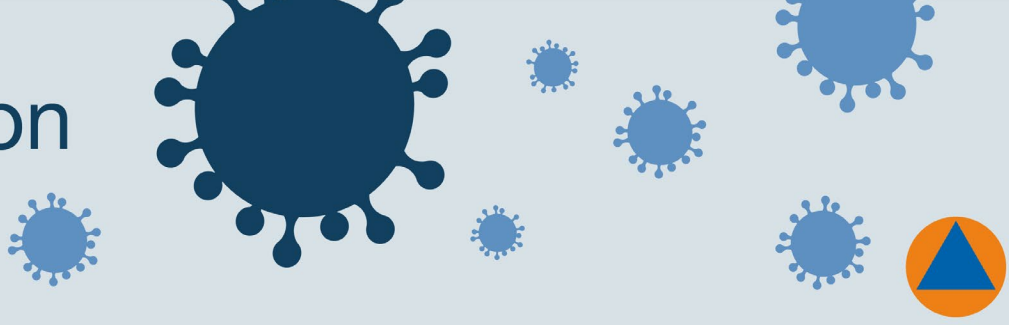


Communication COVID-19



DESTINATAIRES : Aux chirurgiens généraux, orthopédistes, anesthésiologistes et urgentistes, aux chefs de service des blocs opératoires, de l'urgence et des unités de soins, aux coordonnateurs d'activités et leurs gestionnaires du CISSS de Chaudière-Appalaches

DATE : Le 29 avril 2021

OBJET : Procédure de transfert des usagers chirurgicaux non-COVID entre les sites du CISSS de Chaudière-Appalaches

Svp, bien vouloir prendre connaissance de cette procédure visant à favoriser le transfert des usagers chirurgicaux non-COVID qui sont à l'urgence d'un site désigné pour une chirurgie dans un autre milieu « vert ».

Elle est en vigueur à partir du 30 avril 2021 pour les transferts vers l'Hôpital de Montmagny et le sera à compter du 3 mai prochain pour les transferts en direction des autres sites.

Cordialement,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Chaprise'.

D^{re} Christine Laprise
Cogestionnaire à la DSP – Programme chirurgie
CISSS de Chaudière-Appalaches

Contenu et diffusion approuvés par Marco Bélanger

Procédure de transferts des usagers non COVID avec pathologie chirurgicale entre les centres hospitaliers du CISSS de Chaudière-Appalaches dans le contexte d'une pénurie de ressources

Contexte

Une pénurie de ressources humaines sans précédent au bloc opératoire de l'Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) amène une réduction significative du nombre de salles d'opération disponibles sur ce site. L'évolution de la pandémie accentue également cette problématique et diminue l'accès aux lits d'hospitalisation. L'accès à une chirurgie dans des délais raisonnables pour les usagers ayant une pathologie nécessitant une chirurgie semi-urgente s'en trouve diminué. De plus, ces délais entraînent une évolution défavorable de la condition médicale pour plusieurs de ces usagers, nécessitant ainsi un traitement encore plus urgent. Le personnel de garde au bloc opératoire est présent jusqu'à tard durant la nuit pour effectuer ces urgences. En raison de la grande fatigue engendrée par la réalisation tardive de ces chirurgies, ces professionnels qui travaillent aussi le jour ne sont pas en mesure de poursuivre leur journée du lendemain de façon sécuritaire pour les usagers. Certaines salles d'opération doivent alors être fermées et des chirurgies électives annulées à la dernière minute, faute de personnel, ce qui engendre également une détérioration de la pathologie chirurgicale de l'usager de même que de la santé et de l'autonomie de ce dernier.

Une répartition d'une portion des chirurgies urgentes provenant du site de l'HDL vers les blocs opératoires de la région permettrait une réduction du travail de nuit et, par conséquent, une diminution des fermetures de salle de chirurgies électives à la dernière minute au site de l'HDL, tout comme une diminution de l'utilisation des lits d'hospitalisation dont l'accès est aussi réduit.

L'accès au bloc opératoire et aux lits d'hospitalisation varie également selon l'évolution de la pandémie à l'HDL, mais également en région. Pour cette raison, la capacité d'accueil des sites périphériques doit être réévaluée quotidiennement afin de ne pas épuiser le personnel de ces sites.

Dans le contexte de la pandémie, la procédure pourrait aussi s'appliquer dans tout autre hôpital désigné s'il y avait un manque de lits.

Critères de déclenchement d'une démarche de transfert :

1. Nombre de salles d'opération fonctionnelles insuffisantes, soient six salles et moins au total pour les sites de l'HDL et de PG.
2. Décision organisationnelle (ex. : niveau 3).

Critères obligatoires pour un transfert :

1. L'usager devra avoir eu un résultat négatif au test de la COVID-19 au cours des 48 dernières heures.
2. Aucun usager COVID positif ne peut être transféré dans un autre hôpital de la région si celui-ci n'est pas un centre COVID désigné.
3. La majorité des usagers transférés doivent provenir de l'urgence afin d'éviter une contamination nosocomiale. Lors de circonstances exceptionnelles, un transfert provenant d'une unité de soins pourra être considéré.



4. Un usager ayant été hospitalisé durant le dernier mois devrait si possible rester à ce même hôpital (éviter le transfert) pour une continuité de soins.
5. L'utilisateur ou son représentant légal doit être informé de son transfert vers un autre centre hospitalier de la région.
6. Tout transfert d'utilisateur vers l'un des centres hospitaliers de la région doit se faire dans des conditions sécuritaires. Selon la condition de l'utilisateur, le type de transport (par ses propres moyens, par les services de transport adapté ou par transport ambulancier) doit être établi en favorisant les deux premières options, sans soluté et sans antibiotique en cours lorsque possible.
7. La condition de l'utilisateur doit être stable. Si l'utilisateur présente une instabilité respiratoire, hémodynamique ou de son état de conscience, celui-ci doit être stabilisé sur place et ne peut pas être transféré.
8. Les transferts doivent toujours s'effectuer du médecin de l'urgence au chirurgien de garde d'un autre site préalablement identifié, après une vérification de la disponibilité des ressources par la coordonnatrice d'activité. Le chirurgien receveur a le droit de refuser le transfert s'il juge qu'il n'y a pas l'expertise ou le matériel adéquat dans le milieu.
9. Idéalement, les usagers transférés quotidiennement doivent être répartis dans chacun des sites de Beauce, Thetford et Montmagny, selon la capacité de chacun.
10. La disponibilité des ressources et la capacité à recevoir des usagers dans les sites receveurs est transmise quotidiennement à la coordonnatrice de jour de l'HDL par les coordonnateurs d'activité de chacun des sites, au plus tard à 11 h.
11. Les pathologies chirurgicales principalement ciblées sont les suivantes :
 - Appendicite clinique confirmée à l'imagerie.
 - Cholécytite clinique confirmée à l'imagerie.
 - Fracture non compliquée confirmée à l'imagerie.

Exclusions relatives :

- Péritonite (selon son importance).
- Fracture de la hanche (support de la famille à tenir en compte pour des hospitalisations qui peuvent se prolonger).

Processus de l'application du transfert :

1. Les usagers candidats pour un transfert doivent remplir les conditions suivantes avant 11 h pour être prêt à quitter au plus tard à 13 h (départ dans l'ordre du plus loin au plus proche, soit : 1) Thetford Mines (123 km), 2) Beauce (109 km) et 3) Montmagny (57 km) :
 - a. Avoir un diagnostic confirmé à l'imagerie.
et
 - b. Avoir un résultat négatif datant de moins de 48 heures au test de dépistage de la COVID-19.
et
 - c. Avoir une des pathologies chirurgicales identifiées.

2. Le personnel de l'unité de soins où se situe l'usager doit fournir un résumé succinct et pertinent du dossier médical à l'équipe du centre receveur, incluant :
 - La liste des médicaments de l'usager.
 - La note de l'urgentologue.
 - Les signes vitaux.
 - La FADM ou autre document indiquant la liste des médicaments et traitements reçus.
 - Le résultat négatif de dépistage de la COVID-19.
 - Les résultats des examens de laboratoire effectués.
 - Les résultats des imageries effectuées par écrit.
 - Autre documentation jugée pertinente.

Au moment du transfert de l'usager, les différents documents permettant le suivi de l'usager lui sont remis ou à son accompagnateur dans une enveloppe cachetée.

3. Le médecin de l'urgence du centre référant informe l'usager que l'hôpital ne dispose pas des ressources nécessaires à la dispensation des soins requis dans des délais raisonnables sans qu'il y ait un risque pour sa santé et lui propose un transfert vers un autre hôpital.
4. La disponibilité des ressources et la capacité à recevoir des usagers dans les sites receveurs est évaluée de la façon suivante :
 - a. À 9 h : L'AIC du bloc opératoire et le coordonnateur d'activités assistent à la réunion des lits de leur milieu respectif. La capacité d'hospitalisation est alors évaluée.
 - b. Vers 10 h : L'AIC et le coordonnateur médical du bloc opératoire et l'anesthésiologiste de garde évaluent la capacité d'accueil pour des urgences provenant du centre référant.
 - c. Vers 10 h 45 : L'AIC transmet le nombre d'urgences pouvant être accueillies au coordonnateur des activités de son milieu.
 - d. 11 h : Les coordonnateurs d'activités de tous les sites transfèrent l'information au coordonnateur d'activités de l'HDL. Répartition des transferts selon la capacité d'accueil et les spécialités présentes.
 - e. Vers 11 h 30 : Les coordonnateurs d'activités des centres receveurs avisent l'AIC de leur bloc opératoire des urgences qui seront transférées.
 - f. Pour la fin de semaine, la disponibilité des ressources peut être évaluée par la coordonnatrice d'activités et l'anesthésiologiste de garde.
5. L'usager est avisé par le médecin de l'urgence vers quel centre hospitalier de la région il sera dirigé.
6. Le médecin de l'urgence du centre référant contacte le chirurgien de garde de la spécialité concernée du centre receveur identifié pour le transfert de l'usager.
7. Le chirurgien receveur confirme le transfert à venir au service d'admission, ainsi qu'au bloc opératoire et complète la requête opératoire. Le médecin de l'urgence confirme le transfert de l'usager à l'AIC.
8. Le transport de l'usager vers le centre receveur est organisé si l'usager ne peut pas se rendre au centre par ses propres moyens.

Les départs se font dans l'ordre du plus loin au plus proche, soit :

- Thetford Mines (123 km).
 - Beauce (109 km).
 - Montmagny (57 km).
9. Les services d'admission des deux hôpitaux se contactent pour échanger diverses informations pertinentes. Le service d'admission receveur doit obtenir de l'utilisateur un nouveau consentement aux soins. Le service d'admission receveur avise la coordonnatrice d'activité de l'arrivée de l'utilisateur. L'orientation intrahospitalière de l'utilisateur sera précisée par la coordonnatrice.
10. Le chirurgien receveur assurera le suivi postopératoire à court et long terme de l'utilisateur.