Coronavirus COVID-19

9 avril 2020

En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 au Québec, particulièrement au niveau des cas hospitalisés, il nous apparaît nécessaire de vous transmettre une synthèse des lignes directrices en hospitalisation.

Hospitalisation

1. Consignes générales :

a. En tout temps, se référer au tableau de *Classification des CH par région*[1] afin de connaître les centres hospitaliers (CH) désignés pour chacune des clientèles : adulte, obstétrique, pédiatrie, néonatalogie et psychiatrie (à venir). Les trois classifications de CH sont définies de la manière suivante :

   i. Centre désigné COVID : Centre de prise en charge hospitalière de patients confirmés à la COVID19, tant au niveau local que suite aux transferts d'autres CH.

   ii. Centre sous tension en vue d'être désigné : Prise en charge hospitalière de patients confirmés à la COVID19 au niveau local; ne sont pas ouverts aux transferts d'autres CH.

   iii. CH « froid » : CH conservé pour la prise en charge de patients hospitalisés Non-COVID. Transfère leurs patients positifs vers les centres désignés. En contexte de transmission communautaire, il est nécessaire de désigner des zones tièdes pour les patients suspectés d'avoir contracté la COVID19 en attendant le résultat du test de dépistage.

b. Les centres hospitaliers (CH) non désignés COVID19 doivent reprendre dans leur établissement les patients actuellement hospitalisés en CH spécialisé et désigné selon les indications suivantes :

   i. Les patients asymptomatiques ou COVID19 négatif qui ont congé d'un centre spécialisé doivent être retournés si besoin de poursuivre l'hospitalisation dans leur CH de proximité. Compte tenu d'un contexte de transmission communautaire sur l'ensemble du territoire, aucun test de dépistage ne doit être exigé et une mise en quarantaine (zone tiède) automatique en CH doit être instaurée pour une période de 14 jours.

c. Les patients hospitalisés suspectés d'avoir contracté la COVID-19 doivent demeurer dans leur CH jusqu'à confirmation du résultat positif. Les protocoles de prévention des infections appropriés doivent donc être mis en place.

[1] Voir tableau en pièce jointe.

d. Les transferts de patients adultes devant être hospitalisé d'une salle d'urgence, ou d'un CH non désigné, à un centre désigné sont coordonnés par le COOLSI, tant pour l'hospitalisation générale qu'en soins intensifs.

e. Les transferts de pédiatrie, néonatalogie et obstétrique sont coordonnés par le CCPQ. Les transferts pour des raisons de *soins intensifs maternels* sont orientés à la suite d'une discussion entre le CCPQ et le COOLSI.

f. Les personnes suspectées ou confirmées COVID-19 à la maison et dont l'état se détériore doivent être évaluées pour décision d'hospitalisation dans une clinique désignée d'évaluation (CDE), pendant les heures d'ouverture et si leur état de santé le permet, ou à l'urgence de leur CH le plus près.

g. Une communication avec le CH désigné doit obligatoirement avoir lieu avant tout transfert de personnes COVID19 positif.

h. Les centres désignés ont l'obligation d'accepter le transfert de patients confirmés positifs à la COVID19, et ce, en cohérence avec le décret d'état d'urgence sanitaire.

2. Consignes pour les clientèles ou trajectoires spécifiques :

Obstétrique[2] :

a. Toutes les patientes confirmées à la COVID19 et nécessitant une hospitalisation doivent être transférées en centre désigné pour la prise en charge obstétricale.

b. Lorsqu'une femme enceinte confirmée COVID positive se présente à l'hôpital en travail actif (naissance imminente), procéder à l'accouchement sur place. La décision de transférer dans un centre désigné doit être prise en fonction de l'imminence du congé postnatal.

Santé mentale :

a. Tous les patients COVID-19 confirmés ayant besoin de soins en santé physique doivent être transférés en centre désigné.

b. Unités de psychiatrie : installer des zones chaudes/tièdes et froides dans les unités dédiées. Des mesures de distanciation sociale doivent être établies.

Plus de précisions suivront.

Soins palliatifs[3] ou de confort :

a. Pour les CH désignés :

i. Un usager en soins palliatifs et de fin de vie ayant COVID-19 confirmé : transférer dans une zone chaude du CH;

ii. Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone

[2] Se référer au document « Femmes enceintes et nouveau-nés_Professionnels_COVID-19 », en pièce jointe.
[3] Se référer au document « COVID-19 Directives_SPFV », envoyé le 9 avril de la part de M. Yvan Gendron.

tiède dans la chambre d'usager pendant l'attente du résultat.

b. Pour les CH non désignés :

   i. Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre de l'usager pendant l'attente du résultat;

   ii. Si résultat positif de COVID-19 : appliquer le confinement de zone chaude dans la chambre de l'usager.

c. Si usager en soins palliatifs et de fin de vie (niveau de soins C ou D) ayant COVID-19 négatif ou asymptomatique: l'usager demeure dans l'unité de soins palliatifs du CH.

d. Les patients COVID positifs en soins de confort, défini par une mort attendue à l'intérieur de 48 heures, demeure dans le CH où ils se trouvent, et ce, peu importe s'il est désigné ou non. Les mesures de prévention et contrôle des infections applicables doivent être assurées.

CHSLD :

a. Le niveau de soins doit être établi et consigné au dossier pour toute nouvelle admission et pour un maximum de résidants hébergés au dossier.

b. Des zones froide et chaude doivent être établies, ainsi que tiède lorsque possible.

c. Les résidants ayant des niveaux de soins[4] A et B consignés au dossier doivent être transférés en CH suite à l'évaluation médicale et si leur condition le nécessite. Les transferts de résidents CHSLD vers les CH doivent être évités si les traitements requis peuvent être dispensés en CHSLD.

d. Les résidants ayant des niveaux de soins C et D consignés au dossier doivent demeurer en CHSLD et recevoir toutes les mesures de traitement et confort requis.

e. Tout résidant doit être évalué par un MD avant le transfert vers le CH.

f. Les résidents confirmés positifs à la COVID19 doivent évidemment être transférés en centre désigné, le cas échéant.

Centre de réadaptation :

a. Les patients COVID positifs nécessitant une admission en centre de réadaptation doivent être transférés dans un centre de réadaptation désigné[5] le plus près (à compter du 14 avril 2020).

b. Il est attendu que toutes les URFI en DP, les URFI en SP et les unités de réadaptation modérée établissent des zones chaudes et froides. Les zones chaudes permettent d'accueillir, dans l'attente de leur transfert en milieu de réadaptation désigné, les personnes développant des symptômes ou devenant confirmées à la COVID-19 en cours d'épisode de réadaptation.

[4] Voir Notes explicatives des niveaux de soins en annexe (INESSS, 2016).

[5] Voir tableau en pièce jointe.

ANNEXES

Notes explicatives

- **Ce formulaire n'est pas un substitut au consentement aux soins qui doit toujours être obtenu *(sauf dans les circonstances exceptionnelles d'urgence).***
- **Ce formulaire doit être signé par un médecin.**

Description des niveaux de soins
La discussion sur les niveaux de soins est engagée avec l'usager ou, en cas d'inaptitude, avec son représentant dans un esprit de décision partagée sur des soins médicalement appropriés. Les explications et exemples fournis dans les descriptions suivantes ne présument pas de l'état d'aptitude de l'usager ni de son lieu de soins habituel.

Objectif A **Prolonger la vie par tous les soins nécessaires**	• Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert[1] si l'intervention n'est pas disponible sur place. • Toute intervention invasive peut être envisagée, y compris, par exemple, l'intubation et les soins intensifs. ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'intubation, l'assistance ventilatoire[2] et l'assistance respiratoire[3] sont incluses lorsqu'appropriées.
Objectif B **Prolonger la vie par des soins limités**	• Les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie. • Les interventions peuvent entraîner un inconfort qui est jugé acceptable par l'usager ou par son représentant dans le seul intérêt de l'usager, en fonction des circonstances et des résultats attendus. • Certains soins sont exclus, car jugés disproportionnés[4] ou inacceptables[4] par l'usager ou son représentant dans le seul intérêt de l'usager, compte tenu du potentiel de récupération et des conséquences indésirables *(par exemple : intubation à court ou à long terme, chirurgie majeure, transfert).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance ventilatoire[2] et l'assistance respiratoire[3] sont incluses; l'intubation est incluse sauf si non désirée sur le formulaire (cochée dans l'encadré soins préhospitaliers).
Objectif C **Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie**	• Les soins visent en priorité le confort de l'usager par la gestion des symptômes. • Des interventions susceptibles de prolonger la vie sont déployées au besoin pour corriger des problèmes de santé réversibles, par des soins jugés acceptables par l'usager ou par son représentant dans le seul intérêt de l'usager *(par exemple : antibiotiques par voie orale ou intraveineuse pour traiter une pneumonie).* • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort *(par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance respiratoire[3] est incluse; l'intubation et l'assistance ventilatoire[2] sont incluses sauf si non désirées sur le formulaire (cochées dans encadré soins préhospitaliers).
Objectif D **Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie**	• Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes *(par exemple : douleur, dyspnée, constipation, anxiété, etc.).* • Les interventions ne visent aucunement à prolonger la vie; la maladie est laissée à son cours naturel. • Un traitement habituellement donné à des fins curatives peut être utilisé, mais uniquement parce qu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort *(par exemple : antibiotiques par voie orale en cas d'une infection urinaire basse ou à C. difficile).* • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort *(par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, les protocoles d'oxygénation, de salbutamol, de nitroglycérine (douleur thoracique) et de glucagon sont applicables. En contexte de détresse respiratoire de l'usager conscient, l'assistance respiratoire[3] (CPAP) peut être utilisée si non refusée. L'intubation et l'assistance ventilatoire[2] sont exclues. Chez l'usager vivant, les manœuvres de désobstruction des voies respiratoires (DVR) peuvent être effectuées.

Réanimation cardiorespiratoire (RCR)
La RCR fait partie de la même discussion que celle des niveaux de soins. La décision est précisée de façon distincte afin de permettre une décision rapide dans le cas d'un arrêt cardiorespiratoire. La décision concernant la RCR n'est applicable que dans le cas d'un arrêt cardiaque avec arrêt de la circulation. Dans le cas où une tentative de RCR est souhaitée, les mesures disponibles sur place seront entreprises dans l'attente des services d'urgence, selon le cas.

[1] Le terme « **transfert** » implique le déplacement de l'usager vers un lieu de soins différent de celui où il se trouve (départ du domicile, inter-établissement ou intra-établissement, etc.). Si un transfert n'est pas considéré, il faut passer à un objectif autre que A.
[2] **L'assistance ventilatoire** se fait par des techniques non invasives (type ballon-masque, Oxylator) chez l'usager inconscient.
[3] **L'assistance respiratoire** se fait par des techniques non invasives (CPAP) chez l'usager conscient.
[4] Le sens des termes « **disproportionné** » et « **inacceptable** » est basé sur des perceptions subjectives et des valeurs qui varient entre les personnes et dans le temps. Les termes utilisés par l'usager ou son représentant sont importants à consigner dans l'encadré prévu à cette fin.