

Le 7 mai 2020

À l'attention des : PDG des hôpitaux

De : Matthew Anderson, président et PDG, Santé Ontario

Concerne : Une approche prudente pour la planification des opérations et interventions chirurgicales durant la COVID-19

Le 15 mars, suite à la publication d'un memorandum du ministère de la Santé puis de la directive n°2 du médecin hygiéniste en chef, les hôpitaux ont commencé à réduire considérablement les opérations et interventions chirurgicales programmées par crainte que notre système de santé ne soit submergé par les cas de COVID-19. C'était une précaution nécessaire face à un risque grave. Je vous remercie pour ces efforts importants.

Si la propagation de la COVID-19 continue de poser un problème aux résidents des établissements de soins de longue durée et d'autres établissements de vie en groupe, les hôpitaux peuvent désormais commencer à planifier la reprise progressive des opérations et interventions chirurgicales qui ont été reportées, tout en continuant à exécuter des plans d'aide à la situation dans les soins de longue durée.

Le document « une approche prudente pour la planification des opérations et interventions chirurgicales durant la COVID-19 » définit les critères de réintroduction des opérations et interventions chirurgicales programmées, ainsi que la base sur laquelle celles-ci devraient être priorisées. Cette approche tient compte des principes éthiques, du rôle de Santé Ontario, des régions et des hôpitaux, et elle fournit un cadre pour évaluer la faisabilité et la planification de la reprise des services. L'accent est mis ici sur la « planification ». À l'heure actuelle, la directive n° 2 reste en vigueur et aucune activité ne devrait donc être effectivement reprise tant que la directive n'est pas modifiée ou révoquée.

Bien que l'Ontario prenne très lentement le dessus sur cette pandémie, le risque de mini-poussées locales et continues dans le cadre des collectivités ou des rassemblements reste très réel. Nous partons du principe qu'une stratégie solide de recherche des contacts sera mise en place dans toute la province. Par conséquent, l'accent est mis sur le fait que le plan de l'hôpital pour la reprise des opérations et interventions chirurgicales programmées doit être examiné et reconfirmé chaque semaine lors de vos tables régionales ou sous-régionales (qui ont été formées pour traiter de la planification et de la réponse à la COVID-19).

En outre, vous trouverez ci-dessous une série d'attentes pour les hôpitaux et les tables régionales/sous-régionales.

Les attentes à l'égard des hôpitaux sont les suivantes :

- Réserver 15 % de la capacité de soins actifs (c'est-à-dire un taux d'occupation de 85 % ou la possibilité de créer immédiatement une capacité supplémentaire de 15 % en cas de besoin),

sous réserve de tout autre accord conclu aux tables régionales ou sous-régionales pour garantir une capacité régionale suffisante.

- La reprise des opérations et interventions chirurgicales programmées dans un hôpital ne doit avoir lieu que lorsque les conditions suivantes sont remplies :
 - Un espace conventionnel d'hospitalisation est disponible pour les soins, et cet espace est évalué dans le contexte de l'éloignement sanitaire pour le flux des malades hospitalisés et l'activité en clinique externe. Cet espace ne peut pas inclure de soins dans les couloirs.
 - Les fournitures critiques confirmées, notamment les EPI, les écouvillons, les réactifs et les médicaments, dépassent à la fois l'utilisation actuelle et les besoins prévus pour les opérations et interventions chirurgicales programmées. Il ne doit pas y avoir de dépendance à l'escalade d'urgence pour obtenir l'un des éléments ci-dessus tout en fournissant des soins programmés. Le stock de fournitures essentielles doit être confirmé chaque semaine lors de votre table régionale ou sous-régionale. L'objectif pour les EPI est un stock disponible continu pour 30 jours, qui comprend le taux d'utilisation actuel plus les besoins supplémentaires prévus.
 - Les ressources humaines de la santé qui sont disponibles pour les soins urgents et émergents ne sont pas indûment affectées. Il s'agit notamment de prendre en considération la disponibilité générale de la main-d'œuvre, ainsi que les ressources humaines dans le domaine de la santé qui sont affectées au soutien des soins de longue durée, car cela reste une priorité provinciale.
 - La table régionale ou sous-régionale et l'hôpital doivent approuver conjointement le plan de l'hôpital pour la reprise des opérations et interventions chirurgicales prévues.

Les attentes à l'égard des régions et des tables sous-régionales sont les suivantes :

- Maintenir un pourcentage global de 15 % de la capacité de soins actifs (85 % d'occupation)
- Adopter une approche régionale ou sous-régionale pour gérer la capacité d'appoint et la reprise des opérations et interventions chirurgicales programmées
- Assurer la collaboration entre les hôpitaux pour parvenir à des plans coordonnés et engagés
- Surveiller les opérations et interventions chirurgicales sur leurs territoires, en s'efforçant de trouver un équilibre entre les éléments suivants :
 - Listes d'attente
 - Accès équitable aux soins
 - Disponibilité des ressources régionales en matière de soins primaires, de soins à domicile et communautaires et de réadaptation en vue d'options de soins virtuels
- Veiller à ce que les hôpitaux restent engagés dans leur soutien aux soins de longue durée

Le partage de ces critères pour « Une approche prudente pour la planification des opérations et interventions chirurgicales durant la COVID-19 » pourrait être considéré comme un signe que la situation en Ontario s'améliore très lentement. Mais cela peut changer, comme nous le savons tous.

Nous ne devons pas être trop confiants et nous ne devons pas nous relâcher nos efforts. Ce niveau accru de surveillance et de souplesse dans notre système devra être maintenu pendant un certain temps et je voudrais reconnaître le défi que cela représente pour les hôpitaux, les cliniciens et les personnes en attente de soins programmés.

Merci comme toujours pour votre soutien à la réponse de l'Ontario à cette pandémie.

Matthew Anderson

Une approche prudente pour la planification des opérations et interventions chirurgicales durant la COVID-19

Date de publication : Le 7 mai 2020

Résumé

En avril 2020, Santé Ontario a réuni un groupe d'experts pour former le *Comité de réponse à la COVID-19 : planification des opérations et interventions chirurgicales*, présidé par le Dr Chris Simpson, afin d'élaborer des recommandations sur la manière dont les opérations et interventions chirurgicales programmées peuvent être reprises en toute sécurité pour répondre aux besoins des patients dont les opérations et interventions chirurgicales ont pu être retardées en raison de la pandémie de COVID-19. Dans ce document, le comité présente des recommandations sur la manière dont les régions et les hôpitaux peuvent collaborer pour le faire de manière mesurée. Bien que la portée de ces recommandations se concentre sur les opérations et interventions chirurgicales, nous reconnaissons que d'autres activités non urgentes ont été réduites et nécessiteront également une approche mesurée de la reprise des services.

Le 15 mars 2020, les hôpitaux ont commencé à réduire les « opérations chirurgicales non urgentes et autres procédures non urgentes » afin de créer la capacité de soigner efficacement les patients atteints de COVID-19.¹ À mesure que la pandémie de COVID-19 évolue, il est important de prendre en considération l'impact des soins qui ont été reportés et d'élaborer un plan de reprise des services tout en maintenant la préparation en lien avec la COVID-19. L'objectif de ces recommandations est de garantir une approche éthique, mesurée et adaptée aux décisions de planification pour l'extension et la contractualisation d'opérations et d'interventions chirurgicales en Ontario. Tout au long des phases de la pandémie, la priorité reste la santé et le bien-être des travailleurs de la santé et des patients de l'Ontario.

Pour guider la prise de décision pendant la pandémie, les régions et les hôpitaux doivent tenir compte de l'interdépendance de notre système de soins de santé et de la manière dont un changement dans une partie du continuum de soins peut avoir un impact sur les autres. Il est prévu que certaines régions seront mieux placées que d'autres pour reprendre les opérations et interventions chirurgicales prévues en raison des différences de capacité et/ou de taux de cas de COVID-19 (par exemple, les éclosions). Dans ce contexte, il sera nécessaire d'examiner comment l'asymétrie géographique affecte l'accès aux opérations et interventions chirurgicales pour les patients et comment cette asymétrie peut être minimisée par la collaboration entre les systèmes de santé afin de garantir un accès équitable de manière générale et pour les groupes de patients qui sont confrontés à des inégalités sanitaires ou sociales préexistantes.

Dans un premier temps, les établissements doivent réaliser une étude de faisabilité pour évaluer les neuf critères définis dans l'**évaluation de faisabilité des opérations et interventions chirurgicales pour les hôpitaux dans le cadre de la COVID-19**. Les principaux critères comprennent le fardeau de la COVID-19 dans la communauté, les cas de COVID-19 au sein de l'établissement, l'approvisionnement en EPI, l'approvisionnement en médicaments, la capacité d'hospitalisation et des soins intensifs, les ressources humaines dans le domaine de la santé, les tests de dépistage de la COVID-19, les soins en dehors de l'hôpital et la gestion des listes d'attente.

Une fois l'évaluation de faisabilité terminée, les hôpitaux collaboreront avec les dirigeants régionaux pour éliminer les obstacles cernés et atténuer les risques, et pour obtenir le soutien nécessaire à la création d'un plan pour les opérations et interventions chirurgicales, en utilisant la **Liste détaillée des**

considérations comme guide. Les principales catégories à prendre en considération sont le statut régional, les cas de COVID-19, la capacité, les ressources humaines dans le domaine de la santé, la chaîne d'approvisionnement et la planification de la réduction progressive. Un organigramme décrivant ce processus est fourni à la figure 2.

Ce document décrit également les **rôles et responsabilités** recommandés de **Santé Ontario, des régions et des hôpitaux** dans la planification des opérations et interventions chirurgicales pendant la pandémie de COVID-19. Il s'agit notamment de la participation de comités d'organisation régionaux ou sous-régionaux sur la COVID-19, et de la nécessité de mettre en place des comités de surveillance des opérations et interventions chirurgicales des hôpitaux, de surveiller les données au niveau des hôpitaux et des régions, et de collaborer à la conception et à la mise en œuvre de plans visant à reprendre les opérations et interventions chirurgicales. La région ou sous-région et l'hôpital doivent approuver conjointement le plan pour la reprise des opérations et interventions chirurgicales prévues. Les principales **considérations relatives à la mise en œuvre** comprennent la garantie d'une communication transparente et d'un suivi continu avec les patients, l'établissement d'un processus équitable pour la hiérarchisation des opérations et interventions chirurgicales et l'exploitation des possibilités d'amélioration de la prestation des soins.

Ces recommandations renforcent l'idée qu'une prise en considération attentive de multiples facteurs et une collaboration avec les partenaires internes, locaux et régionaux sont nécessaires pour adopter une approche mesurée de la planification des opérations et interventions chirurgicales pendant la pandémie de COVID-19.

1. Contexte

La pandémie de COVID-19 a eu un effet sans précédent sur le système de santé de l'Ontario. La réponse à la pandémie a entraîné une pression prolongée sur les ressources du système de santé, avec des implications qui se feront sentir au cours des mois et des années à venir.

Le 15 mars 2020, le ministère de la Santé de l'Ontario a publié un mémorandum¹ pour que les hôpitaux commencent à « réduire progressivement les opérations chirurgicales et autres activités cliniques non urgentes » afin de préserver leur capacité à prendre en charge efficacement les patients atteints de COVID-19. Il a été suivi par une directive pour les prestataires de soins de santé le 19 mars 2020² Les hôpitaux ont réagi de diverses manières, certains réduisant considérablement les volumes (« réduction ») aux seules interventions chirurgicales nécessaires pour garantir la survie ou l'intégrité physique du patient, soit seulement 10 à 20 % des interventions chirurgicales régulières, tandis que d'autres ont maintenu un taux de 50 % ou plus des interventions chirurgicales régulières. Ainsi, on a constaté une réduction de 2 039 opérations du cancer pour adultes (-34 %), 1 033 opérations vasculaires pour adultes (-73 %), 609 opérations cardiaques (-44 %), 62 614 opérations non oncologiques pour adultes (-93 %) et 6 097 opérations pédiatriques (-93 %) entre le 16 mars et le 26 avril 2020, par rapport aux volumes enregistrés au cours de la même période en 2019 (Santé Ontario - Système d'information sur les temps d'attente de CCO; CorHealth Ontario - Registre cardiaque). De même, les volumes d'imagerie diagnostique ont été réduits au cours de la même période. Il y a eu 8 697 tomographies de moins pour la stadification et le diagnostic du cancer (-25 %) et 61 896 tomographies de moins pour les autres indications (-52 %); de plus, il y a eu 2 051 IRM de moins pour la stadification et le diagnostic du cancer (-25 %), 1 317 IRM de moins pour le dépistage du cancer du sein (-89 %) et 60 390 IRM de moins pour les autres indications (-64 %) (Santé Ontario - Système d'information sur les temps d'attente de CCO).

Le 27 avril 2020, le gouvernement de l'Ontario a publié « [Un cadre visant le déconfinement de la province](#) », qui décrit les principes que le gouvernement utilisera pour rouvrir les entreprises, les services et les espaces publics par étapes progressives. Pour les hôpitaux, il s'agit notamment de commencer à proposer certaines opérations chirurgicales non urgentes et programmées et d'autres services de soins de santé lors de la première étape du processus en trois étapes.³

Les interventions chirurgicales non urgentes et programmées sont souvent qualifiées de « facultatives ». Il est important de noter que les chirurgies non urgentes sont celles où « la gravité de la maladie traitée chirurgicalement permet au patient et à son fournisseur de soins de santé de choisir le moment de la chirurgie sans impact négatif sur le résultat chirurgical ou l'évolution de la maladie ». ⁴ Bien que ces chirurgies et procédures facultatives ne soient pas considérées comme urgentes, une opération ou intervention chirurgicale effectuée en temps utile peut prévenir l'aggravation des problèmes de santé sous-jacents et améliorer la qualité de vie. À mesure que la pandémie de COVID-19 évolue, il est important de prendre en considération les répercussions du report de l'accès et des interventions cliniques sur les résultats pour les patients et d'élaborer un plan pour la reprise des services et la reprogrammation des opérations et interventions chirurgicales reportées qui continue de protéger la santé et le bien-être des patients, des clients et des travailleurs de la santé.

Ce document a été élaboré par le *Comité de réponse à la COVID-19 : planification des opérations et interventions chirurgicales*, présidé par le Dr Chris Simpson. Une liste complète des membres est

présentée à l'[annexe A](#). Le comité a été chargé d'élaborer un plan d'augmentation mesurée des opérations et interventions chirurgicales qui englobe non seulement les opérations essentielles devant être effectuées rapidement, mais aussi les opérations programmées, les interventions assistées par imagerie et les traitements cliniques connexes (par exemple, préopératoires). Plus précisément, il a été demandé au comité de formuler des recommandations sur les points suivants :

- Un ensemble de critères qui détermineraient quand les hôpitaux peuvent réintroduire les opérations et interventions chirurgicales (et quand ils doivent les réduire à nouveau)
- La base sur laquelle les opérations et les interventions chirurgicales devraient être prioritaires pour reprendre

2. Objectifs

L'objectif de ces recommandations est de garantir une approche équitable, mesurée et adaptée aux décisions de planification pour l'extension et la contractualisation des opérations et interventions chirurgicales, tout en continuant à protéger nos populations vulnérables et à réserver une capacité pour toute intensification de la COVID-19 en Ontario pendant les phases de la pandémie de la COVID-19. Ce document s'aligne sur les principes directeurs énoncés dans le [Cadre visant le déconfinement de la province](#) : responsable, fondé sur des éléments probants, doté de ressources, contrôlé, réactif et efficace, et clair.

Cette approche reconnaît ce qui suit :

- La nécessité de minimiser les risques et de maximiser les avantages du système de santé pour tous les habitants de l'Ontario⁵
- La nature évolutive de la pandémie et la nécessité d'une réponse proportionnée
- La nécessité d'adopter une approche centrée sur le patient qui garantisse que les patients et les familles sont soutenus tout au long du continuum de soins
- La nécessité d'un accès équitable pour les patients
- L'existence de différences régionales et la nécessité de trouver un équilibre entre les ressources humaines appropriées dans le domaine de la santé et les ressources rares telles que les équipements de protection individuelle (EPI) et les médicaments
- La nécessité de prendre des décisions fondées sur des données
- La nécessité de mettre en balance le bénéfice thérapeutique du traitement et le risque potentiel de transmission de la COVID-19 aux patients et aux travailleurs de la santé associés aux opérations et interventions chirurgicales.
- La décision d'étendre les opérations et interventions chirurgicales a des répercussions sur de nombreux services différents au sein des hôpitaux

L'approche recommandée dans ce document s'aligne sur la planification en cours dans d'autres juridictions canadiennes, américaines et internationales pour les opérations et interventions chirurgicales durant la pandémie de COVID-19⁴⁻⁹

Alors que nous envisageons une approche mesurée pour accroître le nombre d'opérations et d'interventions chirurgicales dans les hôpitaux, il est important d'agir comme des gestionnaires responsables des ressources disponibles tout en maintenant la préparation en lien avec la COVID-19. La

gestion responsable exige que nous protégeons et développons les ressources et que nous soyons responsables de l'investissement de ces ressources afin de garantir au mieux le bien-être de nos travailleurs de la santé et de nos patients. Ce principe fondamental exige de cerner et de préserver les programmes ou services prioritaires qui ne peuvent être fournis ailleurs, de surveiller l'utilisation et la répartition des ressources de santé afin d'ajuster la programmation et de collaborer avec les partenaires du système de santé pour fournir des soins optimaux aux Ontariens. Cela devrait se faire selon un processus équitable et être guidé par des principes éthiques clés.

2.1 Principes éthiques directeurs

Les principes directeurs suivants ont été adaptés des principes éthiques contenus dans la directive n° 2 du médecin-chef pour les fournisseurs de soins de santé lors de la prise de décisions concernant la réduction ou l'élimination des services non essentiels et facultatifs.^{2,10}

Les principes qui doivent guider la décision d'augmenter le nombre d'opérations et d'interventions chirurgicales pendant la pandémie de COVID-19 sont les suivants :

- **Proportionnalité** : Les décisions de reprendre ou d'accroître le nombre d'opérations et d'interventions chirurgicales doivent être proportionnelles à la capacité réelle ou prévue de fournir ces services
- **Non-malfaisance** : Les décisions doivent s'efforcer de limiter les dommages dans la mesure du possible. Les activités qui ont des implications plus importantes pour la morbidité/mortalité si elles sont retardées trop longtemps devraient être privilégiées par rapport à celles qui ont moins d'implications pour la morbidité/mortalité si elles sont retardées trop longtemps. Pour ce faire, il faut prendre en considération les avantages et les charges différentiels pour les patients et les populations de patients, ainsi que des solutions de rechange disponibles pour soulager la douleur et la souffrance
- **Équité** : L'équité exige que toutes les personnes appartenant aux mêmes catégories (par exemple, à des niveaux d'urgence différents) soient traitées de la même manière, sauf s'il existe des différences pertinentes, et qu'une attention particulière soit accordée aux actions qui pourraient désavantager encore plus les personnes déjà défavorisées ou vulnérables. Il faut pour cela prendre en considération le temps passé sur les listes d'attente et les expériences d'annulations antérieures. Les décideurs doivent s'efforcer de prendre en considération les intérêts entre les besoins des patients atteints de COVID-19 et ceux des patients qui ont besoin d'un traitement rapide pour d'autres maladies et affections
- **Réciprocité** : Certains patients et certaines populations de patients seront particulièrement accablés par la capacité limitée de notre système de santé en ce qui concerne la COVID-19. Par conséquent, notre système de santé a l'obligation réciproque de veiller à ce que les personnes affectées par ces décisions continuent à faire l'objet d'un suivi de santé, reçoivent des soins appropriés et puissent être réévaluées pour une éventuelle intervention urgente si elles en ont besoin

2.2 Hypothèses

Les hypothèses suivantes ont été formulées :

- La pandémie et ses répercussions en Ontario pourraient durer de nombreux mois voire des années
- Les opérations et interventions chirurgicales urgentes se sont poursuivies pendant la pandémie
- Les opérations et interventions chirurgicales urgentes se sont poursuivies à un rythme réduit pendant la pandémie
- Des capacités ont été créées de manière appropriée dans les hôpitaux pendant la phase d'accélération de la pandémie, et il convient d'envisager leur utilisation lors de la planification de l'augmentation des opérations et interventions chirurgicales
- Les changements dans l'activité liée aux opérations et interventions chirurgicales (y compris l'augmentation et la diminution de cette activité) seront asymétriques entre les établissements et les régions en fonction de leur contexte local
- Certains membres du personnel hospitalier peuvent être redéployés dans d'autres unités ou d'autres établissements, ce qui peut avoir une incidence sur la planification de l'augmentation des opérations et interventions chirurgicales
- La nécessité d'une opération ou d'intervention chirurgicale urgente pour les patients atteints de COVID-19 est déterminée au cas par cas, en mettant en balance le risque d'un nouveau retard de traitement avec le risque lié au traitement et le risque de transmission du virus
- Les plans visant à augmenter les opérations et interventions chirurgicales incluent les arriérés existants et les cas qui ont été retardés depuis le 15 mars 2020

2.3 Phases de la pandémie

Le cadre actualisé de préparation et de réponse aux pandémies de grippe des Centers for Disease Control and Prevention^{11,12} décrit la progression des vagues pandémiques et les mesures d'atténuation correspondantes. On s'attend à ce que les répercussions sur le système de soins de santé, et plus particulièrement sur les ressources liées aux opérations et interventions chirurgicales, varient selon les différentes phases de la pandémie. Les paragraphes suivants décrivent chaque phase de la pandémie et les mesures d'atténuation connexes, ainsi que les répercussions potentielles sur les opérations et interventions chirurgicales :

1. Initiation : surveillance étroite basée sur les cas et surveillance renforcée pour la COVID-19
2. Accélération : le taux de cas augmente constamment; des mesures d'atténuation communautaires sont en place; dans les hôpitaux, les opérations et les interventions chirurgicales sont réduites - les opérations et les interventions chirurgicales d'urgence se poursuivent, les opérations et les interventions chirurgicales sont réduites, tandis que les ressources pour les autres interventions sont réorientées pour augmenter la capacité en vue de la préparation aux soins liés à la pandémie. Au « sommet » de la pandémie, les ressources en matière d'hospitalisation et de soins intensifs sont de plus en plus déployées et investies dans les soins liés à la pandémie
3. Décélération : le taux de cas diminue constamment; la planification commence à être moins intensive ou levée des mesures d'atténuation communautaires; pendant la phase de

« récupération », les hôpitaux prévoient une augmentation progressive des opérations et interventions chirurgicales

4. **Préparation** : faible activité pandémique; des flambées pourraient continuer à se produire; la planification continue d'assouplir les mesures d'atténuation communautaires; la surveillance renforcée pour détecter les vagues ultérieures se poursuit; les hôpitaux œuvrent à la restauration des volumes et se préparent à une éventuelle « deuxième vague » de la pandémie, restent agiles et se préparent à réduire leur activité si nécessaire

Les recommandations contenues dans le présent document portent sur les intervalles de décélération et de préparation des phases pandémiques. Un niveau accru de surveillance et de souplesse sera nécessaire dans notre système pendant un certain temps au fur et à mesure de l'évolution de la COVID-19, car il y a une incertitude sur la durée et le volume des vagues de la pandémie. La figure 1 (ci-dessous) montre comment les mesures d'atténuation en milieu hospitalier liées aux opérations et interventions chirurgicales peuvent être mises en correspondance avec les phases pandémiques de la COVID-19.

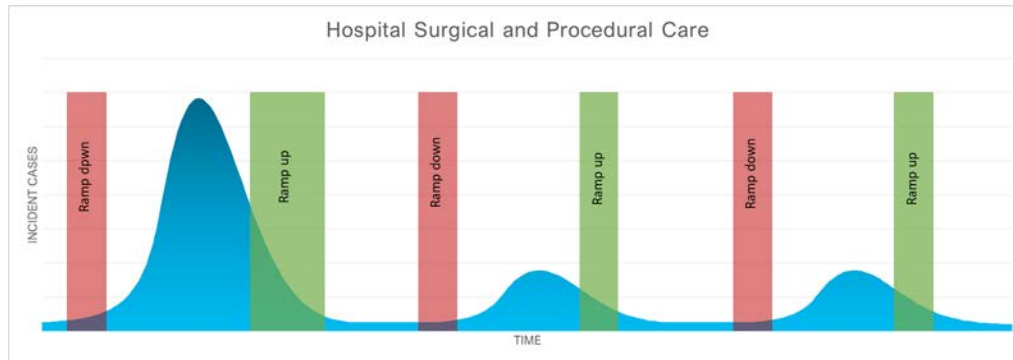


Figure 1 : Les phases des mesures d'atténuation en milieu hospitalier de la pandémie de COVID-19 par rapport aux opérations et interventions chirurgicales.

Source : Adapté de Tom Freidan, *Resolve to Save Lives*¹³ une initiative de Vital Strategies.

3. Recommandations

Pour continuer à guider une prise de décision éthique pendant la pandémie, les régions et les hôpitaux doivent prendre en considération l'interdépendance de notre système de soins de santé et la manière dont un changement dans une partie du continuum de soins peut avoir des répercussions sur les autres. Il est également important de noter que les répercussions de la pandémie de COVID-19 peuvent être ressenties différemment selon les régions et les établissements de soins de santé (par exemple, hôpitaux, soins de longue durée, réadaptation, soins à domicile et communautaires, soins primaires); ainsi, les régions et les hôpitaux peuvent augmenter ou diminuer le nombre d'opérations et d'interventions chirurgicales de manière asymétrique.

Les six recommandations suivantes concernant la planification des opérations et interventions chirurgicales garantissent que ces éléments ont été pris en considération :

1. Utiliser le comité d'organisation régional ou sous-régional sur la COVID-19 existant pour assurer la surveillance en partenariat avec le comité de surveillance des opérations et interventions chirurgicales d'un établissement (hôpital)
2. Effectuer une évaluation de faisabilité au niveau de l'hôpital pour s'assurer que les neuf facteurs suivants ont été évalués et communiquer les résultats à la direction régionale avant d'augmenter l'activité liée aux opérations et interventions chirurgicales dans un hôpital :
 - La communauté a un niveau gérable du fardeau de la maladie ou a montré une baisse soutenue du taux de cas de COVID-19 au cours des 14 derniers jours
 - L'établissement a un taux stable de cas de COVID-19
 - L'établissement et la région disposent d'un approvisionnement stable en EPI
 - L'établissement et la région disposent d'un approvisionnement stable en médicaments
 - L'établissement et la région disposent d'une capacité adéquate de lits d'hospitalisation et lits de soins intensifs
 - L'établissement et la région disposent d'une capacité adéquate de ressources humaines dans le domaine de la santé
 - L'établissement dispose d'un plan pour aborder l'analyse de diagnostic préopératoire de la COVID-19⁴ (le cas échéant, en consultation avec l'équipe locale de prévention et de contrôle des infections)
 - L'établissement a confirmé que des soins postactifs en dehors de l'hôpital sont disponibles et peuvent être coordonnés en temps utile (par exemple, soins à domicile, soins primaires, réadaptation, soins cliniques)
 - L'établissement et la région ont mis en place un mécanisme de gestion des listes d'attente pour soutenir l'établissement de l'ordre de priorité éthique
3. Obtenir l'approbation conjointe du comité d'organisation régional ou sous-régional sur la COVID-19 et du comité de surveillance des opérations et interventions chirurgicales de l'hôpital avant d'augmenter l'activité liée aux opérations et interventions chirurgicales
4. Examiner et refaire cette évaluation de faisabilité chaque semaine afin de cerner les changements dans l'évaluation et de reconnaître quand un changement de direction est nécessaire
5. Suivre une procédure équitable d'établissement de l'ordre de priorité des cas, fondée sur un ensemble de principes éthiques dans le cadre du plan de mise en œuvre
6. Examiner comment tirer parti des possibilités de restructurer les soins, par exemple en recourant aux soins virtuels, en mettant en œuvre les recommandations du rapport « Choisir avec soin » et en prolongeant les heures d'ouverture des salles d'opération

3.1 Le rôle et les responsabilités de Santé Ontario, des régions et des hôpitaux

Santé Ontario, les régions et les hôpitaux doivent coordonner soigneusement leurs efforts pour planifier la reprise des activités liées aux opérations et interventions chirurgicales prévues afin d'assurer la sécurité permanente de nos collectivités, de nos patients et de nos travailleurs de la santé. Chaque groupe dispose d'une structure de surveillance, de responsabilités claires, d'un mécanisme de suivi des principaux paramètres et d'un plan qui comprend des activités spécifiques en cours. Ces exigences sont décrites dans le tableau ci-dessous.

RÔLE DE SANTÉ ONTARIO	
<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des recommandations qui permettent aux hôpitaux et aux régions d'optimiser les opérations et interventions chirurgicales de manière équitable, mesurée, progressive et adaptée • Fournir des données opportunes à l'appui de la planification régionale et hospitalière • Travailler avec les régions et le ministère de la Santé, selon les besoins, pour supprimer les obstacles (par exemple, faciliter le mouvement des patients et des prestataires entre les hôpitaux, service 7 jours sur 7, attribution d'EPI, etc.) 	
RÔLE DES RÉGIONS	
Structure de surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Le <i>comité d'organisation régional sur la COVID-19 / la table de réponse à la COVID-19</i> (régionaux ou sous-régionaux selon la géographie) <ul style="list-style-type: none"> ○ Assurer la collaborer entre les hôpitaux de leur région pour parvenir à un plan régional coordonné avec l'engagement des dirigeants de chaque établissement ○ Assurer la représentation des principales perspectives cliniques et administratives au sein du comité dans l'ensemble du continuum de soins. Trouver un équilibre entre la nécessité de prendre en considération les nombreuses perspectives différentes du système de santé et celle de conserver une taille raisonnable au comité pour une prise de décision claire
Données/Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Commencer la surveillance à l'échelle régionale. Utiliser les données et les rapports disponibles (annexe B) pour effectuer la surveillance : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les pressions liées à la COVID-19 aux niveaux régional et sous-régional (par exemple, la géographie est divisée en fonction des limites des services de soutien aux soins à domicile et en milieu communautaire) ○ La demande et l'activité en matière d'opérations et d'interventions chirurgicales (par exemple, l'équilibre entre les listes d'attente et l'accès équitable aux soins) ○ La disponibilité des ressources (par exemple, la capacité des hôpitaux, les soins primaires, les soins à domicile et communautaires, et la réadaptation, les EPI et les fournitures médicales)
Activités en cours	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer chaque semaine avec des établissements qui prévoient d'accroître leur activité liée aux opérations et interventions chirurgicales <ul style="list-style-type: none"> ○ Assurer l'équité dans toute la région par la gestion des asymétries entre les établissements

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prévoir et atténuer toute conséquence négative imprévue qui pourrait survenir dans la région • Collaborer avec les établissements pour atténuer les obstacles qui se présentent (par exemple, s'attaquer à tout obstacle cerné dans l'évaluation hebdomadaire de faisabilité de l'hôpital) • Évaluer en permanence les répercussions de l'utilisation des soins de santé et des mesures d'atténuation communautaires provinciales et régionales liées à la COVID-19 (par exemple, resserrement et relâchement de l'éloignement social) et communiquer ces répercussions aux hôpitaux • Collaborer avec les établissements sur les décisions de réduire les activités liées aux opérations et interventions chirurgicales si les conditions l'exigent¹⁰
RÔLE DE L'HÔPITAL	
Structure de surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un <i>comité de surveillance des opérations et interventions chirurgicales pour la COVID-19</i> au sein de l'hôpital, en prenant en considération la représentation de l'ensemble du continuum de soins • Idéalement, cette fonction et ces responsabilités relèvent de votre structure de direction et de gestion des incidents (ou équivalent) existante (par exemple, équipe de direction, comité médical consultatif, comités de réponse à la COVID-19) • Trouver un équilibre entre la nécessité de prendre en considération les nombreuses perspectives différentes du système de santé et celle de conserver une taille raisonnable au comité pour une prise de décision claire • Ce comité supervisera l'élaboration de votre plan des opérations et interventions chirurgicales dans le cadre de la réponse globale de votre établissement à la COVID-19 • Envisager d'inclure dans le comité une direction de la dyade clinique et administrative et les représentants suivants : un chirurgien, un responsable des opérations cliniques, un anesthésiste, un radiologue, un cadre responsable, et des représentants de l'éthique, de la direction administrative (par exemple, salle d'opération, espaces d'intervention), de la direction des soins infirmiers, des groupes de médecins concernés, du laboratoire médical, de l'équipe de prévention et de contrôle des infections locale et des personnes ayant une expérience vécue (patients ou soignants) • Envisager de concevoir un plan en collaboration avec des partenaires de votre équipe de Santé Ontario (le cas échéant) ou d'autres partenaires communautaires et de soins primaires
Responsabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmer avec le <i>comité d'organisation régional sur la COVID-19</i> (qui peut être régional ou sous-régional selon la géographie) quand il est approprié d'augmenter l'activité liée aux opérations et interventions chirurgicales
Données/Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Commencer la surveillance à l'échelle de l'hôpital. Utiliser les données et les rapports disponibles (annexe B) pour effectuer la surveillance :

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Les pressions exercées par la COVID-19 dans votre hôpital (y compris la capacité d'analyse de l'hôpital et le délai d'exécution) ○ Demande et activité des hôpitaux en matière d'opérations et d'interventions chirurgicales ○ Disponibilité des ressources (par exemple, la capacité en lits d'hôpitaux, l'approvisionnement en EPI et en médicaments)
<p>Activités en cours</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Réaliser une évaluation de faisabilité hebdomadaire (tableau 1) et communiquez ces résultats à votre région ● En utilisant la liste des points à prendre en considération fournies dans le tableau 2, élaborer un plan pour l'activité liée aux opérations et interventions chirurgicales <ul style="list-style-type: none"> ○ Définir une approche graduelle et progressive pour augmenter le nombre d'opérations et d'interventions chirurgicales suffisamment souple pour pouvoir être rapidement réduite, si nécessaire, et comprenant une capacité d'intervention d'urgence pour les patients atteints de COVID-19 ● Établir une procédure équitable pour l'établissement de l'ordre de priorité des cas et envisager l'utilisation d'une approche par étapes ou par paliers dans la reprise des services (section 5 et annexe C^{4-7,9,14-17}) ● Concilier les conseils fournis par d'autres établissements avec les conseils fournis par Santé Ontario ● Élaborer un plan pour une réduction rapide des opérations et interventions chirurgicales prévues, si les circonstances futures le justifient¹⁰ (par exemple, taux croissant de cas de COVID-19, épuisement de l'approvisionnement en EPI et en médicaments) ● Collaborer avec les responsables régionaux et les autres partenaires du système (par exemple, soins primaires, soins à domicile et en milieu communautaire, réadaptation) dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre du plan ● Continuer à mettre l'accent sur la transparence de la communication et la sécurité des patients ● Continuer à se concentrer sur la garantie de la santé et de la sécurité du personnel de santé ● Continuer à gérer les ressources de manière responsable, y compris les EPI (annexe D)¹⁸ et l'approvisionnement en médicaments ● Envisager des protocoles de prévention et de contrôle des infections sur la gestion de la COVID-19 dans la salle d'opération et les espaces d'intervention qui tiennent compte de l'utilisation recommandée des EPI et des tests préopératoires (exemples inclus dans l'annexe E¹⁹) ● Exploiter les possibilités d'améliorer la prestation des soins (par exemple, élargir les options de soins virtuels, envisager des heures d'ouverture prolongées des salles d'opération)

4. Évaluation de faisabilité des opérations et interventions chirurgicales pour les hôpitaux dans le cadre de la COVID-19

Nous recommandons à tous les hôpitaux de réaliser l'évaluation de la faisabilité ([tableau 1](#)) pour s'assurer que les principaux critères d'évaluation ont été pris en compte. Une fois l'évaluation de faisabilité terminée, les hôpitaux peuvent passer à l'examen de la liste détaillée des points à prendre en considération ([tableau 2](#)) ou suivre les recommandations pour les étapes suivantes ([tableau 3](#)). Les résultats devraient être transmis aux dirigeants régionaux et servir de base à toute planification visant à accroître l'activité liée aux opérations et interventions chirurgicales. Les données pertinentes doivent être contrôlées quotidiennement et l'évaluation de faisabilité doit être effectuée chaque semaine pour confirmer que les critères sont remplis ou si une discussion avec votre région est nécessaire. Il s'agit d'un processus itératif de prise de décision basée sur l'évolution de l'environnement. Le diagramme de la figure 2 illustre ces étapes.

Figure 2. Une approche prudente pour la planification des opérations et interventions chirurgicales - Organigramme

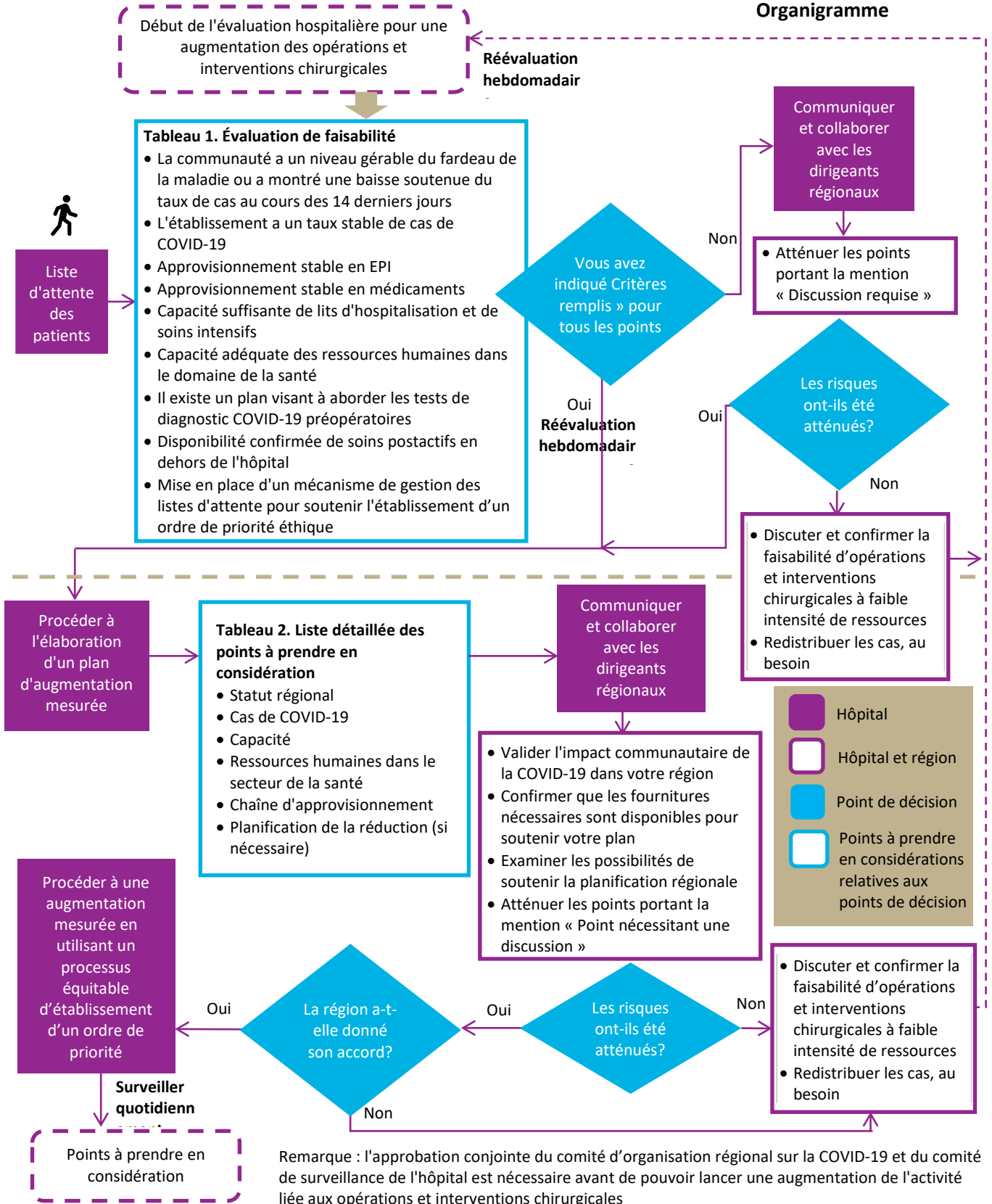


Tableau 1. Évaluation de faisabilité d'une augmentation de l'activité liée aux opérations et interventions chirurgicales dans les hôpitaux pendant la pandémie de COVID-19

Évaluation de faisabilité		
Effectuer l'évaluation de faisabilité pour s'assurer que les critères clés sont pris en considération avant d'entreprendre la planification d'une augmentation des opérations et interventions chirurgicales. Lorsque des obstacles existent, ils font l'objet de discussions et les risques sont atténués avant d'aller de l'avant.		
	Critère rempli	Discussion requise
A. Votre collectivité présente-t-elle un niveau gérable du fardeau de la maladie ou a-t-elle montré une baisse soutenue du taux de cas de COVID-19 au cours des 14 derniers jours ^{6,7} ?		
B. Votre établissement présente-t-il un taux stable de cas de COVID-19? <i>(par exemple, il n'y a pas de nouvelles éclosions de COVID-19 dans votre établissement)</i>		
C. Votre établissement et votre région disposent-ils d'un approvisionnement stable en EPI à affecter à des opérations et interventions chirurgicales supplémentaires ainsi qu'à la réponse à toute vague de pandémie future? <i>(Objectif de 30 jours pour le stock disponible)</i>		
D. Votre établissement et votre région disposent-ils d'un approvisionnement stable en médicaments à affecter à des opérations et interventions chirurgicales supplémentaires ainsi qu'à la réponse à toute vague de pandémie future?		
E. Votre établissement et votre région disposent-ils d'une capacité appropriée en lits d'hospitalisation et de soins intensifs à affecter à des opérations et interventions chirurgicales supplémentaires ainsi qu'à la réponse à toute vague de pandémie future?		
F. Votre établissement et votre région disposent-ils d'une capacité appropriée en lits d'hospitalisation et de soins intensifs à affecter à des opérations et interventions chirurgicales supplémentaires ainsi qu'à la réponse à toute vague de pandémie future?		
G. Votre établissement dispose-t-il d'un plan pour aborder l'analyse de diagnostic préopératoire de la COVID-19 ⁶ (le cas échéant, en consultation avec l'équipe locale de prévention et de contrôle des infections)?		
H. Votre établissement a-t-il confirmé la disponibilité de soins postactifs en dehors de l'hôpital qui seraient nécessaires pour soutenir les patients après leur sortie? <i>(par exemple, la coordination des soins dans le cadre des soins primaires, des soins à domicile et de proximité, et de la réadaptation)</i>		
I. Un mécanisme de gestion des listes d'attente pour les opérations et interventions chirurgicales est-il en place pour soutenir l'établissement éthique d'un ordre de priorité des cas au niveau de l'établissement et au niveau régional?		
Vos réponses à l'évaluation de faisabilité conduiront à l'une des actions suivantes :		

a. Si vous avez indiqué « Critère rempli » pour tous les éléments de l'évaluation de faisabilité :

- Vous êtes prêt à aller de l'avant en planifiant une augmentation des opérations et interventions chirurgicales
- Passez au [tableau 2](#) pour examiner et détailler la liste des points à prendre en considération
- Continuez à réaliser cette évaluation de faisabilité sur une base hebdomadaire

b. Si vous avez indiqué « Discussion requise » pour l'un des éléments de l'évaluation de faisabilité :

- Lorsque des obstacles existent, ils font l'objet de discussions et les risques sont atténués avant d'entreprendre la planification
- Discutez de la possibilité de commencer par des opérations et interventions chirurgicales à faible intensité de ressources (par exemple, hospitalisation de courte durée, patients externes, chirurgie ambulatoire)
- Passez au [tableau 3](#) pour examiner les prochaines étapes en collaboration avec vos dirigeants régionaux

Tableau 2. Liste détaillée des points à prendre en considération pour guider la planification des opérations et interventions chirurgicales dans les hôpitaux pendant la pandémie de COVID-19

Liste détaillée des points à prendre en considération

Si vous avez coché « Critère rempli » pour tous les éléments de l'évaluation de faisabilité, examinez cette liste détaillée de points à prendre en considération afin d'éclairer la planification de l'augmentation de l'activité liée aux opérations et interventions chirurgicales. Lorsque des obstacles existent, ils font l'objet de discussions et les risques sont atténués avant de procéder à la mise en œuvre. Réévaluez cette liste chaque semaine afin d'assurer un suivi continu de l'activité et d'informer de la nécessité d'une réduction.

	L'élément n'est pas un obstacle	Le point exige une discussion
1. Statut régional		
a. Y a-t-il des éclosons actives de COVID-19 dans des établissements de soins de longue durée ou d'autres établissements de soins collectifs dans votre région?		
b. Avez-vous effectué un redéploiement de personnel dans des établissements de soins de longue durée ou dans d'autres établissements extérieurs à votre établissement qui pourrait avoir une incidence sur votre capacité à accroître l'activité liée aux opérations et interventions chirurgicales?		
c. Les programmes de rééducation ambulatoires et hospitaliers de votre région sont-ils prêts à accepter des patients après une opération?		
d. Avez-vous évalué la disponibilité des soins à domicile et des soins de proximité dans votre région? (<i>par exemple, avoir la capacité, le personnel et les EPI nécessaires</i>)		
e. Avez-vous évalué la disponibilité du suivi des soins primaires dans votre région? (<i>par exemple, disposer de la capacité, du personnel et des EPI nécessaires, ou pouvoir fournir des soins virtuels, le cas échéant</i>)		
2. Cas de COVID-19		
a. Capacité et accès à des capacités locales d'analyses de diagnostic COVID-19 (<i>par exemple, tests communautaires, tests pour les travailleurs de la santé, prise en considération des taux de faux négatifs, fourniture d'écouvillons et de réactifs, etc.</i>). ⁶		
b. Si l'accès local à une capacité d'analyse de la COVID-19 n'est pas disponible, avez-vous un protocole établi pour l'auto-isolement préopératoire?		
c. Avez-vous défini un critère spécifique et/ou un seuil de taux d'incidence de la COVID-19 pour déclencher la réduction de l'activité? ⁶		
3. Capacité		

	L'élément n'est pas un obstacle	Le point exige une discussion
a. Votre établissement a-t-il une capacité de soins actifs d'au moins 15 % réservée aux soins liés à la COVID-19? (c'est-à-dire un taux d'occupation de 85 % ou la capacité de créer immédiatement une capacité supplémentaire de 15 % en cas de besoin)		
b. Avez-vous un plan de renforcement en période de pointe pour soutenir l'augmentation rapide de la capacité?		
c. L'espace physique de votre établissement permet-il un éloignement sanitaire à la fois pour le flux des patients hospitalisés et pour les activités pour les patients externes?		
d. Votre unité de soins intensifs a-t-elle la capacité de prendre en charge à la fois les patients atteints de COVID-19 et l'augmentation proposée des soins postopératoires?		
e. Y a-t-il des places disponibles dans les salles d'opération et/ou les blocs opératoires pour soutenir les opérations et interventions chirurgicales supplémentaires proposées? (<i>par exemple, des espaces peuvent être réaménagés</i>)		
f. Y a-t-il des places disponibles dans les salles préopératoires et/ou les salles de suivi clinique pour soutenir les opérations et interventions chirurgicales supplémentaires proposées? (<i>par exemple, des espaces peuvent être réaménagés</i>)		
g. Votre établissement a-t-il la capacité de prendre en charge les patients si le rapatriement n'est pas possible?		
h. Les services de diagnostic et de soutien requis pour les opérations et interventions chirurgicales sont-ils disponibles? (<i>par exemple, imagerie diagnostique, pathologie, banque de sang, traitement stérile, laboratoire clinique, entretien ménager, ingénierie, etc.</i>)		
i. Avez-vous mis en place des politiques appropriées de nettoyage de l'établissement pour tous les secteurs du continuum de soins? (<i>par exemple, la clinique, les espaces préopératoires, la salle d'opération, les salles de travail, la salle de réveil, les unités de soins intensifs, les ventilateurs, les scopes, etc.</i>)		
4. Ressources humaines dans le domaine de la santé		
a. Disposez-vous d'un nombre suffisant de membres de l'équipe interprofessionnelle pour faire face à une éventuelle poussée de COVID-19 / à la prochaine vague de pandémie potentielle?		
b. Disposez-vous d'un nombre suffisant de membres de l'équipe interprofessionnelle pour soutenir l'augmentation proposée d'opérations et d'interventions chirurgicales? (<i>par exemple, personnel redéployé dans d'autres secteurs de votre établissement</i>)		
<ul style="list-style-type: none"> • Avant l'opération (<i>par exemple, clinique, imagerie diagnostique</i>) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Pendant l'opération (<i>par exemple, équipe du bloc opératoire</i>) 		

	L'élément n'est pas un obstacle	Le point exige une discussion
<ul style="list-style-type: none"> Après l'opération (par exemple, soins post-anesthésiques, personnel de l'unité d'hospitalisation) 		
c. Disposez-vous d'un nombre suffisant de membres de l'équipe interprofessionnelle pour soutenir l'augmentation proposée de l'activité liée aux opérations et interventions chirurgicales? (par exemple, personnel redéployé dans d'autres secteurs de votre établissement)		
<ul style="list-style-type: none"> Avant l'intervention 		
<ul style="list-style-type: none"> Pendant l'intervention 		
<ul style="list-style-type: none"> Après l'intervention 		
d. Avez-vous mis en place des politiques appropriées pour soutenir la santé et le bien-être des travailleurs de la santé pendant la pandémie COVID-19? (par exemple, en traitant les points suivants : le stress et la fatigue, les besoins en matière de garde d'enfants, les imprévus pour les travailleurs nouvellement diagnostiqués) ^{6,20}		
5. Chaîne d'approvisionnement		
a. Disposez-vous d'un approvisionnement stable en EPI* adapté à l'augmentation proposée des opérations et interventions chirurgicales et à d'autres secteurs de l'établissement? (Objectif d'un stock disponible continu pour 30 jours) (pour les IMGA et les non IMGA : Masques respiratoires N95, masque chirurgical/d'intervention, blouse, gants, protection des yeux)		
b. Votre établissement respecte-t-il les pratiques recommandées en matière d'EPI pour la COVID-19?		
c. Disposez-vous d'une réserve suffisante de médicaments pour soutenir l'augmentation proposée de l'activité liée aux opérations et interventions chirurgicales?		
d. Disposez-vous d'une réserve suffisante de ventilateurs pour soutenir l'augmentation proposée de l'activité liée aux opérations et interventions chirurgicales?		
e. Disposez-vous d'un stock suffisant de fournitures pour les opérations et interventions chirurgicales? (par exemple, endoprothèses, implants)		
6. Planification de la réduction ¹⁰ (si nécessaire)		
a. Avez-vous élaboré un plan pour une réduction rapide des opérations et interventions chirurgicales, si les circonstances futures le justifient? (par exemple, augmentation du taux de cas de COVID-19, épuisement de l'approvisionnement en EPI et en médicaments)		
b. Avez-vous élaboré un plan pour revoir régulièrement tous les points à prendre considération précédents afin de confirmer que		

* Il ne doit pas y avoir de dépendance à l'escalade d'urgence pour obtenir l'un des éléments ci-dessus tout en fournissant les soins programmés.

	L'élément n'est pas un obstacle	Le point exige une discussion
l'augmentation progressive des opérations et interventions chirurgicales peut se poursuivre en toute sécurité?		
<ul style="list-style-type: none"> • Après avoir examiné la liste détaillée des considérations, communiquez et collaborez avec vos dirigeants régionaux pour faire ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> ○ Valider les répercussions communautaires de la COVID-19 dans votre région ○ Examiner et chercher à obtenir un soutien pour atténuer les points qui sont signalés pour discussion dans votre liste détaillée de points à prendre en considération ○ Confirmer que vous disposez des EPI et des médicaments nécessaires pour soutenir votre projet d'augmentation des interventions chirurgicales ○ Obtenir la confirmation des dirigeants régionaux sur votre plan d'augmentation de l'activité liée aux opérations et interventions chirurgicales ○ Examiner et discuter des possibilités de soutenir la planification régionale et l'accès équitable aux soins (par exemple, votre établissement pourrait-il accueillir les patients d'un autre hôpital de votre région?) • S'il n'y a pas d'obstacles à l'augmentation de l'activité liée aux opérations et interventions chirurgicales, poursuivez votre planification; la section 5 fournit des principes éthiques pour guider un processus équitable d'établissement de l'ordre de priorité et l'annexe C décrit plusieurs systèmes d'établissement de l'ordre de priorité des cas qui devraient être pris en considération dans le cadre de vos plans^{4-7,9,14-17} • Le cas échéant, examiner la faisabilité des opérations et interventions chirurgicales qui nécessitent des ressources moindres (par exemple, opérations et interventions chirurgicales ambulatoires) • Surveillez cette liste de points à prendre en considération quotidiennement afin d'évaluer l'impact de la COVID-19 au sein de votre collectivité et dans votre hôpital et assurez-vous que vos plans sont ajustés en conséquence (c'est-à-dire qu'une réduction est appliquée si nécessaire) <ul style="list-style-type: none"> ○ Envisager de surveiller les paramètres d'équilibre tels que le temps médian d'hospitalisation et le taux des autres niveaux de soins (ANS) (voir annexe B) • À mesure que vous progressez dans l'augmentation des opérations et interventions chirurgicales, tenez vos dirigeants régionaux informés de vos évaluations et des progrès en cours 		

Tableau 3. Prochaines étapes pour les établissements qui ne sont pas prêts à reprendre une activité liée aux opérations et interventions chirurgicales pendant la pandémie COVID-19

Prochaines étapes	
Si vous avez indiqué « Discussion requise » pour un point quelconque de l'évaluation de faisabilité, ne procédez pas immédiatement à la planification d'une augmentation des opérations et interventions chirurgicales. Lorsque des obstacles existent, ils font l'objet de discussions et les risques sont atténués avant que la planification puisse aller de l'avant. Communiquer et collaborer avec les dirigeants de votre région pour effectuer ce qui suit :	
Examinez les points portant la mention « Discussion requise » et recherchez un soutien régional pour atténuer tout besoin/obstacle immédiat	
Discuter de la possibilité de commencer par des opérations et interventions chirurgicales à faible intensité de ressources (par exemple, hospitalisation de courte durée, patients externes, chirurgie ambulatoire) Obtenir la confirmation des dirigeants régionaux sur votre plan	
Le cas échéant, demander un soutien régional pour redistribuer vos cas à d'autres partenaires régionaux	
Réévaluer les éléments de l'évaluation de faisabilité sur une base hebdomadaire afin de s'assurer que toute planification est ajustée en conséquence	

5. Processus d'établissement de l'ordre de priorité des cas pour les opérations et interventions chirurgicales

L'établissement de l'ordre de priorité des opérations et interventions chirurgicales pendant la pandémie nécessite la prise en considération de multiples facteurs et l'adhésion à un ensemble de principes éthiques pour guider un processus équitable.

5.1 Principes pour guider un processus équitable d'établissement des priorités²¹

Les principes qui doivent guider un processus équitable d'établissement des priorités pour la hiérarchisation des cas sont les suivants :

- **Pertinence** : Les décisions doivent être fondées sur des motifs (c'est-à-dire des éléments probants, des principes, des valeurs) dont des personnes impartiales peuvent convenir qu'ils sont pertinents dans les circonstances
 - Indiquer clairement l'objectif et la portée de votre approche d'établissement des priorités
 - Identifier des critères de décision clairs et explicites
 - Veiller à recueillir des données liées à vos critères de décision
 - Développer une logique de décision fondée sur vos critères et vos données
 - Travailler avec diverses parties prenantes tout au long de ce processus (recueillir des perspectives et des expériences multiples)
- **Transparence** : Les décisions et leurs justifications devraient être rendues accessibles au public

- Élaborer un plan de communication qui inclut les parties prenantes concernées et une justification de votre approche d'établissement des priorités
- **Révision** : Il devrait y avoir des possibilités de revoir et de réviser les décisions et un mécanisme de résolution des litiges
 - Veiller à mettre en place un processus permettant d'examiner et d'évaluer votre approche en matière d'établissement de l'ordre de priorité à intervalles réguliers
- **Engagement** : Des efforts devraient être faits pour réduire au minimum les différences de pouvoir et pour assurer une participation efficace des parties prenantes
 - Inclure les parties prenantes concernées dans la consultation et la prise de décision
 - Soutenir l'approche d'établissement de l'ordre de priorité par la formation du personnel et une stratégie de gestion du changement
- **Application** : Il devrait y avoir une réglementation volontaire ou publique visant à garantir que les quatre autres conditions sont remplies
 - S'engager dans votre démarche éthique d'établissement de l'ordre de priorité (montrer l'exemple)
 - Surveiller et évaluer votre approche, rechercher les possibilités d'amélioration et apporter les corrections nécessaires

Sur la base de ces principes directeurs, ainsi que des renseignements recueillis lors de l'évaluation de faisabilité et de la liste détaillée des éléments à prendre en considération pour accroître l'activité liée aux opérations et interventions chirurgicales (figurant ci-dessus dans le [tableau 1](#) et le [tableau 2](#)), les établissements et les régions doivent élaborer un processus équitable pour guider l'établissement de l'ordre de priorité des cas. Ce processus prend en considération les facteurs liés aux patients, aux maladies et aux interventions, ainsi que la disponibilité des ressources pendant la pandémie de COVID-19. La collaboration entre les établissements de soins de santé et les régions pour établir l'ordre de priorité des cas peut soutenir l'effort visant à maximiser les avantages pour le plus grand nombre de personnes lorsque les ressources sont limitées. Veiller à ce que l'application de cette liste de critères ne désavantage pas de manière disproportionnée certaines populations de patients par rapport à d'autres en raison d'une maladie ou d'un handicap (voir les principes éthiques directeurs à la [section 2.1](#)).

5.2 Critères d'établissement de l'ordre de priorité des cas

Les plans doivent inclure un processus d'établissement de l'ordre de priorité des opérations et interventions chirurgicales qui tienne compte des critères suivants :

- Facteurs liés au patient (par exemple, état, comorbidités)
- Facteurs de maladie (par exemple, options de traitement non chirurgical, risque en cas de retard de l'intervention chirurgicale)
- Facteurs liés à l'intervention (par exemple, interventions avec hospitalisation par rapport aux interventions pour les patients externes ou interventions ambulatoires, temps passé dans la salle d'opération, durée du séjour, perte de sang prévue, probabilité d'intubation)
- Utilisation des ressources (par exemple, EPI, médicaments, soins intensifs et autres besoins en soins postopératoires)
- Exposition à la COVID-19/risque de transmission du virus

Afin d'utiliser la capacité des hôpitaux sans nuire à sa capacité de répondre à une augmentation des cas de COVID-19, une approche progressive ou par étapes permet aux hôpitaux de commencer la reprise

des services progressivement²², avec les services les mieux adaptés à leur contexte particulier. Un hôpital qui a une ou deux ressources limitées, mais qui, par ailleurs, réussit l'évaluation de faisabilité peut choisir de commencer par offrir des services qui nécessitent une quantité minimale de ces ressources limitées. Par exemple, un hôpital peut choisir de commencer par des interventions pour les patients externes, suivies des interventions chirurgicales ambulatoires, puis des interventions chirurgicales avec hospitalisation au fur et à mesure que les ressources deviennent disponibles. En adoptant cette approche progressive, les hôpitaux peuvent s'assurer que des mesures appropriées sont en place pour augmenter le nombre d'opérations et d'interventions chirurgicales en toute sécurité et ainsi minimiser les risques pour les travailleurs de la santé et les patients.

L'[annexe C](#) décrit plusieurs exemples d'établissement de l'ordre de priorité des cas et de reprise progressive des services de la province de Québec, de l'American College of Surgeons, de l'Université de Chicago, du ministère australien de la Santé, de la Asian Pacific Society for Digestive Endoscopy et du Royal College of Surgeons of England^{4-7,9,14-16}

6. Mise en œuvre

Dans des conditions de pandémie, l'environnement des soins de santé évolue de jour en jour. Pour guider la prise de décision, les régions et les hôpitaux doivent prendre en considération l'interdépendance de notre système de soins de santé et la manière dont un changement dans un secteur peut avoir des répercussions sur les autres. Les répercussions de la pandémie COVID-19 peuvent être ressenties différemment selon les régions et les établissements de soins de santé (par exemple, hôpitaux, soins de longue durée, réadaptation, soins à domicile et communautaires, et soins primaires).

Les hôpitaux et les dirigeants régionaux devraient travailler ensemble pour s'assurer que les décisions de reprendre certaines opérations et interventions chirurgicales n'entraînent pas de conséquences involontaires à l'échelle de la collectivité. Voir les rôles décrits dans la [section 3](#). La mise en œuvre d'un plan doit être guidée par les principes éthiques directeurs énoncés à la [section 2](#).

Les plans devraient envisager une communication permanente avec les patients et aborder les possibilités d'améliorer la prestation des soins.

6.1 Assurer une communication et un suivi permanents avec les patients

Même dans le contexte d'une pandémie, les discussions avec les patients sur leurs souhaits et leurs valeurs ont toujours un rôle fondamental dans toute activité liée aux opérations et interventions chirurgicales. Un suivi continu avec les patients et leur famille est essentiel. Tous les efforts doivent être faits pour assurer une communication claire et transparente avec les patients et leurs familles afin de garantir que les patients soient soutenus tout au long du continuum de soins.

Les patients doivent recevoir des renseignements pertinents concernant leur état de santé, non seulement en attendant leur opération ou leur intervention (lorsque des risques accrus sont associés à des retards de traitement), mais aussi après l'opération, lorsqu'il peut y avoir des obstacles supplémentaires au soutien postactif. Ces discussions sont essentielles pour aligner les plans de soins

sur les souhaits et les valeurs des patients. Les discussions préalables au traitement devraient porter sur des sujets tels que les souhaits du patient et les autres options de traitement (le cas échéant), et des discussions transparentes sur les risques éventuels face à la pénurie de ressources (par exemple, accès en temps utile ou le manque d'accès en raison de la réduction progressive des interventions chirurgicales prévues pendant la pandémie de COVID-19, tout risque nosocomial de contracter la COVID-19 dans un établissement de soins actifs). Les discussions doivent également intégrer une surveillance vigilante de l'état du patient. Les discussions après le traitement doivent porter sur les prochaines étapes, les attentes et les mesures à prendre en cas de problème.

Il appartiendra à chaque hôpital et fournisseur de soins de déterminer comment ils communiqueront avec les patients pendant cette pandémie. L'accès à l'information et la transparence dans la prise de décision sont primordiaux. Certains patients peuvent avoir besoin de plus de renseignements que d'autres, et il faut répondre honnêtement à toutes les questions. La peur des patients a été identifiée comme un facteur déterminant pour expliquer pourquoi les patients gravement malades ont évité les soins hospitaliers lors de l'épidémie de SRAS²³. Il est recommandé de combiner des discussions virtuelles par téléphone ou par d'autres moyens, complétées par des renseignements écrits énonçant des messages clés.

6.2 Exploiter les possibilités d'améliorer la prestation des soins

La pandémie de COVID-19 a entraîné des changements importants dans le système des soins de santé. En cette période de changement, il est impératif de tirer parti des possibilités d'améliorer la prestation des soins. De nouvelles méthodes de travail peuvent minimiser le risque pour les patients et le personnel et optimiser le traitement et les soins pendant la pandémie de COVID-19²⁴

Les trois questions suivantes peuvent aider à encadrer les considérations relatives à la transformation du système pendant la pandémie de COVID-19 :

- **Que voulons-nous continuer à faire?** Il s'agit de changements dans le système de soins de santé qui se sont produits en raison de la COVID-19 et qui sont bons et devraient être poursuivis
- **Que voulons-nous arrêter de faire?** Il s'agit des processus qui ne sont plus pertinents ou nécessaires dans le contexte de la transmission à bas niveau de la COVID-19
- **Que laissons-nous derrière nous?** Il s'agit de processus identifiés comme des pratiques passées qui ne seront pas répétées

Voici les possibilités d'améliorer la prestation des soins :

- **Utiliser des services qui réduisent le temps passé par les patients dans les établissements de soins actifs.** Par exemple :
 - *Soins virtuels*²⁰ : Le cas échéant, utiliser les soins virtuels pour les visites de suivi préopératoire et postopératoire, par exemple :
 - [Renseignements et mises à jour importants sur la COVID-19](#) (en anglais uniquement) du Réseau Télémédecine Ontario, qui comprend des ressources de soutien dans le contexte de la COVID-19 et l'utilisation des soins virtuels
 - Les [solutions chirurgicales de transition](#) du Réseau Télémédecine Ontario, qui peuvent contribuer à améliorer l'efficacité des flux de travail, à soutenir l'utilisation efficace des ressources et à renforcer la communication au sein du cercle de soins et avec le patient

- *Soins au sein de la collectivité* : Lorsque cela est possible, tirer parti des services fournis par les soins primaires et les services de soins à domicile et communautaires
- *Soins ambulatoires* : Si possible, effectuer davantage d'interventions en ambulatoire
- **Veiller à l'utilisation appropriée des examens, des traitements et des interventions.** Par exemple :
 - *Choisir avec soin* : [Recommandations](#) et ressources créées par des sociétés professionnelles représentant diverses spécialités cliniques au Canada, afin de déterminer les examens et de traitements couramment qui ne sont pas appuyés par des preuves de leur nécessité et/ou qui pourraient exposer les patients à des risques de préjudice ([annexe F](#))²⁵
 - [Le pré-op, pas toujours nécessaire](#), une trousse à outils visant à réduire les visites et les enquêtes inutiles dans les examens cliniques préopératoires
 - [Devenir un hôpital Choisir avec soin](#), un kit de démarrage pour les hôpitaux qui veulent réduire les tests et les traitements inutiles en milieu hospitalier
 - *e-Consult* : service de fournisseur à fournisseur pour déterminer quels examens sont absolument nécessaires²⁶
- **Faire avancer les stratégies d'innovation numérique.** Par exemple :
 - Numérisation des processus administratifs
 - Gestion des bases de données sur les délais
- **Restructurer les soins.** Par exemple :
 - *Envisager de désigner des hôpitaux/unités pour les opérations et interventions chirurgicales (sites protégés contre la COVID)*²⁰
 - Envisager de désigner un ou plusieurs hôpitaux/unités protégé(s) contre la COVID où les opérations et interventions chirurgicales sont reprises, où les ressources nécessaires pour ces opérations et interventions chirurgicales peuvent être redéployées là où elles sont nécessaires et où les ressources humaines dans le domaine de la santé sont redéployées de manière appropriée (si possible)
 - Cette opportunité nécessite une collaboration étroite entre les régions et les hôpitaux
 - *Envisager une liste d'attente centralisée pour les opérations et interventions chirurgicales, si possible*
 - *Envisager l'extension des horaires des salles d'opération*
 - L'offre de services en soirée et en fin de semaine peut être une option au sein de votre établissement
 - Pour que la mise en œuvre soit réussie, il faudra accorder une attention particulière aux ressources humaines et autres ressources dans le domaine de la santé, ainsi qu'aux affectations de fonds
 - Assurer la collaboration avec les dirigeants régionaux lors de l'exploration de cette opportunité

7. Fermeture

Les recommandations du présent document définissent une approche équitable, mesurée et adaptée aux décisions de planification pour l'extension et la contractualisation des opérations et interventions chirurgicales, tout en continuant à protéger nos populations vulnérables et à réserver une capacité pour toute intensification de la COVID-19 en Ontario pendant les phases de la pandémie de la COVID-19. Ces recommandations mettent l'accent sur la prise en considération de multiples facteurs et sur la collaboration avec les partenaires internes, locaux et régionaux. En suivant cette approche réfléchie, collaborative et réactive, nous pourrions fournir en toute sécurité des opérations et interventions chirurgicales à la population de l'Ontario au cours des prochaines phases de la pandémie de COVID-19.

Références

- (1) Angus H, Williams D, Anderson M. Memorandum to Ontario Health and hospitals. Ramping down elective surgeries and other non-emergent activities [Internet]. Toronto: Ministry of Health; 2020 Mar 15 [cited 2020 Apr 25]. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/memos/DM_OH_CMOH_memo_COVID19_elective_surgery_March_15_2020.pdf
- (2) Williams DC. Directive #2 for health care providers (regulated health professionals or persons who operate a group practice of regulated health professionals) [Internet]. Toronto: Ministry of Health, Ministry of Long-Term Care; 2020 Mar 19 [cited 2020 Apr 29]. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/directives/RHPA_professionals.pdf
- (3) Government of Ontario. A framework for reopening our province [Internet]. Toronto: Queen's Publisher for Ontario; 2020 [cited 2020 Apr 27]. Available from: <https://files.ontario.ca/mof-framework-for-reopening-our-province-en-2020-04-27.pdf>
- (4) Prachand VN, Milner R, Angelos P, Posner MC, Fung JJ, Agrawal N, et al. Medically-necessary, time-sensitive procedures: a scoring system to ethically and efficiently manage resource scarcity and provider risk during the COVID-19 pandemic. *J Am Coll Surg*. 2020 Apr 9 [Epub ahead of print].
- (5) Bouthillier M-E. Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie [Internet]. Montréal (QC): Ministère de la Santé et des Services Sociaux; 2020 Apr 20 [cited 2020 Apr 29]. Available from: <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/PJ1-Systeme-priorisation-acces-chirurgie-pandemie-v4-4.pdf>
- (6) American College of Surgeons. Local resumption of elective surgery guidance [Internet]. Chicago (IL): American College of Surgeons; 2020 Apr 17 [cited 2020 Apr 25]. Available from: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/resuming-elective-surgery>
- (7) American College of Surgeons, American Society of Anesthesiologists, Association of periOperative Registered Nurses, American Hospital Association [Internet]. Schaumburg (IL): American Society of Anesthesiologists; c2020. Press release, Joint statement: roadmap for resuming elective surgery after COVID-19 pandemic; 2020 Apr 17 [cited 2020 Apr 25]; [about 4 screens]. Available from: <https://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2020/04/joint-statement-on-elective-surgery-after-covid-19-pandemic>
- (8) Centers for Medicare and Medicaid Services. Opening up America again: Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) recommendation—re-opening facilities to provide non-emergent non-COVID-19 healthcare: phase I [Internet]. Baltimore (MD): The Centers; 2020 [cited 2020 Apr 20]. Available from: <https://www.cms.gov/files/document/covid-flexibility-reopen-essential-non-covid-services.pdf>
- (9) The Royal College of Surgeons of England. Recovery of surgical services during and after COVID-19 [Internet]. London: The Royal College of Surgeons of England; 2020 Apr 29 [cited 2020 May 4]. Available from: <https://www.rcseng.ac.uk/coronavirus/recovery-of-surgical-services/>
- (10) Ontario Bioethics Table. Ethics Framework for Ramping Down Elective Surgeries and Other Non-Emergent Activities During the COVID-19 Pandemic [Internet]. 2020 Mar 18. Available from: <http://jcb.utoronto.ca/news/documents/Ethics-Framework-for-Ramping-Down%20Surgeries-and-Other-Non-Emergent%20Activities-2020.pdf>

- (11) Centers for Disease Control and Prevention. Pandemic intervals framework (PIF) [Internet]. Atlanta (GA): cdc.gov; c2020 [updated 2016 Nov 3; cited 2020 Apr 25]. Available from: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/national-strategy/intervals-framework.html>
- (12) Holloway R, Rasmussen SA, Zaza S, Cox NJ, Jernigan DB, Influenza Pandemic Framework Workgroup. Updated preparedness and response framework for influenza pandemics. MMWR Recomm Rep [Internet]. 2014 Sept 26 [cited 2020 Apr 25]; 63(RR06):[1-9 pp.]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6306a1.htm>
- (13) Resolve to save lives: an initiative of vital strategies [Internet]. New York (NY): Viral Strategies; c2020 [updated 2020 Apr 29; cited 2020 Apr 25]. Available from: <https://resolvetosavelives.org/>
- (14) Chiu PWY, Ng SC, Inoue H, Reddy DN, Ling Hu E, Cho JY, et al. Practice of endoscopy during COVID-19 pandemic: position statements of the Asian Pacific Society for Digestive Endoscopy (APSDE-COVID statements). Gut. 2020 Apr 2 [Epub ahead of print].
- (15) American College of Surgeons Cancer Programs. ACS guidelines for triage and management of elective cancer surgery cases during the acute and recovery phases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic [Internet]. Chicago (IL): American College of Surgeons; c2020 [updated 2020 Apr 24; cited 2020 Apr 25]. Available from: https://www.facs.org/-/media/files/covid19/acs_triage_and_management_elective_cancer_surgery_during_acute_and_recovery_phases.ashx
- (16) Australian Department of Health. Australian Health Protection Principal Committee (AHPPC) statement on restration of elective surgery [Internet]. 2020 [updated April 23, 2020]. Available from: <https://www.health.gov.au/news/australian-health-protection-principal-committee-ahppc-statement-on-restoration-of-elective-surgery>
- (17) Stahel PF. How to risk-stratify elective surgery during the COVID-19 pandemic? Patient Saf Surg. 2020;14(1):8.
- (18) Ogunremi T, Menzies D, Embil J. Prevention and control of tuberculosis transmission in health care and other settings. 2014. In: Canadian Tuberculosis Standards, 7th edition [Internet]. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/canadian-tuberculosis-standards-7th-edition/edition-11.html>
- (19) Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. COVID-19: Elective surgery and infection prevention and control precautions [Internet]. 2020 Apr [cited 2020 May 4]. Available from: https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2020-04/covid19_elective_surgery_and_infection_prevention_and_control_precautions_april_2020.pdf
- (20) The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). COVID-19 CADTH Briefing Note: Resumption of Elective Health Services Amid COVID-19 [Internet]. 2020 May 5 [cited 2020 May 05]. Available from: <https://cadth.ca/sites/default/files/covid-19/covid-briefing-note-patient-flow-final.pdf>
- (21) University of Toronto Joint Centre for Bioethics. Ethical decision-making about scarce resources: a guide for managers and governors [Internet]. Toronto (ON): University of Toronto; 2011 [cited 2020 Apr 29]. Available from: http://www.jcb.utoronto.ca/docs/A4R_Implementation_Guide2011_hospitals.pdf

- (22) Brindle ME, Doherty G, Gawande A. Approaching surgical triage during the COVID-19 pandemic. *Ann Surg*. Forthcoming 2020.
- (23) Schull MJ, Stukel TA, Vermeulen MJ, Zwarenstein M, Alter DA, Manuel DG, et al. Effect of widespread restrictions on the use of hospital services during an outbreak of severe acute respiratory syndrome. *CMAJ*. 2007;176(13):1827-32.
- (24) Mayor S. COVID-19: impact on cancer workforce and delivery of care. *Lancet Oncol*. 2020 Apr 20 [Epub ahead of print].
- (25) Choosing Wisely Canada. Recommendations and resources, by specialty [Internet]. Toronto (ON): choosingwiselycanada.org; c2020 [cited 2020 Apr 25]. Available from: <https://choosingwiselycanada.org/recommendations/>
- (26) Prabhakar AM, Glover Mt, Schaefer PW, Brink JA. Academic Radiology Departmental Operational Strategy Related to the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *J Am Coll Radiol*. 2020 Apr 10 [Epub ahead of print].

Annexes

Annexe A. Comité de planification des opérations et interventions chirurgicales

Nom	Titre(s) et établissement(s)
Chris Simpson (Président), BSc, MD, FRCPC, FACC, FHRS, FCCS, FCAHS	Vice-doyen (clinique), faculté de médecine, Université de Queens
Connie Clerici, RN, BScN	Présidente exécutive, Closing the Gap Healthcare
David Musyj	Président et PDG, Hôpital régional de Windsor
David Pichora, MD, FRCSC	Président et PDG du Centre des sciences de la santé de Kingston
Derek McNally, RN, MM	VP exécutif des services cliniques et chef de direction des soins infirmiers, système de Santé de Niagara
Garth Matheson, MBA	Président intérimaire et PDG, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)
Howard Ovens, MD, FCFP(EM)	Responsable principal de la stratégie médicale, Sinai Health System Professeur, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto et chercheuse principale, IHPME Chef de file provincial de l'Ontario pour la médecine d'urgence
Janet Van Vlymen, MD, FRCPC	Anesthésiste, directrice médicale du programme, services périopératoires, Centre des sciences de la santé de Kingston Professeure associée, Département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur, Université de Queens
Janice Skot, MHSc, CHE	Présidente et directrice générale du Centre régional de santé Royal Victoria
Jennifer Everson, BScN, MD, CCFP, FCFP	Vice-présidente, clinique, Santé Ontario (Ouest)
Jim Rutka, MD, PhD, FRCSC	Professeur au R.S. McLaughlin, directeur du département de chirurgie de l'université de Toronto et directeur du Arthur and Sonia Labatt Brain Tumour Research Centre, The Hospital for Sick Children
Jonathan Irish, MD, MSc, FRCSC, FACS	Chef provincial, Oncologie chirurgicale, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) Responsable clinique, Accès aux soins, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)
Julian Dobranowski, MD, FRCPC	Chef, Imagerie diagnostique, responsable provincial, Niagara Health, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)
Karen Devon, MD, FRCSC	Professeure adjointe, Département de chirurgie et Joint Centre for Bioethics, Université de Toronto Chirurgien endocrinien, Women's College Hospital et University Health Network
Michael Gardam, MSc, MD, CM, MSc, FRCPC	Chef du personnel de l'Hôpital Humber River
Mike Heenan	Sous-ministre associé (Hôpitaux et immobilisations), ministère de la Santé
Neva Fantham-Tremblay, MD, FRCSC	Directrice médicale de la chirurgie et chef du service d'obstétrique et de gynécologie, Centre régional de santé de North Bay
R. Sacha Bhatia, MD, MBA, FRCPC	Chef de l'innovation médicale, Women's College Hospital

Sarah Downey	Présidente et PDG, Hôpital Michael Garron
Shaf Keshavjee, MD, MSc, FRCSC, FACS	Chirurgien en chef, directeur médical de programme, chirurgie, anesthésie et soins intensifs, University Health Network Directeur du programme de transplantation pulmonaire de Toronto
Tim Jackson, BSc, MD, MPH, FRCSC, FACS	Chirurgien général, University Health Network Responsable provincial de la chirurgie, Santé Ontario (Qualité) Président de l'Association des chirurgiens généraux de l'Ontario
Wendy Hansson, BSc, MHA, CHE	Présidente et PDG, Hôpital de Sault-Sainte-Marie

Annexe B. Données

La surveillance des facteurs clés au niveau régional et organisationnel est nécessaire pour soutenir une approche réactive et fondée sur les données pour planifier les opérations et interventions chirurgicales au cours de la pandémie COVID-19. Voici les paramètres qui devraient éclairer la planification régionale et organisationnelle :

Paramètres pour évaluer les pressions liées à la COVID-19 :	Paramètres pour évaluer la demande d'intervention chirurgicale :	Paramètres pour évaluer la disponibilité des ressources :
<ul style="list-style-type: none">• Hospitalisations liées à la COVID-19• Nombre d'éclosions de soins de longue durée à domicile• Éclosions en milieu hospitalier• Capacité d'analyse des hôpitaux et délai d'exécution	<ul style="list-style-type: none">• Volumes actuels• Comparaisons des tendances historiques des volumes chirurgicaux• Liste d'attente actuelle• Délais d'attente actuels	<ul style="list-style-type: none">• Occupation des lits des salles et de l'USI• Occupation des lits pour les ANS actifs• Service des urgences « temps d'attente pour un lit d'hospitalisation »• Approvisionnement en médicaments• Offre régionale en EPI

Tableau de bord provincial pour les opérations et interventions chirurgicales dans le cadre de la COVID-19

Un tableau de bord est en cours d'élaboration. Le tableau de bord fournira des renseignements aux régions et aux hôpitaux afin d'aider à la planification. Les paramètres contenus dans le tableau de bord sont destinés à compléter les renseignements locaux fournissant une perspective à l'échelle du système. Ce tableau de bord devrait inclure des alimentations en temps utile des sources de données existantes sur les performances du système (temps d'attente, volumes, capacité), y compris des données provenant de santé Ontario (Action Cancer Ontario), Stratégie des soins aux malades en phase critique, CorHealth, système d'information sur les temps d'attente d'Accès aux soins, Réseau Trillium pour le don de vie, etc.

Rapport sur la modélisation des délais dans les interventions chirurgicales du cancer, cardiaques, vasculaires et de transplantation

Ce rapport fourni par Accès aux soins fournira des orientations au système, aux régions et aux hôpitaux concernant l'ampleur estimée de l'arriéré de patients en attente d'une intervention chirurgicale et l'augmentation des ressources qui seraient nécessaires pour résorber cet arriéré après la crise de la COVID pour les opérations du cancer, cardiaques et vasculaires, et les transplantations.

Annexe C. Exemples de classement des opérations et interventions chirurgicales par ordre de priorité

Cette annexe comprend des résumés et des extraits de plusieurs exemples d'établissement d'un ordre de priorité des cas et de reprise progressive des services. L'ACMTS a publié une note d'information qui comprend également des exemples d'options d'établissement d'un ordre de priorité des cas.²⁰ Il convient de noter que les outils de triage ou d'établissement d'un ordre de priorité en circulation pour l'établissement d'un ordre de priorité des opérations et interventions chirurgicales pendant la pandémie de COVID-19 n'ont peut-être pas été validés de manière solide. Les établissements doivent s'assurer de la validité apparente de ces outils, examiner s'ils doivent être modifiés en fonction de leurs besoins particuliers et s'en remettre à un jugement clinique solide.

A. [The Royal College of Surgeons of England: Recovery of surgical services during and after COVID-19 \(28 avril 2020\)](#)⁹ (en anglais uniquement)

Ces [recommandations](#) du Royal College of Surgeons of England (RCS) pour des soins sûrs et efficaces lors de la reprise des opérations et interventions chirurgicales sont classées selon neuf thèmes :

- I. Considérations clés avant de reprendre les services non urgents
- II. Développer un leadership cohésif et un processus de communication fréquente
- III. Évaluer la charge de travail des chirurgiens et la population de patients
 - Établissement de l'ordre de priorité des patients : il devrait y avoir des protocoles clairs d'établissement de l'ordre de priorité qui reflètent les besoins locaux et nationaux, ainsi que la disponibilité des ressources locales
 - Voir le [Guide des bonnes pratiques dans le cadre de la COVID-19 du RCS, 2020](#) (en anglais uniquement) pour des lignes directrices
- IV. Garantir une capacité et des installations hospitalières adéquates
- V. Renforcer la capacité en effectif
- VI. Reconfigurer des services
- VII. Soutenir la main-d'œuvre chirurgicale
- VIII. Communiquer avec les patients
- IX. Soutenir la formation

B. [Australian Department of Health: Australian Health Protection Principal Committee \(AHPPC\) statement on restoration of elective surgery \(23 avril 2020\)](#)¹⁶ (en anglais uniquement)

Le gouvernement australien a publié un [communiqué de presse](#) annonçant l'assouplissement des restrictions visant les interventions chirurgicales non urgentes à partir du 27 avril 2020. L'objectif consiste à « pouvoir accroître la disponibilité des interventions chirurgicales non urgentes de manière sûre et équitable sur une base cohérente à l'échelle nationale ». Cette première étape du rétablissement des interventions chirurgicales non urgentes exigera des administrateurs de la santé qu'ils surveillent les fournitures d'EPI, l'unité de soins intensifs et la capacité en lits. Les principes qui entourent la réintroduction de l'activité hospitalière comprennent ce qui suit :

- L'équité d'accès pour tous les patients est déterminée par la prise de décision clinique et la sécurité

- Préservation et utilisation appropriée des EPI
- Délais clairs pour surveiller et examiner la situation
- Le rétablissement des interventions chirurgicales non urgentes sera appliqué de manière cohérente dans les secteurs public et privé
- Les décisions relatives aux interventions chirurgicales non urgentes sont soumises à la capacité des hôpitaux locaux, à la capacité des juridictions, à la disponibilité des transports et à tout autre dispositif de quarantaine pertinent en place
- Des restrictions peuvent être réintroduites en fonction des contraintes de la demande dans l'ensemble du système liées à la COVID-19 et seront fondées sur les résultats des mécanismes de révision et de réévaluation. Des restrictions peuvent également être réintroduites au niveau d'un hôpital ou d'une région en cas d'éclosion
- Les directives nationales relatives aux analyses pour la COVID-19 seront respectées, conformément à la stratégie nationale de surveillance de la maladie

La sélection des patients pour la première tranche d'interventions chirurgicales non urgentes sera fondée sur des décisions cliniques axées sur les éléments suivants :

- Procédures représentant des soins à faible risque et à haute valeur ajoutée, telles que déterminées par les sociétés spécialisées
- Sélection des patients qui présentent un faible risque de détérioration postopératoire
- Les enfants dont les interventions ont dépassé les délais d'attente cliniques
- Reproduction assistée (FIV)
- Procédures endoscopiques
- Programmes de dépistage du cancer
- Procédures dentaires critiques

C. [Ministère de la Santé et Services Sociaux du Québec : Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie \(20 avril 2020\)](#)⁵

Ce document décrit un système de priorisation des interventions chirurgicales cohérent et universellement applicable qui vise à assurer une répartition équitable des ressources et à garantir que les patients se trouvant dans des circonstances similaires reçoivent des soins similaires pendant une pandémie. Ce système de priorisation s'applique à tous les patients évalués pour une intervention chirurgicale, quelle que soit l'étiologie de leur maladie et indépendamment de leur exposition ou du risque lié à la COVID-19, et suit un ensemble de principes directeurs éthiques.

Le système de priorisation des interventions chirurgicales suit le système de classification des interventions chirurgicales de Stahel (2020)¹⁷ et est mis en œuvre en cinq étapes :

- I. Capacité de production de la salle d'opération
 - Déterminer le montant maximal des ressources pouvant être utilisées pour les opérations et interventions chirurgicales
- II. Pré-triage
 - Les chirurgiens collaborent pour établir la priorité des patients qui devraient être pris en charge pendant la pandémie (en orientant ceux qui peuvent attendre vers des soins non chirurgicaux appropriés tout en réévaluant régulièrement leurs besoins en matière de soins)

III. Triage

- Liste prioritaire : remplie par les groupes de spécialités
- Deuxième priorité : combinaison de toutes les listes de spécialités
- Lorsque les ressources sont les plus limitées et afin de maximiser les bénéfices pour le plus grand nombre :
 - Donner la priorité aux cas nécessitant le moins de temps et de ressources chirurgicales possible; cette priorité s'assouplit à mesure que les ressources deviennent plus disponibles
 - Donner la priorité aux patients les plus susceptibles de se rétablir rapidement (niveau faible dans la classification de l'état physique de l'ASA)

IV. Établir un calendrier pour les interventions

- En combinant les capacités/ressources avec la liste des patients de tous les spécialistes, déterminer quelle salle sera ouverte et quels patients seront opérés
- La gouvernance suggérée comprend un comité de surveillance chirurgicale avec le soutien d'un éthicien ou d'un comité d'éthique clinique

V. Retour à la normale

- Continuer à appliquer la priorisation, y compris les cas peu prioritaires dans le calendrier, jusqu'à ce que la liste d'attente soit vide

D. [American College of Surgeons: Local Resumption of Elective Surgery Guidance \(17 avril 2020\)](#)⁶ (en anglais uniquement)

L'American College of Surgeons a publié des directives pour la reprise locale des interventions chirurgicales non urgentes en avril 2020. Ce document propose un ensemble de principes et de questions visant à aider les établissements locaux à planifier la reprise des opérations et interventions chirurgicales non urgentes. Les auteurs suggèrent aux établissements de remplir une liste de contrôle qui servira de guide pour s'assurer que les questions clés sont prises en considération. Les catégories suivantes sont incluses :

- I. Sensibilisation à la COVID-19
- II. Préparation
- III. Questions relatives aux patients
- IV. Prestation de soins sûrs et de haute qualité

Au sein de ces catégories, il y a 10 questions distinctes à traiter localement avant que les interventions chirurgicales non urgentes ne soient rétablies en toute sécurité. Dans la catégorie des questions liées aux patients, l'une des questions clés à traiter est le protocole/planification d'établissement de l'ordre prioritaire des opérations chirurgicales.

E. [Joint Statement from The American College of Surgeons, American Society of Anesthesiologists, Association of periOperative Registered Nurses, and American Hospital Association: Roadmap for Resuming Elective Surgery after COVID-19 Pandemic \(17 avril 2020\)](#)⁷ (en anglais uniquement)

Cette déclaration commune a été publiée pour dresser la liste des principes et points à prendre en considération visant à guider les médecins, les infirmières et les établissements locaux dans la reprise des soins dans les salles d'opération et dans tous les domaines d'interventions. Les catégories de principes comprennent ce qui suit :

- Calendrier de réouverture des interventions chirurgicales non urgentes
- Analyses pour la COVID-19 dans un établissement

- EPI
- Établissement de l'ordre de priorité et programmation des cas
- Questions relatives à l'après-COVID-19 pour les cinq phases des interventions chirurgicales
- Collecte et gestion des données
- Sécurité liée à la COVID et atténuation des risques liés à une deuxième vague
- Autres questions liées à la COVID-19

F. [American College of Surgeons \(ACS\): Guidelines for Triage and Management of Elective Surgery Cases during the Acute and Recovery Phases of Coronavirus Disease 2019 \(COVID-19\) Pandemic \(17 avril 2020\)](#)¹⁵ (en anglais uniquement)

Ces lignes directrices ont été élaborées par les responsables des programmes de lutte contre le cancer de l'ACS afin de fournir un cadre permettant aux fournisseurs de soins de prendre en considération les nombreux aspects difficiles des besoins des patients atteints de cancer pendant la pandémie, notamment pendant la phase aiguë (une période définie par les interdictions gouvernementales des interventions chirurgicales non urgentes) et pendant la phase de rétablissement (lorsque les interdictions seront levées et que les patients en attente auront besoin d'une attention urgente). Ce document fournit des orientations sur les stratégies d'établissement des priorités. Ces lignes directrices comprennent le triage et la gestion des soins du cancer tout au long des phases de la pandémie pour les types d'affections suivants : cancer du sein, cancer colorectal, malignité thoracique, cancer du pancréas et ampullome, sarcome des tissus mous et mélanome.

G. [Prashand et al., 2020: Medically-Necessary, Time-Sensitive Procedures: A Scoring System to Ethically and Efficiently Manage Resource Scarcity and Provider Risk During the COVID-19 Pandemic \(7 avril 2020\)](#)⁴ (en anglais uniquement)

Cette publication avant la disponibilité d'éléments probants du Journal of the American College of Surgeons reconnaît que dans des conditions de pandémie et avec des ressources de soins de santé limitées, il est nécessaire de classer les cas par ordre de priorité afin de minimiser les risques et de maximiser les bénéfices pour les collectivités.

Cet article décrit un système de notation qui peut être utilisé pour faciliter le triage des cas chirurgicaux pendant la pandémie. Ce système de notation intègre des facteurs associés aux résultats périopératoires des patients, au risque de transmission de la COVID-19 aux fournisseurs de soins de santé et à l'utilisation des ressources hospitalières. Une note cumulée plus élevée est associée à de moins bons résultats pour les patients périopératoires, à un risque accru de transmission du virus à l'équipe soignante et/ou à une utilisation accrue des ressources hospitalières.

Le système de notation tient compte des facteurs suivants (décrits dans les tableaux 1 à 3 de l'article) :

- Facteurs liés à l'intervention
 - Temps passé dans la salle d'opération
 - Durée estimée du séjour
 - Besoin d'une unité de soins intensifs après l'opération

- Perte de sang prévue
- Taille de l'équipe chirurgicale
- Probabilité d'intubation
- Site chirurgical
- Facteurs de maladie
 - Efficacité des options de traitement non chirurgical
 - Ressource d'option de traitement non opératoire/risque d'exposition
 - Répercussions d'un retard de 2 semaines et de 6 semaines dans l'évolution de la maladie
 - Répercussions d'un retard de 2 semaines et de 6 semaines dans la difficulté de l'intervention chirurgicale
- Facteurs liés au patient associés à une plus grande gravité de la COVID-19 et à des résultats moins bons
 - Âge
 - Maladies pulmonaires (asthme, BPCO, mucoviscidose)
 - Apnée obstructive du sommeil
 - Maladies cardiovasculaires (hypertension, insuffisance cardiaque congestive, coronaropathie)
 - Diabète
 - Patient immunodéprimé (hématopathie maligne, greffe de cellules souches, greffe d'organe solide, chimiothérapie cytotoxique active/récente, anti-TNF α ou autres immunosuppresseurs, > 20 mg d'équivalent de prednisone par jour, immunodéficience congénitale, hypogammaglobulinémie sur IgIV, VIH avec CD4)
 - Symptômes d'une maladie grippale (fièvre, toux, mal de gorge, douleurs musculaires, diarrhée)
 - Exposition à une personne connue comme positive à la COVID-19 au cours des 14 derniers jours

H. [Chiu et al., 2020: Practice of Endoscopy During COVID-19 Pandemic: Position Statements of the Asian Pacific Society for Digestive Endoscopy \(APSDE-COVID Statements\) \(2 avril 2020\)¹⁴](#) (en anglais uniquement)

Ces prises de position de la Asian Pacific Society for Digestive Endoscopy traitent des considérations relatives à la pratique de l'endoscopie pendant la pandémie de COVID-19. Les auteurs ont inclus une recommandation selon laquelle les centres d'endoscopie doivent suivre une reprise progressive des services d'endoscopie non urgents selon le tableau ci-dessous.

Fourniture d'un service d'endoscopie pendant la pandémie de COVID-19

La COVID-19 dans la collectivité	Fourniture d'EPI	Service d'endoscopie
Augmentation exponentielle des nouveaux cas de COVID-19	Critique (Réserve de moins de 7 jours)	<ul style="list-style-type: none"> ● Endoscopie urgente uniquement ● Endoscopie semi-urgente - reporter ● Endoscopie facultative - reporter
Augmentation rapide des nouveaux cas de COVID-19	Très faible (Réserve de moins de 4 semaines)	<ul style="list-style-type: none"> ● Endoscopie urgente uniquement ● Endoscopie semi-urgente - à individualiser ● Endoscopie facultative - reporter

Tendance à la baisse des nouveaux cas de COVID-19	Sous-optimal (réserve de moins de 4 à 8 semaines)	<ul style="list-style-type: none"> • Endoscopie urgente - pleine capacité • Endoscopie semi-urgente - pleine capacité • Endoscopie facultative - reprise avec une capacité de 50 %
Aucun nouveau cas de COVID-19 diagnostiqué pendant au moins 2 semaines	Normal (12 semaines de réserve)	<ul style="list-style-type: none"> • Endoscopie urgente - pleine capacité • Endoscopie semi-urgente - pleine capacité • Endoscopie facultative - pleine capacité

Annexe D. Équipement de protection individuelle (EPI)

Utilisation recommandée des EPI lors de la prise en charge de personnes dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée :

1. Pour les soins de routine aux patients, les travailleurs de la santé doivent respecter les précautions contre les gouttelettes et les contacts :
 - Masque chirurgical/d'intervention
 - Protection des yeux (lunettes de protection ou écran facial)
 - Blouse d'isolement
 - Gants
2. Pour les soins aux patients qui comprennent des interventions médicales générant des aérosols (IMGA), les travailleurs de la santé doivent suivre des précautions contre la contamination aéroportée :
 - Masque respiratoire N95
 - Protection des yeux (lunettes de protection ou écran facial)
 - Blouse d'isolement
 - Gants

Points à prendre en considération concernant les opérations et interventions chirurgicales : Le personnel de la salle d'opération et le personnel chargé des interventions (par exemple, les chirurgiens et les infirmières) respecteront la précaution relative aux gouttelettes pour les EPI. Le personnel d'anesthésie et les autres membres du personnel essentiel porteront un masque respiratoire N95 pour les IMGA (par exemple, pour l'intubation et l'extubation, les autres personnes évacuées de la pièce). Après l'intubation (une IMGA), le reste de l'équipe chirurgicale attend à l'extérieur que les gouttelettes en suspension dans l'air soient éliminées par le système de ventilation (pendant 15 à 20 minutes¹⁸ selon les échanges d'air), puis elles peuvent entrer en prenant des précautions contre les gouttelettes et le contact. Sinon, l'équipe chirurgicale peut entrer immédiatement après l'intubation, mais devra alors porter un masque respiratoire N95 à la place d'un masque chirurgical/d'intervention. Pour les interventions chirurgicales présentant un risque d'aérosolisation (IMGA), l'ensemble de l'équipe chirurgicale (par exemple, les chirurgiens, les anesthésistes et les infirmières) portera une protection appropriée contre les aérosols (masque respiratoire N95) pendant toute la durée de l'intervention.

Pour obtenir des conseils sur l'utilisation des EPI, consultez les ressources de Santé publique Ontario :

- [Recommandations en PCI concernant l'utilisation d'équipements de protection individuelle pour la prise en charge des personnes dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée](#)
- [COVID-19: Précautions contre les contacts et l'exposition aux gouttelettes - Établissements de soins aigus](#)
- [COVID-19: Exigences relatives à la prévention et au contrôle des infections durant l'exécution d'interventions médicales générant des aérosols](#)

Annexe E. Exemples de protocoles de prévention et de contrôle des infections par la COVID-19 pour les interventions chirurgicales

A. Santé Ontario (Action Cancer Ontario) : Fiche de conseils pour la COVID-19 pour les programmes de lutte contre le cancer

Oncologie chirurgicale - Gestion de la COVID-19 dans les salles d'opération - 2020-04-21
Recueil de conseils sur la gestion de la COVID-19 en salle d'opération

À la demande des programmes régionaux de lutte contre le cancer, une compilation des directives des hôpitaux de l'Ontario a été élaborée par Santé Ontario (Action Cancer Ontario), afin de soutenir les programmes régionaux de lutte contre le cancer dans leur réflexion sur les approches à adopter pour gérer la COVID-19 dans les salles d'opération.

Inclus :

- 1) Guide sur l'utilisation du masque respiratoire N95
 - Lignes directrices pour les analyses périopératoires visant à détecter la COVID-19
- 2) Principes directeurs dans la salle d'opération pour les patients positifs à la COVID-19 ou suspectés de l'être, y compris une liste de tâches
- 3) Exemple de liste de contrôle pour les rassemblements
 - Enregistrer les détails des éventuels articles nécessaires à l'intervention chirurgicale afin de réduire le nombre de fois que les portes doivent être ouvertes pendant l'opération
- 4) Documents supplémentaires :
 - Directives de pratique du University Health Network
 - Directive sur la pratique de l'Hôpital général de Kingston
 - Déclaration du comité MIS de l'Association canadienne des chirurgiens généraux (ACCG) concernant : La laparoscopie et le risque d'aérosolisation
 - Recommandations concernant la laparoscopie dans le cadre de la COVID-19 (UHN)
 - Instructions AIRSEAL de ConMed pour l'évacuation des fumées
 - Document de Santé publique Ontario : COVID-19 : Génération d'aérosols par la toux et les éternuements
 - Document de Santé publique Ontario : Utilisation de l'équipement de protection individuelle (EPI) pendant la pandémie de COVID-19
 - Document du comité des opérations de l'Hôpital de la région de Toronto : Liste consensuelle du PIC des interventions médicales génératrices d'aérosols (IMGA) qui nécessitent des précautions en cas de contact avec l'air, les gouttelettes et les symptômes de la COVID-19

B. [Australian Commission on Safety and Quality in Health Care: COVID-19 Elective Surgery and Infection Prevention and Control Precautions](#)¹⁹

Ces orientations aident les établissements de soins de santé à mettre en œuvre un assouplissement partiel des restrictions concernant les opérations et interventions chirurgicales, les enquêtes et les procédures non urgentes, ainsi que les précautions standard et les précautions de prévention et de contrôle des infections fondées sur la transmission. Ces orientations comprennent la préparation et la

mise en œuvre d'une stratégie de gestion des risques à l'échelle de l'établissement pour gérer et réduire le risque lié à la transmission de la COVID-19, l'utilisation des EPI (pour les IMGA sur les patients non atteints de la COVID-19 et sur les patients atteints de la COVID-19), le dépistage et le consentement éclairé.

Annexe F. Choisir avec soin

Choisir avec soin fournit des [recommandations](#) et des ressources qui sont élaborées par des sociétés professionnelles représentant différentes spécialités cliniques.²⁵ Ces recommandations déterminent les examens et les traitements qui ne sont pas étayés par des preuves et/ou qui pourraient exposer les patients à un préjudice. Les recommandations fournies sont destinées à soutenir les conversations entre les cliniciens et les patients afin de déterminer un plan de soins approprié pour chaque patient individuellement.

Vous trouverez ici une liste de boîtes à outils et de spécialités pertinentes qui contiennent des recommandations relatives aux opérations et interventions chirurgicales.

- [Le pré-op, pas toujours nécessaire](#)
- [Devenir un hôpital Choisir avec soin](#)
- [Anesthésiologie](#)
- [Cardiologie](#)
- [Gastroentérologie](#)
- [Chirurgie générale](#)
- [Médecine nucléaire](#)
- [Oncologie](#)
- [Orthopédie](#)
- [Chirurgie pédiatrique](#)
- [Neurochirurgie pédiatrique](#)
- [Radiologie](#)
- [Rachis](#)
- [Médecine transfusionnelle](#)
- [Chirurgie vasculaire](#)