

## **CONSEILS DE LA PART DE L'ÉQUIPE D'INTERVENTION RAPIDE DE LA SCC À PROPOS DE LA COVID-19**

### **Gestion de l'orientation, du triage, de la liste d'attente et de la réévaluation des patients atteints de maladies cardiovasculaires pendant la pandémie de la COVID-19**

Le 7 avril 2020

#### **Sujets abordés**

---

1. Contexte
2. La gestion du processus d'orientation, du triage et des listes d'attente : visites cliniques
  - a) Nouveaux patients dirigés
  - b) Visites de suivi
  - c) Visites non urgentes
  - d) Documentation
3. La gestion du processus d'orientation, du triage et des listes d'attente : Tests diagnostiques
4. La gestion du processus d'orientation, du triage et des listes d'attente : Interventions thérapeutiques
5. Politiques sur la reprise des services
6. Sommaire infographique
7. Ressources supplémentaires

#### **1. Contexte**

---

La recommandation actuelle de suspendre toutes les activités électives afin de réduire les risques pour les patients et les fournisseurs de soins de santé de contracter la COVID-19 est une mesure centrale visant à « aplanir la courbe » et à préparer le système de santé à une augmentation prévue du volume de patients. Pendant cette réduction marquée dans la prestation des soins électifs, les patients souffrant de maladies cardiovasculaires, ou soupçonnés d'en souffrir, continueront d'être orientés pour recevoir

des soins, un traitement, passer des tests diagnostiques ou ils seront placés sur des listes d'attentes à l'évaluation.

Les retards dans l'accès à l'évaluation clinique, aux tests diagnostiques et à un traitement médical ultérieur ou à une intervention auront des répercussions négatives sur les patients : des temps d'attentes prolongés devraient influencer négativement la situation des patients dans une grande variété de scénarios cliniques<sup>1-4</sup>. La durée nécessaire de la réduction des activités est inconnue pour le moment. En outre, l'orientation continue des patients fondée sur des renseignements limités est associée à des capacités variables de prévoir avec exactitude le risque d'ajournement du point de vue du patient et du système.

Il n'existe pas de voie clairement définie pour déterminer la manière optimale de gérer cet arriéré de travail croissant dans la consultation, les tests diagnostiques, le suivi ou l'accès aux interventions cardiovasculaires. Un simple ajournement n'est pas acceptable et des processus robustes allant au-delà des stratégies de gestion des listes d'attente sont nécessaires pour garantir l'atténuation des risques et faciliter la planification de la reprise des activités à grande échelle. Ce document présente des principes et des conseils pour trier efficacement les nouvelles demandes d'évaluations cliniques, de tests diagnostiques et d'interventions thérapeutiques, et il propose de nouveaux systèmes de gestion des listes d'attente dans le but d'atténuer les risques.

Il est prévu que la plupart des territoires, des systèmes hospitaliers et des cliniques conçoivent un système de triage unifié, et les principes décrits ci-après doivent s'inscrire dans cette structure établie. En tant que praticiens spécialisés en soins cardiovasculaires, nous avons une responsabilité principale envers nos patients, qui comprend la défense de la prestation de soins cardiovasculaires vitaux malgré une pandémie. Les considérations à prendre en compte au cours de cette pandémie doivent comprendre la gravité du problème potentiel ou actuel, la capacité du système à fournir des tests diagnostiques et un traitement tout en gérant simultanément la pandémie et la probabilité d'un congé précoce avec un risque connexe de contracter la COVID-19. Les scores de risque et les prédicteurs validés de la durée du séjour doivent être utilisés dans la mesure du possible, notamment pour les patients pour lesquels des interventions efficaces sont envisagées.

## **2. La gestion du processus d'orientation, du triage et des listes d'attente : visites cliniques**

---

### **a) Nouveaux patients dirigés**

La pratique actuelle de l'acceptation des nouveaux patients dirigés et du triage en temps opportun doit se poursuivre sans interruption pendant la pandémie de la COVID-19. Cela permettra de renseigner la gestion des listes d'attente à mesure que les restrictions évoluent et guidera la planification des capacités. Les normes minimales locales habituelles doivent s'appliquer, y compris les attentes en matière de triage et de communications ultérieures. Il est fortement recommandé d'effectuer un premier contact clinique avec les patients par téléphone ou par des moyens virtuels (voir les ressources plus bas pour les recommandations précédentes de la SCC). Demander des renseignements complets, y compris l'adresse courriel ou le numéro de téléphone

cellulaire pour tous les nouveaux patients dirigés afin de faciliter les soins par téléphone ou les soins virtuels conformes à la protection des renseignements personnels et médicaux.

- i. Les documents d'orientation doivent être examinés par un médecin ou une personne qualifiée sur le plan clinique (personnel infirmier, pharmacien, assistant médical) pour déterminer l'urgence de la situation.
- ii. Les patients doivent être contactés en temps opportun pour clarifier la stabilité et les informer de l'urgence de leur état clinique, conformément à la pratique locale. Ils doivent être rapidement informés de la décision de triage.
- iii. L'évaluation urgente doit commencer par téléphone ou par des soins virtuels pour clarifier les besoins en matière de tests diagnostiques et d'évaluation en personne, conformément aux directives précédentes (voir les ressources plus bas).
- iv. Les groupes locaux et régionaux sont fortement encouragés à consolider les processus, à fixer des objectifs d'évaluation et de communication, et à consolider le travail consistant à accepter de nouveaux patients dirigés et à les assigner à un minimum de fournisseurs de soins de santé.
- v. Il est raisonnable de poursuivre l'évaluation de routine des patients non urgents par téléphone ou autres moyens virtuels pour fournir des conseils aux médecins orienteurs et aux patients, et réduire les pressions des listes d'attente une fois la reprise normale des services.

## b) Visites de suivi

- i. Les visites de suivi doivent être effectuées au moyen d'interactions téléphoniques ou virtuelles, à de rares exceptions près. Dans les cliniques spécialisées, ce suivi peut être effectué par divers membres de l'équipe clinique (p. ex. personnel infirmier, pharmacien) ayant accès à un médecin.
- ii. Si l'évaluation de suivi entrevoit la nécessité d'effectuer des tests diagnostiques ou une évaluation en personne, minimiser la participation de l'équipe de soins de santé aux personnes jugées absolument essentielles.

## c) Visites non urgentes

Nous proposons deux catégories de suivi prévu :

- i. **Prioritaire** : Nous recommandons que les évaluations en personne et les tests diagnostiques soient effectués après le triage. Nous proposons que les patients soient recontactés pour établir tout changement de statut dans un délai de 4 à 8 semaines s'ils n'ont pas subi d'évaluation en personne, en tenant compte de la pratique locale. Si nécessaire, une visite de suivi répétée à distance peut être planifiée par le service de consultation pour garantir la stabilité et la sécurité pendant l'attente continue.
- ii. **Élective** : Les tests de suivi avec un suivi en personne ou virtuel peuvent être reportés jusqu'à la reprise normale des activités cliniques. La consultation et les tests associés

seront considérablement retardés. Le patient et le médecin orienteur doivent être informés et encouragés à signaler l'aggravation des symptômes cliniques. Le processus de communication du changement d'état clinique doit être clairement communiqué.

#### d) Documentation

Toutes les communications virtuelles doivent être documentées avec la date et l'heure sous forme d'une communication écrite au médecin orienteur. Nous suggérons d'envisager l'inclusion de la formulation supplémentaire suivante dans la documentation :

- i. « Nous avons informé le patient de ce plan dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 ».
- ii. Pour les cas à priorité élevée, le patient « a reçu des directives pour faciliter le contact direct avec le service de consultation » et « si une évaluation en personne n'a pas lieu dans un délai de 4 à 8 semaines, nous contacterons le patient pour l'informer des prochaines étapes ».
- iii. Pour les cas à faible priorité, « nous avons demandé au patient d'effectuer un suivi auprès du médecin orienteur en cas de changement dans son état clinique en attendant l'évaluation ». Le consultant ne fera pas de suivi proactif avec le patient, mais attendra la résolution de la pandémie de la COVID-19 ou une notification du médecin orienteur ou du patient.

### 3. La gestion du processus d'orientation, du triage et des listes d'attente : Tests diagnostiques

---

- a) Les orientations des patients hospitalisés et de ceux en consultation externe urgente pour des tests diagnostiques doivent être soumises à un processus d'examen qualifié sous la supervision d'un médecin. Une fois que la demande a été jugée urgente, les processus de tests doivent s'harmoniser avec les procédures locales en tenant compte des précautions appropriées.
- b) Il est impératif que certains services de diagnostic de base demeurent actifs, sachant que les processus locaux entraîneront un accès restreint à toute forme de test. L'accès local et régional aux éléments suivants est conseillé :
  - i. **Doit être disponible pour les soins urgents et d'extrême urgence** : ECG, échocardiographie transthoracique, coronarographie par tomodensitométrie (alternative : imagerie de perfusion nucléaire).
  - ii. **Disponibilité restreinte** : Épreuve d'effort, moniteur Holter, enregistreur d'événements, cardiologie nucléaire, IRM cardiaque, biopsie endomyocardique, coronarographie
  - iii. **Circonstances exceptionnelles** : Tomographie par émission de positons (TEP), cathétérisme cardiaque droit
  - iv. **Suspendu** : Surveillance de la pression artérielle ambulatoire sur 24 heures.
- c) Les demandes non urgentes doivent être examinées par un médecin ou une personne qualifiée pour leur attribuer une catégorie de tests.

- i. Si le test est potentiellement urgent et que la demande ne précise aucun délai, le médecin ayant fait la demande doit être contacté afin de déterminer un échéancier pour le test. Dans cette situation, nous conseillons une communication directe de médecin à médecin.
  - ii. Si le test est jugé non urgent, une communication normalisée sera envoyée au médecin ayant fait la demande, indiquant que le test sera considérablement retardé pendant la pandémie de la COVID-19. La communication doit décrire le processus permettant au médecin ayant fait la demande de communiquer avec le service responsable des tests dans le cas où le délai ne serait pas acceptable. Les processus locaux doivent garantir que les tests sont justifiés en cas de retards prolongés (ce qui est probable).
- d) La crise de la COVID-19 entraînera un arriéré de tests diagnostiques considérable. Il est fortement recommandé que les médecins et les laboratoires de diagnostic s'assurent que tous les tests à effectuer sont justifiés et tiennent compte des recommandations des lignes directrices de la SCC et de Choisir avec soin (voir les ressources plus bas). Les professionnels orienteurs doivent être encouragés à fournir suffisamment d'informations pour permettre un triage précis. Les tests de surveillance doivent respecter les directives en matière de fréquence recommandée, ce qui peut impliquer l'ajournement des tests. Cela permettra de réduire les listes d'attente et de garantir la réalisation des tests à priorité élevée.

#### **4. La gestion du processus d'orientation, du triage et des listes d'attente : Interventions thérapeutiques**

---

- a) Ce domaine présente le plus grand risque immédiat pour les patients et génère de nombreuses préoccupations pour les médecins. Des retards importants dans la revascularisation, l'intervention au niveau des valves, l'implantation d'un dispositif, l'ablation et les interventions chirurgicales cardiaques connexes ont pour effet d'augmenter le risque de mortalité et de morbidité majeure chez les patients<sup>1-4</sup>. Des temps d'attente recommandés ont été établis par la SCC ou la société affiliée associée pour la plupart des interventions. En outre, des directives récentes de la SCC et de ses sociétés affiliées ont été fournies concernant la nature des cas urgents et très urgents pendant cette période d'activité restreinte.
- b) Les directives suivantes s'appliquent aux interventions qui ont été reportées à une date indéterminée pendant la pandémie. Ces patients nécessitent la réévaluation virtuelle la plus active et intensive qui soit, en tenant compte de nouvelles politiques élaborées en fonction des processus de gestion établis des listes d'attente. Les médecins doivent collaborer avec les hôpitaux et organismes régionaux pour élaborer un système de réévaluation rapide des patients en fonction des principes suivants :
  - i. Tous les patients devant subir une intervention élective ayant été reportée doivent être contactés par un médecin ou une personne qualifiée (généralement un coordonnateur au triage ayant une formation en soins infirmiers). Les patients doivent recevoir un calendrier des prises de contact en fonction de l'urgence établie. En général, nous conseillons de

contacter les patients toutes les 2 à 8 semaines en fonction de la liste d'attente locale et des systèmes d'urgence.

- ii. Le patient, le médecin de premier recours et tous les médecins orienteurs pertinents doivent recevoir des instructions claires sur la façon de communiquer tout changement d'état clinique qui pourrait justifier une réévaluation d'urgence au bureau des rendez-vous correspondant.
- iii. Les nouveaux cas ajoutés à la liste d'attente existante doivent suivre la pratique actuelle et respecter les processus de réévaluation décrits plus haut.
- iv. Après la réévaluation, une documentation écrite horodatée détaillant l'évaluation et le plan doit être envoyée au médecin orienteur. Vous pouvez envisager d'inclure le patient dans la communication écrite.
- v. Si la réévaluation détermine que le patient doit être considéré comme un cas urgent, les processus locaux de validation et de prises de rendez-vous doivent être amorcés.
- vi. Tant que les ressources locales le permettent, les interventions thérapeutiques doivent être maintenues pour les patients présentant des cas urgents et très urgents. La collaboration avec un établissement désigné doit être envisagée en cas de restrictions locales sévères.

## 5. Politiques sur la reprise des services

---

À mesure que les cas de COVID-19 diminueront et que les restrictions d'accès seront levées, les hôpitaux, cliniques et services de diagnostic reprendront leurs activités normales. À l'heure actuelle, nous prévoyons une approche graduelle de la reprise des activités. Pour les services actuellement limités, un processus de reprise des activités doit être planifié. Cela comprend une approche fondée sur des principes afin de déterminer quels services doivent se déployer en premier, la façon de résoudre les conflits internes sur l'affectation des ressources limitées et l'élaboration d'un plan pour remédier à l'ajournement des services de consultation, de diagnostic et thérapeutiques. Il sera important de procéder à une identification précise des arriérés en matière de nouveaux patients dirigés, de tests diagnostiques et d'interventions. Les problèmes de main d'œuvre devront être pris en considération. Les effets à court et à long terme de la pandémie de la COVID-19 sur la situation des patients nécessitent une étude plus approfondie.

## 7. Ressources supplémentaires

---

[COVID-19 : Recommandations pour le public, Recommandations pour les professionnels de la santé.](#)

Choisir avec soin

[COVID-19: A remote assessment in primary care](#) (infographique) *The BMJ*, British Medical Association (en anglais seulement)

[Guide sur les soins virtuels](#). Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada, Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

Documents d'orientation de l'équipe d'intervention rapide de la SCC à propos de la COVID-19

- [Is it COVID or is it Heart Failure? Management of Ambulatory Heart Failure Patients](#) (en anglais seulement)
- [Réduction de la propagation à l'hôpital et utilisation optimale des ressources pour la prise en charge des patients hospitalisés atteints de maladies cardiovasculaires pendant la pandémie de la COVID-19](#)
- [Soins communautaires pour les patients atteints de maladies cardiovasculaires pendant la pandémie de COVID-19](#)
- [Soins en milieu hospitalier et utilisation de la procédure cardiaque pendant la crise de la COVID-19](#)
- [Prise en charge des patients ambulatoires et tests diagnostiques pendant la crise de la COVID-19](#)

Cardiac surgery in Canada during the COVID-19 pandemic: A guidance statement from the Canadian Society of Cardiac Surgeons. *Journal canadien de cardiologie* (sous presse)

## Références

---

1. Senaratne JM, Norris CM, Youngson E, McClure RS, Nagendran J, Butler CR, Meyer SR, Anderson TJ, van Diepen S. [Variables associated with cardiac surgical Waitlist Mortality From a Population-Based Cohort](#). *Can J Cardiol*. 2019 Jan 35(1):61-67.
2. Cesena FH, Favarato D, César LA, de Oliveira SA, da Luz PL. [Ontario score and cardiac risk during waiting for elective coronary bypass grafting](#). *Int J Cardiol*. 2006 Jun 16;110(2):167-74.
3. Wait Time Alliance for Timely Access to Health Care. [It's about time! Achieving benchmarks and best practices in wait time management](#). August 2005.
4. Wijesundera HC, Wong WW, Bennell MC, Fremes SE, Radhakrishnan S, Peterson M, Ko DT. [Impact of wait times on the effectiveness of transcatheter aortic valve replacement in severe aortic valve disease: a discrete event simulation model](#). *Can J Cardiol*. 2014;30(10):1162-1169.



## **L'équipe d'intervention rapide de la SCC à propos de la COVID-19**

D<sup>r</sup> Andrew Krahn, Vancouver  
Président, Société canadienne de cardiologie

D <sup>r</sup> David Bewick, Saint John	D <sup>r</sup> Howard Leong-Poi, Toronto
D <sup>r</sup> Chi-Ming Chow, Toronto	D <sup>r</sup> Samer Mansour, Montréal
D <sup>r</sup> Brian Clarke, Calgary	D <sup>re</sup> Ariane Marelli, Montréal
D <sup>re</sup> Simone Cowan, Vancouver	D <sup>r</sup> Ata Quraishi, Halifax
D <sup>r</sup> Chris Fordyce, Vancouver	D <sup>r</sup> Idan Roifman, Toronto
D <sup>re</sup> Anne Fournier, Montréal	D <sup>r</sup> Marc Ruel, Ottawa
D <sup>r</sup> Kenneth Gin, Vancouver	D <sup>r</sup> John Sapp, Halifax
D <sup>r</sup> Anil Gupta, Mississauga	Gurmeet Singh, Edmonton
Sean Hardiman, Ph. D., Vancouver	D <sup>r</sup> Gary Small, Ottawa
D <sup>r</sup> Simon Jackson, Halifax	Ricky Turgeon, Pharm. D., Vancouver
D <sup>r</sup> Yoan Lamarche, Montréal	D <sup>r</sup> Sean Virani, Vancouver
D <sup>r</sup> Benny Lau, Vancouver	D <sup>r</sup> David Wood, Vancouver
D <sup>r</sup> Jean-François Légaré, Saint John	D <sup>re</sup> Shelley Zieroth, Winnipeg

## **Personnel de la Société canadienne de cardiologie**

Nahanni McIntosh  
Linda Palmer  
Carolyn Pullen, Ph. D.