

Gestion des IMGA au bloc opératoire V6 : précautions recommandées ¹

ADAPTE POUR LE CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE

VERSION 11 AVRIL 2023

- Valider la zone de provenance de tout patient (froide, tiède, chaude)
- Chaque patient doit être questionné avant sa chirurgie pour déterminer son risque d'être infecté par la COVID-19 ²
- [Consulter les précisions du CHU de Québec-Université Laval-note de service 22 février 2023](#)

Voici la dernière mise à jour de la trajectoire de soins pour les blocs opératoires du CHU de Québec, adaptée en fonction des recommandations les plus récentes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et de son Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), de différents comités d'experts du CHU de Québec, et d'autres sociétés scientifiques compétentes. Les principes de base ayant guidé l'élaboration de ces conduites demeurent inchangés :

- 1) La protection adéquate et équitable de tous les membres du personnel de soins
- 2) La prestation de soins sécuritaires aux patients
- 3) L'utilisation rationnelle des équipements de protection individuelle

La trajectoire est basée sur un système de couleurs déterminé en fonction de l'évaluation du risque d'infection à la COVID-19 que présente chaque patient qui recevra des soins dans nos blocs opératoires, qu'il soit faible/minimal (VERT), intermédiaire (ORANGE), ou élevé/confirmé (ROUGE). Ce système de couleurs est à distinguer du système utilisé pour l'identification des zones hospitalières et a été créé ainsi considérant que la quasi-totalité des patients accédant au bloc opératoire subira une intervention médicale générant des aérosols (IMGA). **En raison de la circulation des variants et du manque d'évidence d'une protection élevée contre l'infection pour tous les usagers, le fait que la vaccination de base soit complétée ou non par l'utilisateur ne doit pas être pris en compte dans le choix de trajectoire.**

Cette trajectoire accorde une **place prépondérante au test PCR COVID-19 préopératoire pour la minimisation du risque au bloc opératoire**. Tous les patients se présentant au bloc opératoire pour une opération doivent être dépistés au plus tard 3 jours avant l'intervention chirurgicale, selon l'indication (voir la note n° 8 pour la clientèle adulte et la note n° 9 pour la clientèle pédiatrique). En raison du risque de préjudice au patient, les chirurgies urgentes ne permettant pas l'attente du résultat de la PCR (dépistage préopératoire de la COVID-19) peuvent être réalisées sans PCR COVID-19 préalable. La présence d'un résultat négatif à la PCR COVID-19 dans les délais prescrits avant l'intervention chirurgicale permet aux intervenants de prodiguer des soins sécuritaires aux patients sans précautions additionnelles aux pratiques de base recommandées en salle d'opération¹ (algorithme VERT). À noter qu'en raison des particularités du bloc opératoire et de l'exposition fréquente des intervenants à des IMGA, **seules les PCR réalisées à partir d'un prélèvement par écouvillon nasopharyngé sont acceptables au bloc opératoire (à l'exception des patients avec contre-indication au prélèvement nasopharyngé chez qui la technique par gargarisme ou le prélèvement par écouvillon oropharyngé + deux narines est accepté).**

Bien que ces principes de base demeurent, les modifications de cette version s'expliquent par les éléments suivants :

- Quoique plus transmissibles, la morbidité et la mortalité des cas associés au variant Omicron et ses sous-lignées sont moins importantes que celles des variants précédents;
- La majorité de la population a une immunité vaccinale, naturelle ou hybride, ce qui lui confère une bonne protection contre les formes sévères de la maladie;
- Les travailleurs de la santé portent le masque médical en tout temps et le masque N95, de même que la blouse, les gants et la protection oculaire pour les cas symptomatiques susceptibles d'être un cas COVID-19;
- L'accessibilité aux soins, dans le contexte de la pénurie de personnel, devient une variable à prendre en compte dans la logistique des PCR pré-op, et la fluidité des cas en salle d'opération.

Il est toutefois primordial de revenir à des mesures plus restrictives si les variants annoncés s'associent à une plus grande transmission, un mode de transmission différent, une morbidité accrue, ou un échappement immunitaire important. Comme travailleur de la santé, il est aussi important de tirer profit des doses de rappel du vaccin contre SRAS-Co-V2 puisqu'on ne connaît pas bien encore la durée de l'immunité vaccinale (naturelle ou hybride) et son efficacité contre les sous-variants Omicron en émergence.

- Considérant l'immunité sociale et le pourcentage d'employés vaccinés;
- Considérant la ventilation des salles d'opération et le faible risque de transmission d'aérosols qui en découle;
- Considérant la disponibilité des équipements de protections individuelles sans restriction (par exemple N95);
- Considérant l'excellente valeur prédictive positive du test antigénique rapide (TDAR) lorsque la maladie est très prévalente dans la population chez une clientèle symptomatique, le début de la maladie peut être calculé à partir de la date du test positif (**ou des symptômes accompagnés d'un TDAR +**) lorsque l'individu décrit des symptômes compatibles et qu'il est considéré comme fiable.
- Considérant le changement de la directive ministérielle (DGAUMIP-038.REV4) sur les délais requis pour la PCR chez les usagers sans symptômes, la PCR peut être effectuée au plus tard 3 jours avant l'intervention chirurgicale.

Les principales modifications apportées à la version 5 de la trajectoire sont les suivantes :

- Les usagers doivent être dépistés au plus tard 3 jours avant l'opération;
- Un patient avec histoire compatible de COVID-19 et test antigénique positif (TDAR) est réputé avoir commencé la maladie COVID-19 à ce moment, si le délai entre le test antigénique et le test PCR est de moins de 8 semaines;
- Abrogation de l'annexe : Liste des interventions à haut risque de générer des aérosols;
- La déconnexion accidentelle du circuit respiratoire n'est plus considérée comme une IMGA.

COMITÉ SUR LA GESTION DES IMGA AU BLOC OPÉRATOIRE (24 novembre 2022)

D^{re} Alexandra Simard

M^{me} Annie Bourgault

D^r Benoit Guay

D^{re} Esther Breton

D^r Jean-Pierre Gagné

M^{me} Julie Maranda

D^{re} Marie-Claude Roy

M^{me} Mariella Gaudreault-Belley

D^r Mathieu Asselin

D^r Maxime De Varennes-Guay

D^r Nicolas Boucher

D^r Nicolas Côte

D^r Patrick Giroux

D^r Philippe Lachance

D^r Raymond Veilleux

M^{me} Stéphanie Bouchard

M^{me} Valérie Dancause

VERT	RISQUE FAIBLE
<p><u>PCR NÉGATIF la veille de la chirurgie pour les patients suivants ⁸⁻⁹ :</u> Présentant des symptômes au moment du dépistage Ayant eu un contact étroit dans les 10 derniers jours ¹⁰ Ayant travaillé ou séjourné en milieu endémique dans les 10 derniers jours ¹¹</p> <p>OU</p> <p><u>PCR NÉGATIF 3 jours avant la chirurgie pour toutes les autres situations</u></p> <p>OU</p> <p>Patient considéré immun après un antécédent d'infection à la COVID-19 (se référer à la note 5)</p>	

SALLE D'OPÉRATION STANDARD
<p>PRATIQUES DE BASE pour l'ensemble des intervenants sans égard au type d'anesthésie ⁶⁻⁷</p>

<p>Pas de temps d'attente nécessaire après l'intubation et l'extubation de ces patients. L'extubation du patient vert peut être réalisée à la salle de réveil selon les pratiques de base.</p>	
SALLE DE RÉVEIL	<ul style="list-style-type: none">• Pratiques de base• La protection oculaire (pas la visière) est recommandée pour l'intervenant procédant à l'extubation du patient• Le port du masque de procédure est recommandé pour les interventions à moins de 2 mètres des patients. Ce masque peut être réutilisé pour le contact avec d'autres patients, sauf, si l'usager est en précautions gouttelettes - gouttelettes/contact où il doit alors être changé.• Soins de trachéo chez un patient vert : port de la blouse et des gants selon les pratiques de base• Transport du patient avec trachéotomie fraîche : port de la blouse et des gants selon les pratiques de base

<p>Les directives de la CNESST s'additionnent aux précautions des algorithmes selon leur application dans les blocs opératoires.</p>

ORANGE

Patient sans symptôme expliqué par la COVID en l'absence de PCR dans les délais prescrits ⁸⁻⁹

ET

Devant subir une chirurgie urgente

**RISQUE
INTERMÉDIAIRE**

SALLE D'OPÉRATION STANDARD

Personnel présent lors de l'intubation et de l'extubation ²

Précautions AÉRIENNE/contact + protection oculaire

Pour le patient intubé :

Précautions gouttelettes/contact + protection oculaire pour le service interne. Pratiques de base pour les intervenants à plus de 2 mètres du patient ⁷

Si le **délai minimal d'échange d'air de la salle ⁷**

ne peut être respecté post intubation :

Précautions AÉRIENNE/contact + protection oculaire pour le service interne et l'équipe d'anesthésie. Protection aérienne seule (N95) pour les intervenants à plus de 2 mètres du patient ⁷

**Pour le patient sous anesthésie régionale
ou neuraxiale ⁶**

Précautions gouttelettes/contact + protection oculaire pour le service interne. Pratiques de base pour les intervenants à plus de 2 mètres du patient ⁷.

**Pour le patient sous anesthésie régionale
ou neuraxiale ⁶ avec haut risque de conversion en anesthésie générale**

Précautions AÉRIENNE/contact + protection oculaire pour le service interne et l'équipe d'anesthésie. Protection aérienne seule (N95) pour les intervenants à plus de 2 mètres du patient ⁷.

Minimiser autant que possible les entrées et sorties des salles d'opération.

L'intubation et l'extubation se font en salle d'opération avec un minimum d'intervenants présents. Un **délai minimal de temps d'échange d'air ³** après l'intubation et l'extubation doit être respecté autant que possible avant l'entrée du reste du personnel, à l'exception d'une chirurgie d'extrême urgence où tous sont en précautions aériennes d'emblée.

SALLE DE RÉVEIL

- Aucune extubation de patient orange à la salle de réveil (extubation en salle d'opération)
- Précautions gouttelettes
 - Le port du masque de procédure est recommandé pour les intervenants à moins de 2 mètres des patients. Ce masque doit être changé après avoir été en contact avec un patient orange
- **Soins de trachéo chez un patient orange** : Pas d'accès à la salle de réveil. Phase d'éveil en salle d'opération, personnel en précautions aériennes/contact + protection oculaire
- **Transport du patient avec trachéotomie fraîche** : précautions gouttelettes/contact + protection oculaire pour le personnel de transport

**Les directives de la CNESST
s'additionnent aux précautions des
algorithmes selon leur application
dans les blocs opératoires.**

ROUGE	<p>Patient présentant ou non des symptômes reliés à la COVID-19 avec un <u>PCR COVID positif</u> (excluant les patients répondant à la définition d'infection résolue ⁵)</p> <p>OU</p> <p>Patient <u>présentant des symptômes reliés à la COVID-19 en l'absence de test PCR</u> dans les délais prescrits lorsque le niveau d'urgence de l'intervention ne permet pas d'attendre le résultat du test ²</p> <p>(COVID confirmé ou COVID suspecté, excluant les patients répondant à la définition d'infection résolue) ⁴</p> <p>OU</p> <p>Patient pour lequel aucun questionnaire relié à son statut COVID n'est possible (inconscient, confus, etc.)</p>	RISQUE ÉLEVÉ OU CONFIRMÉ
--------------	---	-------------------------------------

SALLE D'OPÉRATION COVID
<p>Personnel présent en salle lors de l'intubation et de l'extubation : Précautions aérienne/contact + protection oculaire</p> <p>Pour le patient intubé : La protection aérienne peut être retirée par l'ensemble des intervenants après avoir respecté le délai d'échange d'air recommandé pour l'élimination des aérosols de la salle</p> <p>Lors d'anesthésie régionale ou neuraxiale : Précautions aérienne/contact + protection oculaire pour l'ensemble des intervenants</p> <p>Si le délai minimal d'échange d'air de la salle ³ ne peut être respecté post intubation : Précautions aérienne/contact + protection oculaire pour l'ensemble des intervenants</p>

NOTE IMPORTANTE
<p>Les patients symptomatiques ou sans questionnaires relié à leur état de santé (inconscient, confusion, etc.) devraient tous subir un PCR préopératoire, sauf pour les urgences graves où le délai d'obtention du résultat au PCR pourrait causer préjudice au patient ou pour le patient considéré immun après une infection résolue à la COVID-19 ⁵. Lorsque le PCR est négatif au plus tard 3 jours avant l'intervention chirurgicale ⁸⁻⁹, il faut suivre l'algorithme patient VERT. Seules les urgences graves devraient être effectuées en présence d'un PCR positif, les autres interventions devraient être reportées en suivant l'algorithme « Aide à l'évaluation préopératoire du patient chirurgical avec un antécédent de COVID positif ».</p>

<p>Les directives de la CNESST s'additionnent aux précautions des algorithmes selon leur application dans les blocs opératoires.</p>

<p>Minimiser autant que possible les entrées et sorties des salles d'opération.</p> <p>L'intubation et l'extubation se font en salle d'opération avec un <u>minimum d'intervenants présents</u>. Un délai minimal de temps d'échange d'air ³ après l'intubation et l'extubation doit être respecté autant que possible avant l'entrée du reste du personnel, à l'exception d'une chirurgie d'extrême urgence où tous sont en précautions aériennes d'emblée.</p>
--

SALLE DE RÉVEIL	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'accès à la salle de réveil pour les patients rouges • <u>Précautions aérienne/contact + protection oculaire</u> pour le personnel qui effectue le temps d'éveil en salle • Soins de trachéo chez patient rouge : précautions aérienne/contact + protection oculaire • Transport du patient avec trachéotomie fraîche : précautions aérienne/contact + protection oculaire pour le personnel de transport. Un filtre à haut pouvoir filtrant adapté à l'embout de la trachéo devrait être installé pour augmenter la protection du personnel
------------------------	---

1. Ces directives sont appelées à être modifiées selon l'analyse des données scientifiques, l'évolution de la COVID-19 dans la communauté et les recommandations d'organismes décisionnels. **Les précautions additionnelles inscrites dans ces algorithmes s'appliquent seulement lors de la réalisation des IMGA au bloc opératoire, et non durant les phases préopératoires et postopératoires. Les mesures de protection prescrites par la PCI pour un patient (SARM, C. difficile, isolements préventifs, etc.) continuent d'être appliquées pendant toute la phase périopératoire. Ainsi, les précautions des algorithmes précédents s'additionnent s'il y a lieu aux précautions déjà en place, incluant les directives émanant de la CNESST, selon leur application dans les blocs opératoires.**
2. Appliquer [Algorithme d'évaluation pour précautions additionnelles préventives dans les milieux avec ou sans rendez-vous](#) (20 janvier 2022)
3. **Le temps d'attente postaérosolisation (IMGA)** est en fonction du système de ventilation de chaque salle. Ce délai est précisé dans les trajectoires de chaque site. C'est à la fin de la dernière IMGA que le temps d'attente débute. N.B. : Une déconnexion du circuit respiratoire n'est plus considérée comme une IMGA.
4. **Durée de l'immunité et de réinfections** : La durée de protection conférée par une infection du variant Omicron est estimée à 3 mois (12 semaines). Ceci étant dit, un patient présentant des symptômes entre la 8^e et la 12^e semaine après son diagnostic peut théoriquement faire un nouvel épisode et doit être retesté. Voir le TABLEAU 2 ci-dessous pour déterminer s'il est nécessaire de retester le patient en fonction du délai depuis son diagnostic de COVID-19.
5. La COVID-19 est considérée comme résolue lorsque les conditions du TABLEAU 1 ci-dessous 1 ont été remplies.
 - **Immunosuppression sévère (liste sur code QR)** : Capacité d'immunité acquise inconnue, toujours effectuer la PCR préopératoire, que le patient soit symptomatique ou non.

TABLEAU 1 : Définition d'infection résolue à la COVID-19

<p>Usager avec maladie légère ou modérée</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolement pour 10 jours après le début des symptômes ou après le test positif si asymptomatique, ET ▪ Absence de fièvre depuis 48 h sans prise d'antipyrétique, ET ▪ Amélioration du tableau clinique depuis 24 h (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelle)
<p>Usager avec maladie sévère définie comme ayant eu besoin d'un séjour aux soins intensifs en raison de la COVID-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolement pour 21 jours après le début des symptômes, ET ▪ Absence de fièvre depuis 48 h sans prise d'antipyrétique, ET ▪ Amélioration du tableau clinique depuis 24 h (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelle)
<p>Usager avec immunosuppression, selon la définition de l'INESSS</p> <p>Voir → page 5-6</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation au cas par cas en fonction du degré d'immunosuppression (une évaluation par l'infectiologue est recommandée avant de lever l'isolement) <ul style="list-style-type: none"> ○ Immunosuppression non sévère : isolement pour 14 jours avec mêmes critères cliniques et 2 TDAR négatifs à 24 h d'intervalle ○ Immunosuppression sévère : isolement pour 21 jours avec mêmes critères cliniques et 2 TDAR négatifs à 24 h d'intervalle

TABLEAU 2 : Indications de la PCR et trajectoire du patient rétabli selon le délai depuis l'épisode COVID-19 antérieure et la présence de symptômes

Délai écoulé depuis le début de l'infection à COVID-19	Présence de symptômes	Dépistage PCR préopératoire	Trajectoire / Algorithme
< 2 mois	OUI ou NON	NON	VERT + voir annexe 2
≥ 2 mois et < 3 mois	NON	NON	VERT + voir annexe 2
	OUI	OUI	Voir annexe 2
≥ 3 mois	OUI ou NON	OUI	Voir annexe 2

6. **Anesthésie régionale en salle d'induction** : permise pour les patients verts seulement. L'anesthésie régionale d'un patient orange ou rouge devra être réalisée en salle d'opération.

7. **Pratiques de base en salle d'opération** : Correspondent aux recommandations en place en tout temps pour tout type d'intervention au bloc opératoire. Les pratiques de base devraient inclure la protection oculaire lorsque l'intervenant fait un geste risquant des éclaboussures, comme l'intubation et l'extubation. Les précautions gouttelettes/contact avec protection oculaire ne s'appliquent pas aux intervenants qui exercent à plus de deux mètres du patient (par exemple : service externe). Les précautions aériennes demeurent en place lorsqu'elles sont indiquées.

8. **Délais acceptés entre le prélèvement PCR et la chirurgie** : À l'exception des situations urgentes où le délai d'obtention du résultat à la PCR pourrait causer préjudice au patient, tous les patients devraient avoir un résultat PCR négatif avant d'entrer au bloc opératoire pour leur chirurgie. En l'absence de résultat COVID préopératoire, pour maintenir un risque élevé (rouge), les symptômes retenus ne doivent pas s'expliquer entièrement par la condition chirurgicale du patient. Advenant le cas où la totalité des symptômes s'explique clairement par un diagnostic alternatif à la COVID-19, le patient sera jugé à risque, au niveau intermédiaire (orange) pour les procédures au bloc opératoire. La décision définitive de la classification du patient implique le jugement clinique de l'équipe médicale et se prend conjointement entre le chirurgien et l'anesthésiologiste. Le délai raisonnable entre le moment du prélèvement et l'intervention chirurgicale est variable en fonction de la situation clinique. Les délais pédiatriques pour certaines situations sont différents et apparaissent à la note suivante (note n° 9).
 - Le questionnaire permet de déterminer le délai de dépistage :
 - Si absence de symptômes : PCR à réaliser au plus tard 3 jours avant l'intervention chirurgicale;
 - Si présence de symptômes : PCR à réaliser au plus tard la veille de l'intervention chirurgicale.

 - Pour les patients avec **contact étroit** (note n° 10) ou **provenant de milieu endémique** (note n° 11), une PCR doit être réalisée au plus tard la veille de la chirurgie.

9. **Pédiatrie** : Les situations suivantes font exception ;

- **Unité néonatale du CHUL (UNN)**

- Pas de PCR nécessaire pour les bébés asymptomatiques de l'UNN qui y sont hospitalisés depuis la naissance;
- Pas de PCR nécessaire pour les bébés asymptomatiques de l'UNN qui y sont hospitalisés depuis 14 jours ou plus;
- PCR la veille nécessaire si dépistage ou éclosion active sur l'UNN ou présence de patients COVID-19 + sur l'UNN peu importe la durée de séjour à l'UNN.

10. **Contact étroit (survenu dans les 10 derniers jours)**

- Usager qui a séjourné dans le même environnement usager (ex. : chambre, civière, jeu entre usagers pédiatriques, etc.) à moins de deux mètres et sans mesure barrière en place en tout temps (ex. : masque, rideaux, plexiglas, etc.) qu'un cas confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité

OU

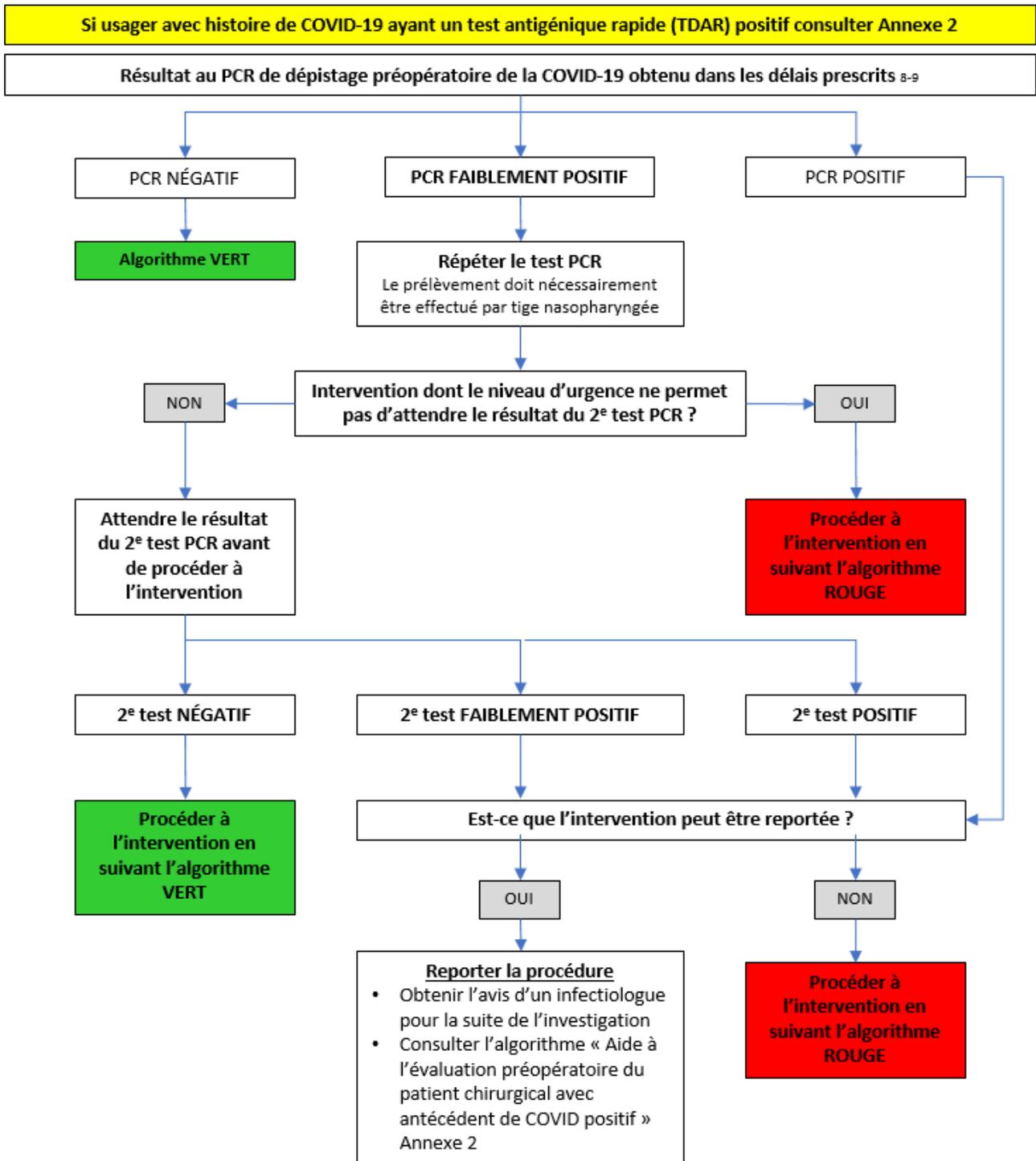
Usager qui n'est pas apte à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance, absence de collaboration) en présence d'un cas confirmé de COVID-19 (usager) sur l'unité de soins, sur l'unité de réadaptation ou dans le milieu de vie. Ces comportements, notamment l'errance, sont des facteurs de risque d'acquisition

OU

- Usager ayant reçu des soins à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées d'un travailleur de la santé confirmé de COVID-19 qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité
- Pour les chirurgies non urgentes, tout patient avec **contact domiciliaire confirmé dans les 10 derniers** jours verra sa chirurgie reportée jusqu'à 10 jours suivant le contact. Pour les chirurgies majeures ou semi-urgentes, une discussion avec l'équipe médicale et le patient est nécessaire pour déterminer si ce dernier doit être opéré avec un PCR négatif la veille de l'intervention ou si la chirurgie doit être reportée.

11. **Milieus endémiques** : Une liste des milieux endémiques et des unités de soins au CHU de Québec en éclosion/alerte pour la COVID-19 est disponible sur l'intranet du CHU de Québec. Un patient travaillant ou séjournant dans un milieu endémique (CHSLD/RPA/RI) doit obtenir un test PCR au plus tard la veille de la chirurgie .

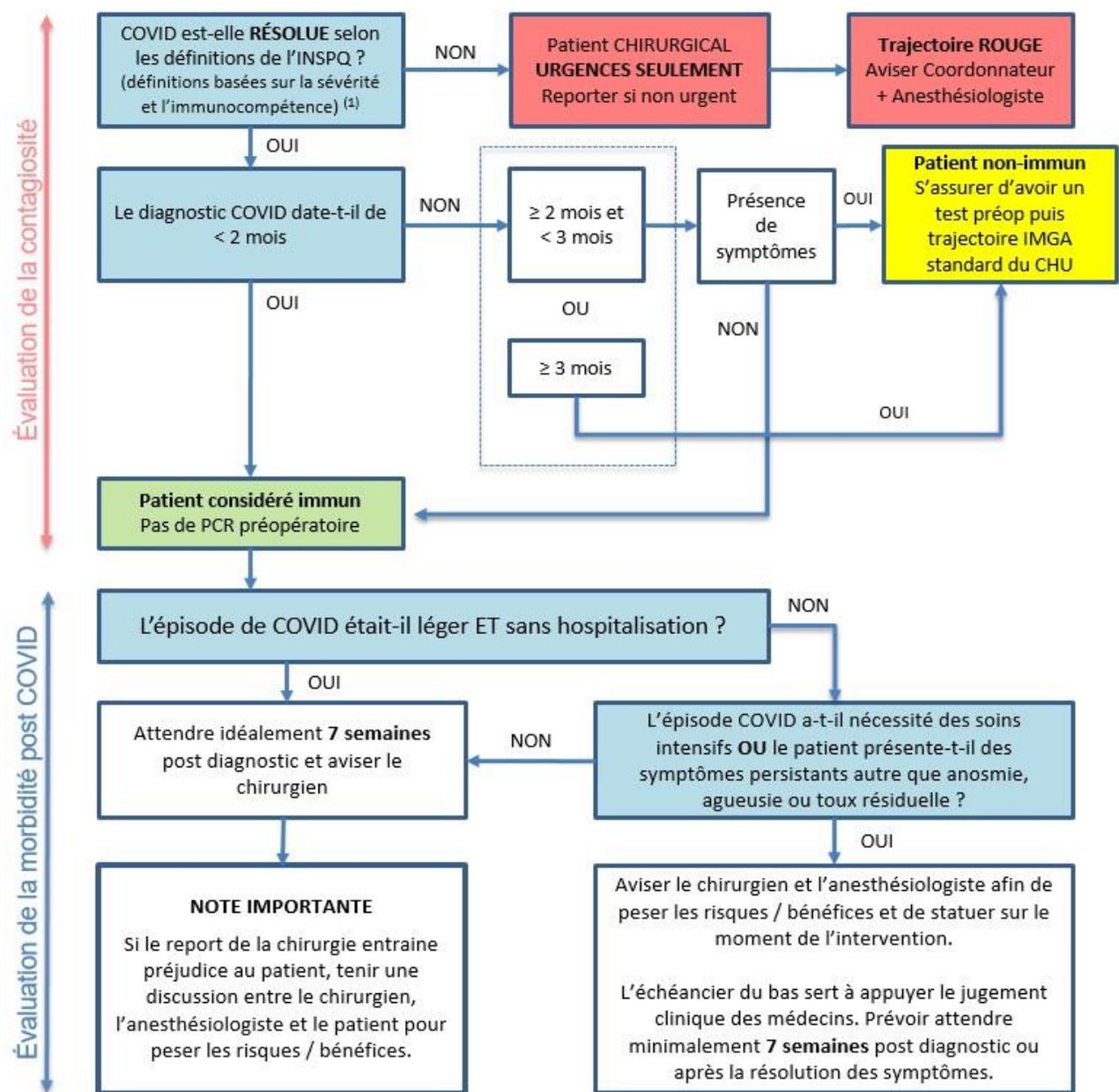
ANNEXE 1 : PCR FAIBLEMENT POSITIF AU DÉPISTAGE PRÉOPÉRATOIRE DE LA COVID-19 CONDUITE ADAPTÉE POUR LE BLOC OPÉRATOIRE



ANNEXE 2 : AIDE À L'ÉVALUATION PRÉOPÉRATOIRE DU PATIENT CHIRURGICAL AVEC UN ANTÉCÉDENT DE COVID POSITIF ¹²

Aide à l'évaluation préopératoire du patient CHIRURGICAL avec un antécédent de COVID POSITIF

Nicolas Côte, Département d'anesthésiologie, CHU de Québec - HDQ
Pier-Louis Cadoret, Département d'anesthésiologie, CHU de Québec - CHUL
26 juillet 2021 – Modification 2022-11-23



Échéancier suggéré par ASA / ASPF, à peser en fonction de la chirurgie et des comorbidités ⁽²⁾

- 4 semaines:** Patients asymptomatiques ou ayant récupéré de symptômes légers non respiratoires
- 6 semaines:** Patients ayant été symptomatiques au niveau respiratoire (toux, dyspnée), mais qui n'ont pas dû être hospitalisés
- 8 à 10 semaines:** Patients ayant été hospitalisés ou qui sont diabétiques ou qui sont immunosupprimés
- 12 semaines:** Patients ayant séjourné aux soins intensifs en raison de la COVID

(1) <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2906-mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.pdf>
(2) <https://www.apsf.org/news-updates/asa-and-apsf-joint-statement-on-elective-surgery-and-anesthesia-for-patients-after-covid-19-infection/>