Coronavirus COVID-19

2020-03-25
Mise à jour : 2020-04-11

En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 dans le monde et de l'augmentation des cas d'infection au Québec, nous souhaitons vous transmettre une mise à jour des informations et des consignes pour les CHSLD.

CONSIGNES POUR LES CHSLD

1. Assurez-vous de mettre en place les consignes suivantes :

- Interdire les visites régulières dans tous les CHSLD du Québec, sauf pour des raisons humanitaires, comme en situation de fin de vie. (Arrêté ministériel 2020-009). Dans le cas de la fin de vie imminente, souvent annoncée dans les derniers jours par des signes non spécifiques telles l'agitation, la somnolence, l'angoisse, les modifications de la peau et aussi par l'apparition de signes de détresse respiratoire, les directives suivantes sont à appliquer :
    - Autoriser une personne à la fois avec la présence maximale de 3 personnes à tour de rôle par période de 24 heures en favorisant les personnes significatives identifiées par l'usager. Il en est de même pour les situations où l'usager reçoit une sédation palliative en continue ou l'aide médicale à mourir.
    - Effectuer un triage des visiteurs afin de s'assurer qu'aucun ne présente de symptômes d'infection respiratoire. Aucun visiteur symptomatique n'est admis dans les milieux de vie.
    - Les visiteurs asymptomatiques doivent porter un masque de procédure en tout temps pendant la visite.
    - Un accompagnement individualisé des visiteurs doit être fait afin de s'assurer qu'ils respectent les mesures de prévention et de contrôle des infections. De plus, ces personnes ne doivent pas être autorisées à circuler dans le milieu de soins à d'autres endroits que ceux où se trouve leur proche qui est en fin de vie.
    - Utiliser les moyens technologiques afin de maintenir le contact entre l'usager et ses proches pour la période précédant la fin de vie.

- Interdire les sorties à l'extérieur du CHSLD des résidents; incluant les visites dans leurs familles compte tenu du risque que le résident rapporte le virus à l'intérieur du CHSLD à son retour (Arrêté ministériel 2020-009).

- Éviter toutes les activités en groupe qui ne sont pas absolument nécessaires. Respecter une distance de 2 mètres entre les résidents lors des activités essentielles. Les résidents qui sont symptomatiques ne peuvent pas y participer.

- Mettre en place des moyens de communication permettant le maintien du lien entre les proches et les résidents dans le contexte d'interdiction des visites régulières, par exemple l'accès aux appels téléphoniques et outils technologiques de communication.

- Identifier des personnes dont la fonction est de contacter les familles ou les proches pour les informer de l'état de santé et de bien-être du résident sur une base régulière.

- Limiter le nombre de personnes différentes qui interviennent auprès d'un même résident.

2. Assurez-vous du respect des mesures de prévention et de contrôle des infections suivantes :

a) Présence de stations d'hygiène et d'affiches sur la technique de l'hygiène des mains à l'entrée de l'établissement, à l'entrée des unités ainsi que dans les salles communes, par exemple, les salles à manger, les salles d'activités,etc. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-207-03F.pdf

b) Respect par l'ensemble des personnes présentes dans le CHSLD des pratiques de base en prévention et contrôle des infections, notamment :

- se laver les mains souvent à l'eau tiède courante et au savon pendant au moins 20 secondes ou utiliser une solution hydroalcoolique;
- se couvrir la bouche et le nez avec le bras afin de réduire la propagation des germes si vous toussez ou éternuez;
- si vous utilisez un mouchoir en papier, le jeter dès que possible et se laver les mains par la suite;
- éviter le contact direct pour les salutations, comme les poignées de main, et privilégier l'usage de pratiques alternatives.

c) Port du masque de procédure pour tous les travailleurs de la santé qui se trouvent à moins de 2 mètres d'un résident ou d'un collègue de travail.**https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19.**

Protection gouttelettes-contact requise en présence de résidents suspectés, en investigation ou atteint de la COVID-19.

d) Assurer le soutien des équipes en prévention et contrôle des infections dans chacun des CHSLD qui a un ou des cas suspectés, en investigation ou confirmés.

e) Réaliser une vigie de l'état de santé des employés avant chaque quart de travail (par exemple, par l'instauration d'une grille de surveillance des symptômes).

f) Prendre les moyens nécessaires afin de s'assurer que les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées en tout temps par toutes les personnes présentes dans le milieu de vie.

g) Dispensation, dans les meilleurs délais, de la formation à l'ensemble du personnel concerné sur les mesures de la prévention des infections, notamment :

- Sur l'hygiène des mains : https://fcp.rtss.qc.ca/local/html-courses/hygiene/story.html

- Sur l'utilisation de l'équipement de protection individuelle : https://vimeo.com/399025696

3. Personnel et travailleurs embauchés par les résidents

Suivre les recommandations produites par l'INSPQ sur :

- L'isolement et la levée de l'isolement des travailleurs de la santé en lien avec la COVID-19 : **https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19 .**
- L'évaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé : **https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-evaluation-risque-travailleurs-covid19.**

4. Alimentation :

a. Favoriser la prise des repas à la chambre, au plateau, pour les résidents qui sont autonomes pour s'alimenter. S'assurer de leur offrir la préparation du plateau au moment du service (ouvrir les contenants, couper la nourriture, etc.) et assigner une personne dédiée à la surveillance et à la réponse aux besoins de l'ensemble des résidents qui mangent à la chambre (ex. : si un résident échappe son ustensile, a besoin de condiments, etc.).

b. Privilégier pour la prise du repas en salle à manger, les résidents qui ont besoin d'aide à l'alimentation, ceux qui sont dysphagiques et ceux qui ont besoin d'une surveillance étroite ou de stimulation pour s'alimenter. À la salle à manger, favoriser la distanciation sociale et limiter l'occupation de

la salle à manger au maximum à 50 % de sa capacité. Si nécessaire, faire plus d'un groupe pour les repas, selon votre organisation de l'activité repas.

5. Animation et support dans le milieu de vie :

a. Intégrer, aux équipes régulières du CHSLD, dans la mesure du possible, des personnes supplémentaires qui sont en mesure d'offrir du support aux équipes en place, d'assurer une surveillance des résidents ou de leur consacrer du temps pour les divertir. Il peut s'agir de personnes retraitées du réseau ou de personnes qui ne sont pas des employés du réseau, mais qui ont les qualifications requises pour faire les tâches qui leur sont assignées. Se référer au mécanisme mis en place au sein de votre établissement à ce sujet.

b. Cesser le lavage des vêtements par les familles des résidents et le prendre en charge au niveau du CHSLD, pendant le temps de la pandémie de la COVID-19.

c. Interdire la livraison de nourriture en provenance de l'extérieur (livraison d'un restaurant, plats apportés par les familles), afin de limiter la possibilité d'introduire le virus du COVID-19 dans le CHSLD.

d. Toutefois, si certains biens, non offerts au sein du CHSLD, étaient requis par des résidents, mettre en place un mécanisme sécuritaire pour leur livraison.

6. Admission en CHSLD (changement de place dans le document)

A. En raison de la pandémie de COVID-19, le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) orientera les personnes ayant besoin d'un hébergement en CHSLD ou en RI, vers la ressource d'hébergement ayant les délais d'accès les plus courts, ceci afin de permettre une admission rapide, que ce soit à partir d'un centre hospitalier ou d'un centre de réadaptation. L'orientation de la personne se fera toujours en fonction de l'évaluation de son état global, en déterminant le milieu de vie substitut pouvant le mieux répondre aux besoins de la personne selon son profil d'autonomie. De plus, **il n'est pas permis d'admettre une personne suspectée ou confirmée atteinte du coronavirus dans un CHSLD qui n'a pas déjà des cas de COVID.** L'orientation se fera selon la séquence suivante :

1. Milieu pouvant répondre aux besoins spécifiques de la personne.
2. Disponibilité d'une place d'hébergement.
3. Présence ou non de cas de la COVID-19 dans le CHSLD.
4. Lorsque possible, choix de l'installation exprimé par la personne.

Rappelons également que les milieux d'hébergement sont soumis à la décision du MAH pour les résidents qui y sont orientés. Le milieu retenu doit procéder à l'hébergement de manière à favoriser la sécurité du résident sur les unités. Si le milieu d'hébergement retenu pendant la pandémie n'était pas le milieu souhaité par le résident, un mécanisme doit être prévu pour offrir au résident un transfert vers le milieu souhaité une fois la situation de pandémie terminée.

B. Prendre note qu'en date du 11 avril 2020, il est demandé de cesser jusqu'à nouvel ordre les nouvelles admissions en CHSLD d'usagers en

niveau de soins alternatifs ou d'une unité de réadaptation en provenance des centres hospitaliers.

C. Pour les admissions en CHSLD en provenance du domicile, d'une RPA, d'une RI-RTF ou d'une unité de réadaptation hors centre hospitalier, **il est requis de réaliser un test de dépistage préalable à l'admission.** Si le résultat du test est positif, la personne ne peut pas être dirigée vers un CHSLD qui n'a pas de cas de COVID-19.

- **Si la personne a un résultat négatif à la COVID-19 et n'a aucun symptôme,** il est possible de faire une admission dans un CHSLD qui n'aurait pas de cas de COVID. Toutefois, compte tenu que le résident pourrait tout de même développer des symptômes dans les jours suivants, un isolement préventif à la chambre est requis pendant 14 jours. Si au cours de la période de confinement le résident est de nouveau exposé au virus, la période de confinement doit repartir au temps zéro.
- Appliquer les mesures de cas suspecté, en investigation ou confirmé du document produit par l'Institut national de santé publique du Québec *COVID-19 Mesures pour la gestion de cas et des contacts dans les CHSLD : recommandations intérimaires* disponible sur leur site web.
- ÉPI : masque de procédure, blouse à manches longues, gants, protection oculaire.
- **Si la personne a un résultat négatif à la COVID-19 mais qu'elle présente tout de même des symptômes,** admettre dans un CHSLD où il y a déjà des cas de la COVID. L'isolement à la chambre avec port d'ÉPI durant 14 jours est requis tel que mentionné ci-haut.

7. Directives en présence de cas suspectés, en investigation ou confirmés de COVID-19 de résidents en CHSLD :

a) Création de deux zones dans les CHSLD (annexe 3) :

i. Zone froide : clientèle sans COVID-19

ii. Zone chaude : pour les cas COVID-19 suspects, en investigation ou confirmés.

b) De façon générale, la création d'une zone chaude se fait par le biais d'un **regroupement (cohorte) de résidents atteints de la COVID-19 dans un endroit dédié dans le CHSLD**. Si vous ne pouvez dédier tout un étage ou toute une unité à une zone chaude, vous devez placer une barrière physique délimitant la zone chaude et maintenir une séparation spatiale d'au moins 2 mètres entre les résidents.

c) Toutefois, **dans certaines circonstances**, comme par exemple, en présence d'un environnement peu favorable à la création d'un regroupement de résidents, lorsqu'il y a peu de résidents atteints ou pendant la période d'attente des résultats d'un test de dépistage, et à la suite d'une évaluation des risques et des

bénéfices par l'équipe d'expert en prévention et contrôle des infections de l'établissement, **la zone chaude pourrait être la chambre du résident** suspecté, en investigation ou confirmé pour la COVID-19 avec port des équipements de protection (blouse, gants, masque de procédure et protection oculaire). La zone froide serait alors les chambres des autres résidents qui n'ont pas la COVID-19 avec port du masque de procédure si à moins de 2 mètres.

Dans les chambres considérées comme des zones chaudes :

i. Maintenir le résident dans sa chambre individuelle avec salle de toilette dédiée. Dans le respect des bonnes pratiques en la matière, considérer lorsque requis, la mise en place de mesures alternatives afin d'éviter que le résident sorte de sa chambre et contamine l'environnement extérieur à sa chambre.

ii. Si le résident est en chambre double, s'assurer de la présence d'une barrière physique avec l'autre résident et du respect de cette barrière entre les résidents. Si ce n'est pas possible, considérer le transfert en chambre individuelle ou en zone chaude.

d) Dans les zones chaudes (cohorte dans zone dédiée du CHSLD ou chambre du résident), avoir une équipe dédiée et formée aux meilleures pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections, pour travailler de façon exclusive, dans la mesure du possible, auprès des résidents.

e) Rehaussement du nombre de personnel en place lorsqu'une unité est touchée par la COVID-19 selon la situation et les besoins.

f) Augmentation de la fréquence des mesures d'hygiène et salubrité dans un CHSLD touché par la COVID-19.

g) Présence de personnel désigné disponible pour favoriser l'hygiène des mains chez les résidents et procéder à la désinfection des surfaces touchées par les usagers dans les CHSLD touchés par la COVID-19.

h) Dans le cas où un résident atteint par la COVID-19 serait temporairement transféré dans une chambre se trouvant en zone chaude, ses meubles et ses biens non essentiels à la vie quotidienne doivent demeurer dans la chambre pour éviter la contamination de l'environnement causé par leur déplacement dans le CHSLD. Une désinfection de la chambre doit être faite s'il est requis de la rendre disponible temporairement pour un autre résident.

i) Si vous ne pouvez dédier tout un étage ou toute une unité à une zone chaude, vous devez placer une barrière physique délimitant la zone chaude et maintenir une séparation spatiale d'au moins 2 mètres entre les résidents.

j) À noter que pour les CHSLD, dont le nombre de places est trop petit pour favoriser une zone chaude sécuritaire des personnes atteintes (ex. : moins de 25 places), vous devrez considérer l'ensemble du CHSLD en zone chaude.

k) Appliquer les mesures de cas suspecté, en investigation ou confirmé du document produit par l'Institut national de santé publique du Québec: *COVID-19 Mesures pour la gestion de cas et des contacts dans les CHSLD : recommandations intérimaires* disponible sur leur site Web.

En prévision :

a. Déterminer les niveaux de soins pour tous les résidents (annexe 1a et b);

b. Prendre connaissance des conditions de transfert vers un centre hospitalier (annexe 1 c);

c. Surveiller les signes et symptômes et particularités chez la personne âgée (annexes 6 et 7).

En présence d'un cas suspecté, en investigation ou confirmé :

- Dès l'apparition de signes et symptômes (toux, fièvre, difficulté respiratoire, perte soudaine de goût ou d'odorat sans congestion nasale), le résident est considéré comme un cas suspecté, en investigation ou confirmé de COVID 19 : le transférer en zone chaude dans un endroit dédié du CHSLD ou le garder en zone chaude, à sa chambre, selon l'évaluation de la situation par l'équipe en prévention et contrôle des infections. Évitez de placer les patients sous investigation dans la même chambre que les patients confirmés avec COVID.

  a. Appliquer les mesures de cas suspecté, en investigation ou confirmé dans le document produit par l'Institut national de santé publique du Québec *COVID-19 Mesures pour la gestion de cas et des contacts dans les CHSLD : recommandations intérimaires* disponible sur leur site web.

  b. Dans la zone chaude (cohorte dans zone dédiée du CHSLD ou chambre du résident), les employés porteront un masque de procédure à l'exception des interventions médicales générant des aérosols (IMGA) qui requièrent le port d'un masque N95. Référer aux directives de l'INSPQ à cet effet.

  c. Privilégier une équipe dédiée auprès des résidents qui sont dans la zone chaude du CHSLD ainsi que pour les résidents suspectés, en investigation ou atteints de la COVID-19 qui sont confinés à leur chambre.

     - Former les intervenants sur l'utilisation sécuritaire des équipements de protection individuelle;
     - Ajuster les effectifs infirmiers en fonction des besoins de la clientèle.
     - Éviter que le personnel se promène d'une unité a l'autre ou d'une installation à l'autre

  d. Suivre, ~~lorsque possible, notamment~~ dans les zones chaudes (cohorte dans zone dédiée du CHSLD ou chambre du résident) ~~dédiées dans le CHSLD~~, les mesures pour les équipements de protection individuelle (ÉPI) en contexte de pénurie appréhendée ou réelle (source : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2957-mesures-exceptionnelles-equipements-protection-individuelle-covid19.pdf .

     Particularité pour les résidents atteints regroupés physiquement dans une zone chaude dédiée du CHSLD

     - Porter la blouse jetable ou réutilisable pour une période prolongée (sans la retirer) pour les soins de plusieurs usagers qui sont en précautions additionnelles pour la COVID-19. Si visiblement souillée ou endommagée, jeter (si jetable) ou déposer dans le panier de lingerie souillée (si réutilisable).

- Porter le masque pour une période prolongée (sans le retirer) pour les soins de plusieurs usagers à l'intérieur d'une cohorte/unité. Jeter si visiblement souillé, endommagé ou respiration difficile.
- Porter la protection oculaire pour une période prolongée (sans la retirer) pour les soins de plusieurs usagers à l'intérieur d'une cohorte/unité. Jeter si visiblement souillé, endommagé ou difficulté à voir
- Aucune réutilisation des gants n'est recommandée.

e. Pour l'ensemble des résidents (atteints ou non atteints), assurer quotidiennement une surveillance des signes et symptômes typiques et atypiques de la personne âgée (annexes 6 et 7);

8. Transition

Pendant la période de la pandémie de COVID-19, il n'est pas possible de transférer un résident se trouvant dans un CHSLD de transition vers le CHSLD de son choix. Le mécanisme de transfert prévu pour offrir au résident un transfert vers le milieu souhaité reprendra une fois la situation de pandémie terminée.

9. Dépistage COVID-19

Effectuer un test de dépistage de la COVID-19 pour les résidents et le personnel d'un CHSLD selon les directives ministérielles. Se référer au mécanisme et à la priorisation opérationnelle en vigueur. De plus, l'amorce des tests doit être discutée préalablement avec les directeurs de santé publique.

10. Références utiles

Site Web de Québec.ca :
https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/#c46383
Site Web du ministère de la santé et des Services sociaux :
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/

ANNEXES

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Niveau de soins en CHSLD 10
ANNEXE 3 : Consignes différentes zones.....14
ANNEXE 1 : Symptômes typiques COVID-19…….. 15
ANNEXE 7 : Évaluation clinique de l'infirmière.....15
ANNEXE 8 : Documents utiles pour l'orientation de nouveau membre de personnel soignant en CHSLD...21

Note : Les annexes 2, 4 et 5 sont retirées de cette version car elles n'étaient plus requises compte tenu de l'évolution des consignes.

NIVEAU DE SOINS EN CHSLD

A- Documentation des niveaux de soins dans les dossiers

1- Vérification de la présence des volontés des résidents dans les dossiers médicaux en ce qui concerne le niveau de soins et la réanimation cardiorespiratoire. L'expression de la volonté peut se faire sous différentes formes :

   a. Directive médicale anticipée (DMA);
   b. Mandat en cas d'inaptitude;
   c. Formulaire de « Niveau de soins et réanimation cardiorespiratoire » (en annexe);
   d. Volonté exprimée verbalement et consignée au dossier.

2- Détermination des niveaux de soins pour les résidents qui n'en aucune volonté exprimée au dossier (Utiliser la DMA si présence au dossier);
   a. En l'absence de volontés exprimées au dossier, on utilisera le formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » (en annexe).

3- Révision des niveaux de soins des résidents lorsque:
   a. Ceux-ci ont été établi il y a plus d'un an;
   b. Il y a eu une détérioration dans la condition de santé des résidents depuis l'établissement des niveaux de soins.

B- Déterminer le niveau de soins

- Toutes les infirmières qui travaillent actuellement en CHSLD peuvent initier le dialogue concernant la détermination ou la mise à jour des niveaux de soins exigés pour chacun des résidents en CHSLD;
- Ces discussions doivent se finaliser avec le résident ou ses proches, en tenant compte de l'aptitude du résident, en présence du médecin, afin de conclure le niveau de soins. Le formulaire de niveau de soins est signé par le médecin;
- Elle peut se faire en téléconsultation ou en consultation téléphonique avec le médecin en présence d'un professionnel de la santé;
- Les infirmières retraitées peuvent venir soutenir la démarche;
- Vous trouverez en annexe l'aide-mémoire de l'INESSS pour la déclaration des volontés.

Pour un résident APTE

1. Décision partagée entre un médecin et le résident;
2. Médecin explique au résident les niveaux de soins et de la réanimation cardiorespiratoire;

3. Médecin complète et signe le formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » selon l'expression de la volonté du résident (annexe);
4. Dépôt du formulaire au dossier du résident;
5. Le résident informe ses proches de ses volontés.

Pour un résident INAPTE

1. Décision partagée entre un médecin et le représentant du résident;
2. Médecin explique au représentant légal les niveaux de soins et de la réanimation cardiorespiratoire;
3. Médecin complète et signe le formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » selon l'expression de la volonté du résident exprimé par le représentant;
4. Dépôt du formulaire au dossier du résident.

En contexte de détérioration d'une condition de santé

1. Prendre connaissance de la volonté exprimée au dossier;
2. Communiquer avec le représentant pour l'informer de la détérioration de la condition de santé du résident;
3. Validation des volontés exprimées auprès du représentant;
4. Dans le cas où le représentant exprime une volonté différente de celle documentée au dossier, cette dernière doit être celle retenue.

C- Contexte de transfert en CH des résidents

TOUT RÉSIDENT DOIT ÊTRE ÉVALUÉ <u>OBLIGATOIREMENT</u> PAR UN MÉDECIN AVANT UN TRANSFERT DANS UN CENTRE HOSPITALIER

Niveau de soins A : Prolonger la vie par tous les soins

<u>Transfert en milieu hospitalier si :</u>

- Besoin d'interventions médicales spécialisées ou invasives tel qu'une intubation, assistance ventilatoire
- Besoin de soins intensifs

Niveau de soins B : Prolonger la vie par des soins limités

<u>Transfert en milieu hospitalier si :</u>

- Besoin d'assistance ventilatoire
- Besoin d'une intubation (à moins d'avis contraire sur le formulaire)

<u>Pas de transfert en CH si :</u>

- Les soins requis sont jugés disproportionnés par le résident ou ses proches en raison des conséquences possibles et du potentiel de récupération.
- Appliquer les soins en CHSLD tel que décrit dans les niveaux de
- soins C et D.

Niveau de soins C et D

Soins en CHSLD

- Soins visant la gestion des symptômes (douleur, dyspnée, hyperthermie, hyper ou hypoglycémie, anxiété);
- Application du protocole de détresse respiratoire et soins palliatifs;
- Assistance respiratoire (oxygénothérapie);
- Antibiothérapie;
- Thérapie intraveineuse.

Référence :https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/consulter-une-publication/publication/les-niveaux-de-soins.html

CONSIGNES POUR LES DIFFÉRENTES ZONES

CHSLD

- ✓ **Zone froide :** clientèle sans COVID-19
- ✓ **Zone chaude (cohorte et à la chambre) :** pour les COVID-19 suspects, en investigation ou confirmés

Pour la zone froide

Port du masque de procédure pour le personnel qui est en présence de résidents ou de collègues à une distance de moins de 2 mètres.

Pour les résidents nouvellement admis et en confinement préventif de 14 jours:

- ✓ Précautions additionnelles gouttelettes-contact (blouses à manches longues, gants non stériles et masque de procédure) avec protection oculaire.
- ✓ Ne pas mettre dans une même chambre un résident suspecté, ou en investigation, avec un résident confirmé

Pour la zone chaude (zone dédiée dans le CHSLD ou à la chambre) : personne sous investigation, suspectée ou confirmée

- ✓ Précautions additionnelles gouttelettes-contact (blouses à manches longues, gants non stériles et masque de procédure) avec protection oculaire.
- ✓ Ne pas mettre dans une même chambre un résident suspecté, ou en investigation, avec un résident confirmé.

Se référer au document *Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour*

Affichage dans toutes les zones

- ✓ Renforcement de l'affichage aux entrées des zones
- ✓ Promouvoir le lavage des mains
- ✓ Promouvoir l'hygiène et l'étiquette respiratoire : se référer au document *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoire* disponible au : **https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2439_prevention_controle_infections_hygiene_respiratoire.pdf**

Recommandations pour les visiteurs dans toutes les zones

Toutes les visites sont interdites sauf celles pour des raisons humanitaires :

- ✓ Limiter le nombre de visiteurs au strict minimum
- ✓ Aide par le personnel pour l'utilisation de l'équipement de protection

Recommandations pour le personnel dans les zones chaudes CHSLD

- ✓ Constituer des équipes dédiées aux soins des personnes avec COVID-19
- ✓ S'assurer que l'utilisation du matériel de protection par le personnel est optimale
- ✓ Éviter que le personnel se promène d'une unité a l'autre ou d'une installation à l'autre
- ✓ Assurer quotidiennement une surveillance des signes et symptômes cliniques de la COVID-19
- ✓ Ajustement des effectifs selon les besoins

POUR LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

OBSERVATIONS ET CHANGEMENTS CHEZ LES RÉSIDENTS
À RAPPORTER AUX INFIRMIÈRES ET AUX INFIRMIÈRES AUXILIAIRES

SYMPTÔMES TYPIQUES DE LA COVID-19

- Signes et symptômes les plus fréquents
  - ✓ Fièvre
  - ✓ Toux sèche
- Autres symptômes possibles
  - ✓ Essoufflement
  - ✓ Production de crachats
  - ✓ Fatigue
  - ✓ Perte d'odorat
  - ✓ Perte du goût

SYMPTÔMES ATYPIQUES GÉRIATRIQUES POSSIBLES

- Changement soudain de l'état mental
  - ✓ Plus confus
  - ✓ Plus somnolent
  - ✓ « On ne le reconnaît plus »
  - ✓ Ne sait plus comment utiliser ses affaires
- Perte d'autonomie
  - ✓ Chute
  - ✓ Incontinence nouvelle
  - ✓ N'est plus capable de participer aux soins comme avant
- Changement de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement existant)
  - ✓ Agité
  - ✓ Pas comme d'habitude
  - ✓ Agressivité/irritabilité
  - ✓ Perte d'appétit
  - ✓ Perturbation du sommeil

ÉVALUATION CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE

Signes et symptômes associés à la COVID-19

Les plus fréquents

- Fièvre
- Toux sèche

Autres symptômes

- Essoufflement
- Production d'expectoration
- Fatigue
- Perte d'odorat
- Perte du goût

Symptômes moins fréquents

- Maux de gorge
- Maux de tête
- Myalgie/arthralgie
- Nausées ou vomissement
- Congestion nasale
- Diarrhée
- Hémoptysie
- Conjonctivite

Anamnèse

Malaise dominant	
P : Provoqué-Pallié (facteurs aggravants, facteurs d'améliorations)	
Q : Qualité-Quantité (description/intensité/impact sur l'autonomie	
R : Région-irradiation	
S : Signes et symptômes associés	
T : Temps-durée-intermittence	
U : *Understand* signification pour la personne	

Examen physique

Inspection

Évaluation de l'état mental

- Capacité d'attention
  - ❑ Attentif ❑ Non attentif
- État de conscience :
  - ❑ Hyperalerte
  - ❑ Alerte
  - ❑ Léthargique (verbal)
  - ❑ Stuporeux (physique)
  - ❑ Comateux

Signes gériatriques atypiques *

- Perte brusque d'autonomie (< 1 sem) :
  ❑ Oui ❑ Non
- Changement brusque de l'état mental (< 1 sem) :
  ❑ Oui ❑ Non
- Changement brusque de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement) (< 1 sem) :
  ❑ Oui ❑ Non

***Si un oui à l'une de ces questions :** éliminer une condition de santé aiguë. Si aucune cause aiguë identifiée, considérer la personne comme étant un cas suspecté et transférer dans la zone de chaude.

Signes vitaux :

❑ Pouls : _____/min ❑ T.A : _____/ _____

❑T° : _____ C° (fièvre si T° buccale ou rectal ≥ 37,8 °C ou si augmentation de 1,1 °C par rapport à la T° normale habituelle)

Respiration :

- Fréquence : _____/min (si ≥ 25/min ≈ signes d'infection)
- Type : ❑ Thoracique ❑ Abdominale
- Amplitude : ❑ Normal ❑ Profonde ❑ Superficielle
- Rythme : ❑ Régulier ❑ Irrégulier

Auscultation

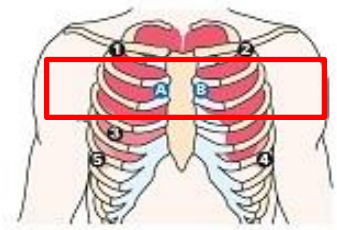
Face antérieure

Présence d'un bruit anormal : ❑ Oui ❑ Non

Nommer si possible :

❑ Sibilant ❑ Ronchis

❑ Bronche droite (A) ❑ Bronche gauche (B)



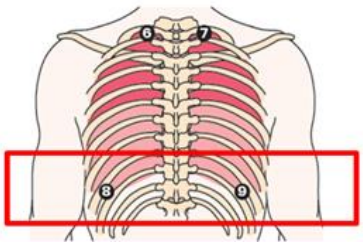
Face postérieure

Présence d'un bruit anormal : ❑ Oui ❑ Non

Nommer si possible :

❑ Sibilant ❑ Crépitants

❑ Lobe inférieur droit (8) ❑ Lobe inférieur gauche (9)



Prise de décision infirmière

- Médecin avisé : ❑ Oui
- Transfert dans la zone chaude (chambre individuelle avec salle de toilette dédiée, porte fermée. Si pas de chambre individuelle : maintenir une distance d'au moins 2 mètres ou mettre une barrière physique entre les résidents) : ❑ Oui ❑ Non

- PTI à jour : ❑ Oui ❑ Non
- Dépistage **:** Les résidents des CHSLD présentant des symptômes compatibles avec une infection à COVID-19 ou en présence d'une éclosion potentielle d'infection respiratoire (au moins 2 cas) ou lors d'un décès inattendu avec une cause respiratoire infectieuse suspectée.

Suivi clinique infirmier

- **Surveillance clinique de la condition de santé selon les risques identifiés**

- **Surveillance clinique des signes de délirium :**
  1- Début soudain et fluctuation des symptômes ❑ Oui ❑ Non
  (évidence du changement par rapport à l'état habituel)

  2- Inattention ❑ Oui ❑ Non
  (incapacité à suivre une conversation, à soutenir son regard, ne peut dire les jours de la semaine ou le mot monde à l'envers)

  3- Désorganisation de la pensée ❑ Oui ❑ Non
  (propos incohérent, conversation décousue, passe d'un sujet à l'autre de façon imprévisible)

  4- Altération de l'état de conscience ❑ Oui ❑ Non
  (hyperalerte, léthargique, stuporeux, comateux)

  Si présence des critères 1 ET 2 avec 3 OU 4 = Urgence médicale

- **Surveillance des signes de déshydratation**
  Le résident a-t-il bu entre les repas dans le dernier 24 heures : ❑ Oui ❑ Non
  Langue humide : ❑ Oui ❑ Non
  Filet de salive sous la langue : ❑ Oui ❑ Non
  Aisselle sèche : ❑ Oui ❑ Non
  Test pli cutané (sternal, frontal ou sous-claviculaire) : ❑ Normal ❑ Anormal

- **Surveillance dénutrition**
  Prise alimentaire (plat principal) diminuée de 75 % au cours des 7 derniers jours :
  ❑ Oui ❑ Non
  Perte de poids involontaire (2 % en 1 semaine, 5 % en 1 mois, 7,5 % en 3 mois) :
  ❑ Oui ❑ Non
  IMC plus petit que 21 : ❑ Oui ❑ Non

- **Surveillance des signes de détresse psychologique :**
  Pleurs ❑ Oui ❑ Non Anxiété ❑ Oui ❑ Non
  Agitation ❑ Oui ❑ Non Insomnie/hypersomnie❑ Oui ❑ Non

- **Prévention des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)**
  — S'assurer de l'application des approches de base (communication, validation, diversion, recadrage, stratégie décisionnelle, gestion du refus)
  — Si persiste malgré une approche adéquate : Identification des causes

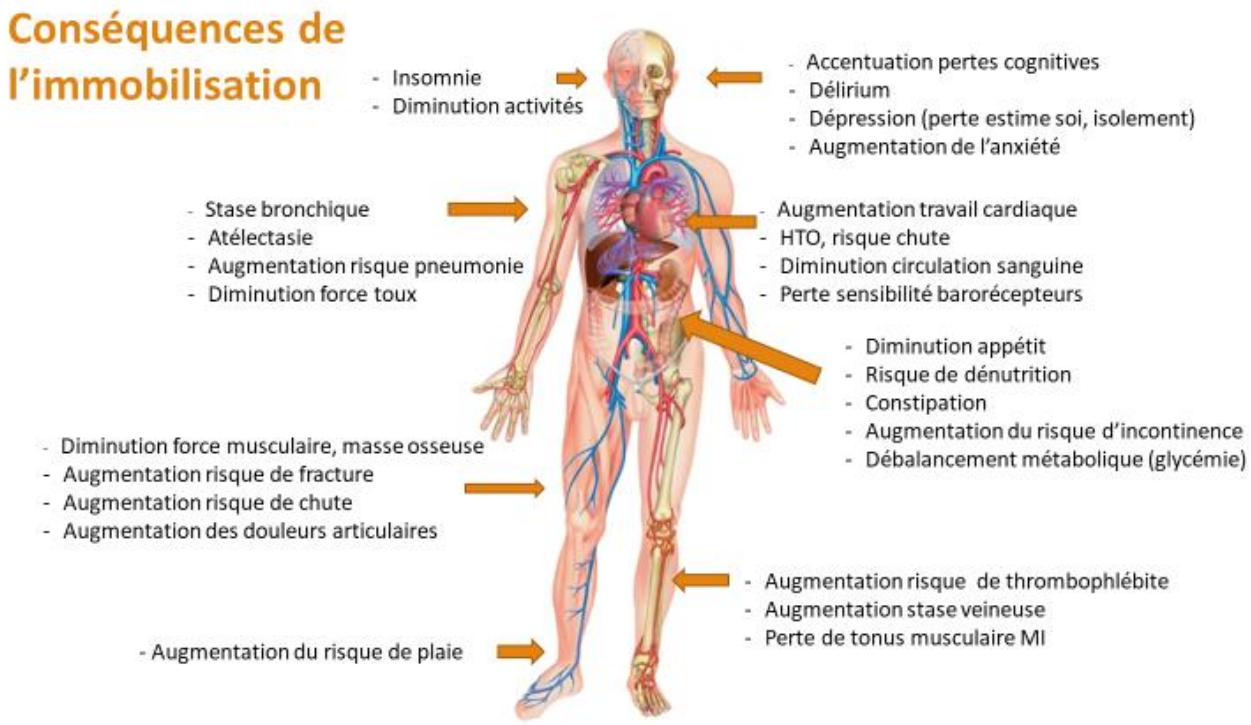
Document adapté à partir de : Philippe Voyer (2011). *L'examen clinique de l'ainé*. Saint-Laurent.

Algorithme d'évaluation et suivi infirmier

- Observation des préposés aux bénéficiaires rapportée aux infirmières
- Évaluation clinique de l'infirmière
- Décision si besoin de déplacer dans la zone chaude
- Surveillance clinique et suivi des signes et symptômes
- Mise en place d'intervention associée aux risques identifiés

Risques reliés à l'isolement pour une personne âgée

- **SCPD dû à l'isolement ou autres causes physiques et interaction avec les soignants**
- **Tous les risques associés à l'immobilisation (Voir le schéma joint)**



DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

Prise en charge des SCPD

Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Prise en charge délirium

Sauf indication contraire, les informations suivantes tirées de la fiche clinique Delirium liée à l'aspect « État cognitif » du cadre de référence : « Approche adaptée à la personne âgée, 2011, MSSS » s'appliquent :

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier-État cognitif

Prise en charge de la dénutrition

Sauf indication contraire, les informations suivantes tirées de la fiche clinique Delirium liée à l'aspect « État cognitif » du cadre de référence : « Approche adaptée à la personne âgée, 2011, MSSS » s'appliquent :

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier-Dénutrition

Prise en charge de la déshydratation

Sauf indication contraire, les informations suivantes tirées de la fiche clinique Delirium liée à l'aspect « État cognitif » du cadre de référence : « Approche adaptée à la personne âgée, 2011, MSSS » s'appliquent :

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier-Déshydratation

Programme de formation sommaire visant à soutenir le personnel en affectation temporaire dans un milieu de vie pour aînés

Ces formations et capsules s'adressent en premier lieu au personnel infirmier mais pourront également soutenir tout le personnel requérant des informations sur les interventions et les approches à privilégier auprès des aînés, en particulier ceux présentant des troubles neurocognitifs majeurs. Prenez note que le personnel du réseau de la santé et des services sociaux est invité à se connecter à l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial de la Formation continue partagée (FCP) pour accéder au programme de formation sommaire visant à soutenir le personnel en affectation temporaire dans un milieu de vie pour aînés (https://fcp.rtss.qc.ca/course/view.php?id=3434). Le personnel des établissements privés conventionnés et privés conventionnés spécifiques ont également accès au programme de formation sommaire via les hyperliens des 15 modules ci-dessous.

Les formations et capsules d'information suivantes sont proposées avec la généreuse collaboration de M. Philippe Voyer, inf., Ph. D. professeur titulaire, directeur du programme de 1er cycle et responsable de la formation continue à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Il a également été désigné, par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), comme responsable d'une formation provinciale portant sur l'examen clinique visant 34 000 infirmières et infirmiers. De même, il est responsable d'une autre formation provinciale permettant d'améliorer les soins à domicile aux aînés atteints de la maladie d'Alzheimer et à leurs proches. Il a été l'expert mandaté par le MSSS dans un projet vitrine visant à transformer le CHSLD Faubourg en CHSLD Alzheimer. Il a coprésidé la création des lignes directrices québécoises sur la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

L'aide-mémoire sur les approches non pharmacologiques a quant à lui, été réalisé par l'équipe d'experts du projet *Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services - antipsychotique* (OPUS-AP) soutenu par le MSSS.

Nous vous proposons de suivre les capsules dans la séquence suivante, soit du plus général au plus spécifique.

	Titre	Durée
1	**Communiquer avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer** https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/professionnels-sante/cevq/capsules-web#communicationalzheimer	12min29
2	**Capsule 28 : Approche ou interventions non pharmacologiques dans le contexte des SCPD** https://www.youtube.com/watch?v=R1WgTyAL-Ss&list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP&index=30	6min17
3	**Capsule 18 : Qu'est-ce qu'évaluer les particularités gériatriques?**	15min34

	https://www.youtube.com/watch?v=qOFUKQ5nG30&list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP&index=19	
4	**Capsule 4 : La fièvre gériatrique** https://www.youtube.com/playlist?list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP	17min11
5	**Détection et évaluation de la douleur au stade avancé de la maladie d'Alzheimer** https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/professionnels-sante/cevq/capsules-web#detectiondouleur	13min20
6	**Conférence web 3 : Introduction à l'examen clinique de l'aîné** https://youtu.be/xHkbnAWC-sY	40min36
7	**Capsule 3 : Delirium : éliminons la confusion** https://www.youtube.com/watch?v=ovG5FBKH2y4&list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP&index=4&t=0s	14min31
8	**Formation sur l'examen clinique de l'état mental de l'aîné** https://vimeo.com/194971664/1d398590af	1h40
9	**Les indicateurs cliniques de la déshydratation chez l'aîné** https://www.youtube.com/watch?v=aEaG9kETZ3g&list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP&index=6&t=0s	11min33
10	**Capsule 14 : La surveillance de la pharmacothérapie chez l'aîné** https://www.youtube.com/watch?v=OjT7w5_0U2g&list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP&index=15	11min37
11	**Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)** http://capsulesscpd.ca/	Variables selon les capsules
12	**Survol des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)** https://www.youtube.com/watch?time_continue=1&v=RxvooNzavo&feature=emb_logo	1h04
13	**Capsule 7 : Troubles du comportement et maladie Alzheimer** https://www.youtube.com/watch?v=qu4xkMOApUk&list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP&index=8&t=323s	9 min48
14	**Capsule 21 : L'évaluation et les troubles du comportement** https://www.youtube.com/watch?v=MF4xCrdZILc&list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP&index=22	9min40
15	**Information complémentaire :** • **Conférences dans le cadre du colloque de deux jours offerts aux différents GMF des 6 CIUSSS de l'Est-du-Québec et au RUIS de l'Université Laval**	Variables selon les conférences

	2. https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/professionnels-sante/cevq/plan-alzheimer/colloque • **Infolettres du Professeur Voyer** 3. https://www.philippevoyer.org/archives-des-infolettres • **Boite à outil pour les professionnels de la santé –** 4. **Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec -Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer (CIUSSS Capitale-Nationale)** 5. https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/professionnels-sante/cevq/plan-alzheimer/boite-outils • **« Les cris, l'errance, la résistance aux soins…comment décoder ces comportements pour mieux les prévenir?"** **6.** https://youtu.be/MI2usrfvyMU **7.** • **Communiquer avec votre proche atteint d'une maladie de la mémoire -Équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le** 8. **vieillissement de Québec (CEVQ) aussi disponible en anglais** **9.** https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/MissionUniversitaire/CEVQ/cevq_communiquer_avec_proche_tcnm_couleur.pdf **10.** • **RMG3 -Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence - Aide-mémoire à la prise de décision :** **11.** https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/MissionUniversitaire/CEVQ/cevq_rmg3_aide-memoire_a_la_prise_de_decision.pdf	
	Documents de référence : • **Aide-mémoire - Approches non pharmacologiques OPUS-AP** 12.	Voir PDF joint