

COVID-19 - Particularités gériatriques - CHUM

Guide de soins et revue de la littérature

Dernière mise à jour: 2020.04.13

Inspiré de:

- Protocole des soins intensifs du CHUM
- Protocole de la médecine interne du CHUM
- Protocole d'oxygénothérapie de la pneumologie du CHUM

Équipe de rédaction:

- Service de gériatrie du CHUM et résidents du programme de gériatrie de l'Université de Montréal
- Suggestions et commentaires:
 - quoc.dinh.nguyen@umontreal.ca (éditeur initial du guide)
 - philippe.desmarais.1@umontreal.ca (éditeur actuel du guide)

Guide de soins conçu pour les médecins et autres intervenants travaillant auprès des personnes âgées (~70-75 ans et plus) en milieu de soins aigus, mais pouvant aussi être utile en contexte de soins de longue durée.

- Le guide doit être utilisé à titre indicatif seulement. Tout médecin demeure responsable des actes qu'il pose et doit conserver un jugement critique et ne pas hésiter à consulter un confrère expert pour une situation clinique où il ne se sent pas à l'aise.
- Ce guide sera mis à jour selon les données scientifiques disponibles. Veuillez vérifier que vous utilisez la version la plus récente, mise à jour chaque dimanche (~7 jours).

Mises à jour récentes

Version du 2012.04.13

- Définitions des niveaux de soins au CHUM ajoutées;
- Section sur la prise en charge du patient âgé agité (délirium et SCPD) ajoutée;
- Section sur la prescription appropriée d'antipsychotiques chez le patient âgé ajoutée;
- Nouvelles données / précisions sur la sédation palliative continue ajoutées;
- Nouvelles suggestions sur les soins palliatifs ajoutées;
- Annexes avec définitions cliniques ajoutés;
- Corrections et précisions faites à travers le guide.

Lexique et abréviations

ARDS = syndrome de détresse respiratoire aigu; **ATB** = antibiotiques; **AVD** = Activités de la vie domestique; **AVQ** = Activités de la vie quotidienne; **BiPAP** = Bilevel Positive Airway Pressure; **CFS** = Clinical Frailty Score; **CHSGS** = Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés; **CHSLD** = Centre hospitalier de soins de longue durée; **CPAP** = Continuous Positive Airway Pressure; **CRP** = Protéine C réactive; **DEG** = Détérioration de l'état général; **EIR** = Équipe d'intervention rapide; **ÉPI** = Équipement de protection individuel; **FR** = Facteur de risque; **IDSA** = Infectious Diseases Society of America; **IET** = Intubation endotrachéale; **IMC** = Indice de masse corporelle; **IMGA** = interventions médicales générant des aérosols; **MRSI** = maladies respiratoires sévères d'origine infectieuse; **IPS** = Infirmières praticiennes spécialisées; **MSP** = Maison de soins palliatifs; **PCI** = Prévention et contrôle des infections; **PTSD** = Syndrome du stress post-traumatique; **QoL** = Qualité de vie; **RAD** = Retour à domicile; **RCR** = Réanimation cardiorespiratoire; **RFI** = Réadaptation fonctionnelle intensive; **RI** = Ressource intermédiaire; **RPA** = Résidences privées pour aînés; **RT-PCR** = Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction; **SCPD** = Symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence; **SP** = Soins palliatifs; **SPA** = Soins post-aigus; **TNC** = Trouble neurocognitif; **USI** = Unité de soins intensifs; **VM** = Ventilation mécanique; **VNI** = Ventilation non-invasive.

Niveau de soins [classification du CHUM]

- **NIVEAU 1 : PRESTATION DE SOINS MAXIMAUX**

(Y compris la réanimation cardiorespiratoire avec intubation et le transfert aux soins intensifs)

Les interventions visent la survie du patient et la guérison / stabilisation des pathologies identifiées.

- **NIVEAU 2 : PRESTATION DE SOINS MAXIMAUX**

Avec restriction pour certains traitements : Réanimation cardiorespiratoire (oui/non); Intubation endotrachéale (oui/non)

Autre restriction désirée: par exemple, l'hémodialyse (oui/non).

- **NIVEAU 3 PRESTATION DE SOINS COURANTS VISANT LA CORRECTION DE CONDITIONS RÉVERSIBLES**

(Pas de réanimation cardiorespiratoire, ni intubation, ni transfert aux soins intensifs)

Avec ou sans EIR à préciser

- **NIVEAU 4 : PRESTATION DE SOINS PALLIATIFS**

Les soins visent le soulagement de la douleur et symptômes pouvant entraver le confort du patient.

EIR : Équipe d'intervention rapide qui comprend un intensiviste, un infirmier et un inhalothérapeute des SI qui se mobilisent rapidement au chevet d'un patient qui présente des critères d'instabilité.

Table des matières

Guide clinique COVID-19 - Particularités gériatriques	6
Contexte	6
COVID-19	6
Épidémiologie	6
Présentation et évolution clinique	7
Symptômes	7
Atteintes et évolution naturelle	7
Diagnostic	8
Prise en charge	9
Généralités	9
Classification de la maladie	9
Monitoring	9
Traitement	10
Support respiratoire	10
Critères pour consultation aux SI:	11
Soins palliatifs	11
En cas de décès	11
Pronostic	12
Taux de mortalité rapportés	12
Si nécessité triage USI	12
Discussion du niveau de soins	13
Transition et congé	14
CHSLD-RI-RPA	16
Écllosion en CHSLD-RI-RPA	16
Transfert vers CHSGS?	16
Syndromes et situations particulières à la gériatrie	17
Principes généraux	17
	4

Prise en charge AÎNÉES adaptée à la personne âgée	18
Délirium	19
Patient âgé agité (délirium ou SCPD)	21
Prescription gériatrique d'antipsychotiques	24
Gestion de la douleur	26
Gestion du risque de chute	27
Prescriptions	28
Soins palliatifs	30
Revue de la littérature COVID	35
Général	35
Ressources officielles	35
Descriptions de cas	35
Diagnostic	36
Prise en charge	36
Personnes âgées	37
Urgence et transition	37
Délirium	37
Milieux de soins - CHSLD - RPA	37
Prise en charge globale	37
Soins palliatifs	38
Appendices	39
Notes pour ÉPI et PCI	43

Guide clinique COVID-19 - Particularités gériatriques

Contexte

- Les personnes âgées sont plus souvent atteintes par les formes modérées et sévères de la COVID
- Le présent guide considère qu'il n'y a pas d'âge chronologique spécifique pour délimiter les personnes âgées, mais peut s'appliquer généralement aux patients de 70-75 ans et plus
- Les personnes âgées sont hétérogènes aux plans des maladies chroniques, capacités cognitives, capacités fonctionnelles (i.e., AVQ-AVD), leur milieu de vie, ainsi que de leur soutien social
 - Une partie du guide s'intéresse aux personnes âgées en général et une autre partie s'intéresse aux personnes âgées dites "fragiles"
 - Il ne faut pas confondre les patients en CHSLD et ceux en résidences pour personnes autonomes, il y a une grande étendue de profils de personnes âgées
 - La prise de décision clinique devrait tenir compte des capacités fonctionnelles et cognitives

COVID-19

Épidémiologie

- Période d'incubation 5 jours médiane (étendue 1-14 jours)
 - Ce qui explique la mesure d'isolement de 14 jours (99% des cas) [Guan NEJM]
- Affecte H > F et nette mortalité H > F
- Autres FR de mortalité:
 - Âge avancé (pas de seuil précis)
 - Polymorbidité, indépendante de l'âge [Guan ERJ]
- Modes de transmission:
 - Gouttelettes et contact
 - Possible aérosolisation avec certaines interventions médicales
 - Fécale-orale (importance clinique demeure incertaine)

Présentation et évolution clinique

Symptômes

Tous groupes d'âge confondus:

- Toux sèche (80%)
- Fatigue généralisée (60%)
- Céphalée (60%) [PHAC 2020.04.01]
- Dyspnée
- Fièvre (~40-50% à la présentation initiale [Guan NEJM], pas nécessairement sensible)
- Myalgie
- Possibilité Sx gastro-intestinaux rapportés comme symptômes précoces (10%) [Wang JAMA]
- Anosmie brutale sans obstruction nasale (probablement spécifique, mais peu sensible) accompagnée ou non d'agueusie
- Odynophagie (i.e., mal de gorge).

Spécificités gériatriques:

- Fièvre, suggérons critères IDSA 2008 pour la personne âgée:
 - 37,8°C oral x1 **ou** 37,2°C oral x2 **ou** augmentation \uparrow 1,2°C par rapport à la valeur basale usuelle
 - Et possibilité \uparrow moindre chez la personne âgée
- Aucun symptôme initial très sensible ou spécifique chez la personne âgée
- Présentation atypique:
 - Délirium, "DEG", inappétence, chutes sans mécanismes clairs, faiblesses non-spécifiques, etc.
 - Symptômes infectieux non-spécifiques comme toutes autres présentations de maladies infectieuses chez la personne âgée
 - Cas de syncope-orthostatisme rapportés

Atteintes et évolution naturelle

Trajectoires:

- Selon données de la Chine: 20% hospitalisations, 5% USI [Guan. NEJM, Wu JAMA]
- Selon données du Canada: de toutes les hospitalisations \rightarrow 30% USI et 10% VM

Respiratoire:

- Intervalle entre Sx initiaux et dyspnée de 4-5 jours, entre Sx initiaux et admission USI de 7-9 jours [Arentz JAMA]
- Détérioration très subite rapportée, personne âgée possiblement plus à risque encore
- Progression plus rapide chez la personne âgée des Sx vers la décompensation respiratoire [Wang JAMA]
- Intervalle entre l'hospitalisation et l'admission à l'USI de 2 jours [Wu. JAMA IM, Arentz JAMA] avec ARDS dans 30-50% des cas USI
 - Ventilation moyenne 7-8 jours si survie
 - Ventilation moyenne de 4-5 jours si mortalité

Circulatoire:

- Défaillance cardiaque

Neurologique:

- Cas rapportés de méningite/encéphalite virale [Moriguchi Inter J of Infect Dis] et de Guillain-Barré [Zhao Lancet Neuro]

Diagnostic

Généralités:

- Ne pas oublier le diagnostic différentiel usuel. Toutes les maladies non-COVID existent toujours.
- Présentement, le diagnostic du COVID est un diagnostic de laboratoire (détection de l'ARN du virus par PCR).

Laboratoire et investigations

- Bilan d'admission:
 - Pour tous les patients : FSC, CRP, D-dimères, fibrinogène à l'arrivée [protocole CHUM]
 - Bilan étendu : FSC, créatinine, Na⁺, K⁺, Mg⁺⁺, Ca⁺⁺, PO₄⁻, glucose, troponines, bilirubine, ALT, Palc, LDH, INR, PTT, gaz veineux, lactate, hémoculture x1 maintenant si T° et x1 avec prochains labo, ECG (notamment pour QTc et Rx potentiels)
 - On constate : une lymphopénie relative dans 80 % du temps, thrombopénie légère (mais > 100 x 10⁹/L), élévation légère des enzymes hépatiques, procalcitonine normale 95 % du temps au moment du diagnostic initial
 - Certains patients présentent une coagulation intravasculaire disséminée.
 - Associés à mauvais pronostic: ferritine ↑, LDH ↑, CRP ↑, D-dimères, lymphopénie - ratio neutro/lympho > 3,5 (dosages selon jugement clinique/recherche)
 - ↑ CRP, plus marquée chez la personne âgée [Liu 2020]
 - RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé
 - Sensibilité imparfaite ~70-75%, ~95% si 2 tests consécutifs et selon la phase de la maladie
 - Sensibilité dépendante de la technique du prélèvement
 - Si clinique suggestive de COVID et test COVID négatif, envisagez de répéter le test une 2^e fois à 24-48 heures. Si de nouveau négatif, discutez du cas avec un microbiologiste
 - Compte tenu de la transmission communautaire, suggestion de tester plus que pas assez (rhinorrhée, SAG, etc.)
- Imagerie:
 - R-X PMS: opacités bilatérales réticulo-nodulaires (58%), opacités en verre dépoli (48%)
 - Possiblement plus souvent multi-lobaires chez la personne âgée
 - Non nécessaire si maladie non sévère
 - CT du thorax: verre dépoli
 - Scan possiblement plus sensible que RT-PCR, mais en situation COVID, considérez uniquement si cela change la conduite pour éviter transport et risque de contamination (le diagnostic définitif est microbiologique)

Prise en charge

Généralités

- PCI (prévention et contrôle des infections), si situation pénurie d'EPI (équipement de protection individuelle)
 - Minimiser les tests et les entrées-sorties dans les chambres des patients avec COVID confirmés ou suspectés
 - Minimiser déplacements de cas suspectés ou confirmés
 - Faire tous les examens à la chambre si possible (RxP portatif à la chambre, plutôt que CT-scan en radiologie)
 - Utiliser le téléphone pour communiquer avec patient si possible
 - Limiter les contacts directs avec le patient lorsque non nécessaires
 - Ne pas faire de traitements d'inhalothérapie qui génèrent des aérosols (ex. nébulisation)
 - Réduire la fréquence des Rx à DIE ou BID, en même temps que les SV, si possible
 - Minimiser le nombre et la fréquence des SV, des prises de sang et autres investigations à ce qui est réellement essentiel
 - Privilégier ATB PO ou IV die lorsque possible
 - Tous les patients avec un niveau de soins 1 et 2 devraient avoir un accès IV (considérer 2^e accès IV si patient se détériore/risque de transfert USI).
 - Limiter les consultations médicales et interdisciplinaires dans la mesure du possible (éviter d'autres interactions)
 - Consultation pneumologie pour CPAP-BiPAP (si usage à domicile)
- « Toutes les personnes ayant un résultat positif pour la COVID-19 doivent être déclarées par les laboratoires à la direction régionale de santé publique du lieu de résidence du cas. De plus, **en date du 9 avril**, toutes les personnes qui présenteront des **manifestations cliniques compatibles** avec la COVID-19 devront être déclarées à la direction de santé publique de leur lieu de résidence en utilisant le [formulaire de déclaration](#) » [MSSS]
- Isolement gouttelettes-contact avec protection oculaire, patient avec maladie non sévère
- Isolement aérien-contact avec protection oculaire si maladie sévère (SpO₂ < 93% ou fréquence respiratoire > 30/min), critères d'admission aux SI ou IMGA
 - Voir détails pour prévention des infections en [annexe](#)

Classification de la maladie

- Maladie légère (pas d'hospitalisation)
- Maladie modérée (nécessitant une hospitalisation)
- Maladie sévère/critique (SpO₂ < 93%, fréquence respiratoire > 30/min, besoin d'O₂ > 4L persistant, détresse respiratoire ou choc)
 - Nécessite USI ou soins palliatifs (SP) selon les volontés du patient et du pronostic clinique

Monitoring

- SV q8h-die, selon la phase de la maladie
- Si possible, saturométrie en continue, garder le patient à vue dans la chambre et faire des tournées visuelles rapprochées, selon pertinence.

- Laboratoire de contrôle uniquement si nécessaire ou selon jugement clinique
- Monitoring pour les syndromes gériatriques, cf. [Syndromes et situations particulières en gériatrie](#)
 - Signes vitaux **AÎNÉES** dans la mesure du possible:
 - **Autonomie, Intégrité peau, Nutrition, Élimination, État cognitif-conscience/comportement, Sommeil**
 - Évaluation/dépistage pour le délirium, déconditionnement, la perte fonctionnelle, etc.

Traitement

- Déterminer le niveau de soins dès l'arrivée du patient à l'hôpital
- Traitement de support
 - Notamment, prophylaxie anti-embolique (cf. Prescriptions)
- Garder euvolémique
- Évaluer pour DDX usuels (surinfection bactérienne, embolie pulmonaire (coagulopathie induite par COVID décrite), dysfonction cardiaque, etc.)

Support respiratoire

- Lunette nasale
 - Évaluer besoin O₂ avec SpO₂ cible:
 - 92-94% ou
 - 94-96% si femme enceinte ou comorbidité cardio-vasculaire aiguë ou
 - 88-90% si MPOC avec rétention CO₂
 - Pour les patients qui respirent par la bouche (ex. : congestion nasale), mettre les canules entre leurs lèvres
- Décubitus ventral peut aider (même si pas IET)
- VNI (Optiflow, BiPAP-CPAP)
 - Niveau de soins 1 et 2 avec IET :
 - Consulter rapidement les SI.
 - Il faut éviter de se retrouver dans une situation d'intubation urgente et imprévue.
 - Procédure à haut risque d'aérosolisation.
 - Niveau de soins 2 sans IET et niveau de soins 3:
 - SpO₂ <92% : Ajouter lunette nasale ad 5L pour SpO₂ cible désirée
 - Si besoin > 5L: Changer pour VM 100% avec réservoir ou Optiflow pour SpO₂ cible désirée
- Protection nécessaire (C/F annexe sur INSPQ, IMGA et PCI)
 - Lunette nasale ad 5L, VM avec réservoir, Optiflow : Protection gouttelettes – contact avec protection oculaire dans une unité COVID normale.
 - Lunette nasale et optiflow : Considérer ajout **masque procédure au patient** lors de contacts rapprochés et lors des transports Le patient doit toujours porter un masque lors des transport.
 - BiPAP-CPAP : Protection aérienne N95 – contact avec protection oculaire dans une chambre à pression négative

Critères pour consultation aux SI:

- Tachypnée, détresse respiratoire, détérioration clinique rapide
- Oxygénothérapie: > VM 40% ou > 4-5 litres LN
- Altération état de conscience
- Instabilité hémodynamique

Soins palliatifs

→ Voir section [Soins palliatifs](#)

En cas de décès

- Mentionner COVID+ sur le formulaire SP3. Si COVID – mais suspicion clinique élevée (MRSI), mentionnez sur le formulaire SP3.
- Faire parvenir par télécopieur le constat de décès (SP3) au 514 528-2461.

Pronostic

Taux de mortalité rapportés

- Tous groupes d'âge confondus: 7% Italie, 3% Chine, 0.8% Corée
- Groupe des 70-79 ans : 13% Italie, 8% en Chine, 3% Corée
- Groupe des 80+ ans : 20% Italie, 15% en Chine, 9% Corée

Si nécessité triage USI

- Se référer aux directives MSSS et aux directives institutionnelles
- Variables d'intérêt:
 - QoL - Objectifs de vie / objectifs généraux de soins (comme en toutes circonstances, indépendamment COVID - actuellement à cette phase au Québec)
 - Données sur la futilité des USI en COVID?
 - Incapacité/fragilité sévère (Clinical Frailty Scale 7+, zone grise 6?)
 - Trouble neurocognitif majeur sévère ou avec opposition aux soins
 - Trouble neurocognitif majeur terminale (avec dysphagie importante; alitement, etc.)
 - Espérance de vie
 - Comorbidités cardio-pulmonaires sévères
 - Dénutrition sévère / cachexie
- Principes éthiques en situation COVID [Emanuel NEJM, White JAMA]
 - Maximiser les bénéfices (années ou qualité de vie - probabilité de survie à moyen et long terme)
 - Priorité aux professionnels de la santé (valeur instrumentale et rôle sociétal vital)
 - Pas "premier arrivé, premier servi"
 - Adapter les décisions cliniques en fonction des données probantes disponibles
 - Toute chose étant égale, prioriser les personnes participant à un protocole de recherche
 - Considérer, de la lentille éthique, les patients COVID+ et COVID- également pour l'allocation des ressources
 - Toute chose étant égale, l'âge chronologique pourrait être un "tiebreaker" [White JAMA]
 - Ne devrait pas reposer sur l'exclusion d'une catégorie nette (e.g., âge, comorbidités, etc.)

Discussion du niveau de soins

À discuter dès l'admission à l'hôpital si non préalablement déjà établi à l'arrivée à l'urgence

Aide à la discussion

- Extrapolation des données RCR/IET en situation non-COVID peu généralisable malheureusement:
 - La COVID atteint surtout le système respiratoire; données générales pour RCR sont rarement dans cette seule population
 - Peu de données probantes chez les personnes âgées
- En général
 - Diminution de la qualité de vie au congé des USI
 - Déconditionnement sévère +/- polyneuromyopathie des soins intensifs (FR : curarisation, fréquente en ARDS)
 - Risque de trachéotomie si ventilation prolongée (perte de la parole et dysphagie secondaire possible)
 - Risque de nutrition entérale ou parentérale
 - Hospitalisation prolongée et réadaptation de plusieurs semaines au congé souvent requise si patient démontre un potentiel per-hospitalisation (RAD avec services à domicile versus relocalisation sinon)
- Chez la personne âgée
 - USI et surtout IET = potentiel important d'atteinte fonctionnelle
 - Au plus, 25-50% de retour à l'état fonctionnel préhospitalisation chez population de 65-70 ans
 - Chez survivant RCR
 - Séquelle neurologique modérée à sévère chez environ 50%
 - Risque élevé de délirium USI (~70%) et post-USI (> 50%)
 - Délirium diminue le potentiel de récupération des patients, car patients souvent non-observants à la réadaptation

En COVID+

- Survie post-IET (ARDS) tous âges confondus <50% [Wu JAMA IM]
- Raisonnable de penser que survie plus basse chez patient âgé, fragile, TNC, polymorbide (cf. variables d'intérêt dans *Pronostic*)
- Aucun patient ne sera fonctionnellement mieux après COVID qu'il ne l'est avant COVID
- Pour RCR
 - En CHSLD, pronostic moyen terme très pauvre
 - Pronostic probablement plus sombre, car délais avant RCR
 - EPI à enfiler par le personnel
 - Ordre des manœuvres modifié (protection des voies respiratoires avant début des compressions)

Transition et congé

- Durée des hospitalisations des patients gériatriques survivants, statut fonctionnel et orientation au congé demeurent incertains
 - Données surtout de la Chine et population générale, donc à extrapoler avec prudence chez la personne âgée
 - Population générale plus jeune (données sur Italie à venir éventuellement)
 - Proportion élevée de patients toujours hospitalisés au moment de la revue des dossiers dans la littérature actuelle
 - CHSLD vs retour à domicile en Chine?
 - Durée moyenne hospitalisation si survie: médiane de 10 jours [Wang JAMA]
- Critères pour guérison [2020.03.25]
 - Pas de Sx aigu depuis 24 heures
 - Pas de fièvre depuis 48 heures
 - Période d'au moins 14 jours après le début de la maladie aiguë
 - PCR - sur 2 échantillons respiratoires consécutifs prélevés à 24h d'intervalle après la résolution de la maladie aiguë (ou selon d'autres recommandations de la santé publique)
 - Valider auprès de la prévention des infections avant de lever l'isolement
 - Pour l'instant risque *potentiel* transmission fécale-orale prolongée
 - Il y aura pression pour libérer des lits, mais contagion potentielle au congé à surveiller

Congé à domicile

- Envisager de prolonger l'hospitalisation des patients âgés jusqu'à la fin de leur période d'isolement s'ils ne sont pas en mesure de respecter les mesures d'isolement recommandées à domicile (par exemple, conjoint présent à la domicile, soins à domicile par CLSC, etc.)
 - L'INSPQ recommande que le patient qui doit encore être isolé au moment de son congé devrait, idéalement, habité seul lors son retour à domicile et ce, pour toute la durée prévue de son isolement.
 - Les membres de la maisonnée n'ayant pas été exposés à la personne symptomatique depuis le début de ses symptômes devraient éviter d'habiter sous le même toit que la personne contagieuse tant que celle-ci est isolée. Si la personne ne peut s'isoler complètement lors de son retour à domicile, elle devrait rester dans une autre pièce et être séparée des autres membres de la maisonnée autant que possible.
 - Les personnes de la maisonnée qui ont déjà été en contact avec la personne infectée peuvent demeurer à domicile, mais doivent limiter le plus possible leurs contacts avec la personne malade.
- Remettre les recommandations de l'INSPQ aux patients qui doivent s'isoler à domicile et qui n'habitent pas seuls:
 - L'INSPQ a prévu un guide qui explique aux patients:
 - Mesures d'hygiène de base (comment éternuer, se laver les mains, indications pour le port du masque, etc.)
 - Mesures à appliquer pour la cohabitation (chambre à part, salle de bain à part, prendre ses repas seuls, etc.)
 - Mesures à appliquer pour la gestion des animaux domestiques
 - Mesures à appliquer pour les proches qui aident le patient avec ses AVQ et AVD

- Précautions à prendre par la personne qui fait le ménage et le lavage
- Les symptômes à suivre au congé
- Toujours faxer les prescriptions à la pharmacie (éviter le papier - contact physique)

Congé vers SPA / RFI ou CHSLD

- Pour l'instant, les patients positifs restent hospitalisés tant que leur isolement n'est pas terminé.
- Il n'existe aucune unité dédiée qui accepte les transferts de patients encore en isolement (CHSLD, lits post-aigus, réadaptation, etc.)

Écllosion en CHSLD-RI-RPA

- Mettre à jour les niveaux de soins
- Particularités [Dosa JAMDA]
 - Incapacités fonctionnelles augmentent contact entre personnel et résidants
 - Mesures PCI difficiles avec atteintes cognitives et fonctionnelles
 - Manque de personnel - surcapacité limitée
- Cas écllosion dans CHSLD État Washington [McMichael NEJM]
 - 167 cas: 101 résidants, 50 membres personnel, 16 visiteurs
 - Tous types de personnel : physio, ergo, orthophonistes, entretien, infirmières, médecins, commis...
 - Hospitalisation: 55% des résidants; 6% du personnel; et 50% des visiteurs.
 - Létalité : 34% résidants
- Facteurs de risques et surveillance
 - Personnel qui travaille malgré des Sx légers → Dépistage Sx (et T°) actif requis et retrait
 - Personne travaillant dans plusieurs milieux → À éviter dans la mesure du possible
 - Difficultés avec PCI/ÉPI → Formation et supervision lors de l'habillage-déshabillage
 - Reconnaissance tardive des cas → Nécessité surveillance résidants
 - Toux, fièvre (37,8°C oral x1 **ou** 37,2°C oral x2 **ou** augmentation \uparrow 1,2°C par rapport à la base), dyspnée
 - Si Sx atypiques (myalgies, céphalée, diarrhées, rhinorrhée) : vérifier la saturation et la température
 - Disponibilité et rapidité des tests
 - Transferts de patients d'un autre centre avec COVID → Isolement, surveillance ou s'assurer COVID- en transmission asymptomatique
 - Port du masque généralisé si disponible? [CDC 2020]
- Ressources mises à jour:
 - paltc.org/COVID-19: très bonne ressource, mais américaine
 - <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/prevent-spread-in-long-term-care-facilities.html>
 - <https://ltccovid.org/>

Transfert vers CHSGS?

- [MSSS](#) en date 2020.03.23
 - Les patients COVID-19 positifs avec un niveau de soins 3 ou 4 (nomenclature MSSS) au dossier, ainsi que ceux hébergés en CHSLD publics ou privés, doivent demeurer dans leur centre tout en respectant les consignes d'isolement émises par leur service de prévention et contrôle des infections.
 - Les patients COVID-19 suspectés ou confirmés ne doivent être transférés en CH que de façon exceptionnelle et après consultation avec le médecin de garde.

Syndromes et situations particulières à la gériatrie

Principes généraux

- Lorsque pertinent, la prise en charge est séparée en “Prise en charge usuelle” (COVID-19 n’altère pas ou peu la prise en charge) et “Prise en charge en situation COVID”
- La prise en charge COVID implique l’utilisation judicieuse d’ÉPI (cf. [COVID-19 / Prise en charge / Généralités](#)) pour protéger le personnel et éviter le gaspillage des ressources en contexte de pénurie
 - Conséquence de réduire les interactions médicales et celles des autres professionnels avec les patients âgés, ce qui vient à l’encontre de nos meilleures pratiques gériatriques.
 - Il faut s’adapter et user du bon jugement clinique
- En cas de doute, consultation en gériatrie (peut aussi être un avis téléphonique) si disponible

Prise en charge AÎNÉES adaptée à la personne âgée

- Déclin fonctionnel iatrogénique fréquent per-hospitalisation (chez 1/3 des patients âgés) avec perte fonctionnelle persistant à 3 mois chez la moitié d'entre eux.
 - ↑ du taux de relocalisation, des visites à l'urgence post-hospitalisation, des ré-hospitalisations et de la mortalité

Prise en charge usuelle	Prise en charge COVID+
<ul style="list-style-type: none"> ● Prévention et prise en charge appropriées du délirium ● Prévention et prise en charge appropriées du syndrome d'immobilisation <ul style="list-style-type: none"> ○ Physiothérapie ○ Aide technique au chevet ● Cesser soluté et sonde urinaire <ul style="list-style-type: none"> ○ Favoriser bolus aux repas ou cathétérismes intermittents ● Encourager le patient à se lever pour aller aux toilettes plutôt que l'urinal et la bassine ● Encourager participation du patient aux soins d'hygiène et à la routine du matin ● Encourager mobilisation au fauteuil TID et lors des repas ● Éviter contentions physiques et chimiques 	<p>Autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aide technique au chevet ● Profiter des interventions médicalement/nursing requises (Rx, SV) pour mobiliser et préserver capacité fonctionnelle si patient collaborant et autonome à la marche ou avec aide minimale <ul style="list-style-type: none"> ○ Surtout pour les patients collaborants ○ Surveiller risque de bris d'ÉPI si aide importante requise aux transferts ● Encourager la mobilisation au fauteuil TID et lors des repas ● Encourager dans la mesure du possible la participation aux soins d'hygiène ● Contentions peut être requises si haut risque transmission lors des soins <p>Intégrité de la peau</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Surveillance plaie <p>Nutrition et hydratation</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Encourager la prise de repas et l'hydratation lors des visites nécessaires des intervenants <p>Élimination</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sonde urinaire potentiellement nécessaire pour éviter cathétérisme à répétition ● Ou cesser sonde urinaire et tolérer résidus élevés, si acceptable (créatinine, Sx) <p>État cognitif-éveil</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Surveiller l'émergence d'un délirium, l'état d'éveil lors des visites requises <p>Sommeil</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Respecter le sommeil la nuit et stimuler l'éveil ou l'occupation le jour

Délirium

Prise en charge usuelle	Prise en charge COVID+
<p>HMA</p> <ul style="list-style-type: none">● Anamnèse usuelle auprès du patient● Histoire collatérale avec anamnèse ciblée<ul style="list-style-type: none">○ Niveau cognitif et fonctionnel antérieurs○ Niveau de soins● Orientation souhaitée au congé <p>Examen physique</p> <ul style="list-style-type: none">● Signes d'un foyer infectieux● Signes d'un processus intracrânien aigu● Sevrage alcool ou de Rx● Mobilité, démarche, transferts <p>Laboratoires et imagerie</p> <ul style="list-style-type: none">● FSC● Créat, Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, PO₄⁻, Mg⁺⁺, Alb● Bilan hépatique● TSH● Hémocultures● Analyse d'urine, Bladderscan● RXP, ECG● Scan cérébral, EEG, ponction lombaire selon suspicion clinique <p>Prise en charge et monitoring</p> <ul style="list-style-type: none">● Traiter cause(s) sous-jacente(s)● Cesser Rx anticholinergiques● SV BID-TID	<p>HMA</p> <ul style="list-style-type: none">● Considérer anamnèse à distance avec patient● Histoire collatérale à prioriser encore davantage (mais possibilité d'obtenir peu d'information car patient en confinement seul avant hospitalisation)● Avec équipe traitante, préposés, infirmières <p>Examen physique</p> <ul style="list-style-type: none">● Examiner le patient une fois, ne pas répéter si pas de changement clinique et si ne changerait pas la prise en charge● Discussions avec équipe nursing pour évaluer la mobilité et le statut fonctionnel du patient plutôt qu'évaluation au chevet● Rechercher les signes de déshydratation/hypovolémie <p>Laboratoires et imagerie</p> <ul style="list-style-type: none">● En situation COVID généralisée, éliminer infection au COVID● Si dx RT-PCR, éviter les RXP et laboratoires si maladie non sévère● Ne pas répéter les bilans récents si tableau clinique inchangé<ul style="list-style-type: none">○ Demander un bilan complet initialement● Rechercher facteurs aggravants facilement réversibles:<ul style="list-style-type: none">○ Bilan sanguin usuel pour le délirium● Éviter culture urine si pas de nouveaux Sx urinaires ou suspicion très faible● Bladderscan, ECG, et autres investigations usuelles selon les circonstances● Scan cérébral, EEG, PL à limiter si réelle suspicion <p>Prise en charge et monitoring</p> <ul style="list-style-type: none">● Idem● Diminuer fréquence Rx si possible, éviter PRN (plusieurs visites)● SV q8 à die selon évolution (mais ne pas cesser, car risque de détérioration)

<ul style="list-style-type: none"> ● Hydratation à favoriser PO ● Nutrition <ul style="list-style-type: none"> ○ Perte de poids > 2%/semaine ○ Apport < 75% ● Si dénutrition, envisager au besoin: <ul style="list-style-type: none"> ○ Suppléments alimentaires ○ Stimulation aux repas ○ Aide à l'alimentation ○ Consultation en nutrition ● Élimination à régulariser ● Sommeil <ul style="list-style-type: none"> ○ Éviter somnifères ○ Si prise à domicile, évaluer si diminution de doses ou garder idem (éviter Sx de sevrage hospitalier) ● Si agitation, considérer des approches non-pharmacologiques et/ou pharmacologiques (voir ci-bas) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hydratation à favoriser PO ● Nutrition et élimination <ul style="list-style-type: none"> ○ Apports alimentaires aux repas comme indice de dénutrition ○ Peser avec parcimonie ○ Stimulation aux repas difficile avec limitation des visites <ul style="list-style-type: none"> ■ Repas à très haute densité énergétique à favoriser ■ Considérer des aliments qui se mangent avec les mains si incapable d'utiliser des ustensiles ○ Suivre selles et urines ○ Possibilité de tolérer sonde urinaire plus longtemps pour éviter KT ● Mobiliser au moins BID ● Sommeil <ul style="list-style-type: none"> ○ Si inversion cycle éveil-sommeil ET agitation nocturne, considérer un antipsychotique avec effet sédatif (quétiapine) ● Risques liés solutés et sonde urinaire <ul style="list-style-type: none"> ○ Favoriser hydratation et ATB PO plutôt que IV si possible ○ Si soluté nécessaire, et que la condition du patient le permet, estimez le volume de soluté à donner et un débit pour coïncider l'arrêt de la perfusion avec une prochaine visite requise du personnel soignant. ● Éviter cathétérismes urinaires intermittents <ul style="list-style-type: none"> ○ Cesser sonde urinaire et tolérer résidus élevés, si acceptable (Créatinine, Sx) ● Si agitation, considérer des approches non-pharmacologiques et/ou pharmacologiques (voir ci-bas)
---	--

Patient âgé agité (délirium ou SCPD)

<ul style="list-style-type: none"> ● Les mesures d'isolement sont des facteurs précipitants potentiels de délirium ou d'exacerbation des SCPD <ul style="list-style-type: none"> ○ Interdiction de sortir de la chambre et porte qui doit rester fermée ○ Visites interdites ○ Anxiété, frustration, peur possible chez les patients isolés continuellement recadrés à leur chambre ○ Équipement de protection porté par le personnel ● Patient en délirium/TNC à risque de briser les mesures d'isolement en place et de contaminer les professionnels et les patients <ul style="list-style-type: none"> ○ Risque de briser les mesures d'isolement et de briser l'intégrité des ÉPI des travailleurs de la santé lors des soins ○ Approches non-pharmacologiques pour la gestion des SCPD difficiles à mettre en place 	
Prise en charge usuelle	Prise en charge COVID+
<p>HMA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Obtenir une description détaillée par l'infirmière du comportement problématique du patient ● Observer et objectiver le comportement ● Réviser le dossier médical ● Questionner le patient, si possible <p>Examen physique</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apparence générale, cognition (surtout l'attention) ● Signes vitaux, incluant glycémie capillaire ● Examen général complet incluant examen neurologique ● Manœuvres plus ciblés selon hypothèses de travail <p>Laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Similaire au délirium <p>Prise en charge - objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Exclure un problème médical aigu ● Stabiliser rapidement la crise aiguë ● Éviter la coercion aux investigations et traitements 	<p>HMA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Idem ● Éviter, si possible, de questionner le patient sachant que l'histoire peut être non-fiable et du risque du bris de l'isolement <p>Examen physique</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Éviter de réexaminer le patient si celui-ci fut déjà examiné dans la journée ● Limiter l'examen à ce que permet le patient et qui risque de changer la prise en charge <p>Laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Similaire au délirium ● Compléter seulement, si possible, des bilans qui requièrent et demandent peu de collaboration du patient, qui ne nécessitent pas de déplacement de celui-ci et qui vont changer la prise en charge. <p>Prise en charge - objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Idem à non-COVID ● Éviter la contamination des autres patients et du personnel <p>Approches non-pharmacologiques (si possibles)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Idem à non-COVID ● Si contentions absolument nécessaires, discuter avec famille lorsque possible <ul style="list-style-type: none"> ○ Considérer avis gériatrie (ou psychiatrie) ○ Si patient agité lors des soins ou tente uniquement d'arracher soluté et sonde urinaire: débuter avec contentions aux poignets

- Traiter de manière le moins restrictif
- Former une alliance thérapeutique
- S'assurer d'un suivi approprié

Approches non-pharmacologiques

- Modifications de l'environnement et sécurité
- Identification des éléments et situations déclencheurs de l'agitation
- De-escalation verbale
- Réorientation de la personne dans l'espace et le temps
- Musicothérapie
- Appel téléphonique de la famille, photos, télévision pour rassurer
- Surveillance rapprochée
- Contentions physiques et isolement (à éviter)

Approches pharmacologiques

- Voir section sur contentions pharmacologiques ci-bas

- Si patient tente de se lever: débiter avec contention abdominale → si insuffisante, ajouter contentions aux poignets → si insuffisantes, ajouter contentions aux 4 membres
 - Contentions physiques abdominales et ridelles de lit associées à risque de délirium, de chutes, de blessures, de strangulations et de décès
 - Contentions 4M associées au plus haut risque de blessures, à tenter en dernier recours
- Si contention physique est extrêmement inconfortable
 - Supplémenter avec agents pharmacologiques
- Surveillance étroite requise (visuelle)
- Tenter d'enlever les contentions lors des soins si sécuritaire pour diminuer risque des blessures
- Réévaluer quotidiennement et sevrer les contentions physiques lorsque la médication est efficace

Approches pharmacologiques

- Voir section sur contentions pharmacologiques ci-bas
- La tolérance des comportements perturbateurs à l'unité COVID avant de prescrire une approche pharmacologique devrait être plus basse étant donné le risque potentiellement élevé de contamination et aussi étant donné le délais d'action des médicaments, en général, pour réduire l'agitation.
- Considérer plus précocement antipsychotiques si errance/agitation, lors d'un soin jugé essentiel et atteinte sécurité personnelle
- Ceci inclut une errance/agitation qui mettrait en péril l'intégrité de l'ÉPI d'un travailleur de la santé

Contentions pharmacologiques - antipsychotiques

Indications des antipsychotiques

- Première intention pour le traitement de l'agressivité grave et des symptômes psychotiques graves.
- L'efficacité s'avère plus grande lorsque les symptômes sont graves, quoiqu'il faille maintenir des attentes réalistes.

Contre-indications des antipsychotiques (toutes étant relatives)

- Désordres associés aux corps de Lewy et parkinsonisme (démence à corps de Lewy, maladie de Parkinson, atrophie multi-système, paralysie supranucléaire progressive, syndrome corticobasal)
- Troubles de conduction cardiaque (prolongation du QT, torsade de pointe, mort subite, etc.)

Antipsychotiques à privilégier (antipsychotiques de première ligne):

- Halopéridol (Haldol) PO / SC / IM en PRN: facilement disponible, préparation facile, pic d'action rapide.
- Risperidone (Risperdal) PO en régulier: bien toléré, efficace
- Quétiapine (Seroquel) PO en régulier et en PRN: mieux toléré au niveau moteur, toutefois moins incisif, cause hypotension orthostatique significative, pic d'action un peu lent

Antipsychotiques à considérer (antipsychotique de deuxième ligne - en ordre décroissant)

- Olanzapine (Zyprexa) en régulier: incisif, très sédatif et anticholinergique, risque de rétention urinaire.
- Aripiprazole (Abilify) en régulier: peu d'évidence en délirium et en démence, bien toléré
- Loxapine (Laxapac) en PRN: pic d'action rapide, très anticholinergique, risque de rétention urinaire.
- Levomepromazine (Nozinan) en PRN: très anticholinergique, risque de rétention urinaire.
- Chlorpromazine (Largactil) en PRN: très anticholinergique, risque de rétention urinaire.

Prescription gériatrique d'antipsychotiques

	Halopéridol (Haldol)	Rispéridone (Risperdal)	Olanzapine (Zyprexa)	Quétiapine (Seroquel)	Aripiprazole (Abilify)	Loxapine (Laxapac)	Levomepromazine (Nozinan)	Chlorpromazine (Largactil)
Voies	PO, SC, IM	PO	PO	PO	PO	PO, SC, IM	PO, SC, IM	PO, IM
Doses gériatriques en PRN	0,5 mg q20-30 minutes max de 4 à 5 doses / jr	0,25 mg BID	1,25 mg BID à éviter en PRN	12,5 à 25 mg TID	1 mg BID	2,5 à 5 mg q4hr	5 à 25 mg q1hr	10 à 25 mg q4hr
Doses gériatriques initiales en régulier	à éviter en régulier	0,25 mg DIE ou BID	2,5 mg HS	25 à 50 mg BID ou TID	2 mg DIE	à éviter en régulier	à éviter en régulier	à éviter en régulier
Doses gériatriques maximales par 24hrs	10 mg	2 mg	10 mg	100 à 200 mg	10 mg	20 mg	100 mg	100 mg
Pic d'action	PO: 2-6 hrs IM: 10-20 min SC: 20-30 min	PO: 1-2 hrs	PO: 6hrs	PO: 1-2 hrs	PO: 3-5 hrs	PO: 30 min IM: 30 min SC: 30 min	PO: 1-2 hrs IM: 30 min SC: 30-60 min	PO: 30-60 min IM: 15 min
Demi-vie	12-36 hrs	20-24 hrs	21-54 hrs	6-7 hrs	75-146 hrs	19 hrs	20 hrs	30 hrs

Stratégies pharmacologiques pour l'agitation en délirium ou SCPD

- Tenter autres classes de médicaments si possible avant d'utiliser des antipsychotiques (e.g., benzodiazépines si agitation dans le contexte d'un délirium tremens; opiacés pour agitation secondaire à douleur non-soulagée).
- Privilégier la prise d'antipsychotique en régulier plutôt que l'administration de PRN fréquents.
- Privilégier la voie orale si possible.
- Débuter avec la dose minimale et augmenter progressivement q5-7jrs jusqu'à la dose minimale efficace, selon la tolérance. Titrage plus rapide (e.g., q3-4jrs) selon le contexte (i.e., l'indication) et la tolérance du patient.
- S'il n'y a pas de réponse après 2 semaines, revoir l'observance, le diagnostic, et changer le traitement au besoin. Substituer un antipsychotique pour un autre antipsychotique de la même classe peut fonctionner.
- Ne pas hésiter à demander l'avis du pharmacien, de la gériatrie ou de la psychiatrie.
- Monitorer la réponse clinique et la présence d'effets secondaires et la nécessité de poursuivre le traitement fréquemment.
- Éviter un traitement prolongé (i.e., > 3-6 mois).
- Éviter deux antipsychotiques concomitants outre PRN (e.g.,: Risperdal BID + Seroquel HS)
- Prescription typique en gériatrie pour l'agitation dans le contexte d'un délirium hyperactif:
 - Halopéridol 0,5 mg PO ou SC ou IM q30minutes PRN pour agitation, maximum 5 doses par jour, et
 - Risperidone 0,25 mg PO HS régulier (qui peut être titré progressivement à la hausse si le patient nécessite des PRN fréquemment).
- Sevrage des antipsychotiques:
 - Si médicament introduit rapidement (e.g., délirium): sevrer rapidement (q4-5jrs)
 - Si médicament titrer lentement (e.g., SCPD): sevrer lentement (q2-4semaines)
- Tenter si possible de sevrer les antipsychotiques avant le congé (surtout si congé à domicile).

Gestion de la douleur

Prise en charge usuelle	Prise en charge COVID+
<p>Stratégies pharmacologiques de la douleur:</p> <ul style="list-style-type: none">• Administration d'analgésie à intervalles réguliers (plutôt qu'en PRN)• Acétaminophène en première intention• Éviter AINS, chez population âgée en général• Opiïdes pour douleurs réfractaires et comme adjuvants à l'acétaminophène seulement<ul style="list-style-type: none">○ Doses minimales pour débiter, ex. hydromorphone 0,25 - 0,5 mg PO ou SC	<p>Stratégies pharmacologiques de la douleur:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si possible favoriser plus longue durée d'action (ne pas initier, mais faire transition rapidement)<ul style="list-style-type: none">○ Acétaminophène TID à préférer à QID (dose maximale DIE de 3g)• Éviter AINS, chez population âgée en général, et précautions supplémentaires, car association avec maladies plus sévères

Gestion du risque de chute

Prise en charge usuelle	Prise en charge COVID+
<p>Si risque de chute élevé aigu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aide technique au chevet (e.g., marchette, canne) ● Baisser la ridelle de lit du côté où le patient se lève habituellement ● Utiliser pad de mobilité au lit et au fauteuil ● Famille au chevet ou soins continus si famille non disponible ● Éviter contentions (ridelles de lit levées ou contention abdominale) <ul style="list-style-type: none"> ○ Rarement indiquées, et non indiquées pour diminuer le risque de chute ou les comportements d'errance plus particulièrement ○ Situations où elles peuvent être envisagées : <ul style="list-style-type: none"> ■ Danger important pour le patient ou le personnel et ■ Après avoir tenté des mesures non pharmacologiques (soins continus) et pharmacologiques et ■ Si le bénéfice > risques ○ Consentement requis si utilisées (consentement du patient ou consentement substitué) <p>Risque de blessures liées aux solutés et sonde urinaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Réévaluer l'indication de ces soins : <ul style="list-style-type: none"> ○ Favoriser hydratation et ATB PO plutôt que IV ○ Tenter sevrage de la sonde 	<p>Si risque de chute élevé aigu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aide technique au chevet à la vue en tout temps ● Baisser la ridelle de lit du côté où le patient se lève habituellement ● Pad de mobilité envisageable sur unité COVID <ul style="list-style-type: none"> ○ Tenter d'octroyer des chambres près des postes infirmières pour les patients âgés (afin de bien entendre les alarmes) ● Tolérer le risque de chutes versus contentions à discuter avec la famille <ul style="list-style-type: none"> ○ Risque d'exacerbation du délirium et agitation et risque de chutes et de blessures ○ Antipsychotiques seulement si agitation, car augmentent le risque de chutes ● Soins continus au chevet impossible si COVID+ ou suspecté

Prescriptions

Prise en charge COVID+

Généralité

- Utiliser les protocoles d'admission du CHUM prévus pour les patients COVID. Prescriptions qui prévoient:
 - Types et fréquences des SV, des glycémies, des prises de sang
 - Type d'oxygénothérapie (favoriser lunettes nasales autant que possible)
 - Choix des bronchodilatateurs (nébulisation et aérochambre à éviter ++)
 - Indications d'ATB, choix de l'ATB, fréquence d'administration et temps de perfusion si IV.
 - Attention: risque de QTc ↑ si patient sous Azithromycine, antipsychotiques et antidépresseurs (ISRS)
 - Thromboprophylaxie:
 - S'assurer de la prescription d'une thromboprophylaxie pharmacologique optimale avec une HBPM de préférence (soit énoxaparine 40 mg sous-cutanée die, daltéparine 5 000 unités sous-cutanée die)
 - Si présence d'obésité et dès IMC > 30, considérer une augmentation de la dose habituelle (soit énoxaparine 30 ou 40 mg sous-cutanée bid ou daltéparine 7 500 unités die ou 5 000 unités bid, par voie sous-cutanée)
 - Si insuffisance rénale avec ClCr < 30 mL/min, privilégier daltéparine 5 000 unités die aux soins intensifs ou héparine 5 000 unités bid, par voie sous-cutanée
 - Gestion du CPAP/BiPAP (à cesser en général, avis pneumologie requis si prescription souhaitée)
- Minimiser le nombre de prescriptions : association à une contamination des patients et du personnel et risques/bénéfices différents en temps de COVID.
 - Cesser médicaments en prévention primaire
 - Ex. statines et aspirine en prévention primaire chez les 75 ans et plus
 - Vitamine D, calcium, vitamine B12
 - Cesser certains médicaments en prévention secondaire si possible (arrêt temporaire sans conséquence)
 - Ex. médicaments pour l'ostéoporose
 - Privilégier les médicaments avec une longue durée d'action pour éviter une administration répétée
 - Si profil pharmacologique complexe ou polymédication, avis pharmacie pour optimisation (pour réduire la fréquence d'administration Rx)
- Combiner les visites à la chambre pour les Rx avec les SV, si possible
 - Ex. Metformine bid, bisoprolol plutôt que metoprolol, etc.
- Considérer l'autogestion des médicaments chez les patients autonomes
- Pour les patients en niveau de soins 3:
 - Prévoir opioïdes pour soulager dyspnée si détérioration aiguë en attendant évaluation médicale (dilaudid 0,5 à 1 mg SC PRN)
 - Prévoir d'emblée protocole de détresse respiratoire au cas où changement du niveau de soins 3 → 4.

Pour les médicaments les plus fréquents

- Éviter médicament PRN. Réévaluer attentivement et tenter de cesser ou de prescrire régulièrement selon évaluation
 - Médicaments analgésiques (acétaminophène, pregabalin, gabapentin, amitriptyline - attention sevrage pour certains Rx)
 - Relaxants musculaires (effet anticholinergique modéré, à éviter)
 - Antiacides
 - Crèmes si patient incapable de les appliquer seul
- Gestion du diabète mellitus
 - Envisager consultation en pharmacie pour simplification du régime
 - Éviter échelle d'insuline ou synchroniser avec les temps d'administration régulière de l'insuline
- Gestion des anti-parkinsoniens
 - Envisager consultation en pharmacie (ou neurologie // trouble du mouvement) pour simplification du régime
- Gestion des somnifères
 - Évaluer si diminution dose possible ou non, garder idem est acceptable pour éviter Sx sevrage (insomnie rebond)
 - Ne pas donner si altération de l'état d'attention (e.g., somnolence) et/ou dépression respiratoire (e.g, bradypnée, désat)
- Conserver les médicaments suivants:
 - Gouttes ophtalmologiques (ex. glaucome). Les larmes artificielles pourraient être suspendues ou remplacées par des formes à plus longue action (ex. : onguent, gel ou pommade)
 - Antidépresseurs, stabilisateurs de l'humeur et antipsychotiques, inhibiteurs de l'acétylcholinestérase

Ne pas oublier de cesser les antipsychotiques débutés per-hospitalisation au congé

Soins palliatifs

Contexte

- Souffrance psychologique des patients et proches, en situation pandémie:
 - Par la maladie elle-même
 - Par les mesures d'isolement
- Diminution de l'estime de soi, impuissance face à santé, sentiment d'abandon et déshumanisation du système de santé
- Mourants sans la liberté de faire leurs adieux ou de mourir entourés de leurs proches
- Rituels funéraires souvent impossibles, compliquant le deuil
- Épuisement professionnel et PTSD chez les travailleurs de santé qui n'ont pu offrir des soins de fin de vie optimaux
- Principaux facteurs pour SP sous-optimaux
 - Manque de personnel adéquatement formé, ratio patients:personnel élevé, ÉPI manquants, visites brèves au chevet; évaluation des symptômes et support émotionnel limité

Généralités prise en charge COVID

- Tout médecin a la capacité d'offrir des SP de base
 - Assurer une formation de base aux médecins traitants et aux IPS
 - Fournir des ordonnances collectives au personnel infirmier
 - Réserver pour la 2^e ligne les consultations en soins palliatifs
- Aucun patient avec COVID suspecté ou confirmé n'est accepté sur les unités de soins palliatifs afin de les garder "froides" (CH, CHSLD et MSP)
- PCI: limiter les visites à la chambre par le personnel :
 - Favoriser l'administration régulière et continue via pompe, de l'analgésie et de la sédation
 - Minimiser les interventions multidisciplinaires si possible
 - Si patient conscient, lui demander de porter son masque avant entrée dans la chambre
 - Si patient inconscient, lui installer un masque et le laisser en tout temps
- Aucune visite ne sera permise pour les patients COVID en soins palliatifs dans les centres hospitaliers du Québec.
 - En CHSLD et RI, un visiteur sera permis à la fois.
- S'assurer qu'un membre de l'équipe traitante contacte la famille tous les jours pour leur donner des nouvelles
 - En Italie dans certains hôpitaux, psychologues et TS pour rejoindre la famille pour décharger le personnel MD/infirmières
- En cas de triage-USI
 - S'assurer que MD traitant (et SP) ne soient pas membres de l'équipe de triage.
 - Patient en CHSLD ou à domicile: discuter avec patient des bénéfices limités d'un transfert à l'hôpital et offrir des soins PRN

Prise en charge usuelle	Prise en charge COVID+
<p>Protocole de soins de fin de vie Pour éviter que la fréquence respiratoire continue d'augmenter, débiter, débiter doses d'entretien dès que fréquence respiratoire entre 20-24/min</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tenter cible Sat O₂ > 90% avec LN max 4L ● Favoriser opioïdes courte action réguliers (e.g., Dilaudid 4 à 5 mg/24h ou Morphine 20 à 30 mg/24h) ● Éviter opioïdes en PRN <p>Rôle bronchique:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Glycopyrrolate 0,4 mg SC ou Scopolamine 0,4 mg SC q 4h régulier ● Lasix 40 à 60 mg SC possible si rôle persistant (administration en 2 à 3 sites injections SC, avec max de de 20 mg SC par site) <p>Douleur non soulagée:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Favoriser opioïdes courte action réguliers initialement et, lorsque patient bien soulagé, convertir en longue action <p>Agitation ou anxiété:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Eliminer globe vésical et fécalome ● Benzodiazépine et antipsychotique PRN <ul style="list-style-type: none"> ○ Ativan 1 mg SC PRN ou Versed 5 mg SC PRN ○ Haldol 1 mg SC PRN ou Nozinan 5 mg SC PRN: favoriser Haldol plutôt que Nozinan car charge anticholinergique moins grande 	<p>Protocole de soins de fin de vie Pour éviter que la fréquence respiratoire continue d'augmenter, débiter doses d'entretien dès que fréquence respiratoire entre 20-24/min</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pour limiter visites à la chambre: <ul style="list-style-type: none"> ○ Considérer perfusion SC continue précocement <p>Rôles bronchiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Idem <p>Douleur non soulagée:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pour limiter visites à la chambre: <ul style="list-style-type: none"> ○ Considérer perfusion SC continue précocement ○ Utilisation d'opioïdes à courte action régulière moins réaliste si patient COVID; favoriser longue action (morphine LA, hydromorphone LA ou Fentanyl Patch), mais titration peut être longue <p>Agitation ou anxiété:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Envisager sonde urinaire d'emblée pour prévenir inconfort ● Idem, mais favoriser administration régulière et lorazépam SC plutôt que midazolam SC, car plus longue demi-vie ● Considérer perfusion SC continue

- Benzodiazépine et antipsychotique réguliers si sédation régulier requise
- Ativan 1 mg SC q 4 à 6h ou Versed 5 mg SC q 4h reg
- Haldol 1 mg SC q 4 à 6h
- Ajouter scopolamine 0.4 mg SC q q4h regulier à ce point-ci pour prévenir les râles

Convulsion:

- Ativan 2 mg SC PRN ou Versed SC PRN

Sécrétions bronchiques*

- Robinul ou Scopolamine (Robinal : anticholinergique, mais ne traverse pas la barrière hémato-encéphalique)

Protocole de perfusion SC continue:

- Perfusion régulière recommandée; éviter pousse-seringue si délirium / TNC
- Dilaudid > Morphine, Versed ou Ativan, Haldol > Nozinan
- Dilaudid 2 mg + Versed 5 mg ou Ativan 1 mg + Haldol 1 mg dans 100 mL ; débiter à 4 mL/h, puis doubler débit PRN

Convulsion:

- Idem, mais favoriser lorazépam SC plutôt que midazolam SC, car plus longue demi-vie

Sécrétions bronchiques*

- Idem

Protocole de perfusion SC continue

- Idem, possibilité d'augmenter le débit initial et de titrer plus rapidement PRN
- Si pénurie de perfusion SC, utiliser infuseurs (biberon)

Protocole de détresse respiratoire*

Indications:

- En présence de détresse respiratoire, présence d'un des signes suivants: agitation, dyspnée sévère, tachypnée > 27/min, tirage, sécrétions bronchiques et cyanose

Protocole

- Midazolam, Dilaudid > Morphine, Scopolamine
- Midazolam 5 mg SC + Dilaudid 1 mg SC** + Scopolamine 0,4 mg SC
- Protocole répétable 1x q 20 minutes, puis aviser médecin traitant si insuffisant

Protocole de détresse respiratoire*

Indications :

- Idem

Protocole

- Idem

Envisager d'augmenter les doses initiales ou d'écourter l'intervalle afin de limiter le temps de l'infirmière au chevet

*Habituellement, on vise le soulagement de la détresse respiratoire; si le patient est inconscient, il s'agit d'une insuffisance respiratoire sans détresse respiratoire et il est alors adéquat de tolérer la tachypnée, les sécrétions bronchiques et de cesser la LN. Chez les patients COVID, envisageable de traiter tachypnée et sécrétions bronchiques même si patient inconscient pour diminuer la transmission.

** Dose minimale pour ralentir la tachypnée: si patient naïf, morphine 5 mg SC ou dilaudid 1 mg SC (même si patient âgé, frêle ou IRA/IRC) // si patient non naïf, 25% de la dose totale d'opioïdes pris sur 24h

Sédation palliative continue

- Protocole de sédation palliative envisageable pour les patients COVID.
- Prérequis:
 - Pronostic de moins de 2 semaines
 - Tableau réfractaire de souffrance
 - Consentement écrit requis si sédation palliative continue (plutôt que intermittente). Consentement substitué possible pour la sédation palliative (contrairement à aide médicale à mourir)
 - Consentement écrit à obtenir avec le patient, après discussion avec celui-ci, si celui est apte à consentir
 - Consentement écrit à obtenir du représentant en cas d'inaptitude du patient, après discussion
 - Dans le contexte actuel (pas de visite possible à l'hôpital), une autorisation verbale (i.e., par téléphone) est possible avec le représentant du patient inapte, pour autant que les démarches et justifications de la non-obtention d'un consentement écrit soient documentés au dossier. (Ceci n'est valide que pendant la pandémie du COVID-19).
- Indications:
 - Delirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable
 - Détresses respiratoires majeures et récidivantes
 - Dyspnée progressive et incontrôlable
 - Convulsions réfractaires
 - Douleur intraitable et intolérable
 - Sécrétions bronchiques très abondantes et réfractaires
 - Détresse hémorragique
 - Nausées et vomissements incoercibles
 - Détresse psychologique ou existentielle réfractaire qui compromet gravement le confort
 - Autre état réfractaire

Protocole de sédation continue en sous-cutané

- Médications et concentrations standards proposées :
 - Morphine 50 mg ou hydromorphone 10 mg + midazolam 25 mg dans NaCl 100 mL (volume total)
 - Si patients déjà sous opioïdes, augmenter de 25% la dose d'opioïde reçue habituellement sur 24h
- Débuter la perfusion avec :
 - Dose de charge « uniformisée » :
 - Morphine 5 mg ou hydromorphone 1 mg + midazolam 2,5 mg s/c.
 - Débit de départ de la perfusion s/c :
 - 3 mL/h pour la majorité des patients.
 - 2 mL/h pour un patient frêle.
 - La perfusion prend quelques heures à agir; important de donner dose de charge. Équilibre atteint en 24h
- Augmenter de 0,5 à 1,0 mL/h q 4h PRN (et doser entre-dose SC aux changements de dose, de 10% de la dose quotidienne)
 - PRN si dyspnée, inconfort ou tachypnée > 38/min
- L'halopéridol peut être considérée en coadministration dans la perfusion, soit Haldol 3 mg dans NaCl 100 mL

Revue de la littérature COVID

Général

Ressources officielles

- INSPQ- [Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires](#) (mis à jour le 8 avril 2020)
- [MSSS Hospitalisation - Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19 - Professionnels de la santé](#)
- ASPC - Définition nationale de cas provisoire : Maladie à coronavirus (COVID-19) (mis à jour le 2 avril 2020)
- MSSS - Définition de cas pour le coronavirus COVID-19 - Québec (mis à jour le 8 avril 2020)
- INSPQ - Recommandations de santé publique - Consignes à suivre pour la personne malade en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19 (mis à jour le 6 avril 2020)
- INSPQ- Recommandations de santé publique - Consignes à suivre pour la personne atteinte de COVID-19 en isolement à la maison (mis à jour le 6 avril 2020)
- INSPQ- COVID-19 Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires (mis à jour le 6 avril 2020)
- INSPQ - Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie : recommandations intérimaires (mis à jour le 31 mars 2020)
- INSPQ- Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue (mis à jour le 7 avril)
- INSPQ- Interventions médicales générant des aérosols (mis à jour le 1er avril 2020)
- INSPQ- Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaire (mis à jour le 9 avril)

Descriptions de cas

- Public Health Agency of Canada. https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/diseases-maladies/2019-novel-coronavirus-infection/SURV_COVID19%20Epi%20update%20APR1.pdf
- Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet (London, England). 2020; 395(10223):507-513
- Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;19:1-2. doi:10.1056/NEJMoa2002032
- Guan W, Ph D, Liang W, et al. Comorbidity and its impact on 1,590 patients with COVID-19 in China: A Nationwide Analysis. Eur Respir J. 2020.

- Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, et al. First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. *N Engl J Med.* 2020:929-936. doi:10.1056/nejmoa2001191.
- Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020;395(10223): 497-506
- Liu K, Chen Y, Lin R, Han K. Clinical feature of COVID-19 in elderly patients: a comparison with young and middle-aged patients. *J Infect.* March 2020. doi:10.1016/j.jinf.2020.03.005.
- Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA.* 2020;323(11):1061-1069. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>
- Wu C, Chen X, Cai Y, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med.* March 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.0994.

Diagnostic

- Diagnosis of SARS-CoV-2 Infection based on CT scan vs. RT-PCR: Reflecting on Experience from MERS-CoV. Al-Tawfiq J.A., Memish Z.A. *The Journal of hospital infection.* (no pagination), 2020. Date of Publication: 05 Mar 2020

Éthique

- Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med.* 2020:1-7. doi:10.1056/NEJMsb2005114.
- White DB, Illness C, Medicine C, et al. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *JAMA.* 2020;2019:2019-2020. doi:10.1378/chest.14-0736.

Prise en charge

- Poston JT, Patel BK, Davis AM. Management of Critically Ill Adults With COVID-19. *JAMA.* March 2020. doi:10.1001/jama.2020.4914.

Personnes âgées

Urgence et transition

- Malone M et al. COVID-19 in Older Adults: Key Points for Emergency Department Providers. J Ger Emerg Med. 2020;1:4.
- Levine, S et al. COVID-19 in Older Adults: Transfers Between Nursing Homes and Hospitals. J Ger Emerg Med. 2020;1:5

Délirium

- Hwang, U et al. Preventing and Managing Delirium in Older Emergency Department (ED) Patients During the COVID-19 Pandemic. J Ger Emerg Med. 2020;1:4S1
- British Geriatrics Society, Coronavirus: Managing delirium in confirmed and suspected cases

Milieux de soins - CHSLD - RPA

- Adamo HD, Yoshikawa T. Coronavirus Disease 2019 in Geriatrics and Long-term Care: The ABCDs of COVID-19. J Am Geriatr Soc. 2020. doi:10.1016/s0740-5472(96)90021-5.
- Dosa D, Jump RLP, LaPlante K, Gravenstein S. Long-Term Care Facilities and the Coronavirus Epidemic: Practical Guidelines for a Population at Highest Risk. J Am Med Dir Assoc. March 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.03.004.
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/prevent-spread-in-long-term-care-facilities.html>
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/retirement/guidance-retirement-response.html>
- <https://ltccovid.org/>
- <https://paltc.org/COVID-19>, notamment
 - <https://paltc.org/sites/default/files/COVID-19%20Guidance%20Updated%20March%2027.pdf>
 - <https://paltc.org/sites/default/files/Lessons%20Learned.pdf>
 - <https://paltc.org/sites/default/files/Active%20Screening%20rj-SG.pdf>

Prise en charge globale

- Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, publication MSSS, 2002

Niveau de soins // Pronostic

- Chan PS, McNally B, Nallamotheu BK, et al. Long-term outcomes among elderly survivors of out-of-hospital cardiac arrest. J Am Heart Assoc. 2016;5(3):e002924. doi:[10.1161/JAHA.115.002924](https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002924)
- Chan PS, Nallamotheu BK, Krumholz HM, Spertus JA, Li Y, Hammill BG, Curtis LH; American Heart Association Get with the Guidelines–Resuscitation Investigators: Long-term outcomes in elderly survivors of in-hospital cardiac arrest. N Engl J Med 368: 1019–1026, 2013pmid:23484828
- Van Gijn M, Frijns D, van de Glind E, et al. The chance of survival and the functional outcome after in-hospital cardiopulmonary resuscitation in older people: a systematic review. Age Ageing. 2014;43(4):456–63. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu035>.

- Clinical Frailty Scale. <https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html>
- Fédération des médecins spécialistes, Niveaux de soins : comment amorcer la discussion avec ses patients? https://www.youtube.com/watch?v=9Ct1und-7Lg&feature=youtu.be&fbclid=IwAR2E4aI_w4c7Gi4u86L8IXoYxxeldKshxjHf7RVR0Qp74amWuKMMg87eC0E
- Shahid Z, Kalayanamitra R, McClafferty B, et al. COVID-19 And Older Adults: What We Know [published online ahead of print, 2020 Apr 7]. J Am Geriatr Soc. 2020;10.1111/jgs.16472. doi:10.1111/jgs.16472

SCPD

- Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: Recommendations from a multidisciplinary expert panel. J Am Geriatr Soc. 2014;62(4):762-769. doi:10.1111/jgs.12730.

Soins palliatifs

- Massimo Costantini, Katherine E Sleeman, Carlo Peruselli, Irene J Higginson. Response and role of palliative care during the COVID-19 pandemic: a national telephone survey of hospices in Italy. medRxiv 2020.03.18.20038448; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.18.20038448>
- World Health Organization. (2018). Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Victoria D. Powell, Maria J. Silveira What Should Palliative Care's Response be to the COVID-19 Epidemic? Publication stage: In Press, Journal Pre-proof, Available online 27 March 2020
- Downar J, Seccareccia D. Palliating a Pandemic: "All Patients Must Be Cared For". J Pain & Symptom Management 2010; 39(2): 291-5.
- Leong IY, Lee AO, Ng TW, et al. The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: opportunities for palliative care. Palliat Med. 2004 Jan;18(1):12-8.
- La sédation palliative en fin de vie, publication du Collège des médecins du Québec (août 2016)

Appendices

Définitions selon l'Agence de la santé publique du Canada (dernière mise à jour le 2 avril 2020)

Critères d'exposition

- Au cours des 14 jours qui ont précédé le début des symptômes:
 - Déplacement dans une région touchée (y compris à l'intérieur du Canada) **ou**
 - Contact étroit avec une personne atteinte d'une maladie respiratoire aiguë qui s'était rendue dans une région touchée (y compris à l'intérieur du Canada) au cours des 14 jours précédant le début des symptômes **ou**
 - Participation un rassemblement de masse établi comme étant une source d'exposition (p. ex. conférence) **ou**
 - Exposition en laboratoire à du matériel biologique qu'on savait contenir du COVID-19

Critères de contact étroit

- Personne qui a prodigué des soins au patient (y compris les travailleurs de la santé, les membres de la famille ou d'autres personnes soignantes) **ou**
- Personne ayant eu un contact étroit physique avec un cas probable ou confirmé alors que ce dernier était malade **ou**
- Personne ayant vécu avec le cas probable ou confirmé alors que ce dernier était malade **ou**
- Personne ayant eu un contact étroit prolongé avec un cas probable ou confirmé alors que ce dernier était malade

Cas suspect

☑ critères A + B ou C présents

- A. Personne présentant au moins deux des symptômes suivants :
 - Fièvre (signes de fièvre)
 - Toux (apparition ou exacerbation de la toux chronique)
 - Mal de gorge
 - Écoulement nasal
 - Céphalée
- B. Personne qui répond aux critères d'exposition **ou**
- C. Personne qui a été en contact étroit avec un cas probable de la COVID-19

Cas probable

Personne ayant subi un test de laboratoire

☑ critères A + B + C présents

- A. Personne présentant une fièvre (plus de 38°C) ou montrant l'apparition d'une toux (ou exacerbation de la toux chronique) **et**
- B. Qui correspond aux critères d'exposition **et**
- C. Pour laquelle le diagnostic de laboratoire pour la COVID-19 n'est pas décisif (équivoque)

Personne n'ayant pas subi de test de laboratoire

☑ critères A + (B ou C) présents

- A. Personne présentant une fièvre (plus de 38°C) ou montrant l'apparition d'une toux (ou exacerbation de la toux chronique) **et**
- B. Ayant été en contact étroit avec un cas confirmé de la COVID-19 **ou**
- C. Ayant vécu ou travaillé dans un établissement fermé où il y a une éclosion connue de cas de COVID-19 (p. ex. établissement de soins de longue durée, pénitencier).

Cas confirmé

☑ critères A + (B ou C) présents

- A. Confirmation du coronavirus causant la COVID-19 par un laboratoire dont les tests ont été éprouvés **et**
- B. Tests positifs d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur au moins deux cibles génomiques spécifiques **ou**
- C. Test positif d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur une seule cible positive avec séquençage des acides nucléiques.

Définitions nosologiques au Québec (dernière mise à jour le 8 avril 2020)

Cas confirmé

Cas confirmé par détection d'acides nucléiques du SARS-CoV-2

- Patients vivants
 - Détection d'acides nucléiques du SARS-CoV-2
- Patients décédés
 - Manifestations cliniques compatibles observées avant le décès **et**
 - Détection d'acides nucléiques du SARS-CoV-2

Cas confirmé par lien épidémiologique ("contact à risque élevé")

- Patients vivants
 - Symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 **et**
 - Exposition à risque élevé avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité **et**
 - Aucune autre cause apparente
- Patients décédés
 - Manifestations cliniques compatibles observées avant le décès **et**
 - Exposition à risque élevé avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité **et**
 - Aucune autre cause apparente

→ Au Québec, il est possible de confirmer un cas par lien épidémiologique (sans détection d'acides nucléiques du SARS-CoV-2).

Manifestations cliniques compatibles

- Symptômes:
 - Fièvre (plus de 38°C) **ou**
 - Toux (récente ou chronique exacerbée) **ou**
 - Difficulté respiratoire **ou**
 - Anosmie brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie
- Signes:
 - Signes radiologiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie **ou**
 - Syndrome de détresse respiratoire **ou**
 - Examen pathologique compatible

INSPQ

Critères d'exposition potentielle (dernière mise à jour le 6 avril 2020)

Risque élevé: isolement à domicile x 14 jours à partir de la fin de l'exposition

- Personne vivant sous le même toit qu'un cas confirmé ou probable, alors que le cas n'appliquait pas les mesures recommandées d'isolement ou que ce contact n'appliquait pas les mesures requises
- Partenaire intime (ex. : relations sexuelles) avec cas confirmé ou probable.
- Personne prodiguant des soins corporels dans un cadre non médical (ex. : à domicile) à un cas confirmé ou probable sans utiliser les précautions recommandées pour les soins à domicile et l'isolement à domicile.
- Personne ayant eu un contact direct avec des liquides biologiques infectieux (ex. : avoir reçu des gouttelettes dans le visage lors de toux ou d'éternuements, s'être touché le visage après avoir touché à main nue un mouchoir rempli de sécrétions, sans s'être lavé les mains etc)

Risque modéré: isolement à domicile x 14 jours à partir de la fin de l'exposition

→ Personne n'ayant aucune exposition répondant à la définition d'exposition à risque élevé, mais avec la présence de l'une des conditions suivantes :

- Personne vivant sous le même toit qu'un cas confirmé ou probable alors que ce cas appliquait les mesures recommandées d'isolement et que ce contact appliquait les mesures requises.
- Personne aidant prodiguant des soins corporels dans un cadre non médical (ex. : à domicile) à un cas confirmé ou probable en utilisant systématiquement les précautions recommandées pour les soins à domicile et l'isolement à domicile. (isolement du conjoint/aidant naturel x 14 jours, qui débute après le dernier jour d'isolement du cas confirmé)
- Personne ayant eu un contact prolongé (au moins 15 minutes ou selon l'évaluation du risque) à moins de 2 mètres avec cas confirmé ou probable alors que ce cas n'appliquait pas les mesures recommandées d'isolement ou que ce contact n'appliquait pas les mesures requises.

Risque faible : distanciation sociale

- Personne n'ayant aucune exposition répondant à la définition d'exposition à risque modéré ou élevé,

Maladie sévère

- Fréquence respiratoire ≥ 24 /min
- Détresse respiratoire aiguë
- Besoin de $> 4L$ en oxygène (lunettes nasales ou VM) pour saturation ≥ 90 %.
- TA systolique < 90 mmHg malgré une réanimation liquidienne adéquate.
- Tout critère jugé sévère par le clinicien (ex. : altération de l'état de conscience)

Interventions médicales générant des aérosols (IMGA) (dernière mise à jour le 1er avril 2020)

Risque reconnu

- Bronchoscopie
- Intubation et extubation trachéales
- Réanimation cardio-pulmonaire
- Ventilation manuelle avant l'intubation
- Aspiration des sécrétions trachéales en circuit ouvert chez un usager intubé ou trachéotomisé
- Induction d'expectorations
- Aspiration nasopharyngée (ANP) chez l'enfant
- Autopsie
- Toute intervention chirurgicale par voie naso ou oro-pharyngée chez un cas confirmé de COVID-19

Risque possible

- Ventilation non invasive en pression positive via masque facial (ex. : BiPAP, CPAP)

Risque incertain ou non documenté

- Oxygénothérapie par voie nasale à haut débit (ex. : optiflow)
- Procédures d'endoscopie digestive
- Échographie transoesophagienne
- Insertion d'un drain thoracique
- Interventions en ophtalmologie
- Laryngoscopie

Risque peu probable

- Oxygénothérapie conventionnelle avec masque facial (ex. : ventimask)

Traitement en **nébuliseur** ou clapping non considérés comme des IMGA par le CINQ (littérature insuffisante), mais considéré comme des IMGA au CHUM.

Critères pour lever les mesures de protection additionnelles

- Au moins 14 jours se sont écoulés depuis le début des symptômes
- Afébrile depuis 48 heures
- Pas de symptôme aigu depuis 24 heures (sauf toux résiduel qui peut persister, et anosmie)
- PCR négatif x 2 q 24h après la résolution de la maladie si indiqué :
 - Maladie sévère ayant nécessité soins intensifs
 - Immunosuppression
 - Corticostéroïde

Les patients traités à domicile ou les patients hospitalisés ayant reçu un congé avant la fin de leur période d'isolement n'ont pas besoin d'un test de confirmation pour lever les mesures d'isolement.

Notes pour ÉPI et PCI

- Pratique de base pour les travailleurs de la santé :
 - Tous les travailleurs de la santé qui sont à moins de 2 mètres d'un usager doivent porter un masque en continu.
 - Pénurie appréhendée: porter le masque pour une période prolongée, tant que le masque n'est pas souillé et que les patients ne sont pas COVID (maximum de 4 heures).
 - Pénurie réelle: réutilisation du masque entre les patients
 - Si patient porteur d'une bactérie multirésistante, le masque doit être changé.
 - La décision de maintenir le port du masque lorsque les travailleurs de la santé sont à proximité appartient à chaque milieu de soins.
- Travailleur de la santé exposé à un cas suspecté ou confirmé d'une maladie
 - Protection oculaire (série de cas de pneumonie ayant débuté par une conjonctivite post-soins à des patients COVID+)
 - Protection contact
 - Protection gouttelette ou contact
 - Protection gouttelettes si pas d'indication de protection aérienne
 - Protection aérienne si:
 - Réalisation d'une procédure IMGA reconnue ou possible
 - Procédure IMGA incertain, indéterminé ou peu probable : protection gouttelette/contact seulement
 - Patient à risque de subir une procédure IMGA
 - Les critères de maladie sévère et d'admission USI peuvent servir à prédire quel patient est à risque d'évoluer vers une IMGA.
 - Les patients avec un niveau de soins qui n'autorise pas la réalisation d'IMGA (ex. NS 3 ou NS4) ne nécessitent pas de protection aérienne.
- Exposition à un usager hospitalisé pour une autre raison et asymptomatique pour la COVID et :
 - Contact avec voyageur < 14 jours asymptomatique :
 - Confinement à la chambre
 - Pas d'autre protection additionnelle pour les travailleurs de la santé
 - Contact avec cas confirmé:
 - Protection gouttelette ou protection gouttelette/contact selon les directives locales
 - Confinement à la chambre
 - Port du masque par le patient lors des déplacements
- Gestion des visiteurs (tiré de INSPQ - CHSLD)
 - Visiteurs interdits, sauf pour des raisons humanitaires
 - Si visiteur permis :
 - Maximum 1 à 2 visiteurs à la fois
 - Faire triages des visiteurs pour dépister si symptômes de COVID présents
 - Si COVID suspectée, tenter de reporter la visite
 - Si report de la visite impossible, appliquer mesure d'isolement au visiteur (masque + hygiène des mains)
 - Minimiser les déplacements des visiteurs dans l'hôpital
 - Éducation sur les risques encourus et les symptômes à surveiller

- Protection à porter par le patient avec COVID suspectée ou confirmée
 - Hôpital : port d'un masque par le patient
 - CHSLD : port d'un masque par le patient lors des soins, s'il le tolère
- Transport patient
 - Si cas suspecté ou confirmé doit être déplacé :
 - Port d'un masque par le patient
 - Mettre un drap sur la civière ou le fauteuil roulant
 - Changement des vêtements de l'usager pour des vêtements propres avant et après la sortie de la chambre
 - Changer la culotte d'incontinence avant la sortie de la chambre (important si aide importante pour transfert requise)
 - HDM avant la sortie de la chambre et au retour