

Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19

Bloc opératoire

Reprise des activités spécialisées

En lien avec la reprise graduelle des activités spécialisées délestées, plusieurs éléments ont été adoptés par le MSSS pour guider les organisations dans la planification de la reprise des activités du bloc opératoire.

Vous trouverez ci-joints différents documents détaillant la priorisation des patients et fournissant des indications concernant l'application spécifique des mesures inscrites dans le Plan provincial de reprise des activités :

En date du **11 juin 2020** :

1. [Estimation du backlog et des ressources nécessaires pour le résorber](#) **PDF**

En date du **24 avril 2020** :

1. [Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie](#) **PDF**
2. [Présentation explicative](#) **PDF**

Veuillez consulter l'onglet [Reprise des activités spécialisées](#) pour plus de détails.

Vous pouvez également consulter les plus récentes données sur le [nombre de patients en attente d'une chirurgie](#) **PDF** et le [nombre de chirurgies réalisées](#) **PDF**.

Chirurgies ouvertes

À la lumière des informations disponibles et dans le contexte de réduction déjà annoncée des chirurgies électorives et semi-urgentes, voici les recommandations faites par le Sous-comité COVID-19 bloc opératoire **en date du 22 avril 2020** :

1. **Retarder toute procédure jugée non urgente**, en accord avec les recommandations déjà émises;
2. Évaluer, selon la prévalence de la COVID-19 dans la communauté, **les risques et bénéfices de toute intervention chirurgicale**;
3. Utiliser un **évacuateur de fumée** pour les procédures chirurgicales chez les patients jugés à **haut risque d'être porteurs de la COVID-19 ou chez les cas confirmés**;
4. Utiliser les réglages d'électrocautères les plus bas possible;
5. Utiliser, dans les cas de **chirurgie orthopédique** impliquant l'utilisation d'appareils susceptibles de générer des aérosols (IMGA), une protection oculaire en plus du masque chirurgical (un respirateur **N95 n'est pas recommandé** dans ces cas);
6. Utiliser, dans les cas de **chirurgie digestive ouverte impliquant une cautérisation de la muqueuse intestinale**, un respirateur **N95** chez les patients jugés à **haut risque d'être porteurs de la COVID-19 ou chez les cas confirmés**;
7. Ne pas considérer, dans l'état actuel des connaissances, l'approche ouverte comme une option plus sécuritaire que l'approche laparoscopique dans les cas confirmés de la COVID-19;
8. Envisager, dans les **cas jugés à haut risque de transmission de la COVID-19, une approche alternative ou un traitement médical seul**;
9. Mettre à jour l'ensemble de ces recommandations en fonction de l'évolution des connaissances et de la prévalence de la COVID-19 dans la communauté.

Veillez noter que ces recommandations **ne s'appliquent pas à la chirurgie thoracique**, cette dernière ayant déjà fait l'objet de recommandations particulières.

Ces recommandations ont été émises au regard des constats suivants :

1. Une étude expérimentale et deux études observationnelles suggèrent que l'utilisation d'électrocautères et d'autres outils à haute vitesse en chirurgie ouverte génère des aérosols contenant de fines particules respirables ($< 10 \mu\text{m}$);
2. Aucune donnée portant sur la présence du virus de la COVID-19 ou d'autres virus respiratoires dans des aérosols générés lors de chirurgies ouvertes n'a été identifiée dans la littérature;
3. Aucune étude ou rapport de cas de transmission de virus respiratoire au personnel soignant lors de chirurgies ouvertes n'a été identifié dans la littérature ;
4. Les preuves disponibles ne permettent pas de déterminer si les aérosols générés lors de chirurgies ouvertes abdominales, thoraciques et lors d'interventions en orthopédie peuvent être un vecteur de transmission du SARS-CoV-2;
5. Les systèmes d'irrigation et de succion utilisés en chirurgie ouverte constituent une source possible d'éclaboussures et d'exposition au sang et autres liquides biologiques pour le personnel;
6. L'ARN du virus responsable de la COVID-19 a été détecté dans des échantillons de sang et de selles de patients infectés. Aucune transmission de la maladie par cette voie n'a été documentée. De plus, la viabilité du virus dans les échantillons extrapulmonaires et son potentiel infectieux demeurent inconnus;
7. Des organismes suggèrent de considérer les risques d'exposition à des aérosols infectieux générés par l'utilisation d'électrocautères, de scies à os ou de perceuses au contact de sang ou d'autres fluides corporels lors de chirurgies ouvertes réalisées chez des patients COVID-19 confirmés ou suspectés et de mettre en place des précautions pour protéger le personnel du bloc opératoire (ex. : évacuateur de fumées, baisse de la puissance de l'électrocautère, équipement de protection individuelle).

Ainsi, ces différents constats suggèrent que le **risque de transmission par voie aérienne** du virus de la COVID-19 aux professionnels de la santé lors de la réalisation d'une chirurgie ouverte, incluant la chirurgie orthopédique, est **probablement faible**.

Ces recommandations sont matière à changement ou à éclaircissement au fur et à mesure de l'évolution de la situation.

Vigie chirurgies oncologiques

En lien avec la consigne du [23 mars](#) dernier à l'effet que « chaque établissement doit mettre en place un mécanisme de vigie pour gérer les patients oncologiques qui ne pourront pas être opérés et identifier les alternatives thérapeutiques ou une nouvelle date de chirurgie », et dans l'objectif de nous assurer d'une **application juste et uniforme** de cette directive, le MSSS demande aux établissements, en date du **17 avril**, de fournir un **exemple dénominalisé de la liste de patients reportés** qui est transmise au directeur du Programme de cancérologie de leur établissement. Cette dernière doit inclure la **fréquence de transmission** de cette liste, les **variables qui y sont colligées**, une **description du mécanisme de vigie** mis en place sous la responsabilité du Programme de cancérologie, en collaboration avec le bloc opératoire, de même que les **actions déclenchées** à la réception de cette liste.

Cette information permettra au MSSS de valider la compréhension commune de la consigne et de soutenir les établissements, le cas échéant, dans l'application de celle-ci, notamment par le biais des rencontres du Comité national de coordination du réseau de cancérologie qui se tiennent en continu.

Le MSSS rappelle également **l'importance de compléter la requête opératoire et d'inscrire les patients sur la liste d'attente de chirurgie dès que la décision d'opérer est prise, et ce, même si l'accès à la chirurgie peut être compromis à court terme**. Cette façon de faire permet d'avoir le portrait le plus juste possible des patients en attente et d'être en mesure de planifier adéquatement la reprise des activités.

Le tout doit être transmis au Programme québécois de cancérologie au plus tard le **22 avril** prochain à l'adresse suivante : cnc.dgc@msss.gouv.qc.ca.

Chirurgies cardiaques pour les bassins de desserte du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal (UdeM) et du RUIS de l'Université McGill (McGill)

Les directives suivantes doivent être mises en place à compter du **16 avril**, et ce, pour une période indéterminée. Ces recommandations concernent les patients pour lesquels une chirurgie cardiaque **urgente et semi-urgente** est nécessaire et s'appliquent uniquement aux régions préalablement mentionnées:

1. **Seules les chirurgies urgentes et semi-urgentes** doivent être effectuées, et ce, afin de protéger les inventaires d'équipement de protection individuelle et de médicaments prioritaires, ainsi que les lits de soins intensifs;
2. L'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) **n'est plus** le centre désigné de chirurgie cardiaque pour les patients non COVID-19 des RUIS de l'UdeM et de McGill;
3. Ainsi, **chaque centre de chirurgie cardiaque doit prendre en charge ses patients nécessitant des interventions urgentes**, et ce, selon les corridors de services habituels de leur RUIS;
4. Les patients desservis par l'**Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) COVID-19 négatifs continueront d'être transférés à l'ICM** pour leur chirurgie (P1-P2). Les patients COVID-19 **positifs** nécessitant une chirurgie urgente devront être opérés et demeurer à l'HSCM;
5. Pour les cas **suspectés ou confirmés de COVID-19**, il est demandé d'établir une zone chaude, tant au bloc opératoire qu'aux soins intensifs et dans les unités d'hospitalisation par la suite afin d'assurer un protocole pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant;
6. Les patients COVID-19 positifs doivent demeurer en centre hospitalier jusqu'à la disparition des symptômes ou dès qu'ils ont un résultat de dépistage COVID-19 négatif, à moins d'être en mesure de retourner à domicile sécuritairement.

Laparoscopie

À la lumière des informations disponibles en date du **7 avril 2020**, les installations devront mettre en place les recommandations suivantes :

1. **Retarder toute procédure jugée non urgente**, en accord avec les recommandations déjà émises;
2. Évaluer, selon la prévalence de la COVID-19 dans la communauté, les risques et bénéfices de toute intervention chirurgicale;

3. Utiliser un système de filtration durant les procédures laparoscopiques et lors de l'évacuation du pneumopéritoine;
4. Utiliser la pression d'insufflation la plus basse possible;
5. Utiliser les réglages d'électrocautères les plus bas possible;
6. S'assurer de l'étanchéité des trocars durant la procédure;
7. Ne pas considérer, dans l'état actuel des connaissances, l'approche ouverte comme une option plus sécuritaire que l'approche laparoscopique dans les cas confirmés de COVID-19;
8. Envisager, dans les **cas jugés à haut risque de transmission de la COVID-19**, une approche alternative ou un traitement médical seul;
9. Mettre à jour l'ensemble de ces recommandations en fonction de l'évolution des connaissances et de la prévalence de la COVID-19 dans la communauté.

Ces recommandations ont été émises au regard des constats suivants :

1. Aucune étude ou rapport de cas de transmission de virus respiratoire au personnel soignant lors de chirurgies par laparoscopie n'a été identifié dans la littérature;
2. Selon certaines études récentes, l'ARN du virus responsable de la COVID-19 a été détecté dans des échantillons de sang et de selles de patients infectés. Toutefois, la viabilité du virus dans les échantillons extrapulmonaires et son potentiel infectieux demeurent inconnus;
3. L'évacuation rapide du dioxyde de carbone (CO²) de la cavité péritonéale en chirurgie par laparoscopie pourrait mener à des éclaboussures de sang et des aérosols contenant des particules de petites tailles, selon les résultats d'études observationnelles et expérimentales;
4. Une étude suggère l'aérosolisation possible de virus véhiculés par le sang en laparoscopie (virus de l'hépatite B);
5. Des études expérimentales suggèrent la présence de virus potentiellement viables dans les fumées chirurgicales, mais le risque de transmission au personnel soignant est incertain;
6. Les preuves disponibles ne permettent pas de déterminer si les fumées chirurgicales peuvent être un vecteur de transmission du SARS-CoV-2 en chirurgie par laparoscopie;
7. Plusieurs sociétés savantes recommandent de prendre en considération la possibilité d'une contamination du personnel au bloc opératoire par le SARS-CoV-2 et la mise en place de

mesures de précaution additionnelles pour l'évacuation des fumées chirurgicales et lors de l'exsufflation du pneumopéritoine.

Des recommandations concernant les risques associés aux liquides biologiques et ceux associés à la chirurgie ouverte dans le contexte de la pandémie actuelle seront publiées dans les plus brefs délais.

Ces recommandations sont matière à changement ou à éclaircissement au fur et à mesure de l'évolution de la situation.

Directives générales


Il est demandé à tous les établissements, à compter du **1^{er} avril 2020**, de :

1. Tenir un **registre des dérogations pour les cas semi-urgents** : à déposer au DSP, qui pourra le fournir au MSSS sur demande;
2. Poursuivre la tenue du registre des patients reportés pour en assurer un suivi clinique et une réévaluation.

À compter du **27 mars 2020**, chaque établissement doit se référer aux recommandations émises par l'Institut national de santé publique du Québec pour **tout usager suspecté ou confirmé COVID-19** nécessitant une opération (voir la consigne détaillée [Salle d'opération avec cas suspect ou confirmé COVID-19](#)). **Veillez noter que ce document a été revu par l'INSPQ en date du 8 avril.**



1. Deux **éléments fondamentaux** sont extraits de cette recommandation et doivent guider les choix cliniques dans chaque installation :
 - « **Retarder toute chirurgie élective** (pour au moins 1 mois) et si possible, **retarder une chirurgie urgente jusqu'à ce que le cas ne soit plus contagieux** (ex. : appendicite qu'on pourrait refroidir avec des antibiotiques). »
 - « Pour les **chirurgies à haut risque de générer des aérosols** infectieux de COVID-19 : Dans certains cas, la chirurgie elle-même peut générer des aérosols infectieux de COVID-19 (ex. : interventions ORL, trans-nasopharynx et trans-oral, maxillo-faciale, chirurgie base du crâne, pulmonaire, etc.) et est considérée comme à très haut

risque de générer des aérosols (Patel et al.). Il est toujours **préférable de reporter la chirurgie ... »**

Les installations doivent également s'assurer que leurs pratiques en termes de prévention des infections sont conformes aux nouvelles mises à jour des [Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus](#)  faites par l'INSPQ.

Intubation au bloc opératoire

Voici les recommandations émises par le MSSS en date du 26 mars :

1. Chaque centre doit utiliser une **procédure d'intubation sécuritaire pour la COVID-19**. Pour ce faire, veuillez vous référer aux [Recommandations pour une intubation au bloc opératoire de patient atteint ou suspecté de l'être par la COVID-19](#)  émises par le MSSS.
2. Les normes actuelles demandent la **pression négative pour la protection contre les aérosols**. Toutefois, il n'y a **pas de consensus scientifique** voulant qu'un patient positif à la COVID-19 doit être traité comme contaminant aérosol. La **recommandation** est d'appliquer les règles d'intubation et les règles de prise en charge des patients **COVID-19 positive** qui visent à **empêcher l'aérosolisation**. La décision d'utiliser une salle en pression négative devrait se faire après une **analyse du risque** particulier du patient évalué avec les équipes prévention et contrôle des infections, selon la [matrice fournie par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec \(CINQ\)](#) .
3. Les anesthésistes doivent être en nombre suffisant pour assurer la mission chirurgicale urgente et semi-urgente.

Électroconvulsothérapie (ETC)

Les directives suivantes doivent être mises en place dès ce jour, **27 mars 2020**, pour les traitements d'ETC, et ce, pour une période indéterminée :

1. Pour les patients en mode **ambulateur**, **tous** les traitements d'ETC doivent être **annulés**;

2. Pour les patients nécessitant un traitement d'ETC de façon **urgente, la pertinence doit être évaluée par le médecin traitant et une hospitalisation est nécessaire**, le cas échéant;
3. De façon générale, les ETC sont des **services essentiels** pour les patients **hospitalisés**. Ceux-ci doivent **être évalués afin de déterminer la pertinence du traitement d'ETC** :
 - Pour les **patients en traitement**, évaluer la possibilité de le reporter;
 - Pour les patients nécessitant un traitement de manière **urgente et vitale**, pour les cas de catatonie, de risque suicidaire élevé, de décompensation grave, le degré de sévérité doit être **évalué par le médecin traitant**;
 - La **fréquence** des traitements peut être **réduite** de trois à deux traitements par semaine **sans impact sur les résultats cliniques**;
 - La **décision finale de procéder ou non** revient au **psychiatre**.

Ces recommandations sont matière à changement ou à éclaircissement au fur et à mesure de l'évolution de la situation.