



**DESTINATAIRES : Médecins et inhalothérapeutes du CISSS de
Chaudière Appalaches**

DATE : Le 14 octobre 2020

**OBJET : Informations consolidées en pneumologie en contexte
COVID-19**

Prendre connaissance des consignes ci-dessous :

1. BiPAP/CPAP

- Pour toutes installations de BiPAP/CPAP chez la clientèle adulte, le pneumologue de garde (HDL) ou l'interniste de garde (Beauce-Thetford-Montmagny) doit être appelé pour déterminer la pertinence clinique. Pour la clientèle pédiatrique, le pédiatre de garde doit être appelé;
- S'il y a pertinence clinique d'installer un BiPAP/CPAP, il est important de distinguer si c'est un usager appareillé (qui arrive du domicile avec son appareil) ou pas. Pour les usagers appareillés, il est suggéré de valider le degré d'autonomie de l'usager. Pour les usagers autonomes, la pertinence d'intervenir doit être questionnée en se rappelant que l'usager se traite habituellement lui-même à la maison. Pour les usagers non autonomes, la fréquence doit être ajustée au minimum requis;
- S'il y a pertinence clinique d'installer un BiPAP/CPAP, envisager de ne pas mettre le BiPAP/CPAP pendant les siestes de jour, seulement la nuit, si possible;
- Il va sans dire que les BiPAP avec fréquence ou ventilateur à domicile doivent être maintenus;
- Ne s'applique pas aux usagers chez qui un tel support est initié dans le cadre d'une insuffisance respiratoire progressive liée à une COVID-19 confirmée ou suspectée (Vous référer au guide de procédures techniques : Position ad hoc sur la prise en charge des usagers adultes traités par pression négative continue (PPC) ou ventilation non invasive (VNI) en contexte de pandémie à la COVID-19)¹;

¹Source : [Association des pneumologues de la province de Québec](#), Position ad hoc sur la prise en charge des usagers adultes traités par pression négative continue (PPC) ou ventilation non invasive (VNI) en contexte de pandémie à la COVID-19, 28 mai 2020

- La sévérité de l'apnée obstructive du sommeil demeure un élément pouvant contribuer à la décision de la poursuite ou de la suspension du traitement par pression positive continue (PPC). En raison de la multitude de variables pouvant influencer la décision clinique, une évaluation clinique individuelle est recommandée. Ces variables comprennent entre autres une profession à risque (Ex. : camionneur) ou une condition médicale associée instable (Ex. MCAS) où l'arrêt de la thérapie pourrait être délétère. Au besoin, une évaluation par un pneumologue ou tout autre spécialiste du sommeil compétent pourrait être demandée en particulier si un arrêt du traitement par PPC est envisagé;
- L'hypoxémie nocturne sévère dans ce guide est définie comme une désaturation minimale < 80% ou de signes d'hypoventilation documentés lors des études de sommeil;
- La VNI utilisée dans un contexte d'hypoventilation chronique doit être maintenue pour les usagers qui en sont dépendants, sans quoi il y a risque de décès. En cas de doute, consulter le médecin prescripteur.

2. Oxygénothérapie par voie nasale à haut débit (ex.: Optiflow) :

- Pour toutes installations d'oxygénothérapie par voie nasale à haut débit chez la clientèle adulte, pour les usagers COVID-19 positifs ou suspectés, le pneumologue de garde (HDL) ou l'interniste de garde (Beauce-Thetford-Montmagny) doit être appelé pour déterminer la pertinence clinique.
- Pour la clientèle pédiatrique, le pédiatre de garde doit être appelé.

3. Traitement par nébulisation

En contexte de pandémie, les prescripteurs de traitements par nébulisation doivent revoir leur prescription et utiliser une alternative, lorsque disponible. Chez un usager COVID-19 positif ou suspecté, le service de pneumologie recommande d'envisager de suspendre temporairement le traitement par nébulisation. Si le traitement ne peut être suspendu, les directives ci-dessous s'appliquent.

Selon l'INSPQ, les traitements par nébulisation sont associés à un risque non documenté de transmission d'aérosols infectieux².

Au CISSS de Chaudière-Appalaches, notre équipe d'infectiologues a évalué que le risque de transmission infectieuse est extrêmement faible et émet les directives suivantes pour les traitements par nébulisation :

- Usagers avec COVID-19 positifs ou suspectés : protection gouttelettes contact oculaires;
- Usagers asymptomatiques : procédure en vigueur (masque de procédure et protection oculaire).

4. Spirométrie et bilan de base

Les tests de spirométrie et les bilans de base ne sont pas considérés comme des IMGA³.

Le service d'infectiologie et le service de pneumologie émettent les directives suivantes :

- Usagers COVID-19 positifs (rouge) ou suspectés (jaunes) (voir document : [ALG Questionnaire dépistage tél RDV](#)) éviter les tests de spirométrie et bilan de base;
- Usagers asymptomatiques (verts):

² Source : INSPQ. Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspects ou confirmés COVID-19. 22 juin 2020)

³ Source : Service d'infectiologie, CISSS-CA, 17 avril 2020

- Réaliser les tests de spirométrie et bilan de base avec le port du masque de procédure et protection oculaire (comme pour tout contexte de soins à moins de 2m);
- Tel que l'exigent les procédures habituelles, changer le filtre entre chaque usager;
- Par mesure de précaution additionnelle, procéder à la désinfection de la cabine de pléthysmographie avec des lingettes de peroxyde d'hydrogène.

5. Spirométrie à l'urgence

Aucune spirométrie/courbe d'expiration forcée ne sera effectuée par les inhalothérapeutes à l'urgence.

Par contre, il sera possible de mesurer le débit de pointe "Peak Flow" pour les usagers nécessitant une telle mesure. Les appareils seront retraités à la stérilisation après chaque utilisation.

6. Programme national d'assistance ventilatoire à domicile

Par la présente, nous tenons à vous sensibiliser à la situation particulière des usagers faisant partie du **Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD)**.

Cette clientèle inclut des usagers adultes et pédiatriques atteints de maladies neuromusculaires, de cyphoscoliose ou d'autres syndromes respiratoires restrictifs causant une **hypoventilation alvéolaire chronique**. Cette condition chronique nécessite une assistance ventilatoire invasive ou non invasive.

Ces usagers sont à risque de décès pouvant survenir rapidement s'ils n'ont pas accès à leur équipement de type BiPAP **AVEC** fréquence ou à un respirateur.

Dans l'éventualité où un usager du PNAVD se présenterait à l'urgence, nous devons maintenir le traitement d'assistance ventilatoire identique à celle utilisée à domicile. Cette directive s'applique également aux usagers appareillés résidents en CHSLD. Afin de maximiser la disponibilité des équipements ventilatoires, ces usagers ont été avisés d'apporter leur équipement avec eux advenant une visite à l'urgence ou lors d'une hospitalisation.

Vous pouvez contacter l'équipe du PNAVD responsable de cet usager pour obtenir les renseignements sur le diagnostic et sur les paramètres de ventilation. Vous trouverez dans le tableau ci-dessous :

Fiduciaires PNAVD

CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE	Centre universitaire de santé McGill	514 934-1934 poste #32111	Service de garde : 514 946-1081
CLIENTÈLE ADULTE	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec- Université Laval	418 656-8711 poste #4875	Service de garde : 418 656-4875

« signature autorisée »
Marie-Claude Bélanger
Directrice des services multidisciplinaires

« signature autorisée »
Dr Dominique Deschênes
Chef de service de pneumologie

« signature autorisée »
D^{re} Catherine Déry
Chef du département de pédiatrie

« signature autorisée »
D^{re} Guylaine Pruneau
Chef de service de méd. interne de l'hôpital Thetford

« signature autorisée »
D^{re} Julie Grenier
Pneumologue, service de pneumologie Hôtel-Dieu de Lévis

« signature autorisée »
D^{re} Julie Doyon
Interniste, service de méd. interne de l'hôpital St-Georges

« signature autorisée »
D^r Alexis Carrier
Chef de service de méd. interne de l'hôpital de Montmagny

Contenu et diffusion approuvés par : Marco Bélanger