

COVID-19 NOTE D'INFORMATION DE L'ACMTS

La reprise des services de santé non urgents dans le contexte de la COVID-19

**Cette note d'information a été publiée le
5 mai 2020, à 14 h 30**

L'ACMTS a modifié son approche habituelle à l'égard de la sélection, de l'évaluation et de la synthèse de données probantes afin de répondre aux besoins décisionnels engendrés par la pandémie de COVID-19. Nous avons pris soin de vérifier l'exactitude et l'exhaustivité des renseignements, mais souhaitons souligner que les données scientifiques internationales sur le sujet sont en constante évolution.

Version : 1.0
Date de publication : Mai 2020
Longueur du rapport : 11 Pages

Avis de non-responsabilité : L'information contenue dans le présent document se veut utile aux décideurs, aux professionnels de la santé et aux dirigeants de systèmes de santé ainsi qu'aux responsables des orientations politiques du secteur de la santé au Canada; elle est destinée à éclairer leur prise de décisions et, par là, à améliorer la qualité des services de santé. Le document, auquel des patients et d'autres personnes peuvent avoir accès, est diffusé à titre d'information exclusivement, et rien n'est dit ou garanti quant à son adéquation à une finalité déterminée. L'information que renferme le document ne saurait tenir lieu de l'avis ou de l'opinion en bonne et due forme d'un médecin, du discernement ou du jugement du clinicien dans la prise en charge du patient en particulier ni d'un autre jugement professionnel qui intervient dans la prise de décisions. L'ACMTS — l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé — n'appuie, ne promeut ou n'encourage aucune information ou thérapie, ni aucun médicament, traitement, produit, processus ou service.

Bien que l'ACMTS ait tout mis en œuvre pour veiller à l'exactitude, à l'exhaustivité et à l'actualité de l'information présentée dans le document à la date de sa publication, elle n'offre aucune garantie à cet égard. Elle n'offre aucune garantie non plus quant à la qualité, à l'actualité, au bienfondé, à l'exactitude ou à la vraisemblance des énoncés, des renseignements ou des conclusions paraissant dans le matériel d'un tiers utilisé dans la rédaction du présent document. Les points de vue et les opinions de tiers figurant dans le présent document ne représentent pas forcément ceux de l'ACMTS.

L'ACMTS ne saurait être tenue responsable des erreurs ou des omissions, des blessures, des pertes, des dommages ou des préjudices découlant de l'usage ou du mésusage de l'information, des déclarations, des énoncés ou des conclusions contenus ou sous-entendus dans le présent document ni dans les sources d'information de référence.

Il peut y avoir des liens à des sites Web de tiers dans le présent document. L'ACMTS n'exerce aucun contrôle sur le contenu de ces sites. Ce sont les modalités et les conditions énoncées sur ces sites qui en régissent l'utilisation. L'ACMTS n'offre aucune garantie quant à l'information contenue dans ces sites et elle n'est pas responsable des blessures, des pertes ou des dommages découlant de l'utilisation de sites de tiers. Elle ne saurait être tenue responsable non plus des pratiques de collecte, d'utilisation et de divulgation de renseignements personnels des sites de tiers.

Dans les limites et sous les conditions précisées ci-dessus, les points de vue exprimés ici sont ceux de l'ACMTS et ils ne représentent pas forcément ceux du gouvernement du Canada, des provinces ou des territoires.

Le présent document, dans son contenu et son utilisation prévue, s'inscrit dans le contexte du système de santé canadien. C'est à ses risques que l'utilisateur de ce document l'appliquera ailleurs qu'au Canada.

Le présent avertissement et tout litige ou question de quelque nature que ce soit ayant trait au contenu ou à l'usage ou au mésusage qui est fait du présent document sont régis et interprétés conformément aux lois de la province de l'Ontario et aux lois du Canada applicables, et toute procédure sera du ressort exclusif d'une cour de la province de l'Ontario au Canada.

L'ACMTS et ses concédants de licence sont les détenteurs du droit d'auteur et des autres droits de propriété intellectuelle relatifs au présent document. Ces droits sont protégés en vertu de la Loi sur le droit d'auteur du Canada et d'autres lois en vigueur au pays et d'accords internationaux. La reproduction du présent document à des fins non commerciales est autorisée pourvu qu'il ne soit pas modifié et que l'ACMTS et ses concédants de licence soient dûment mentionnés.

L'ACMTS : L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) est un organisme indépendant sans but lucratif qui a pour mandat d'offrir des preuves objectives aux décideurs du secteur de la santé au Canada afin d'éclairer la prise de décisions sur l'utilisation optimale des médicaments, des dispositifs médicaux, des tests diagnostiques et des interventions chirurgicales ou médicales dans le système de santé canadien.

Financement : L'ACMTS bénéficie d'un soutien financier des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, à l'exception de celui du Québec.

Toute question ou demande d'information sur ce rapport peut être adressée à demandes@cadth.ca.

Enjeu et objectif

Les systèmes de santé canadiens en sont à différents stades de la planification de la reprise des interventions non urgentes reportées en raison de la pandémie de COVID-19. L'ACMTS a reçu un certain nombre de demandes d'intervenants de partout au Canada concernant la reprise des services et la manière d'aborder l'arriéré des interventions reportées. Cette note d'information décrit les défis auxquels les systèmes de santé font actuellement face en ce qui concerne les décisions à prendre sur la reprise des services, résume les recommandations récentes sur la reprise des services et se penche sur les éventuelles répercussions des choix et les facteurs à considérer à long terme.

Messages clés

- Le report des services de santé non urgents en raison des enjeux de capacité associés à la pandémie de COVID-19 a mené à un arriéré important de Canadiens requérant des soins. Comme nombre des conditions responsables du report des interventions non urgentes (p. ex. les difficultés d'approvisionnement en équipement de protection individuelle et en médicaments; la capacité de la main-d'œuvre, la prévention des infections) sont toujours présentes, la réintroduction graduelle de ces services nécessitera une planification minutieuse.
- Quelques lignes directrices concernant la reprise sécuritaire des services non urgents durant la pandémie de COVID-19 ont été rendues publiques, et d'autres sont en cours de rédaction. Les lignes directrices actuelles appellent à :
 - l'utilisation de méthodes de priorisation visant à veiller à ce que les cas les plus urgents soient traités en premier;
 - la disponibilité de ressources suffisantes pour offrir les soins non urgents, dont l'équipement de protection individuelle, le personnel, l'espace physique, les fournitures, la capacité de dépistage et la disponibilité des soins postactifs;
 - des procédures claires concernant le regroupement de patients et les pratiques de prévention des infections, y compris le nettoyage et la configuration de l'établissement;
 - l'utilisation de l'évaluation et du dépistage (selon la disponibilité) chez les patients venant pour une intervention non urgente;
 - une communication claire avec les patients, les familles et le personnel sur les mesures prises pour assurer leur sécurité;
 - l'utilisation de centres de soins ambulatoires ou d'autres centres de soins à l'extérieur des établissements de soins actifs au besoin pour aider à gérer l'arriéré.
- Le principal défi auquel font face les systèmes de santé alors qu'ils commencent à rattraper le retard est de concilier l'augmentation des soins habituels avec le maintien d'une capacité excédentaire adéquate qui permettra de gérer une résurgence éventuelle des cas de COVID-19 requérant un traitement à l'unité des soins intensifs. Selon les lignes directrices, les systèmes de santé et les établissements doivent surveiller étroitement les tendances de la transmission de la COVID-19 et les besoins en soins intensifs, et se préparer à réduire à nouveau les interventions non urgentes si les conditions changent.

Contexte

Les interventions non urgentes dans le contexte de la pandémie de COVID-19

- La plupart des systèmes de santé nord-américains ont reporté toutes les interventions sauf les plus urgentes durant la pandémie de COVID-19. En voici les raisons :
 - pour réserver l'équipement de protection individuelle (EPI) pour le personnel qui soigne les patients atteints de la COVID-19;
 - pour réduire l'utilisation de l'unité des soins intensifs (USI) et du bloc médico-chirurgical par les patients ayant subi une chirurgie et pour libérer ces espaces pour le traitement des patients atteints de la COVID-19;
 - pour permettre la réaffectation du personnel chirurgical et des autres travailleurs de la santé à d'autres tâches de soins, y compris les soins aux patients atteints de la COVID-19;
 - pour réduire le risque d'exposition à la COVID-19 en limitant le nombre de patients à l'hôpital;
 - parce que selon des données probantes préliminaires provenant de la Chine, le taux de mortalité est élevé chez les patients exposés à la COVID-19 après une chirurgie¹.
- La réduction du volume de chirurgies est considérable. Bien qu'il n'y ait pas de données officielles disponibles, selon un rapport de CBC News du 25 avril 2020, on estime que plus de 100 000 interventions chirurgicales ont été reportées au Canada. La Société canadienne de cardiologie estime qu'entre 15 000 et 20 000 interventions cardiaques ont été reportées². Selon le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, entre le 15 mars et le 12 avril 2020, on a observé une diminution de 40 % des chirurgies liées au cancer, comparativement à la même période l'an dernier². Le Réseau universitaire de santé de Toronto a réduit son nombre total d'heures de chirurgie dans toutes les spécialités de 50 %¹.
- Les hôpitaux et les systèmes de santé nord-américains ont adopté diverses stratégies de triage afin de déterminer les interventions à pratiquer dans l'état actuel de la pandémie. En voici quelques exemples :
 - *Priorisation en fonction des cibles de temps d'attente pour les chirurgies* : Le Réseau universitaire de santé utilise une approche fondée sur des données qui s'appuie sur les cibles provinciales de temps d'attente maximal pour chaque chirurgie selon la maladie. Les chirurgies dont la date peut être fixée d'avance sont divisées en priorités allant de 1 à 4; la priorité 1 représentant les interventions les plus urgentes et immédiates. Dans la priorité 1, le Réseau a subdivisé les cas par degré d'urgence, allant des interventions qui doivent être pratiquées dans un délai de 45 minutes à celles qui doivent l'être dans un délai de 14 jours. À la fin mars, alors que les cas de COVID-19 atteignaient leur apogée, le Réseau a établi une règle de 14 jours stipulant que seules les chirurgies pour lesquelles les patients subiraient des préjudices si elles n'étaient pas pratiquées dans un délai de 14 jours pouvaient avoir lieu. À la mi-avril, les salles d'opération du Réseau étaient utilisées à environ 25 % à 30 % de la capacité pré-pandémie, et la majorité des chirurgies pratiquées étaient de priorité 1 ou 2. Le temps des salles d'opération était attribué en fonction du degré d'urgence plutôt que des jours de salles d'opération prévus ou du temps de bloc opératoire¹.
 - *Priorisation par stratification du risque* : Cedars-Sinai, un important centre de santé de Los Angeles, établit la priorité des patients selon les catégories A et B. Les patients de

la catégorie A sont les patients actuellement hospitalisés, ceux qui devront être hospitalisés après l'intervention dans une unité de soins ou à l'USI, ou ceux qui devront être intubés durant la chirurgie, et représentent le groupe le plus susceptible d'être exposé à la COVID-19. Les patients de la catégorie B sont les patients externes ou ceux pour lesquels une intubation n'est pas prévue et dont le risque est considéré comme plus faible. La capacité chirurgicale a été déterminée en fonction de la disponibilité des lits de salle d'opération et de l'USI ainsi que de la capacité de dépistage de la COVID-19. Tous les patients de la catégorie A doivent subir un test de dépistage de la COVID-19 alors qu'une décision à cet égard n'avait pas encore été prise pour les patients asymptomatiques de catégorie B à la mi-avril¹. Un autre exemple de priorisation stratifiée du risque est le *Medically Necessary Time-Sensitive Prioritization* (MeNTS) [priorisation des interventions médicales nécessaires en fonction du temps], un outil décisionnel élaboré pour la pandémie par des chercheurs de l'Université de Chicago. Le processus de priorisation du MeNTS a été créé par une équipe multidisciplinaire composée de membres provenant de la chirurgie générale, de la chirurgie vasculaire, de l'oncologie chirurgicale, de la chirurgie de transplantation, de la chirurgie cardiaque, de l'otorhinolaryngologie et de l'éthique chirurgicale. L'échelle classe par ordre de priorité les chirurgies non urgentes nécessaires en se fondant sur 21 facteurs associés à l'intervention (p. ex. temps de salle d'opération, durée d'hospitalisation, risque qu'un séjour en USI soit nécessaire après l'intervention), à la maladie (p. ex. répercussions du report sur l'issue de la maladie et difficulté et risque de la chirurgie) et au patient individuel (âge, problèmes de santé sous-jacents, expositions potentielles à la COVID-19). Le système de santé de l'Université de Chicago a déclaré qu'en deux semaines d'utilisation, l'application du MeNTS avait mené à la pratique de 15 interventions nécessaires supplémentaires par jour³.

- *Réductions et réintroductions graduelles* : La Société canadienne des chirurgiens cardiaques a publié des recommandations fondées sur le pourcentage de la capacité chirurgicale habituelle auquel l'établissement opère. À une réduction de 0 % à 30 %, seules les chirurgies pratiquées sur les patients externes les moins symptomatiques et les interventions « réellement non urgentes » seraient reportées, alors qu'à une réduction de plus de 50 %, seuls les services urgents pour les patients hospitalisés seraient prodigués⁴.
- *Approches au cas par cas avec groupe d'experts ou comité d'examen* : Les centres de santé Cedars-Sina et Northwell Health, de l'État de New York, et Carilion Health, de la Virginie, ont mis sur pied des comités formés de médecins dirigeants et d'administrateurs pour examiner et classer tous les cas chirurgicaux proposés individuellement. Les administrateurs de Northwell Health affirment que l'examen des cas par un comité multidisciplinaire est important pour assurer une compréhension commune des risques et pour aider à prévenir la concurrence entre les spécialités pour le temps de salle d'opération⁵.

Arriéré des interventions non urgentes

- L'annulation des interventions non urgentes en raison de la COVID-19 a mené à un important besoin non comblé en matière de soins partout au Canada. Le 28 avril 2020, selon un rapport du Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario, dans la province seulement, 52 700 interventions ont été annulées en raison des mesures prises pour libérer des lits de soins actifs afin de traiter les patients atteints de la COVID-19, un nombre qui augmentera de 12 200 chaque semaine dans les conditions actuelles⁶. Selon des données probantes, le volume élevé d'annulations d'interventions combiné à la

réticence des citoyens à obtenir les soins nécessaires par peur de contracter le virus entraîne de la souffrance et de la mortalité évitable chez les patients dont les soins nécessaires, mais jugés non urgents ont été reportés. S'appuyant sur une estimation modélisée des chercheurs du Réseau universitaire de santé, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario reconnaît que jusqu'à 35 patients atteints de maladie cardiaque sont décédés alors qu'ils étaient en attente d'une chirurgie⁷, et des préoccupations similaires ont été soulevées par l'association professionnelle qui représente les cardiologues au Québec⁸.

Reprise des interventions non urgentes

- Partout au Canada, on est à planifier la reprise sécuritaire des interventions non urgentes. La plupart des autorités de la santé canadiennes ont évoqué la reprise de certaines interventions non urgentes dans leur plan de « réouverture » graduelle, bien que peu de détails sur le déroulement aient été dévoilés.
- Des tensions importantes sont associées à la reprise des interventions non urgentes. Étant donné que les ressources nécessaires pour traiter les patients hospitalisés atteints de la COVID-19 se sont avérées inférieures aux prévisions, de nombreux systèmes de santé, en particulièrement ceux des zones touchées moins durement, se sont retrouvés avec des salles d'opération vides. Bien qu'il soit largement reconnu que cela ait causé de la souffrance et des résultats potentiellement défavorables pour les patients ayant des problèmes de santé urgents, mais qui n'étant pas atteints de la COVID-19, une très grande prudence est de mise quant à la manière et au moment de reprendre les interventions.
- Le principal défi auquel font face les systèmes de santé alors qu'ils commencent à rattraper le retard est de concilier l'augmentation des soins habituels avec le maintien d'une capacité excédentaire adéquate qui permettra de gérer une résurgence éventuelle des cas de COVID-19 requérant un traitement à l'unité des soins intensifs. Les systèmes de santé doivent aussi gérer les défis d'approvisionnement actuels en EPI et en médicaments requis pour la chirurgie ou l'intubation à mesure que ces décisions sont prises.

Recommandations actuelles sur la reprise des interventions non urgentes

- Certains systèmes de santé, organes de surveillance et agences de réglementation ont publié leurs recommandations sur la reprise des interventions non urgentes. Les documents fortement lus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) des États-Unis et de l'American College of Surgeons (ACS) ont été publiés durant la semaine du 20 avril 2020^{9,10}. De plus, la Société canadienne des chirurgiens cardiaques a publié des recommandations sur l'augmentation du nombre de chirurgies cardiaques le 24 avril, lesquelles présentent les chirurgies qui devraient être pratiquées aux différentes phases de l'augmentation de la capacité (augmentations de 0 % à 25 %, de 25 % à 50 %, et de 50 à 100 %)¹¹. Les principaux facteurs à considérer mentionnés dans ces documents sont résumés ci-dessous. Notons que d'autres lignes directrices émises par des systèmes de santé, ainsi que des lignes directrices propres à des services, seront publiées prochainement.

Facteurs locaux à considérer

- En coordination avec les responsables de la santé publique, il est important de comprendre l'incidence et les taux d'infection de la COVID-19 dans la région où la reprise des soins non urgents est envisagée.

- La priorité des interventions non urgentes devrait être déterminée en fonction du besoin et du degré d'urgence. Les méthodes de triage actuelles précédemment décrites pourraient être utilisées.
- Les ressources suffisantes doivent être disponibles, dont l'EPI, le personnel, l'espace physique, les fournitures, la capacité de dépistage et la disponibilité des soins postactifs. En ce qui concerne les ressources disponibles, il faut aussi tenir compte des ressources nécessaires pour maintenir la capacité de chirurgie en cas d'augmentation des cas de COVID ou de deuxième vague d'infections.

Regroupement

- On recommande aux établissements de créer des zones de soins distinctes pour les patients qui ne sont pas atteints de la COVID-19 et d'évaluer régulièrement les symptômes de ces derniers. De même, tous les membres du personnel et les visiteurs (lorsqu'ils sont autorisés) devraient être examinés avant de pouvoir entrer dans les zones sans COVID-19. Le personnel travaillant dans les zones sans COVID-19 devrait rester dans ces zones; par exemple, les médecins ne devraient pas faire de rondes dans l'hôpital puis venir travailler dans la zone sans COVID-19. Les zones sans COVID-19 devraient être séparées des autres dans la mesure du possible (p. ex. dans des bâtiments distincts ou dans des salles désignées ou sur des étages ayant des entrées distinctes et un croisement minimal avec les autres zones).

Facteurs à considérer concernant l'établissement

- Des systèmes et des contrôles qui permettent la distanciation physique doivent être mis en place dans les établissements, comme l'organisation de l'horaire de manière à limiter le temps passé dans les salles d'attente et l'espacement des chaises dans les zones d'attente à deux mètres de distance.
- Les systèmes (ou les établissements individuels ou les zones de spécialité) devraient mettre en place des politiques sur la présence des visiteurs et de la famille et les communiquer clairement. Lorsque les visiteurs doivent être présents pour la prestation de soins, ils devraient d'abord être évalués de la même manière que les patients et le personnel.

Nettoyage et désinfection

- Il faut s'assurer que des protocoles sont en place pour le nettoyage et la désinfection des espaces et de l'équipement dans les zones de soins sans COVID-19. Cela inclut de suivre les protocoles et les lignes directrices les plus à jour concernant la décontamination de l'équipement utilisé avec les patients atteints de la COVID-19.

Recours aux soins virtuels pour les consultations et l'examen préliminaire

- Les lignes directrices des CMS encouragent « l'utilisation maximale » des modalités de télésanté pour tous les soins qui peuvent être prodigués virtuellement. Cela pourrait comprendre les discussions sur l'objectif des soins et l'examen des directives préalables, des antécédents et de l'évaluation physique, ainsi que la réitération du consentement à subir l'intervention⁹.

Capacité de dépistage

- Alors que la capacité de dépistage demeure limitée, tous les patients devraient subir une évaluation visant à déceler les symptômes potentiels de COVID-19 avant d'entrer dans un établissement ou une unité. Lorsque la capacité de dépistage adéquate sera atteinte (ce qui pourrait être facilité par l'utilisation de nouveaux tests diagnostiques rapides), les

patients et le personnel devraient être évalués régulièrement au moyen de tests de laboratoire également.

- Dans les lignes directrices de l'ACS, on mentionne précisément qu'il faudrait réfléchir à l'établissement de lignes directrices sur le dépistage postopératoire, étant donné que certains symptômes postopératoires courants (comme la fièvre) sont également des symptômes de la COVID-19¹⁰.

Évaluation du besoin et de la disponibilité des soins postactifs

- Avant une intervention, le besoin éventuel de soins postactifs, y compris les soins à domicile, les soins infirmiers spécialisés, la réadaptation et la convalescence, devrait être évalué et abordé avec le patient et la famille, étant donné que la disponibilité de ces services peut être limitée en raison de la pandémie de COVID-19.

Communication avec les patients et les familles

- Les patients et les familles peuvent avoir des questions et des préoccupations valables concernant la sécurité et l'accès aux services. L'ACS recommande la création d'un comité multidisciplinaire pour organiser et examiner les messages à diffuser aux patients et aux familles sur une variété de sujets. Il peut s'agir des processus de triage et de priorisation, des politiques de dépistage, des mesures de sécurité qui sont prises, de l'utilisation de l'EPI, des lignes directrices pour la famille et les visiteurs, et attentes relatives aux soins après le congé d'hôpital et au suivi. Aider les patients à se sentir plus à l'aise avant leur intervention peut aussi réduire le risque d'annulation et les problèmes d'horaire qui pourraient nuire aux efforts visant à alléger l'arriéré.

Sécurité des professionnels de la santé

- Tout comme les patients et les familles, les professionnels de la santé doivent comprendre les mesures prises pour les protéger et la manière dont la priorisation sera faite, et avoir des moyens de se défendre et de défendre leurs patients s'ils sentent que les règles ne sont pas appliquées adéquatement. Par exemple, le centre de santé Cedars-Sinai a mis en œuvre un processus d'appel pour les chirurgiens, lequel est géré par le comité d'examen des cas ou le chef de leur département¹.

Usage des centres ambulatoires

- Les responsables de Cedars-Sinai ont mentionné que les centres de chirurgie ambulatoire pourraient être en mesure de prendre une partie du volume chirurgical lorsque les interventions non urgentes reprendront. Ils ont précisé que les centres ambulatoires devraient se concentrer sur les interventions qui y sont habituellement pratiquées, et que les interventions plus complexes devraient être réservées aux centres tertiaires, comme d'habitude¹. De même, les espaces cliniques séparés des hôpitaux (p. ex. les cliniques d'imagerie et les centres de prélèvement) pourraient être en mesure de prendre un volume additionnel si l'augmentation des interventions dans les établissements de soins actifs n'est pas possible ou doit se faire plus lentement.

Être prêts à cesser les interventions non essentielles ou à ralentir le débit si les circonstances changent

- Dans les recommandations des CMS, on souligne que les systèmes et les établissements doivent avoir la capacité de surveiller les tendances relatives à la transmission de la COVID-19 et aux besoins en soins, et être prêts à mettre de nouveau sur pause les interventions non essentielles si la capacité est nécessaire pour les soins associés à la COVID-19⁹.

Gestion des congés d'hôpital pour les patients nécessitant des soins pour affections subaiguës

- Bien qu'à ce jour, la demande en soins associés à la COVID-19 dans les établissements de soins actifs soit inférieure aux prévisions des modèles les plus prudents, la propagation actuelle dans les établissements de soins résidentiels comme les foyers de soins de longue durée (SLD) a des conséquences importantes sur le cheminement des patients dans le système de santé. Alors qu'on a augmenté la capacité de soins actifs pour répondre à la demande prévue par les modèles de pandémie, les patients nécessitant un autre niveau de soins reçoivent leur congé d'hôpital plus rapidement et sont admis dans les foyers de SLD ou les milieux communautaires lorsque possible. Cependant, les éclosions de COVID-19 dans les foyers de SLD sont devenues de plus en plus problématiques et préoccupantes; aussi, dans certaines provinces (comme l'Ontario), les patients sortant des soins actifs ne peuvent plus être admis dans les foyers de SLD. Cela fait en sorte que les patients qui requièrent un autre niveau de soins, mais qui ne peuvent pas rentrer chez eux en toute sécurité doivent rester à l'hôpital, occupant ainsi des lits qui pourraient être nécessaires pour des cas de COVID-19 ou pour gérer l'arriéré des soins. Bien que ce défi ne soit pas unique, les options au congé de l'hôpital deviennent de plus en plus limitées en raison de l'éclosion actuelle. Nous n'avons trouvé aucune littérature accessible au public sur la manière dont les autorités de la santé gèrent ces contraintes additionnelles.

Analyses et conséquences

- Bien que certaines provinces semblent avoir atteint le sommet de la courbe de cas de COVID-19 pour la phase actuelle de l'éclosion, certaines des conditions qui ont mené à l'annulation des interventions non urgentes sont toujours présentes : préoccupations relatives à la prévention des infections, difficultés d'approvisionnement en EPI et en médicaments, manque de capacité de la main-d'œuvre. Ces facteurs vont nécessairement limiter le rythme auquel l'arriéré d'interventions annulées ou reportées pourra être allégé.
- Dans les lignes directrices de la Société canadienne des chirurgiens cardiaques, on soulève la possibilité de résultats faussement négatifs et l'incapacité à écarter hors de tout doute la possibilité de COVID-19 en se fondant sur les tests actuels. On recommande de garder en isolement tous les patients ayant reçu un résultat négatif au test moléculaire, mais pour lesquels des soupçons cliniques de COVID-19 demeurent. Des méthodes d'investigation additionnelles comme la tomodensitométrie pourraient être envisagées dans ces cas, s'il y a lieu¹¹.
- Les travailleurs de la santé pourraient devoir suivre une formation additionnelle sur la prévention des infections dans le contexte de la pandémie de COVID-19 alors que davantage de soins courants sont réintroduits dans l'environnement de soins actifs. L'ensemble du personnel devra comprendre l'approche adoptée pour regrouper les patients et les zones cliniques, et les mesures de prévention des infections particulières à respecter. Cet aspect pourrait s'avérer particulièrement problématique dans les plus petits établissements ruraux où l'espace physique et l'équipement sont limités et où il est difficile de séparer adéquatement les patients atteints de la COVID-19 de ceux qui ne le sont pas.
- La question du financement devra être abordée si des mesures extraordinaires doivent être mises en œuvre, comme la tenue d'interventions à l'extérieur des heures normales de travail pour certaines cliniques ou spécialités, ou la sous-traitance d'un plus gros

volume d'interventions et de tests aux cliniques privées. Certaines de ces mesures pourraient également exiger la renégociation de conventions collectives actuelles des professionnels de la santé.

- La collecte de données fiables, la modélisation de la demande et la déclaration à l'échelle provinciale, territoriale, régionale et locale sont nécessaires afin que les systèmes de santé puissent prendre en temps réel des décisions concernant la reprise et la mise en pause des interventions non urgentes. Bien que le tout sera, dans une certaine mesure, dicté par les plans de « réouverture » des provinces et territoires, il est nécessaire de comprendre la capacité et la demande en temps réel afin de répartir adéquatement les ressources pour reprendre les services mis en pause en plus de prodiguer les soins associés à la COVID-19 et d'autres soins immédiats non associés à la COVID-19. Les outils accessibles au public comme le *COVID-19 Acute and Intensive Care Resource Tool* [Outil de gestion des ressources de soins actifs et intensifs en contexte de COVID-19], conçu par des chercheurs de l'Université de Toronto, pourraient aider à planifier la répartition des ressources en fonction des tendances locales de transmission de la COVID-19 et de la gravité des cas actifs¹².
- Les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des travailleurs de la santé sont largement reconnues. Certaines provinces (comme le Québec) ont observé des niveaux élevés d'absentéisme chez leurs travailleurs de la santé, probablement en raison de l'épuisement et du stress, et les systèmes de santé s'ajustent pour offrir du soutien continu en santé mentale dans les milieux de travail. C'est un défi qui demeurera présent dans les mois à venir, alors que le personnel continuera de faire face aux difficultés de la pandémie de COVID-19 tout en tentant de reprendre les soins courants et de rattraper le retard. Dans les communications destinées aux travailleurs de la santé, il faudrait reconnaître leurs facteurs de stress et faire preuve d'empathie et de compréhension¹³.
- Les communications destinées au public sur la reprise des services devraient être claires et transparentes, et donner aux patients une idée du moment où ils pourraient s'attendre à obtenir un nouveau rendez-vous et du déroulement de l'intervention ou du test. Comme il est mentionné dans les lignes directrices de l'ACS, les communications avec les patients devraient comprendre les renseignements concernant l'EPI et les autres mesures de prévention des infections qui sont prises¹⁰. Les communications destinées au public sur la reprise des services devraient être diffusées par divers canaux afin de joindre ceux qui n'utilisent pas Internet, et être accessibles dans diverses langues selon la population de patients de la région.
- Les lignes directrices publiées recommandent pour le moment de recourir le plus possible aux options de soins virtuels afin de limiter l'exposition des professionnels de la santé et des patients. Voilà une occasion de mettre à l'épreuve et de systématiser le recours aux nouvelles technologies et aux technologies existantes qui n'ont pas encore été adoptées largement dans le système de santé canadien.

Références

1. Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI). MEETING SUMMARY: Confronting COVID-19: Finding Hospital Capacity and Improving Patient Flow. Part 3 – Elective and Urgent Surgeries amid COVID-19. 2020: <https://www.pcori.org/sites/default/files/PCORI-Confronting-COVID-19-Webinar-Series-Part-3-Summary-Report-041420.pdf>. Accessed May 3, 2020.
2. Ireland N. How hospitals will tackle the backlog of nearly 100,000 surgeries delayed by the pandemic. 2020; <https://www.cbc.ca/news/health/covid-19-surgery-backlog-canada-1.5543530>.
3. Prachand VN, Milner R, Angelos P, et al. Medically Necessary, Time-Sensitive Procedures: Scoring System to Ethically and Efficiently Manage Resource Scarcity and Provider Risk During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American College of Surgeons*. 2020.
4. Hassan A, Arora RC, Adams C, et al. Cardiac Surgery in Canada During the COVID-19 Pandemic: A Guidance Statement From the Canadian Society of Cardiac Surgeons. *Can J Cardiol*. 2020:S0828-0282X(0820)30323-30328.
5. Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI). MEETING SUMMARY: Confronting COVID-19: Finding Hospital Capacity and Improving Patient Flow. Part 1 – Report from the Field: How We Are Managing Incident Command. 2020: <https://www.pcori.org/sites/default/files/PCORI-Confronting-COVID-19-Webinar-Series-Part-1-Summary-Report-033120-040220.pdf>. Accessed May 3, 2020.
6. Financial Accountability Office of Ontario. Ontario Health Sector: A Preliminary Review of the Impact of the COVID-19 Outbreak on Hospital Capacity. . 2020: <https://www.fao-on.org/en/Blog/Publications/health-2020>. Accessed May 3, 2020.
7. Ferguson R. At least 35 Ontarians died waiting for treatment after hospitals were cleared for COVID-19. *Toronto Star* 2020; <https://www.thestar.com/politics/provincial/2020/04/28/ontario-has-recorded-1012-deaths-from-covid-19.html>.
8. Gerbet T. Déjà des personnes décédées indirectement de la COVID-19. *Radio-Canada* 2020; <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1695697/deces-cardiaque-urgences-hopitaux-medecins-quebec-covid>.
9. Centres for Medicare and Medicaid Services (CMS). Opening Up America Again: Re-opening Facilities to Provide Non-emergent Non-COVID-19 Healthcare, Phase I. 2020: <https://www.cms.gov/files/document/covid-flexibility-reopen-essential-non-covid-services.pdf>. Accessed May 3, 2020.
10. American College of Surgeons. Local Resumption of Elective Services Guidelines. 2020: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/resuming-elective-surgery>. Accessed May 3, 2020.
11. Hassan A, Arora RC, Lother SA, et al. Ramping Up the Delivery of Cardiac Surgery During the COVID-19 Pandemic: A Guidance Statement from the Canadian Society of Cardiac Surgeons. *Canadian Journal of Cardiology*. 2020.
12. Giannakeas V, Bhatia D, Warkentin MT, Bogoch I, Stall NM. Estimating the maximum daily number of incident COVID-19 cases manageable by a healthcare system. *medRxiv*. 2020:2020.2003.2025.20043711.
13. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020.