

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

19 mars 2020

Les soins en milieu hospitalier et l'utilisation de la procédure cardiaque pendant la crise COVID-19

Principes

- Augmenter la capacité de répondre à une demande accrue de lits d'hôpitaux et de ressources humaines en santé face à la pandémie de COVID-19.
- Mettre en œuvre des pratiques d'éloignement social et d'éloignement dans un contexte de soins de santé afin de réduire le risque de transmission, y compris en ce qui a trait aux transferts interhospitaliers de cas non urgents ou très urgents.
- Prendre des décisions en fonction d'une bonne compréhension du profil de risque du patient, de l'évolution naturelle de la maladie, de l'éventail de possibilités de prise en charge et des données sur la durée prévue de l'hospitalisation pour différentes affections cardiaques.
- Prendre note du processus de prise de décisions afin d'assurer le respect des principes de diligence raisonnable du processus de soins.
- S'attendre à des réévaluations et à des renseignements fréquents en fonction des communications quotidiennes avec la direction d'exploitation et la direction médicale.

Recommandations pour différents secteurs de services cliniques

1. Tests diagnostiques, chirurgies et interventions effractifs

- a) Toutes les interventions destinées aux patients hospitalisés doivent être réalisées le plus rapidement possible afin de faciliter le traitement et la planification des congés. Ce principe s'applique (mais sans s'y limiter) aux éléments suivants :
 - i. La revascularisation par des moyens chirurgicaux ou de cathétérisme, y compris la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST.
 - ii. Les urgences chirurgicales comme la dissection aortique, l'endocardite infectieuse et le choc cardiogénique.
 - iii. Les DCI de prévention secondaire ou les DCI de TRC.
 - iv. La mise en place de stimulateurs chez les patients atteints de bradycardie symptomatique.
 - v. Les interventions chirurgicales ou autres interventions visant les valvulopathies symptomatiques d'un stade avancé.
 - vi. Les cas de dispositif d'assistance ventriculaire gauche (DAVG) et les patients de transplantation cardiaque.

- vii. Les bris ou déplacements de stimulateurs ou de DCI causant une arythmie, des difficultés hémodynamiques, un choc inadéquat ou une admission du patient.
 - viii. L'extraction d'une sonde de stimulateur ou de DCI en cas d'infection.
 - ix. L'ablation de tachycardie ventriculaire dans les cas réfractaires d'orage électrique.
- b) Un triage régulier par les directeurs du cathétérisme cardiaque, de l'électrophysiologie et de la chirurgie cardiaque ou la personne désignée afin d'assurer le caractère approprié et l'urgence de l'intervention et sa conformité au calendrier des mesures locales de lutte contre la pandémie.
- c) L'annulation de tous les tests diagnostiques effractifs chez les patients des consultations externes et de toutes les interventions connexes chez les patients hospitalisés et les patients des consultations externes, sauf dans les cas suivants :
- i. Des tests diagnostiques non effractifs et l'état clinique laissant penser qu'il y a des risques élevés ou urgents d'incidents cardiaques. On peut alors attribuer un niveau d'urgence et le besoin de soins de courte durée, selon le processus quotidien de triage.
 - ii. Les biopsies endomyocardiques à des fins de surveillance post-transplantation (selon les règles locales des programmes).
 - iii. La mise en place de stimulateurs chez les patients asymptomatiques (pauses prolongées, bloc auriculoventriculaire de degré élevé).
 - iv. Les modifications de générateurs de stimulateur ou de DCI lorsque les dispositifs sont en fin de vie utile, ou chez les patients dépendants ayant une indication de remplacement non urgent.
 - v. La cardioversion ou l'ablation d'une arythmie supraventriculaire instable (syncope, fibrillation auriculaire avec préexcitation, insuffisance cardiaque aiguë), surtout chez les patients exposés à un risque élevé d'utilisation du service des urgences.
 - vi. Les tests effractifs en cas de syncope à risque élevé.
- d) Une réévaluation quotidienne des soins aux malades en phase critique et de la capacité en matière de prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST par le groupe de direction d'exploitation et de direction médicale.

2. Cardiologie ambulatoire (voir le document [Conseils de la SCC sur la gestion de la prise en charge ambulatoire et les tests de diagnostic](#))

- a) Faire une transition vers les services virtuels ou de télésanté si possible ou annuler ou remettre à une date ultérieure les consultations de suivi courant.
- b) Continuer les consultations du service des cas urgents (ou clinique d'urgence) selon l'algorithme de triage utilisé à l'échelle locale. Cette mesure permet d'éviter une pression accrue sur les services des urgences et d'éviter des hospitalisations potentielles.
- i. Il est préférable d'offrir des rendez-vous urgents par des moyens virtuels ou de télésanté.
 - ii. Lorsqu'on estime qu'une consultation en personne est nécessaire, il convient d'envisager un modèle de consultant de la journée.
 - iii. Utiliser les installations des soins ambulatoires lorsqu'elles existent.

- c) Si des consultations en personne sont nécessaires, limiter le nombre de fournisseurs de soins de santé présents sur les lieux au strict minimum (surtout dans le cas des services ou cliniques multidisciplinaires).
3. **Services de diagnostic non effractifs (voir le document [Conseils de la SCC sur la gestion de la prise en charge ambulatoire et les tests de diagnostic](#))**
- a) Annuler tous les rendez-vous habituels non urgents ou rendez-vous de surveillance.
- b) Conserver une capacité limitée de diagnostic pour les patients des consultations externes dont l'état est considéré comme instable ou pour les besoins d'une évaluation clinique urgente.
- i. Une évaluation virtuelle ou en personne doit précéder l'examen.
 - ii. Conserver le rendez-vous si on peut s'attendre, selon toute vraisemblance, qu'il permettra de prendre des décisions relatives à la prise en charge du patient à court terme.
 - iii. Conserver une capacité quotidienne limitée clairement définie, ce qui implique une réduction importante du nombre de consultations externes.
 - iv. Un triage régulier par les directeurs de l'échocardiographie et du laboratoire d'électrodiagnostic ou la personne désignée afin d'assurer le caractère approprié et l'urgence de l'intervention et sa conformité au calendrier des mesures locales de lutte contre la pandémie.
- c) Il convient de mener des discussions avec les services ou départements connexes comme la médecine nucléaire et la radiologie afin d'assurer l'harmonisation des processus, notamment en ce qui a trait à l'imagerie de perfusion myocardique.

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