

### SUIVI DES MODIFICATIONS

| Date       | Section                                     | Modification   | Explication   |
|------------|---|--|---|
| 2020-07-16 | Préambule                                   | Précision du rôle du présent document  | Confirmation de l'importance de l'évaluation du risque au point de service  |
|            |   | Précision de l'indication de test en pré-opérateur                                       | Conformité avec les autres recommandations CISSS  |
|            |   | Ajout des données de transmission de COVID au bloc opératoire                            | Aucune transmission n'a été associée aux activités des blocs opératoires depuis l'instauration de ce protocole  |
| 2020-07-16 | Collaboration                               | Remplacement de Dr Éric Auger par Dr Audrey Villeneuve                                   | Communication personnelle   |
| 2020-07-16 | Anesthésie générale et régionale            | Précision de l'indication de temps d'attente d'évacuation de l'air après une IMGA        | Coquille résultant de la fusion des tableaux  |
|            |   | Retrait des précautions contact à l'intubation et l'extubation selon certaines modalités | Les précautions contact peuvent engendrer des délais importants et leur rôle dans ce contexte est incertain   |
| 2020-07-16 | Obstétrique                                 | Retrait des précautions contact à l'intubation et l'extubation selon certaines modalités | Les précautions contact peuvent engendrer des délais importants et leur rôle dans ce contexte est incertain   |
| 2020-06-23 | Annexes                                     | Mise à jour du questionnaire et de l'algorithme de triage                                | Un 2 <sup>e</sup> épisode de COVID contagieux est très peu probable dans les 3 mois suivant un premier épisode. Harmonisation avec les autres documents CISSS |
|            |   | Réintroduction d'une description des catégories d'usagers                                | Demande de plusieurs sites et clarification de la catégorisation par un 2 <sup>e</sup> format.  |
| 2020-06-11 | Préambule                                   | Ajout de commentaires en lien avec l'étude COVIDSurg                                     | Enjeu potentiel dans le consentement à l'intervention chirurgicale.   |
| 2020-06-11 | Collaboration                               | Retrait de Dr Linda Lalancette   | Communication personnelle.  |
|            |   | Ajout de Dr Guy Martin   | Communication personnelle.  |
| 2020-06-11 | Anesthésie générale<br>Anesthésie régionale | Fusion des tableaux  | Simplification du document. Les deux tableaux reflétaient la même information.  |
|            |   | Reformulation de la ligne « Salle de réveil »  | Précisions sur les mesures recommandées.  |
|            |   | Retrait du haut risque de déconnexion du circuit ventilatoire pour les usagers verts     | Risque jugé faible par la très courte durée de la déconnexion et des précautions de base rehaussées en période de pandémie qui protège le personnel.          |
| 2020-06-11 | Obstétrique                                 | Référence à l'algorithme CISSS sur la présence de l'accompagnant en salle de césarienne  | Intégration avec les autres politiques du CISSS.  |

|            |            |  |   |
|------------|------------|--|---|
|            |            | Reformulation de la ligne « Surveillance post-opératoire »   | Précisions sur les mesures recommandées.  |
| 2020-06-14 | Annexes    | Retrait de la chirurgie digestive avec cautérisation de la muqueuse intestinale des chirurgies à haut risque de générer des aérosols sous certaines conditions | Présence usuelle d'un évacuateur de fumées chirurgicales et cohérence avec les recommandations ministérielles.                        |
|            |            | Remplacement de la description des catégories d'utilisateurs par un questionnaire et algorithme de triage  | Simplification de l'utilisation, ajout de précisions sur certaines situations et ajout de facteurs de risque d'exposition à la COVID. |
| 2020-06-11 | Références | Mise à jour et ajout de nouvelles références   | Suivi actif de la littérature.  |

## PRÉAMBULE

La pandémie de la COVID-19 a forcé un ralentissement important et une réorganisation rapide des soins de santé dans la province du Québec. Dans le contexte d'une réouverture graduelle des activités dans les blocs opératoires du CISSS des Laurentides, il est nécessaire de déterminer comment optimiser l'offre de services au bloc opératoire tout en assurant un environnement sécuritaire tant pour les usagers que pour les travailleurs de la santé. Ceci demeure un défi dans une situation dynamique, où les connaissances d'aujourd'hui peuvent ne plus s'appliquer demain. Ainsi, les recommandations sont sujettes à modifications au fur et à mesure de l'évolution de la situation. Ce document constitue un cadre de recommandations générales de précautions contre la COVID au bloc opératoire. Cependant, le principe d'évaluation du risque au point de service demeure. Ainsi, des précautions supplémentaires doivent être considérées lorsque le clinicien identifie un risque qui n'est pas considéré dans le présent document.

La COVID-19 est une infection respiratoire au virus SARS-CoV-2, un  $\beta$ -coronavirus d'origine zoonotique découvert dans la ville de Wuhan en Chine en décembre 2019, dont la progression a mené l'OMS à déclarer l'état de pandémie le 11 mars 2020. Dans les Laurentides, le virus fait l'objet d'une transmission communautaire soutenue. La maladie frappe particulièrement les résidences pour aînés publiques et privées, où on dénombre plusieurs éclosions et dont sont issus la grande majorité des décès.

Le SARS-CoV-2 se transmet de façon prédominante via les gouttelettes lors d'un contact étroit prolongé ou par contact direct avec les sécrétions respiratoires d'une personne infectée symptomatique. La porte d'entrée principale du virus se trouve au niveau des muqueuses des voies respiratoires supérieures et des conjonctives. La transmission par contact indirect n'est pas bien documentée. La transmission par aérosols semble peu probable dans la communauté selon les données actuelles, mais n'est pas exclue et doit être prise en compte dans certaines situations, incluant lors d'interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Des particules virales se retrouvent également dans les selles des personnes infectées.

La transmission attribuable à des personnes pré-symptomatiques ou asymptomatiques en milieu de soins n'est pas définie. Plusieurs publications corroborent la présence de virus chez des personnes asymptomatiques dans la communauté, mais les données sont conflictuelles quant à leur potentiel de transmission, qui semble moindre que chez les personnes infectées symptomatiques. La proportion de personnes asymptomatiques dans les Laurentides est inconnue. Aucune recommandation de précautions additionnelles n'est clairement définie vis-à-vis la population asymptomatique dans un contexte de transmission communautaire soutenue.

L'évaluation du risque de transmission du SARS-CoV-2 tient compte de plusieurs variables, soit la probabilité que l'usager en soit porteur et contagieux, l'intensité et la durée de l'exposition des travailleurs de la santé, ainsi que les diverses stratégies d'atténuation du risque de transmission qui peuvent être implantées. En cas de bris de procédure, l'équipement de protection individuel (ÉPI) minimal associé par l'INSPQ à un risque de transmission faible (qui ne nécessite donc pas de retrait du travail) est constitué d'un masque de procédure associé à une protection oculaire.

La meilleure stratégie pour minimiser le risque de transmission du virus de la COVID-19 lors d'un épisode de soins associé à une intervention au bloc opératoire demeure de retarder toute procédure planifiée chez un usager suspecté ou confirmé porteur du virus. Ceci est d'autant plus importante à la lumière de données récentes suggérant un excès de mortalité dans la période péri-opératoire des usagers infectés par le SARS-CoV-2. L'utilisation de tests de laboratoire à la recherche du virus avant une intervention chirurgicale fait partie des recommandations ministérielles depuis le 3 juin 2020 et peut

complémenter une évaluation épidémiologique par questionnaire pour évaluer le risque d'une éventuelle transmission ou incubation de ce virus en péri-opératoire. Dans un contexte de reprise graduelle des activités, cette réalité souligne l'importance de prévoir, dans la mesure du possible, les interventions électives et semi-électives de sorte à permettre aux usagers un respect strict des mesures de distanciation sociale pour les 14 jours précédant ladite intervention.

Les autres stratégies d'atténuation du risque de transmission visent à briser la chaîne de transmission entre l'émission de particules infectieuses par un usager infecté et l'inoculation des muqueuses respiratoires et/ou conjonctivales d'un travailleur de la santé ou d'un autre usager. Les installations matérielles munies de système de ventilation adaptés, les dispositifs de captation des aérosols à la source, la réorganisation des trajectoires de soins et l'utilisation appropriée des ÉPI s'intègrent dans nos différentes recommandations afin de minimiser le risque de transmission du virus de la COVID-19 dans nos blocs opératoires. Dans la période du 3 mai au 3 juillet 2020, les équipes du CISSS des Laurentides ont procédé à 2590 interventions chirurgicales. Aucun cas de transmission de COVID n'a été identifié en lien avec les activités du bloc opératoire.

Une des recommandations ci-bas mérite une attention particulière. Il s'agit des interventions à haut risque de générer des aérosols chez le patient présumé à faible risque de contagiosité (« vert »). À l'heure actuelle, l'INSPQ ne recommande pas de précautions particulières dans cette circonstance, ce qui suscite de vives discussions considérant le contexte québécois de transmission communautaire soutenue. Dans cette circonstance, les pratiques dans la grande région de Montréal divergent (Dr Lauzon-Laurin, communication personnelle). Nous avons considéré que, bien que la probabilité d'une contagiosité soit faible, elle est maximisée lorsque la durée d'exposition des intervenants est prolongée. Ainsi, lorsqu'un dispositif de captation des aérosols à la source est en fonction, la majorité des aérosols infectieux sont présumés captés et filtrés par l'appareil. Les intervenants à proximité de la source de génération d'aérosols (soit entre la source des aérosols et le dispositif de captation des aérosols) sont exposés de façon prolongée à des aérosols provenant de l'usager.

En attendant que le niveau de risque posé par ces usagers soit davantage précisé, nous recommandons aux intervenants exposés de façon prolongée à des aérosols d'un usager asymptomatique le port du masque de type N95 et présumons que les autres intervenants sont raisonnablement protégés en suivant les recommandations de l'INSPQ, associées au dispositif de captation des aérosols à la source. En l'absence d'un tel dispositif, tous les intervenants dans la pièce sont exposés de façon prolongée à des aérosols provenant de l'usager et nous leur recommandons alors également le port du masque de type N95.



**Marie-Josée Caron, MD, FRCPC**

Anesthésiologiste

Chargée d'enseignement clinique

CISSS des Laurentides – installation Saint-Jérôme



**Jean-Daniel Talbot, MD**

Microbiologiste-infectiologue

Co-chef du service de microbiologie-infectiologie

CISSS des Laurentides – installation Saint-Jérôme

## Sous-comité du CCSPM sur les mesures de précaution au bloc opératoire

**Mme Kathleen Belley**

Directrice adjointe des services diagnostiques

**Dre Marie-Josée Caron**

Anesthésiologiste

Installation de Saint-Jérôme

**Dr Pierre-André Clermont**

Chirurgien orthopédiste

Installation de Saint-Eustache

**Dre Caroline Drolet**

Pédiatre

Installation de Saint-Jérôme

**Dr Jacques Goulet**

Chirurgien maxillo-facial

Installation de Saint-Jérôme

**Dr Stéphane Gravel**

Chirurgien thoracique

Installation de Saint-Jérôme

**M. Jason King**

Coordonnateur clinico-administratif du  
continuum de soins du programme de chirurgie

**Mme Andréanne Laliberté-Rhéaume**

Directrice adjointe du continuum santé-jeunesse

**Dr Alain Lamontagne**

Anesthésiologiste

Installation de Saint-Jérôme

**Dre Marie-Claude Lanoie**

Oto-rhino-laryngologiste

Installation de Saint-Jérôme

**Dre Audrey McSween**

Anesthésiologiste

Installation de Saint-Jérôme

**Mme Manon Paquin**

Directrice adjointe des services professionnels  
aux affaires médicales et évolution de la pratique  
en médecine spécialisée

**Dre Audrey Picard**

Gynécologue-obstétricienne

Installation de Saint-Eustache

**M. Dany Savard**

Directeur adjoint clinique - Programme chirurgie

**M. Benoît St-Denis**

Chef de programme en PCI

Prévention et contrôle des infections

**Dr Jean-Daniel Talbot**

Microbiologiste-infectiologue

Installation de Saint-Jérôme

**Dre Audrey Villeneuve**

Anesthésiologiste

Installation de Saint-Eustache

## Collaboration

**Dre Véronique Lapointe**

Microbiologiste-infectiologue

Installation de Saint-Jérôme

**Dr François Gaulin**

Anesthésiologiste

Installation de Saint-Jérôme

**Dr Guy Martin**

Anesthésiologiste

Installation de l'hôpital Laurentien

**Dre Mélissa Ouellette**

Anesthésiologiste

Installation de Saint-Jérôme

**Dre Julie Tremblay**

Microbiologiste-infectiologue

Installation de Saint-Eustache

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES POUR LES USAGERS SOUS **ANESTHÉSIE GÉNÉRALE OU RÉGIONALE** EN BLOC OPÉRATOIRE EN CONTEXTE DE PANDÉMIE COVID

| Évaluation Clinique <sup>1</sup>     | ROUGE   |                          | JAUNE   |                          | VERT  |                       |
|--------------------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|-----------------------|
| Évaluation du risque                 | Élevé   |                          | Intermédiaire   |                          | Faible  |                       |
| Type de chirurgie <sup>2</sup>       | HAUT risque d'aérosols<br><u>OU</u><br>Risque majeur de déconnexion du circuit ventilatoire   | BAS risque d'aérosols    | HAUT risque d'aérosols<br><u>OU</u><br>Risque majeur de déconnexion du circuit ventilatoire | BAS risque d'aérosols    | HAUT risque d'aérosols  | BAS risque d'aérosols |
| Zone**                               | CHAUDE  | CHAUDE                   | CHAUDE  | TIÈDE                    | TIÈDE   | FROIDE                |
| Transfert de l'utilisateur           | Selon procédures <a href="#">CISSS REC_COVID_Transport_cas_probable_ou_confirme_intra_et_interhospitalier</a>   |                          |   |                          |   |                       |
| Intubation                           | Aérien contact +  |                          | Aérien contact +  |                          | Gouttelettes contact + <sup>3</sup>   |                       |
| Intervenants à < 2m de l'utilisateur | Aérien contact +  | Gouttelettes contact + * | Aérien contact +  | Gouttelettes contact + * | Aérien/Gouttelettes contact + <sup>4</sup>  | Gouttelettes +        |
| Intervenants à > 2m de l'utilisateur | Aérien +  | Gouttelettes + *         | Aérien +  | Gouttelettes + *         | Aérien/Gouttelettes + <sup>4</sup>  | Gouttelettes +        |
| Extubation                           | Aérien contact +  |                          | Aérien contact +  |                          | Gouttelettes contact + <sup>3</sup>   |                       |
| Salle de réveil                      | Précautions <b>Gouttelettes</b> contact +. Port du masque par l'utilisateur, si possible.<br>Si extubation, celle-ci doit se faire en salle d'opération.<br>Évacuation des aérosols selon le délai prescrit après l'heure de fin de l'intervention (si génération d'aérosols) ou de l'extubation (selon le cas), puis transfert vers l'unité de soins.<br><br>Usager <b>sans</b> critères COVID d'admission aux soins intensifs : admissible en salle de réveil<br>Usager <b>avec</b> critères COVID d'admission aux soins intensifs : <u>éviter</u> la salle de réveil |                          |   |                          | Précautions additionnelles selon celles en vigueur à l'étage pour l'utilisateur.<br>Précautions <b>Gouttelettes</b> contact + lors des traitements par nébulisation.<br>Si extubation, celle-ci doit se faire en salle d'opération.<br>Admissible en salle de réveil. Port du masque par l'utilisateur en présence de toux. |                       |
| Transfert de l'utilisateur           | Selon procédures <a href="#">CISSS REC_COVID_Transport_cas_probable_ou_confirme_intra_et_interhospitalier</a>   |                          |   |                          |   |                       |

|         |                    |                         |   |
|---------|--------------------|-------------------------|---|
| LÉGENDE | <b>Précautions</b> | <b>« Aérien »</b>       | Masque de type N95 <b>ET</b> attente du délai d'évacuation de 99,9% des aérosols, défini selon la salle utilisée  |
|         |                    | <b>« Gouttelettes »</b> | Masque procédural   |
|         |                    | « Contact »             | Blouse et gants   |
|         |                    | « + »                   | Protection oculaire   |
|         |                    | « * »                   | Le temps nécessaire à l'élimination de 99,9% des particules de l'air doit être respecté <b>après une intervention générant des aérosols.</b><br>S'il s'agit d'une procédure urgente et que ce délai ne peut être respecté, la précaution <b>« Aérien »</b> remplace la précaution <b>« Gouttelettes »</b> pour tous les intervenants dans la salle. |

**Zones\*\*** Les dispositifs utilisés pour favoriser une meilleure gestion de l'environnement peuvent varier d'une installation à l'autre, dépendamment des mesures disponibles. Le principe est d'augmenter la présence de ces dispositifs à mesure que le risque de contagiosité augmente. Il se peut qu'un seul de ces dispositifs soit disponible.

**CHAUDE** Salle standard en pression positive avec un SAS en pression négative ET/OU avec un dispositif de captation des aérosols à la source avec filtre HEPA tel que recommandé par l'INSPQ, disposé près de la source générant des aérosols. En dernier recours, une salle à pression négative peut être considérée.

**TIÈDE** Salle standard en pression positive avec un SAS en pression négative ET/OU avec un dispositif de captation des aérosols à la source avec filtre HEPA tel que recommandé par l'INSPQ, disposé près de la source générant des aérosols

**FROIDE** Salle standard en pression positive

1 : Voir Annexe : Questionnaire et Algorithme de triage des usagers selon le questionnaire (document de travail)

2 : Voir Annexe : Niveau de risque de génération d'aérosols en fonction du type de chirurgie

3 : **Chez les usagers verts sans symptômes possiblement associés à la COVID, sans critère de risque d'exposition à la COVID et ayant été dépistés négatifs pour la COVID dans les derniers 48h, il est raisonnable de retirer les précautions contact lors de l'intubation et de l'extubation.**

4 : Tous les intervenants dans la salle doivent minimalement respecter les précautions additionnelles de type **« Gouttelettes + »**. Les intervenants à moins de 2 mètres de l'usager doivent également respecter les précautions additionnelles de type **« Contact »**.

En présence d'un dispositif de captation des aérosols à la source avec filtre HEPA : la précaution **« Aérien »** remplace la précaution **« Gouttelettes »** pour les intervenants à proximité du site de génération des aérosols (soit entre la source des aérosols et le dispositif). Ceci inclut minimalement le chirurgien et l'assistant opératoire. L'attente du délai d'évacuation de 99,9% des aérosols n'est pas requise.

En l'absence de dispositif de captation des aérosols à la source avec filtre HEPA : la précaution **« Aérien »** remplace la précaution **« Gouttelettes »** pour tous les intervenants dans la salle. Le temps nécessaire à l'élimination de 99,9% des particules de l'air doit être respecté à la fin de l'intervention.

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES POUR LA **CLIENTÈLE OBSTÉTRICALE** EN BLOC OPÉRATOIRE DANS UN CONTEXTE DE PANDÉMIE COVID-19

| Césarienne URGENTE P1 OU Risque majeur de conversion en anesthésie générale |  |           |                  |           |   |           |
|---|--|-----------|------------------|-----------|---|-----------|
| Évaluation clinique <sup>1</sup>  | ROUGE  |           | JAUNE            |           | VERT  |           |
| Évaluation du risque  | Élevé  |           | Intermédiaire    |           | Faible  |           |
| Anesthésie anticipée  | Générale   | Régionale | Générale         | Régionale | Générale  | Régionale |
| Zone*   | CHAUDE   |           | CHAUDE           |           | FROIDE  |           |
| Transfert de l'usager   | Selon procédures <a href="#">CISSS REC_COVID_Transport_cas_probable_ou_confirme_intra_et_interhospitalier</a>  |           |                  |           |   |           |
| Tous les intervenants   | Aérien contact +   |           | Aérien contact + |           | Gouttelettes contact + <sup>2</sup>   |           |
| Présence de l'accompagnant  | <p>Se référer à l'algorithme : <a href="http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciss_laurentides/Sante_Publique/Maladies_infectieuses/COVID_employes/Documents_cliniques/Schemas_et_algorithmes/ALG_Accompagnateur_cesarienne.pdf">http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciss_laurentides/Sante_Publique/Maladies_infectieuses/COVID_employes/Documents_cliniques/Schemas_et_algorithmes/ALG_Accompagnateur_cesarienne.pdf</a></p> <p>À noter : L'accompagnant de l'usagère « JAUNE » ou « ROUGE » devra faire l'objet d'un protocole particulier, mis en place selon des procédures locales, afin de réduire le risque de contamination du bloc opératoire et de l'environnement immédiat.<br/>Advenant une incapacité à appliquer ce protocole, sa présence pourrait être refusée.</p> |           |                  |           |   |           |
| Surveillance post-opératoire  | <p>Précautions <b>Gouttelettes</b> contact +. Port du masque par l'usager, si possible.<br/>Si extubation, celle-ci doit se faire en salle d'opération.<br/>Évacuation des aérosols selon le délai prescrit après l'heure de fin de l'intervention (si génération d'aérosols) ou de l'extubation (selon le cas), puis transfert vers l'unité de soins.</p> <p>Usager <b>sans</b> critères COVID d'admission aux soins intensifs : admissible en salle de réveil<br/>Usager <b>avec</b> critères COVID d'admission aux soins intensifs : <u>éviter</u> la salle de réveil</p>   |           |                  |           | <p>Précautions additionnelles selon celles en vigueur à l'étage pour l'usager.<br/>Précautions <b>Gouttelettes</b> contact + lors des traitements par nébulisation.<br/>Si extubation, celle-ci doit se faire en salle d'opération.<br/>Admissible en salle de réveil. Port du masque par l'usager en présence de toux.</p> |           |
| Transfert de l'usager   | Selon procédures <a href="#">CISSS REC_COVID_Transport_cas_probable_ou_confirme_intra_et_interhospitalier</a>  |           |                  |           |   |           |



|         |                    |   |  |
|---------|--------------------|---|--|
| LÉGENDE | <b>Précautions</b> | « <b>Aérien</b> »   | Masque de type N95 <b>ET</b> attente du délai d'évacuation de 99,9% des aérosols, défini selon la salle utilisée |
|         |                    | « <b>Gouttelettes</b> »   | Masque procédural  |
|         |                    | « Contact »   | Blouse et gants  |
|         |                    | « + »   | Protection oculaire  |
|         | <b>Zones*</b>      | Les dispositifs utilisés pour favoriser une meilleure gestion de l'environnement peuvent varier d'une installation à l'autre, dépendamment des mesures disponibles. Le principe est d'augmenter la présence de ces dispositifs à mesure que le risque de contagiosité augmente. Il se peut qu'un seul de ces dispositifs soit disponible. |  |
|         | <b>CHAUDE</b>      | Salle standard en pression positive avec un SAS en pression négative <u>ET/OU</u> avec un dispositif de captation des aérosols à la source avec filtre HEPA tel que recommandé par l'INSPQ, disposé près de la source générant des aérosols. En dernier recours, une salle à pression négative peut être considérée.                      |  |
|         | <b>TIÈDE</b>       | Salle standard en pression positive avec un SAS en pression négative <u>ET/OU</u> avec un dispositif de captation des aérosols à la source avec filtre HEPA tel que recommandé par l'INSPQ, disposé près de la source générant des aérosols   |  |
|         | <b>FROIDE</b>      | Salle standard en pression positive   |  |

**1** : Voir Annexe : Questionnaire et Algorithme de triage des usagers selon le questionnaire (document de travail)

**2** : Chez les usagers verts sans symptômes possiblement associés à la COVID, sans critère de risque d'exposition à la COVID et ayant été dépistés négatifs pour la COVID dans les derniers 48h, il est raisonnable de retirer les précautions contact lors de l'intubation et de l'extubation.

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES POUR LA **CLIENTÈLE OBSTÉTRICALE** EN BLOC OPÉRATOIRE DANS UN CONTEXTE DE PANDÉMIE COVID-19

| Césarienne ÉLECTIVE OU P 4 heures ET Risque faible de conversion en anesthésie générale |  |  |                         |  |   |                       |
|---|--|--|-------------------------|--|---|-----------------------|
| Évaluation clinique <sup>1</sup>  | ROUGE  |  | JAUNE                   |  | VERT  |                       |
| Évaluation du risque  | Élevé  |  | Intermédiaire           |  | Faible  |                       |
| Anesthésie anticipée  | Générale   | Régionale                                  | Générale                | Régionale                                  | Générale  | Régionale             |
| Zone*   | CHAUDE   |  | CHAUDE                  | FROIDE <sup>2</sup>                        | FROIDE  |                       |
| Transfert de l'usager   | Selon procédures <a href="#">CISSS REC_COVID_Transport_cas_probable_ou_confirme_intra_et_interhospitalier</a>  |  |                         |  |   |                       |
| Tous les intervenants   | <b>Aérien</b> contact +  | <b>Gouttelettes</b> contact + <sup>3</sup> | <b>Aérien</b> contact + | <b>Gouttelettes</b> contact + <sup>3</sup> | <b>Gouttelettes</b> contact + <sup>4</sup>  | <b>Gouttelettes</b> + |
| Présence de l'accompagnant  | <p>Se référer à l'algorithme : <a href="http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciss_laurentides/Sante_Publique/Maladies_infectieuses/COVID_employes/Documents_cliniques/Schemas_et_algorithmes/ALG_Accompagnateur_cesarienne.pdf">http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciss_laurentides/Sante_Publique/Maladies_infectieuses/COVID_employes/Documents_cliniques/Schemas_et_algorithmes/ALG_Accompagnateur_cesarienne.pdf</a></p> <p>À noter : L'accompagnant de l'usagère « JAUNE » ou « ROUGE » devra faire l'objet d'un protocole particulier, mis en place selon des procédures locales, afin de réduire le risque de contamination du bloc opératoire et de l'environnement immédiat. Advenant une incapacité à appliquer ce protocole, sa présence pourrait être refusée.</p> |  |                         |  |   |                       |
| Surveillance post-opératoire  | <p>Précautions <b>Gouttelettes</b> contact +. Port du masque par l'usager, si possible.<br/>Si extubation, celle-ci doit se faire en salle d'opération.<br/>Évacuation des aérosols selon le délai prescrit après l'heure de fin de l'intervention (si génération d'aérosols) ou de l'extubation (selon le cas), puis transfert vers l'unité de soins.</p> <p>Usager <b>sans</b> critères COVID d'admission aux soins intensifs : admissible en salle de réveil<br/>Usager <b>avec</b> critères COVID d'admission aux soins intensifs : <u>éviter</u> la salle de réveil</p>   |  |                         |  | <p>Précautions additionnelles selon celles en vigueur à l'étage pour l'usager.<br/>Précautions <b>Gouttelettes</b> contact + lors des traitements par nébulisation.<br/>Si extubation, celle-ci doit se faire en salle d'opération.<br/>Admissible en salle de réveil. Port du masque par l'usager en présence de toux.</p> |                       |
| Transfert de l'usager   | Selon procédures <a href="#">CISSS REC_COVID_Transport_cas_probable_ou_confirme_intra_et_interhospitalier</a>  |  |                         |  |   |                       |

|  |                    |   |  |
|--|--------------------|---|--|
| LÉGENDE  | <b>Précautions</b> | « <b>Aérien</b> »   | Masque de type N95 <b>ET</b> attente du délai d'évacuation de 99,9% des aérosols, défini selon la salle utilisée |
|  |                    | « <b>Gouttelettes</b> »   | Masque procédural  |
|  |                    | « Contact »   | Blouse et gants  |
|  |                    | « + »   | Protection oculaire  |
|  | <b>Zones*</b>      | Les dispositifs utilisés pour favoriser une meilleure gestion de l'environnement peuvent varier d'une installation à l'autre, dépendamment des mesures disponibles. Le principe est d'augmenter la présence de ces dispositifs à mesure que le risque de contagiosité augmente. Il se peut qu'un seul de ces dispositifs soit disponible. |  |
|  | <b>CHAUDE</b>      | Salle standard en pression positive avec un SAS en pression négative <u>ET/OU</u> avec un dispositif de captation des aérosols à la source avec filtre HEPA tel que recommandé par l'INSPQ, disposé près de la source générant des aérosols. En dernier recours, une salle à pression négative peut être considérée.                      |  |
|  | <b>TIÈDE</b>       | Salle standard en pression positive avec un SAS en pression négative <u>ET/OU</u> avec un dispositif de captation des aérosols à la source avec filtre HEPA tel que recommandé par l'INSPQ, disposé près de la source générant des aérosols   |  |
|  | <b>FROIDE</b>      | Salle standard en pression positive   |  |
| <b>1 :</b> Voir Annexe : Questionnaire et Algorithme de triage des usagers selon le questionnaire (document de travail)  |                    |   |  |
| <b>2 :</b> Dans cette circonstance, le risque de conversion en anesthésie générale est faible. De plus, la communication risque d'être entravée par le dispositif de captation des aérosols à la source avec filtre HEPA. Ainsi, il est acceptable de ne pas l'utiliser en tenant compte de l'évaluation globale du risque pour les intervenants, l'usagère et son enfant à naître.<br>À noter, le risque de transmission du virus de la COVID-19 à un travailleur de la santé portant un masque et une protection oculaire est faible en cas d'IMGA, même sans utilisation de dispositif de captation des aérosols à la source. |                    |   |  |
| <b>3 :</b> Tel que noté dans la directive du MSSS du 21 avril 2020 : Considérant le risque très faible de transmission verticale mère-bébé, le nouveau-né d'une mère atteinte de la COVID-19 est considéré exposé à une personne atteinte (contact étroit), c'est pourquoi des mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire » sont recommandées et ce, même lorsque le nouveau-né nécessite des IMGA à la naissance dans la chambre de la mère (ex : manœuvres de réanimation initiale).   |                    |   |  |
| <b>4 :</b> Chez les usagers verts sans symptômes possiblement associés à la COVID, sans critère de risque d'exposition à la COVID et ayant été dépistés négatifs pour la COVID dans les derniers 48h, il est raisonnable de retirer les précautions contact lors de l'intubation et de l'extubation.   |                    |   |  |

## ANNEXES

### NIVEAU DE RISQUE DE GÉNÉRATION D'AÉROSOLS EN FONCTION DU TYPE DE CHIRURGIE

Pour un usager catégorisé « **JAUNE** » ou « **ROUGE** », en présence d'une chirurgie à haut risque de générer des aérosols infectieux de COVID-19, il est toujours préférable de reporter la chirurgie.

Si la chirurgie ne peut être reportée de façon sécuritaire, il est recommandé de procéder dans une salle standard en pression positive avec un SAS en pression négative ET/OU avec un dispositif de captation des aérosols à la source avec filtre HEPA, tel que recommandé par l'INSPQ, disposé près de la source générant des aérosols. En dernier recours, une salle à pression négative peut être considérée.

Ces types de chirurgies sont définies par l'INSPQ et le MSSS, basée sur la littérature probante selon une évaluation de l'UETMIS du CHU de Québec :

- Chirurgie ORL trans-nasopharynx ou trans-oral
- Chirurgie maxillo-faciale
- Chirurgie de la base du crâne
- Chirurgie thoracique avec risque de traumatisme du parenchyme pulmonaire ou des voies aériennes. Des mesures d'atténuation de la dispersion des aérosols générés durant l'intervention devraient être appliquées, dans la mesure du possible<sup>1</sup>.
- Chirurgie digestive par laparotomie impliquant la cautérisation de la muqueuse intestinale\*
- Chirurgie digestive par laparoscopie impliquant la cautérisation de la muqueuse intestinale lorsque les mesures de précautions particulières recommandées par l'UETMIS ne peuvent être respectées<sup>1</sup>

La liste de ces chirurgies peut évidemment évoluer dans le temps et est sujette à réévaluation selon l'évolution des données probantes.

\*Conformément aux directives ministérielles, ces chirurgies doivent pour le moment être considérées à haut risque de génération d'aérosols pour les usagers catégorisés « **JAUNE** » ou « **ROUGE** », en raison de données préliminaires suggérant la présence d'ARN du virus de la COVID-19 dans les fumées chirurgicales.

Pour les usagers catégorisés « **VERTS** », en présence d'un évacuateur de fumées chirurgicales fonctionnel, l'intervention peut être considérée à bas risque d'aérosols. Cette évaluation du risque tient compte d'une captation à la source d'éventuels aérosols infectieux par l'évacuateur de fumées chirurgicales à une distance sécuritaire du chirurgien et de son assistant(e) et rendant superflue l'utilisation concomitante d'un dispositif de captation des aérosols à la source.

---

<sup>1</sup> Tableau 3 du <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/chug-laparo-covid.pdf>

## ÉVALUATION DES USAGERS - COVID-19

CE QUESTIONNAIRE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ  
POUR TOUT USAGER QUI DOIT ÊTRE ADMIS OU  
TRANSFÉRÉ D'UNE UNITÉ À UNE AUTRE, Y INCLUANT  
LES ZONES AMBULATOIRES ET LE BLOC OPÉRATOIRE

| Signature du professionnel :   | Date : |     |
|--|--------|-----|
| QUESTIONNAIRE  |        |     |
|  | OUI    | NON |
| 1- L'utilisateur a été déclaré <u>positif</u> pour la COVID  |        |     |
| 2- L'utilisateur présente UN des symptômes du groupe A suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre : seuil de <math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math> (pour les usagers de 70 ans ou plus, seuil de <math>\geq 37,8^{\circ}\text{C}</math>)</li> <li>• Toux récente (ou toux chronique exacerbée)</li> <li>• Difficultés respiratoires</li> <li>• Anosmie <b>d'apparition brutale</b> (perte d'odorat) sans congestion nasale</li> </ul>   |        |     |
| 3- L'utilisateur présente DEUX des symptômes du groupe B suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs musculaires, céphalée, fatigue intense, importante perte d'appétit</li> <li>• Mal de gorge</li> <li>• Diarrhée (chez l'enfant : vomissements)</li> </ul> <b>Présentation atypique (ex : manifestations cutanées chez les enfants) : dépistage et isolement selon le jugement du clinicien</b>  |        |     |
| 4- Dans les 28 derniers jours, l'utilisateur a présenté UN des symptômes du groupe A et/ou DEUX des symptômes du groupe B  |        |     |
| 5- Dans les 14 derniers jours, l'utilisateur rencontre au moins l'un des critères de risque d'exposition suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Séjour hors du Canada ou contact étroit avec une personne ayant été hors du Canada dans les 14 jours précédant le contact étroit</li> <li>• Contact étroit avec une personne infectée par la COVID, en investigation pour la COVID ou présentant les symptômes ci-haut, <b>y incluant des soins dans la même pièce et à moins de 2 mètres</b>, sans l'ÉPI recommandé</li> <li>• Exposition de laboratoire avec le virus de la COVID sans l'ÉPI recommandé</li> <li>• Séjour d'au moins une journée dans un milieu en éclosion de COVID ou dont le statut d'éclosion ne peut être précisé au moment de l'évaluation (milieu hospitalier, milieu de vie pour aînés, milieu communautaire désigné, etc.)</li> <li>• Isolement obligatoire demandé par la santé publique</li> </ul> |        |     |
| 6- Questionnaire impossible avec l'utilisateur, son accompagnant ou son infirmière   |        |     |
| Vérifier la catégorisation de l'utilisateur à l'aide de l'algorithme au verso  |        |     |
| VÉRIFICATION DU QUESTIONNAIRE  |        |     |
| Signature du vérificateur :  | Date : |     |

## ALGORITHME DE TRIAGE DES USAGERS SELON LE QUESTIONNAIRE

| QUESTIONNAIRE              | ÉLÉMENT(S) À VÉRIFIER   | CATÉGORISATION DE L'USAGER |
|----------------------------|---|----------------------------|
| Question 1                 | OUI → Ne rencontre pas les critères de guérison ET déclaré positif par un test COVID positif →      | ROUGE                      |
|                            | NON ↓ Ne rencontre pas les critères de guérison ET déclaré positif par lien épidémiologique →       | JAUNE                      |
|                            | Rencontre les critères de guérison →  | VERT                       |
| Questions 2, 3 ou 4        | OUI → Absence de test COVID récent OU résultat en attente →   | JAUNE                      |
|                            | NON ↓ Suspicion clinique élevée de COVID, indépendamment des résultats de tests →                   | JAUNE                      |
|                            | ≥ 1 test COVID négatif et suspicion clinique faible →   | Voir questions 5 et 6      |
| Question 5 ou 6            | OUI → Bloc opératoire ET test COVID négatif récent* (considération spécifique au bloc opératoire) → | VERT                       |
|                            | NON ↓ Critère de risque d'exposition < 14 jours →   | JAUNE                      |
|                            | Durée de l'hospitalisation en cours < 14 jours ET questionnaire impossible →                        | JAUNE                      |
| Non à toutes les questions | →   | VERT                       |

\* Le terme « récent » réfère à un test prélevé dans les 48 heures avant l'évaluation

### CRITÈRES DE GUÉRISON ÉTABLIS PAR L'INSPQ

L'ensemble des facteurs suivants doit être pris en considération :

- Période d'au moins 14 jours après le début de la maladie aiguë (ou 21 jours pour les usagers sous corticostéroïdes, immunodéprimés ou ayant été hospitalisés aux soins intensifs)
- Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétiques) \*
- Absence de symptômes aigus depuis 24 heures (à l'exception d'une toux ou d'une anosmie résiduelle) \*
- Usager immunodéprimé OU période de moins de 28 jours après le début de la maladie aiguë : TAAN négatif sur deux échantillons respiratoires consécutifs prélevés à 24 heures d'intervalle après la résolution de la maladie aiguë

\* Une personne est considérée rétablie et ne devrait généralement pas être retestée dans les 3 mois suivant son épisode de COVID.

### DOCUMENTS DU CISSS DES LAURENTIDES SUR LA COVID

Se référer à l'intranet pour de plus amples renseignements au :

<http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/covid-19-coronavirus/covid-19-employes/>



## RÉSUMÉ DES CATÉGORISATIONS D'USAGERS POUR LE BLOC OPÉRATOIRE

**ROUGE** Usager avec test COVID positif sans critères de guérison établis par l'INSPQ

**JAUNE** Usager déclaré positif à la COVID par lien épidémiologique (sans test COVID) **ET** qui ne rencontre pas les critères de guérison de l'INSPQ  
OU  
Usager avec des symptômes possiblement reliés à la COVID dans les derniers 28 jours **ET** test COVID en cours ou résultat en attente  
OU  
Usager avec des symptômes possiblement reliés à la COVID actifs **ET**  
- test COVID absence de test COVID ou résultat en attente  
- test COVID négatif avec suspicion clinique élevée de COVID  
OU  
Usager sans symptômes ayant au moins un critère d'exposition à la COVID dans les 14 derniers jours **ET** absence de test COVID récent\* ou résultat en attente  
OU  
Usager obnubilé/inconscient qui n'a pas pu être questionné depuis l'admission **ET** hospitalisation depuis moins de 14 jours

**VERT** Usager déclaré positif par test COVID ou par lien épidémiologique il y a moins de 3 mois **ET** qui rencontre les critères de guérison établis par l'INSPQ sans nouveaux symptômes  
OU  
Usager avec des symptômes possiblement reliés à la COVID **ET** test COVID négatif **ET** suspicion clinique faible de COVID  
*Ex : en présence d'un diagnostic alternatif qui explique la symptomatologie*  
OU  
Usager sans symptômes ayant au moins un critère d'exposition à la COVID dans les 14 derniers jours **ET** test COVID négatif récent\*  
OU  
Usager obnubilé/inconscient qui n'a pas pu être questionné depuis l'admission **ET** :  
- Hospitalisé depuis moins de 14 jours **ET** test COVID négatif récent\*  
- Hospitalisé depuis plus de 14 jours

\* Le terme « récent » réfère à un test prélevé dans les 48 heures avant l'évaluation

### CRITÈRES DE RISQUE D'EXPOSITION À LA COVID

- Séjour hors du Canada ou contact étroit avec une personne ayant été hors du Canada dans les 14 jours précédant le contact étroit
- Contact étroit avec une personne infectée par la COVID, en investigation pour la COVID ou présentant les symptômes ci-haut, y incluant des soins dans la même pièce et à moins de 2 mètres, sans l'ÉPI recommandé
- Exposition de laboratoire avec le virus de la COVID sans l'ÉPI recommandé
- Séjour d'au moins une journée dans un milieu en éclosion de COVID ou dont le statut d'éclosion ne peut être précisé au moment de l'évaluation (milieu hospitalier, milieu de vie pour aînés, milieu communautaire désigné, etc.)
- Isolement obligatoire demandé par la santé publique



## RÉFÉRENCES

- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2020). Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19. Repéré au : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/bloc-operatoire/>
- Institut National de Santé Publique du Québec. 8 avril 2020. Salle d'opération avec cas suspect ou confirmé COVID-19 : recommandations intérimaires. Version 3.0. Repéré au : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2922-salle-operation-cas\\_suspect-confirme-covid19.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2922-salle-operation-cas_suspect-confirme-covid19.pdf)
- Institut National de Santé Publique du Québec. 23 avril 2020 Interventions médicales générant des aérosols Version 2.0 Repéré au <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2960-intervention-medicale-generant-aerosol-covid19.pdf>
- Institut National de Santé Publique du Québec. 6 mai 2020. Évaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID-19. Version 5.0 Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2905-evaluation-risque-exposition-ts-lors-de-soins-covid19.pdf>
- Institut National de Santé Publique du Québec. 11 mai 2020. Covid-19 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaires. Version 7.0 Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2906-mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.pdf>
- CHU de Québec Université Laval, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS). 30 mars 2020. Interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/chuq-imga-covid.pdf>
- CHU de Québec Université Laval, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS). 9 avril 2020. Risque de transmission virale par voie aérienne en chirurgies abdominales et thoraciques par laparoscopie. Revue sommaire de la littérature. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/chuq-laparo-covid.pdf>
- CHU de Québec Université Laval, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS). 20 avril 2020. Ventilation mécanique en circuit fermé et risque d'exposition aux bioaérosols infectieux pour le personnel soignant à l'unité de soins intensifs. Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/chuq-ventilation-aerosols-covid19.pdf>
- Institut National de Santé Publique du Québec. 22 mai 2020. Revue rapide de la littérature scientifique : proportion de personnes asymptomatiques et potentiel de transmission de la COVID-19 par ces personnes. Version 2.0 Repéré au : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2989-asymptomatiques-potentiel-transmission-covid19.pdf>
- Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. 26 mars 2020. Considerations for obstetric anesthesia care related to covid-19. Repéré au: [https://soap.org/wp-content/uploads/2020/03/SOAP\\_COVID-19\\_Infographic\\_032620.pdf](https://soap.org/wp-content/uploads/2020/03/SOAP_COVID-19_Infographic_032620.pdf)
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (21 avril 2020). Directives pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés. Repéré au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-98W.pdf>
- Canadian Paediatric Society (CPS) 6 avril 2020. Delivery room considerations for infants born to mothers with suspected or proven COVID-19. Repéré au: <https://www.cps.ca/en/documents/position/delivery-room-considerations-infants-born-to-mothers-with-suspected-or-proven-covid-19>
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. 17 mars 2020. SOGC Recommendations: COVID-19 and Pregnancy. Repéré au: [https://www.sogc.org/common/Uploaded%20files/COVID-19\\_algorithm\\_VP\\_March%2017\\_EN2\\_rev.pdf](https://www.sogc.org/common/Uploaded%20files/COVID-19_algorithm_VP_March%2017_EN2_rev.pdf)



- Centre Hospitalier Universitaire de l'Université de Montréal (CHUM). 26 avril 2020. Algorithme pour la prise en charge des patients aux blocs opératoires et obstétrical du CHUM dans le contexte de la pandémie à COVID-19. Document de travail.
- Fédération des Médecins Spécialistes du Québec. Webinaires pour les spécialités médicales. 14 avril 2020. Rediffusion du webinaire : "Préparer vos unités de naissances: recommandations pratiques COVID-19" (14 avril 2020)
- Workman AD, Jafari A, Welling DB, et al. Airborne Aerosol Generation During Endonasal Procedures in the Era of COVID-19: Risks and Recommendations [published online ahead of print, 2020 May 26]. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020
- COVIDSurg Collaborative. Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: an international cohort study [published online ahead of print, 2020 May 29]. *Lancet.* 2020
- BC Centre for Disease Control. Infection Prevention and Control (IPC) Protocol for Surgical Procedures During COVID-19: Adult. 24 mai 2020. Repéré au : [http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19\\_IPCProtocolSurgicalProceduresAdult.pdf](http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/COVID19_IPCProtocolSurgicalProceduresAdult.pdf)
- Infectious Disease Society of America. Guideline on the diagnosis of COVID-19. 6 mai 2020. Repéré au : <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-diagnostics/>
- Infectious Disease Society of America. Guideline on infection prevention in patients with suspected or known COVID-19. 27 avril 2020. Repéré au : <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-infection-prevention/>
- Institut National de Santé Publique du Québec. 22 juin 2020. Prise en charge des personnes considérées guéries et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2 – Avis intérimaire. Repéré au : <https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/3032-personnes-gueries-nouveau-test-positif-covid19.pdf>