

CONSEILS DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA RÉACTION RAPIDE À LA COVID-19 DE LA SCC

17 mars 2020

Conseils sur la gestion de la prise en charge ambulatoire et les tests de diagnostic pendant la crise du COVID-19

Conformément à nos pratiques exemplaires locales, nous suivons les principes que voici en ce qui a trait à l'évaluation clinique et aux tests diagnostiques des patients ambulatoires :

1. Nous appuyons le principe consistant à éviter les contacts superflus et les foules, et ce, tant pour les patients que pour les employés.
2. Nous offrons aux cliniques hospitalières et indépendantes du soutien à la planification de façon à les aider à réduire le nombre de visites non urgentes en personne en maximisant la télésanté et les vidéoconférences.
3. Il faudrait proposer aux patients des consultations qui ne sont pas en personne s'il est possible de leur fournir ainsi les soins nécessaires. Le processus à suivre et les messages à envoyer devraient être précisés par votre établissement local, de façon à ce que tout puisse se dérouler de façon uniforme tant pour les professionnels de la santé que pour les patients et les familles.
4. Il est recommandé de faire les évaluations cliniques cardiaques urgentes dans les installations ambulatoires (y compris celles qui se trouvent hors des sites hospitaliers) afin de réduire la pression exercée sur les services hospitaliers, et particulièrement l'urgence. Les sites sont encouragés à accroître les disponibilités de leurs consultants pour augmenter la capacité en matière d'évaluations urgentes; ceci pourrait notamment se faire avec l'aide des personnes qui ont récemment pris leur retraite.
5. ***Il est fortement recommandé de suspendre les évaluations cliniques et tests diagnostiques non urgents et de surveillance chez les patients stables et asymptomatiques***; nous attendons les instructions des autorités provinciales et locales en ce qui a trait au COVID-19 et à la prestation de soins pour les patients de ce groupe.
6. Les tests diagnostiques en milieu ambulatoire ou hospitalier doivent être guidés par l'évaluation clinique urgente (voire plus bas).

L'évaluation urgente téléphonique, vidéo ou en personne des patients doit mettre l'accent sur les groupes suivants :

Nouveaux symptômes :

1. douleurs thoraciques et équivalents chez un patient présentant des caractéristiques à risque élevé;

2. essoufflement avec soupçons d'insuffisance cardiaque;
3. palpitations soutenues chez un patient présentant des caractéristiques à risque élevé;
4. soupçons de syncope cardiaque.

Symptômes aggravés et réfractaires :

1. angine;
2. insuffisance cardiaque;
3. arythmie (par ex., fibrillation auriculaire instable ou rapide, chocs de DCI).

Puisque plusieurs autres situations plus rares exigent l'exécution d'une évaluation urgente, il faut faire preuve de jugement clinique lors du processus de triage de gestion de l'aiguillage. Ceci s'applique notamment dans les cas suivants :

1. Les patients qui ont un dispositif d'assistance ventriculaire gauche (DAVG) et les patients de transplantation cardiaque, dont les soins doivent être guidés par les experts de la région.
2. Les patients atteints d'une cardiopathie congénitale qui ont été aiguillés vers un nouveau fournisseur de soins pour adultes. Le rendez-vous de transition peut être reporté; pour l'instant, ces patients devraient continuer à voir leur cardiologue pédiatrique pour toute question urgente.
3. Les soupçons de défaillance ou d'infection d'un dispositif cardiaque implantable, lesquels peuvent être clarifiés par télésanté ou nécessiter une évaluation en personne.
4. Quand les tests diagnostiques non effractifs laissent entendre qu'il y a des risques élevés ou urgents d'incidents cardiaques, lesquels doivent être pris en considération avec l'état clinique afin de définir le niveau d'urgence et de besoin de soins de courte durée :
 - a. soupçons de masses cardiaques, d'AVC embolique ou d'endocardite infectieuse;
 - b. coronaropathie grave de l'artère gauche principale ou équivalente sur l'angiographie par tomodensitométrie;
 - c. une grande partie du myocarde présentant des risques ou une ischémie en MIBI, échocardiographie d'effort ou IRM cardiaque;
 - d. de nouvelles anomalies structurelles graves (dysfonctionnement grave du ventricule gauche, sténose aortique critique, etc.).

Plusieurs cliniques spécialisées ont adopté un processus de dépistage par téléphone avec un médecin ou une infirmière en guise de mécanisme de soins et de triage, ceci dans le but de déterminer les patients pour lesquels l'évaluation en clinique en personne est recommandée. Lors de consultations avec des patients en personne, il faut prendre des précautions appropriées en matière de désinfectant et de gouttelettes. Lorsqu'il est essentiel d'avoir un rendez-vous en personne, il faut également réduire au minimum le nombre de fournisseurs de soins de santé. Nos organisations associées de sous-spécialités formulent des recommandations plus détaillées pour certains groupes de patients donnés; pour de plus amples renseignements à ce sujet, consultez le www.ccs.ca.

En outre, il sera essentiel de collaborer avec le service des urgences des hôpitaux de façon à lui permettre de se concentrer sur les patients gravement malades. Comme toujours, ces recommandations sont fondées sur les meilleures directives en date du 17 mars. Nous encourageons nos membres à travailler en étroite collaboration avec leurs établissements de santé locaux.

Groupe de travail sur la réaction rapide à la COVID-19 de la SCC

D^r Andrew Krahn, Vancouver
Président, Société canadienne de cardiologie

D^r David Bewick, Saint John
D^r Chi-Ming Chow, Toronto
D^r Brian Clarke, Calgary
D^{re} Simone Cowan, Vancouver
D^{re} Anne Fournier, Montréal
D^r Kenneth Gin, Vancouver
D^r Anil Gupta, Mississauga
D^r Simon Jackson, Halifax
D^r Yoan Lamarche, Montréal
D^r Benny Lau, Vancouver
D^r Jean-François Légaré, Halifax
D^r Howard Leong-Poi, Toronto

D^r Samer Mansour, Montréal
D^{re} Ariane Marelli, Montréal
D^r Ata Quraishi, Halifax
D^r Idan Roifman, Toronto
D^r Marc Ruel, Ottawa
D^r John Sapp, Halifax
D^r Gurmeet Singh, Edmonton
D^r Gary Small, Ottawa
Ricky Turgeon, PharmD, Vancouver
D^r Sean Virani, Vancouver
D^r David Wood, Vancouver
D^{re} Shelley Zieroth, Winnipeg

Personnel de la Société canadienne de cardiologie

- Nahanni McIntosh
- Linda Palmer
- Carolyn Pullen