

MISE À JOUR CRITIQUE

Déploiement de l'approche « SETUP » pour la clientèle chirurgicale

Bonjour tout le monde,

Tel que mentionné dans le dernier communiqué (8 juillet 2020), l'approche des patients devant subir une intervention dans les blocs opératoires du CIUSSS-CHUS a été révisée pour tenir compte des nouvelles connaissances, de la disponibilité des tests pré-opératoires et des constats faits sur le terrain.

Ce communiqué vous présente l'approche « SETUP » qui entre en vigueur dès maintenant. Il y a 3 documents à étudier en lien avec à cette mise à jour. Ils sont très importants à comprendre et à appliquer :

- 1- Nouveau questionnaire COVID
- 2- Évaluation SETUP
- 3- Aide à la décision (algorithme)

Des précisions concernant chacun d'eux sont données dans cette mise à jour.

Dans la mesure du possible des explications sur les zones grises, les points plus complexes à interpréter et la rationnelle derrière les documents sont inclus dans cette mise à jour.

Nous n'avons pas la prétention d'être parfaits mais avons tenté d'aller chercher le plus de détails possible et d'attacher le plus d'éléments possible avec les différents secteurs.

Plusieurs autres documents de référence sont inclus dans cet envoi pour ceux et celles qui voudraient s'y référer directement et élargir leur compréhension.

N'hésitez pas à nous faire part de vos commentaires constructifs, questions et suggestions pour bonifier cette approche.

Un merci particulier au Dr Sébastien Michaud à qui l'on doit la paternité de l'approche SETUP ainsi qu'à toute l'équipe protocole, l'équipe de Mme Sonia Lepire pour le volet testing, au Dre Isabelle Alarie et l'équipe PCI, aux équipes du laboratoire, à Mme Janick Bélanger pour la coordination, à la Dre Anne Méziat et à tous ceux et celles qui travaillent avec nous sur ce volet de la pandémie depuis des semaines.

COVID 19 2.0

ANESTHÉSIE-INHALOS-BLOCS
ÉDITION DU LUNDI 20 JUILLET 2020
CIUSSS-CHUS

Présentation générale de l'approche « SETUP » et des outils

L'approche SETUP est une approche simple applicable à toutes situations potentiellement rencontrées en clinique dans un contexte de pandémie.

Elle repose sur l'évaluation de trois éléments pour chaque patient soit :

- La présence ou l'absence de **Symptômes (S)** compatible avec la COVID
- La présence ou l'absence d'une **Exposition à risque (E)** à la COVID
- Le résultat du **Test (T)** de détection de la COVID

La liste des questions à poser concernant les symptômes et l'exposition à risque se retrouvent dans le **nouveau questionnaire COVID (en pj)**. Cet outil est en fait une mise à jour du questionnaire COVID actuellement en vigueur et **le remplace dès maintenant**.

Les test COVID seront désormais effectués chez tout patient qui bénéficiera d'une chirurgie ou d'une anesthésie au cours des prochains 48h. :

- Pour la clientèle élective, les tests seront systématiques et débutent cette semaine (la trajectoire en pièce jointe pour information sur le cheminement des patients préopératoires)
- Pour la chirurgie urgente, les tests peuvent débuter dès maintenant mais nécessiteront une ordonnance de la part du chirurgien au moment de la consultation. L'indication à utiliser est « Chirurgie prévue prochain 24h ».

À partir des éléments « S-E-T », une analyse est faite pour chaque patient à partir de l'outil « **évaluation SETUP (pj)** ». Cet outil est essentiellement une grille de réflexion qui prévoit l'ensemble des scénarios possibles, par exemple :

- Patient sans symptôme, sans exposition à risque et avec un test négatif → suivre le PLAN A
- Patient sans symptôme, sans exposition à risque mais qui n'a pas passé de test préop. → suivre le PLAN B
- Patient avec des symptômes, qui sont entièrement explicables par la condition clinique mais pour qui la chirurgie est urgente et nous n'avons pas le résultat de test → suivre le PLAN C
- Patient pour qui il est impossible d'avoir une histoire sur les symptômes et l'exposition mais qui doit avoir une chirurgie de toute urgence. → suivre le PLAN D
- Etc.

COVID 19 2.0

ANESTHÉSIE-INHALOS-BLOCS
ÉDITION DU LUNDI 20 JUILLET 2020
CIUSSS-CHUS

Les possibilités sont multiples mais au final, chaque situation peut être gérée par un des 4 plans (A, B, C, D) prédéterminés et détaillés dans **l'aide à la décision (pj)**. Cet algorithme, largement basé sur celui déjà en vigueur, précise la conduite à tenir pour chacun des plans mentionnés dans **l'évaluation SETUP**.

Il y a 4 plans possibles en fonction du risque COVID. Dans les situations où l'information est incomplète et qu'il n'est pas possible ou approprié de créer des délais pour l'obtenir, l'approche jugée la plus sécuritaire s'applique afin d'offrir des soins sans délai et minimiser le risque de contamination.

Elle a été validée avec de multiples intervenants dont la PCI et est basé sur les plus récentes recommandations en vigueur au CIUSSS-CHUS et au Québec.

Nous espérons avec cette approche diminuer considérablement le nombre de situations où des précautions additionnelles seront requises. **En contrepartie, il est essentiel que lorsque c'est requis, les précautions additionnelles soient utilisées.**

Bref, nous visons à mieux cibler les situations où il est pertinent d'en faire plus qu'avant la COVID afin d'être efficaces mais sécuritaires en toutes circonstances.

En résumé :

À partir de maintenant, pour chaque patient il faut se demander :

C'est quoi le « SET-UP » COVID ??

S	Questionner les Symptômes (documenter sur le <i>questionnaire</i> prévu à cet effet)
E	Questionner l'Exposition à risque (documenter sur le <i>questionnaire</i> prévu à cet effet)
T	Obtenir un Test COVID et vérifier le résultat avant l'arrivée au bloc chaque fois que c'est possible et sécuritaire pour le patient.
U	Définir l' Urgence de la chirurgie et de reporter si possible de le faire sécuritairement pour clarifier le statut COVID s'il n'est pas clair.
P	Choisir la Protection (EPI) appropriée ainsi que le Plan (salle, protocoles intubation\extubation, temps d'attente, salle de réveil, transport du patient, gestion du matériel, appel ou non d'une équipe de support) approprié à la situation dans l' <i>algorithme d'aide à la décision</i> de prise en charge des patients chirurgicaux en temps de pandémie à partir de l' <i>outil d'évaluation SETUP</i>

COVID 19 2.0

ANESTHÉSIE-INHALOS-BLOCS
ÉDITION DU LUNDI 20 JUILLET 2020
CIUSSS-CHUS

L'approche « SETUP » : les outils points par points

A) QUESTIONNAIRE COVID

Le questionnaire a été prévu pour que les patients soient questionnés à divers moments de leur épisode de soins par rapport à leurs symptômes et leur exposition à la COVID. Étant donné que la situation peut changer entre la visite à la CPC et la journée de la chirurgie, il est important que le patient soit requestionné. La date où le patient a été questionné sont à inscrire par la personne qui questionne dans la colonne qui correspond à l'endroit où le patient a été questionné.

IMPORTANT : Dans tous les cas, le questionnaire doit minimalement être administré le jour de la chirurgie. Pour les patients d'ECT ou passant par la chirurgie d'un jour, le personnel va administrer le questionnaire le jour de la chirurgie et aviser les équipes médicales en cas de nécessité. Pour toutes les autres situations, c'est la responsabilité du chirurgien et de son équipe (résidents) de questionner le patient et de documenter le questionnaire le jour de la chirurgie.

Toutes les questions sont importantes. Elles ont été validées avec la PCI. **La section sur l'exposition à risque est nouvelle et mérite une attention particulière au moment du questionnaire.** L'idée est d'identifier les patients qui auraient été en contact significatif avec le virus et donc qui ont le potentiel réel d'avoir été contaminés.

IMPORTANT : Un patient qui aurait eu une **exposition à risque** prévue dans ce questionnaire devrait voir sa chirurgie reportée le temps de voir s'il développe ou non la maladie. Si la chirurgie ne peut être reportée, il doit être considéré comme potentiellement porteur de la COVID et des mesures de préventions doivent être appliquées et ce **peu importe le résultat de son test COVID.**

La situation épidémiologique du Québec étant en évolution, il est important de suivre les directives de la PCI et de la santé publique concernant les régions pour lesquelles tous les patients sont considérés comme étant exposés. La question référant à cela est la suivante :

« Est visé par une situation signalée par la santé publique (ex. provient d'un milieu ou unité en éclosion COVID) »

Pour le moment, selon la note de service du 9 juillet 2020, *les usagers de Montréal, Laval, Montérégie, Lanaudière et hors-Québec qui auront un séjour à l'hôpital de plus de 24h sont visés par cette question.* Ces derniers, lorsqu'ils passeront plus de 24h dans l'hôpital, doivent être placés en isolement G\C\O pendant 14 jours suivant leur arrivée en Estrie et ce malgré des résultats de test négatif. Ils seront testés à jour 0-7-14.

COVID 19 2.0

ANESTHÉSIE-INHALOS-BLOCS
ÉDITION DU LUNDI 20 JUILLET 2020
CIUSSS-CHUS

ATTENTION : Les patients provenant d'une région citée par cette note de service mais qui ne seront pas hospitalisés ne seront pas isolés lors de leur passage en CDJ. Par contre, pour les mesures à appliquer lors de la salle d'opération, des précautions additionnelles devront être utilisées selon la situation **exposition +** dans l'outil « **évaluation SETUP** ». Ceci se justifie par le fait que l'on fait une différence au niveau du risque de contamination entre un patient qui attend en chirurgie d'un jour avec les mesures de bases (masques, lavage de main et distanciation) par rapport au même patient chez qui on pratique une IMGA pour sa chirurgie.

IMPORTANT : La situation épidémiologique étant en constante évolution, il est important de se tenir à jour sur les modifications des situations considérées comme des expositions à risque par la santé publique et la PCI (suivre les notes de services et divers communiqués).

Au verso du questionnaire, selon l'endroit où le patient est vu, il faut définir si Symptômes + ou si Exposition +. Selon la situation, la conduite à tenir y est rappelée de même que les responsabilités des différents intervenants par rapport au questionnaire.

Il est souvent mentionné « **demandeur un test COVID 48h préop** » dans les conduites mais il est important de se rappeler que les tests COVID seront fait systématiquement pour la clientèle élective.

Si, le jour de la chirurgie, le patient ne présente pas de symptôme et n'a pas d'exposition à risque mais que pour une raison ou une autre il n'a pas fait son test COVID, deux options sont possibles :

- 1- Demander un test rapide si possible de le faire sans créer de délai dans le programme opératoire OU
- 2- Appliquer le plan B de l'aide à la décision (qui correspond à ce que nous devons faire avant d'avoir accès aux tests préopératoires).
- 3- Reporter la chirurgie à une date ultérieure pour obtenir un test n'est pas approprié dans cette situation.

Si le patient a des symptômes et/ou une exposition à risque, l'approche est différente et implique probablement de reporter la chirurgie pour clarifier la situation.

À faire : Une section du questionnaire est prévue pour documenter la date, le lieu et le résultat du/des tests COVID que le patient aurait pu passer. Cette étape fait partie des éléments devant être vérifiés et complétés par la personne responsable de compléter le questionnaire. Les résultats seront disponibles via :

COVID 19 2.0

ANESTHÉSIE-INHALOS-BLOCS
ÉDITION DU LUNDI 20 JUILLET 2020
CIUSSS-CHUS

Dossier CHUS Ariane (CDD du CIUSSSE, CDE de Sherbrooke, Cowansville et Granby, visites à l'urgence ou hospit à Sherbrooke)

Dossier respectif des autres installations ou DSQ (CDE d'Asbestos et Granit, et lors de visites à l'urgence ou hospit à Asbestos, Granit, VSF, Coaticook et Magog)

DSQ: Dépistage fait hors région

Un isolement volontaire préopératoire de 14 jours continue d'être suggéré à toute personne devant être opéré mais vu le déconfinement général actuellement en vigueur, il est plus difficile de s'assurer de son respect exemplaire. Ceci dit, pour certaines clientèles particulièrement vulnérable ou qui subiront une chirurgie à haut risque de complication en cas de COVID, il serait important d'insister sur cette mesure pour leur protection.

B) TEST COVID PRÉOPÉRATOIRE (électif et urgent)

- *Test en prévision d'une procédure élective* (voir trajectoire dépistage COVID préop).

Aujourd'hui le 21 juillet, l'ensemble des patients électifs seront appelés selon la trajectoire de dépistage pour leur expliquer la démarche pour aller se faire tester en prévision de leur chirurgie.

Les tests commencent le 21 juillet pour les patients qui se feront opérer jeudi le 23 juillet et ce pour l'ensemble des installations du CIUSSSE-CHUS.

La patients pour l'endoscopie pédiatrique (respiratoire et digestive) sont inclus dans cette trajectoire.

EXCEPTION : Les patients de 3 mois et moins pour une chirurgie élective ne sont pas acceptés dans les centres de dépistages et ne seront donc pas dépistés de façon systématique pour l'instant. Une approche au cas par cas devra s'appliquer de concert entre le chirurgien pédiatrique, le pédiatre et l'anesthésiste pédiatrique.

Dans le guide sur le dépistage du MSSS, il est mentionné que les patients doivent être dépistés à leur admission dans une installation de courte durée (indication M8) ou lorsque qu'une intubation est possible dans le prochain 48h (indication M11). Pour fin d'efficience et après validation PCI, **un patient testé dans les 48h pré-chirurgie avec admission n'ont pas besoin d'être retestés à leur admission.**

COVID 19 2.0

ANESTHÉSIE-INHALOS-BLOCS
ÉDITION DU LUNDI 20 JUILLET 2020
CIUSSS-CHUS

- *Test en prévision d'une procédure chirurgicale urgente*

L'organisation des tests préopératoire pour les chirurgies urgentes (U1 à U6) diffère des situations électives. Il y a une grande variabilité dans l'urgence des procédures, dans les moments où la décision d'opérer est prise et dans les délais de traitements des tests par rapport au moment où la chirurgie doit être effectuée. C'est dans cette situation qu'une bonne analyse du « U » de « SETUP » doit entrer en ligne de compte.

Le délai minimal pour obtenir un résultat COVID se situe entre 2 et 4h. La machine la plus rapide (« gene-expert ») n'est pas disponible dans chaque installation et implique environ 1h30 pour générer le résultat. À cela s'ajoutent les délais entre la prescription et le prélèvement, le transport au labo, le traitement de l'échantillon, l'analyse à proprement parler et la documentation du résultat et la consultation du résultat.

Dans les autres situations, la majorité des résultats (toute indication confondue) sont disponibles en environ 8-10h mais cela peut varier selon le volume de test à traiter.

Indépendamment de l'urgence de la situation, il faut s'assurer de ne pas retarder la chirurgie si cela peut être dangereux pour le patient mais il faut également ne pas risquer de se contaminer avec la COVID et avoir toute l'information nécessaire pour prendre les précautions appropriées à la situation. L'outil « **évaluation SETUP** » considère l'ensemble de situations possibles.

Étant donné le délai minimal d'obtention du résultat de 2 à 4h, il est prévu que pour les urgences de type U1(chirurgie stat) à U3 (chirurgie dans le prochain 4h sans faute), la chirurgie aura lieu sans avoir le résultat du test et des précautions supplémentaires seront utilisées. Le test demeure indiqué pour la suite de l'hospitalisation de ces patients et doit donc être demandé et fait dès que possible même s'il faudra souvent procéder à la chirurgie sans en connaître le résultat et appliquer les précautions supplémentaires recommandées.

Pour les chirurgie U4 (chirurgie dans le prochain 8h sans faute), selon la situation clinique, il faudra parfois procéder à la chirurgie sans le résultats du test.

Pour les chirurgies U5 (24h et moins) et U6 (48h et moins), il devrait être possible d'obtenir un résultat de test dans la majorité des cas.

Il faut donc judicieusement définir le délai réel acceptable de la chirurgie (codification) afin de bien planifier l'approche par rapport au protections COVID.

COVID 19 2.0

ANESTHÉSIE-INHALOS-BLOCS
ÉDITION DU LUNDI 20 JUILLET 2020
CIUSSS-CHUS

Lors de la prescription d'un test COVID (dans Ariane), en sélectionnant l'indication « chirurgie urgente dans le prochain 24h », le test est traité M0 (ou G0) au laboratoire soit la voie la plus rapide d'analyse avec la machine « gene-expert » sur le site du prélèvement si la technologie y est disponible.

En suivant cette procédure, la nécessité de contacter l'équipe de PCI infectiologue de garde pour faire prioriser les tests devrait diminuer car on sait que les tests sont priorisés dès que cette approche est respectée.

Pour obtenir le test COVID préop lors d'une chirurgie urgente l'approche est donc la suivante :

- 1- Au moment de la consultation préopératoire par le chirurgien (son résident ou son stagiaire). Ce dernier doit prescrire le test COVID pour « chirurgie urgente dans le prochain 24h » si son sens clinique lui fait penser à la possibilité d'une chirurgie pour ce patient.
- 2- S'assurer que le test est prélevé et acheminé rapidement au laboratoire afin d'avoir le résultat avant que le patient n'aille au bloc opératoire.
- 3- Ne pas oublier d'administrer rigoureusement le questionnaire COVID préop au patient

Important : Certaines chirurgies urgentes sont annoncées pour une autre journée que celle de la consultation en chirurgie (principalement des U5 et U6). À ce moment, le test doit être demandé mais en spécifiant que la chirurgie est urgente mais dans plus de 24h. Ceci indiquera au laboratoire que le test peut passer par la voie régulière et évite de surutiliser la voie urgente. La quantité de ressources humaines requises pour la voie urgente est plus grande et la quantité de réactifs est plus limitée, il faut donc l'utiliser judicieusement.

Poursuite des travaux en lien avec les tests en urgence : Les travaux se poursuivent pour finaliser les différents enjeux reliés aux tests préop pour les chirurgies urgentes. S'il y a lieu, des mises à jour sur ce volet vous seront acheminées lorsque disponibles. Des ajustements selon les installations sont possibles pour s'adapter à la réalité locale tout en visant obtenir les résultats de test avant la chirurgie urgente.

Dans l'outil d'évaluation **SETUP**, l'urgence de la chirurgie a été séparée en 12h et plus versus 12h et moins. Ce choix fait en sorte qu'une chirurgie U4 ne devrait pas être retardée pour attendre un résultat de test même s'il demeure probable que le résultat soit disponible au moment de la chirurgie. Aussi, pour les chirurgies U3 et moins, la chirurgie devra probablement avoir lieu sans résultat de test disponible à moins que le test ait été

COVID 19 2.0

ANESTHÉSIE-INHALOS-BLOCS
ÉDITION DU LUNDI 20 JUILLET 2020
CIUSSS-CHUS

fait dans un autre contexte (lors de l'admission) ou que le résultat soit arrivé particulièrement rapidement. Le test demeure indiqué pour l'hospitalisation qui suivra la chirurgie.

Patient déjà hospitalisé ayant eu un test à l'admission : Les patients pour qui une chirurgie urgente devient indiquée au cours de leur hospitalisation et pour qui un test avait été fait au moment de leur admission ne nécessitent pas que l'on répète le test même si ce dernier date de plus de 48h. La situation épidémiologique actuelle justifie cette approche qui pourrait changer dans le temps. Le jugement clinique sur la pertinence de retester demeure applicable selon le contexte. Lorsque le temps le permet et en cas de doute, l'avis de la PCI peut être sollicité.

C) GRILLE D'ÉVALUATION « SETUP »

Cet outil présente sous forme de tableau les différentes combinaisons possibles pour les différentes situations rencontrées en clinique.

À partir du questionnaire, on établit la présence ou l'absence de symptômes et d'une exposition significative. On ajoute à cela le résultat du test ainsi que l'urgence de procéder à la chirurgie. Selon la combinaison obtenue, on peut, à partir de la grille d'évaluation SETUP, trouver la conduite qui s'applique à la situation. Différentes conduites sont possibles :

- Procéder à la chirurgie en utilisant le Plan A (B, C ou D)
- Retarder la chirurgie pour clarifier la situation COVID ou obtenir plus d'informations au questionnaire ou au test.
 - o Si le report de la chirurgie n'est pas approprié, il est précisé comment considérer les données manquantes.

Quelques éléments ayant guidé la production de cet outil :

- L'**interprétation des résultats négatifs** par rapport à au contexte clinique

Réf : note de service « *protocole de levée de l'isolement pour les cas de COVID négatifs* », Dre Isabelle Alarie, 29 avril 2020)

- La **transmission asymptomatique** qui implique que des patients sans symptôme soient contagieux à notre insu. La population actuellement touchée est plus jeune et a parfois une maladie moins sévère qui risque de passer inaperçu.

COVID 19 2.0

ANESTHÉSIE-INHALOS-BLOCS
ÉDITION DU LUNDI 20 JUILLET 2020
CIUSSS-CHUS

- La **prudence** devant une pandémie et le risque d'une deuxième vague. C'est ce qui fait que lorsque les symptômes ou l'exposition ne sont pas connus, il faut les considérer positifs.
- La nécessité d'utiliser des protections supplémentaires seulement lorsqu'il y a **valeur ajoutée**. En contexte électif, nous croyons que la majorité des patients seront « triple négatif » et que des mesures régulières seront applicables. En situation élective, en présence de symptômes ou d'exposition, il sera approprié pour la presque totalité des cas de clarifier la situation en ne planifiant pas la chirurgie ou en la reportant. En situation urgente, cela risque d'être plus difficile et des mesures de protections seront indiquées pour demeurer sécuritaires.
- **La simplicité** en identifiant 4 plans prédéfinis à connaître et en synthétisant beaucoup d'informations sous forme d'un tableau facilement consultable et transportable.
- **La nécessité d'utiliser le jugement clinique**, notamment dans l'évaluation des patients avec des symptômes. Il est important de reconnaître que chaque médecin, peu importe sa spécialité, doit être en mesure de diagnostiquer un patient atteint ou à risque d'être atteint de la COVID pour la plupart de cas.

Réf. pour la prise en charge des patients adultes suspectés ou atteints de la covid-19 – CIUSSS de l'Estrie-chus, juillet 2020

- Le **réalisme** dans la possibilité d'avoir le résultat du test au moment opportun et les **risques à retarder des chirurgies urgentes**. Idéalement, tous les patients auraient un test complété préop mais cela ne sera pas toujours possible en raison de l'urgence de la chirurgie ou d'autres contraintes.

Il fallait balancer les conséquences de procéder à une chirurgie sans résultat de test (consommation d'EPI, procédures plus lourdes et plus longues, risques pour le patient s'il est COVID et se fait opérer) avec celles à retarder les chirurgie pour obtenir les résultats de tests (implication du pronostic vital, détérioration de la condition chirurgicale, délais et perte de fluidité des soins avec impacts pour les autres patients).

Nous avons mis certains balises dans le tableau concernant l'urgence de la chirurgie (ex. chirurgie doit être réalisée dans les prochains 12h). Cette balise est à interpréter et appliquer selon les conséquences de procéder ou non à la chirurgie par rapport aux conséquences d'attendre ou non le résultat du test.

COVID 19 2.0

ANESTHÉSIE-INHALOS-BLOCS
ÉDITION DU LUNDI 20 JUILLET 2020
CIUSSS-CHUS

- **L'uniformité dans les conduites** pour simplifier la vie de tous et toutes au bloc et ailleurs dans les hôpitaux, notamment au niveau des infectiologues et des laboratoires qui reçoivent une quantité énorme d'appels concernant les tests et leur priorisation.

Quelques situations cliniques nécessitant des précisions :

- o ***Le « triple négatif »***

Cette situation devrait concerner la majorité des patients. Pour être considéré triple négatif, il faut n'avoir aucun symptôme compatible avec la COVID, n'avoir aucune exposition à la COVID et avoir reçu un résultat de test négatif dans les dernier 48h.

C'est la seule situation où les procédures régulières d'avant COVID sont acceptables. Ceci inclut, sans s'y limiter, le fait d'extuber en salle de réveil et d'utiliser des masques laryngés.

Sur le terrain, plusieurs ne prennent pas de mesure de prévention particulière malgré les recommandations PCI actuellement en vigueur et l'absence de test. C'est risqué de procéder ainsi et nous espérons que l'utilisation des tests viendra mieux encadrer les moments où c'est adéquat de procéder ainsi.

Réf : Note de service : « *Modifications sur les indications de dépistages ainsi que sur les modalités lors d'IMGA chez les usagers asymptomatiques* », Dr Vincent Masse, 9 juillet 2020.

- o ***Les patients hors région hospitalisés et non hospitalisés passant au bloc opératoire***

La recommandation actuelle est en vigueur pour les usagers provenant *de Montréal, Laval, Montérégie, Lanaudière et hors-Québec*.

Si un séjour >24 h à l'hôpital, excluant les urgences, est prévu :

- ♣ Précautions additionnelles G/C/O pour 14 jours à partir de l'arrivée en Estrie;
- ♣ Test de dépistage au jour 0 de l'admission puis au jour 7 et jour 14 de l'admission (ou de l'arrivée en Estrie, si cette information est disponible);
- ♣ Admettre les usagers asymptomatiques dans une chambre individuelle, pas de nécessité de zone tiède sinon cohorter les usagers rideau fermé.

Précisions:

- ♣ Les usagers des RLS de La Pommeraie et de la Haute-Yamaska font partie de notre CIUSSS de l'Estrie –CHUS, donc ne pas mettre en précautions;

COVID 19 2.0

ANESTHÉSIE-INHALOS-BLOCS
ÉDITION DU LUNDI 20 JUILLET 2020
CIUSSS-CHUS

♣ Si l'utilisateur vient de la Montérégie limitrophe et que son milieu de soins est toujours dans nos installations, ne pas mettre en précautions.

Réf : Note de service : « *Modifications sur les indications de dépistages ainsi que sur les modalités lors d'IMGA chez les usagers asymptomatiques* », Dr Vincent Masse, 9 juillet 2020.

ATTENTION : Les patients provenant d'une région citée par cette note de service mais qui ne seront pas hospitalisés ne seront pas isolés lors de leur passage en CDJ. Par contre, si une chirurgie est nécessaire chez ces patients, pour les mesures à appliquer lors de la salle d'opération, des précautions additionnelles devront être utilisées selon la situation **exposition +** dans l'outil « **évaluation SETUP** »

Ceci se justifie par le fait que l'on fait une différence au niveau du risque de contamination entre un patient qui attend en chirurgie d'un jour avec les mesures de bases (masques, lavage de main et distanciation) par rapport au même patient chez qui on pratique une IMGA pour sa chirurgie.

○ *La patient non questionnable en situation d'extrême urgence*

Lorsque qu'aucune information au sujet du patient (par lui ou ses proches) n'est possible à obtenir et que la chirurgie est une extrême urgence, il faut considérer le patient COVID+ jusqu'à preuve du contraire. C'est ce que prévoit la grille d'évaluation. Il faut par contre veiller à ne pas créer de délais pour la prise en charge du patient lorsque chaque minute compte. Voici un rappel sur l'approche à adopter dans ces situations (réf : courriel du 18 juin 2020, Dre Mathilde St-Pierre) :

1- En tout temps, il n'est pas nécessaire de vider la salle COVID et le SAS (à moins que le temps ne le permette). Nous ne devons pas retarder la prise en charge d'un patient instable qui est possiblement COVID négatif. La priorité est la protection du personnel versus la protection du matériel, donc port de l'ÉPI approprié (point 3-4).

2- Idéalement, le test COVID devrait être fait dans la série de labos à l'urgence mais il est peu probable que le résultat soit disponible. De plus, son interprétation sans histoire clinique est risquée.

3- Si l'intubation s'est effectuée à l'urgence (avec N95) et que la chirurgie n'est pas à risque d'aérosols: GCO pour les gens < 2 mètres. Il n'y pas de nécessité d'avoir une infirmière supplémentaire dans le SAS (pas nécessaire d'appeler la troisième équipe)

COVID 19 2.0

ANESTHÉSIE-INHALOS-BLOCS
ÉDITION DU LUNDI 20 JUILLET 2020
CIUSSS-CHUS

4- Si IMGA (chirurgie à risque (thoracique, drains, ORL, etc) ou intubation) dans la salle COVID, tous les gens dans la salle doivent porter un N95 jusqu'à 35 minutes après l'intervention. Une personne dans le SAS doit être présente en ACO pour passer le matériel durant ce temps où il y a des aérosols (ne pas oublier les chirurgies à risques !). Ensuite, tout le monde en GCO et la personne dans le SAS n'est plus requise.

○ *Interprétation d'un résultat négatif par rapport au début et à la nature des symptômes*

Dans la situation où le patient présente des symptômes compatibles avec la COVID, le délai entre le début des symptômes et la réalisation du test est importante. Plus le test est prélevé près du début des symptômes, plus le risque de faux négatif augmente.

Dans la grille d'évaluation, nous avons utilisé le plus petit délai acceptable soit 24h pour considérer le test valide. **Cependant, il faut garder en tête que ce délai peut aller de 24 à 48 voire 72h selon le contexte clinique, le patient et la suspicion que l'on a que le patient ait la COVID.**

En cas de doute, il faut répéter le test dans un délai approprié et/ou solliciter l'avis de l'infectiologie.

Un autre élément important à prendre en compte est l'explication des symptômes par la condition clinique du patient.

Un patient avec fièvre, nausées et vomissements, sans exposition et une appendicite prouvée est un exemple de symptômes qui pourraient tous être compatibles avec la COVID mais qui sont entièrement expliqués par la condition clinique. Il faudrait idéalement obtenir un test COVID préop pour confirmer.

- Si cela n'est pas possible et qu'il faut procéder à la chirurgie en urgence, il faudrait utiliser le plan C.
- Si le test est négatif et a été obtenu plus de 24h après le début des symptômes, le plan B s'appliquerait.

Si ce même patient avait en plus de la détresse respiratoire alors la situation serait différente car l'ensemble des symptômes ne serait pas expliqué par l'appendicite aiguë et la suspicion de COVID devrait être plus élevée et les protections ajustées en conséquence. Il faudrait aussi obtenir un test COVID préop pour établir le plan.

- Si cela n'est pas possible et qu'il faut procéder à la chirurgie en urgence, il faudrait utiliser le plan D.
- Si le test est négatif et a été obtenu plus de 24-48h après le début des symptômes, le plan B s'appliquerait

COVID 19 2.0

ANESTHÉSIE-INHALOS-BLOCS
ÉDITION DU LUNDI 20 JUILLET 2020
CIUSSS-CHUS

- Si le test est négatif et a été obtenu moins de 24-48h après le début des symptômes le plan C s'appliquerait.

Réf : note de service « *protocole de levée de l'isolement pour les cas de COVID négatifs* », Dre Isabelle Alarie, 29 avril 2020)

D) AIDE À LA DÉCISION (ALGORITHME)

Cet outil est simplement une nouvelle version de l'algorithme déjà en utilisation. Les ajustements suivants y ont été apportés :

- Le point de départ des trajectoire est maintenant le Plan A\B\C\D sélectionné à partir de la grille d'évaluation SETUP.
 - o Dans la situation où le questionnaire est négatif, le patient n'a pas d'exposition et a un test négatif dans le dernier 48h, la grille d'évaluation SETUP nous indique de suivre le plan A. Dans l'aide à la décision, on retrouve les détails de ce qu'implique le plan A.
- La plan A a été ajouté. Ce dernier ne s'applique que dans la situation de triple négatif. Il permet de procéder de la même manière que nous procédions avant la COVID. Spécifiquement :
 - o Utiliser les protections régulières, même pour les chirurgies à haut risque d'aérosol
 - o Extuber en salle de réveil est acceptable
- Dans le plan D, peu importe la situation, tout le monde présent dans la salle doit minimalement être en protection G\C\O, même lors d'une chirurgie sous ALR. Avant, les protections usuelles étaient acceptées pour les personnes à plus de 2m mais cela a été modifié afin d'être plus cohérent avec les protections requises à l'étage pour ces patients.

COVID 19 2.0

ANESTHÉSIE-INHALOS-BLOCS
ÉDITION DU LUNDI 20 JUILLET 2020
CIUSSS-CHUS

TABLEAU COMPARATIF DES DIFFÉRENTS PLANS

	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
Type de Salle	Toutes	Toutes	Toutes	COVID (sauf si ALR sans risque de conversion)
Changement air (délais)	Pas de délai	Pas de délai	Pas de délai	Respect des délais ou ACO pour tous
Extubation	Salle de réveil ou en salle	En salle	En salle	En salle
Lieu de la salle de réveil	Salle de réveil	Salle de réveil	Salle de réveil	En salle d'OP
EPI pour intubation (intubateur ET personnel à moins de 2m lors de l'intubation)	Usuelle	G\O: minimal A\O: suggéré	A\O	A\O
Matériel de la salle (hors armoires fermées) et intersalle	Normal	Normal	Normal	Vider sauf en extrême urgence
Personne dans le SAS \gestion de la circulation du SAS	Non requis	Non requis	Non Requis	Requis
Inhalothérapeute supplémentaire si chirurgie haut risque d'aérosols	Non requis	Requis	Requis	Requis
Faire venir équipe de backup pendant le cas (pour répondre aux autres situations pendant que l'équipe est mobilisée par le cas et pour aider au cas)	Non requis	Non Requis	Non Requis	Requis
Transport du patient	Régulier	Régulier	Régulier	Protégé
Port du masque par le patient en tout temps	Oui	Oui	Oui	Oui

COVID 19 2.0

ANESTHÉSIE-INHALOS-BLOCS
ÉDITION DU LUNDI 20 JUILLET 2020
CIUSSS-CHUS

MESSAGES CLÉS

- **Se demander pour chaque patient : « C'est quoi le SET-UP COVID ? » et l'appliquer.**
- **Les tests de dépistage préopératoire systématique sont une recommandation ministérielle et sont appliqués à partir de la semaine du 20 juillet 2020 dans l'ensemble du CIUSSS-CHUS**
 - Pour les cas électif, une trajectoire est établie
 - Pour les cas urgents, le chirurgien doit prescrire le test
- **L'approche SETUP est applicable dès maintenant et comprend trois documents étudier :**
 - Le questionnaire
 - La grille d'évaluation
 - L'aide à la décision (algorithme)
- **La situation épidémiologique va impliquer de modifier certains éléments de l'approche clinique d'où l'importance de se tenir à jour sur les recommandations de la santé publique\PCI.**
- **Une exposition à risque implique souvent de retarder la chirurgie et/ou de prendre des mesures de protections supplémentaires car le risque de COVID est jugé élevé pour ces patients.**
- **Un test négatif n'exclue pas nécessairement la COVID. L'interprétation d'un résultat négatif de la durée des symptômes par rapport au test, de l'épidémiologie locale, de l'exposition à risque.**
- **Dans tous les autres SET UP que le « triple négatif », des protections supplémentaires sont indiquées si la chirurgie implique une manipulation des voies aériennes et/ou est considéré à haut risque de générer des aérosols.**

COVID 19 2.0

ANESTHÉSIE-INHALOS-BLOCS
ÉDITION DU LUNDI 20 JUILLET 2020
CIUSSS-CHUS

Documents de l'approche « SETUP » (en pièce jointe) :

- 1- Questionnaire préopératoire
- 2- Grille d'évaluation SETUP
- 3- Aide à la décision (algorithmique)

Lectures suggérées (en pièce jointe) :

- Note de service « *Protocole de levée de l'isolement pour les cas de COVID négatifs* », Dre Isabelle Alarie, 29 avril 2020
- Note de service : « *Modifications sur les indications de dépistages ainsi que sur les modalités lors d'IMGA chez les usagers asymptomatiques* », Dr Vincent Masse, 9 juillet 2020.
- Document : « *Pour la prise en charge des patients adultes suspectés ou atteints de la covid-19 – CIUSSS de l'Estrie-CHUS* », juillet 2020
- Trajectoire de dépistage préopératoire clientèle ambulatoire bloc majeur COVID 19, CIUSSS-CHUS, 13 juillet 2020

BONNE ÉTUDE !

Frédéric Mior
Anesthésiologiste
Chef de Département
CIUSSS-CHUS