Santé et Services sociaux Québec

Recommandations sur les niveaux d'adaptation des activités d'endoscopie (secteur gynécologie) en contexte COVID-19

Novembre 2020

Les services en endoscopie ont été modulés lors du début de la pandémie selon la priorisation des activités endoscopiques à réaliser ou à délester qui étaient évaluées par les comités mis en place dans les établissements. Dans le contexte où le réseau de la santé et des services sociaux doit dorénavant cohabiter avec la COVID-19, les consignes du printemps 2020 sont révisées et le présent document soutient la priorisation relative des activités en fonction des niveaux d'alerte du Plan provincial de contingence COVID-19 en centre hospitalier et du Plan d'adaptation des niveaux d'activités en cancérologie qui sont disponibles au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/.

La priorisation des activités endoscopiques à réaliser et le niveau d'activités en place doivent être évalués par le comité local d'endoscopie mis en place dans les établissements/installations lors des travaux de mise à niveau des unités d'endoscopie.

Des prérequis doivent être évalués pour passer à un niveau d'alerte supérieur ou inférieur en tenant compte, entre autres :

- de la disponibilité de l'équipement de protection individuelle (ÉPI);
- de la disponibilité des ressources humaines;
- de la disponibilité des médicaments (liste de pénuries);
- de la disponibilité des lits d'hospitalisation.

Il est proposé que lors du passage d'un niveau d'activités à l'autre, une évaluation minimale du niveau d'activités soit faite pour permettre une analyse et une mesure de l'effet du changement sur les cas en attente et de réévaluer le risque clinique du délestage chez le patient versus le risque de réalisation de l'intervention en situation de COVID-19. Les listes d'attente doivent faire l'objet d'un processus dynamique de réévaluation en tenant compte de la symptomatologie, des résultats de laboratoires, des examens d'imagerie, etc.

Considérations générales

1. Tous les cas, peu importe les types d'intervention endoscopique, doivent faire l'objet d'une évaluation clinique au cas par cas, selon l'urgence de l'intervention à réaliser. Tout patient dont l'état clinique change doit faire l'objet d'une réévaluation, le cas échéant. Les exemples et délais dans ce document se veulent un guide et non une liste exhaustive ou prescription. Si une alternative à l'examen endoscopique délesté est disponible, cette possibilité doit être évaluée par le comité local d'endoscopie en fonction de la capacité de procéder à l'examen alternatif dans l'autre secteur de l'hôpital;
2. Dans le tableau aux pages suivantes, certains délais sont similaires pour des niveaux différents. Toutefois, c'est la gradation des niveaux qui servira à prioriser les examens;
3. À noter que ce document s'adresse à une clientèle adulte.

ENDOSCOPIE GYNÉCOLOGIQUE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020					
Niveau d'alerte provincial	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai optimal**	**Délai maximal**	**Précisions**
1 et 2 **<u>Maintenir 70-90 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **≥ 70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Colposcopie pour</u> :**	• LIGE (lésions intraépithéliales de haut grade) • ASC-H • AIS (≤ 12 semaines de la référence) • Anse diathermique prévue et les lésions suspectes de cancer • AGC- en faveur d'une néoplasie	4 sem.	12 sem.	
		• AGC-NOS • Suivi 6 mois après LEEP (HSIL, AIS) • ASCUS + HPV positif • LSIL (persistant plus de 2 ans) • Grossesse avec cytologie anormale : compléter la colposcopie au plus tard au second trimestre	6 sem.	12 sem.	
		• LSIL (premier diagnostic), patiente âgée de plus de 25 ans • HPV positif et cytologie normale • SUIVI CIN-I • LSIL (premier diagnostic) patiente âgée entre 21 et 24 ans	6 mois	12 mois	
		• ASCUS avec VPH négatif	À la suite	À la suite	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
1 et 2 (suite) **<u>Maintenir 70-90 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **≥ 70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Hystéroscopie pour</u> :**	• Saignement actif avec anémie nécessitant un traitement (échec de traitement médical)/préménopause • Saignement actif postménopause	< 24 heures	1-7 jours	
		• Rétention placentaire : patiente symptomatique	< 14 jours	14 jours	Rétention avec saignements ou douleurs
		• Rétention placentaire	< 14 jours	28 jours	
		• Saignements postménopause avec facteurs de risque* • Préménopause avec saignements et anémie nécessitant un traitement et échec du traitement médical	< 28 jours	28 jours	* Facteurs de risque : • Endomètre >4 mm et/ou • Obésité • Antécédents cancer endomètre • Tamoxifène • Autres facteurs de risque connus
		• Saignements postménopause sans facteur de risque • Saignements préménopause	< 90 jours	4-5 mois	
		• Diagnostic r/a des saignements • Problème de fertilité nécessitant un traitement*	< 90 jours	6 mois	* Polype, myome sous-muqueux, malformation.
		• Diagnostics r/a un problème de fertilité	< 6 mois	6 mois	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
3 **<u>Maintenir 50-70 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** **• 50-70 % de taux de disponibilité du personnel** **• Disponibilité des ÉPI** **• Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Colposcopie pour</u> :**	• LIGE (lésions intraépithéliales de haut grade) • ASC-H • AIS (≤ 12 semaines de la référence) • Anse diathermique prévue et les lésions suspectes de cancer • AGC- en faveur d'une néoplasie	4 sem.	12 sem.	
		• AGC-NOS • Suivi 6 mois après LEEP (HSIL, AIS) • ASCUS + HPV positif • LSIL (persistant plus de 2 ans) • Grossesse avec cytologie anormale : compléter la colposcopie au plus tard au second trimestre	6 sem.	12 sem.	
		• LSIL (premier diagnostic), patiente âgée de plus de 25 ans • HPV positif et cytologie normale	6 mois	12 mois	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
3 (suite) **<u>Maintenir 50-70 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** **• 50-70 % de taux de disponibilité du personnel** **• Disponibilité des ÉPI** **• Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Hystéroscopie pour</u> :**	• Saignement actif avec anémie nécessitant un traitement (échec de traitement médical)/préménopause • Saignement actif postménopause	< 24 heures	1-7 jours	
		• Rétention placentaire : patiente symptomatique	< 14 jours	14 jours	Rétention avec saignements ou douleurs.
		• Rétention placentaire	< 14 jours	28 jours	
		• Saignements postménopause avec facteurs de risque* • Préménopause avec saignements et anémie nécessitant un traitement et échec du traitement médical	< 28 jours	28 jours	* Facteurs de risque : • Endomètre >4 mm et/ou • Obésité • Antécédents cancer endomètre • Tamoxifène • Autres facteurs de risque connus
		• Saignements postménopause sans facteur de risque • Saignements préménopause	< 90 jours	4-5 mois	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
4 **<u>Maintenir 30 à 50 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **30-50 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)**	**<u>Colposcopie pour</u> :**	• LIGE (lésions intraépithéliales de haut grade) • ASC-H • AIS (≤ 12 semaines de la référence) • Anse diathermique prévue et les lésions suspectes de cancer • AGC- en faveur d'une néoplasie	4 sem.	12 sem.	
		• AGC-NOS • Suivi 6 mois après LEEP (HSIL, AIS) • ASCUS + HPV positif • LSIL (persistant plus de 2 ans) • Grossesse avec cytologie anormale : compléter la colposcopie au plus tard au second trimestre	6 sem.	12 sem.	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
4 (suite) **<u>Maintenir 30 à 50 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **30-50 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)**	**<u>Hystéroscopie pour</u> :**	• Saignement actif avec anémie nécessitant un traitement (échec de traitement médical) /préménopause • Saignement actif postménopause	< 24 heures	1-7 jours	
		• Rétention placentaire : patiente symptomatique	< 14 jours	14 jours	Rétention avec saignements ou douleurs
		• Rétention placentaire	< 14 jours	28 jours	
		• Saignements postménopause avec facteurs de risque* • Préménopause avec saignements et anémie nécessitant un traitement et échec du traitement médical	< 28 jours	28 jours	* Facteurs de risque : • Endomètre >4 mm et/ou • Obésité • Antécédents cancer endomètre • Tamoxifène • Autres facteurs de risque connus

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
Activités essentielles - ne pas délester **<u>Maintenir 15 % de l'activité régulière</u>** **Pénurie identifiée de :** • **< 30 % des ressources humaines en place; pénurie étendue à l'ensemble des autres secteurs de l'hôpital;** • **Disponibilité d'PI;** • **Lits d'hospitalisation et de soins intensifs**	**<u>Colposcopie pour</u> :**	• LIGE (lésions intraépithéliales de haut grade) • ASC-H • AIS (≤ 12 semaines de la référence) • Anse diathermique prévue et les lésions suspectes de cancer • AGC- en faveur d'une néoplasie	4 sem.	12 sem.	
	<u>Hystéroscopie pour</u> :	• Saignement actif avec anémie nécessitant un traitement (échec de traitement médical)/préménopause • Saignement actif postménopause	< 24 heures	1-7 jours	
		• Rétention placentaire : patiente symptomatique	< 14 jours	14 jours	Rétention avec saignements ou douleurs.

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce document

Dre Nicole Charest, obstétricienne-gynécologue, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Dre Amélie Gervaise, CISSS de l'Outaouais

Dre Violaine Marcoux, obstétricienne-gynécologue, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, présidente de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec

Dre Shannon Salvador, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Dr Dominique Tremblay, obstétricien-gynécologue, CISSS de Laval

Mme Chantale Dumont, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, PQC, MSSS