

Coronavirus COVID-19

2020-03-16

Mise à jour : 2020-03-21

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

CONSIGNES POUR LES CHSLD

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

- a. Éviter toutes les activités en groupe qui ne sont pas absolument nécessaires.
- b. Interdiction des visites régulières dans tous les CHSLD du Québec, sauf pour des raisons humanitaires, comme en situation de fin de vie. Dans ces situations, 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 CHSLD à d'autres endroits que ceux où se trouvent leur proche qui est en fin de vie.
- c. Afin de maintenir le lien entre les usagers et leurs proches, favoriser l'accès aux appels téléphoniques et à l'utilisation de différentes technologies de communication.
- d. Ne pas permettre 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.

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

- a) Présence des stations d'hygiène des mains à l'entrée de l'établissement ainsi qu'à l'entrée des unités, dans les salles communes, par exemple, les salles à dîner, les salles d'activités, etc.
- b) Mise en place, dès qu'une infection est suspectée ou confirmée, des mesures de prévention et de contrôle des infections dans le CHSLD, selon

les meilleures pratiques recommandées par les équipes en prévention et contrôle des infections du CISSS ou du CIUSSS.

- c) Respect par l'ensemble des personnes présentes dans le CHSLD des mesures 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 un désinfectant à base d'alcool.
 - Se couvrir la bouche et le nez avec le bras afin de réduire la propagation des germes si vous toussiez 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.

3. Personnel, bénévoles et travailleurs embauchés par les résidents

- a. Demander à toute personne qui œuvre en CHSLD qui revient de l'étranger, peu importe qu'elle soit un employé du CHSLD, un bénévole ou une personne embauchée par un résident ou sa famille de s'isoler obligatoirement pendant 14 jours.
- Réintégrer ces personnes au travail après 14 jours.
- b. Retirer immédiatement du milieu du travail une personne qui présente des symptômes de toux ou de fièvre.
- Réintégrer ces personnes au travail après 14 jours (après la fin des symptômes) ou en présence d'une confirmation d'une autorité compétente qu'il ne s'agit pas de la COVID-19, et ce, afin que la personne puisse assumer ses fonctions en toute sécurité pour les usagers et le personnel.

4. Assurez-vous de mettre en place les nouvelles consignes suivantes émises en date du 21 mars 2020 :

Concernant l'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 en limitant l'occupation de la salle à manger à environ 50 % de sa capacité. Si nécessaire, faire plus d'un groupe pour les repas.

Concernant l'animation et le 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. Afin de limiter la possibilité d'introduire le coronavirus dans le CHSLD, interdire la livraison de nourriture en provenance de l'extérieur (livraison d'un restaurant, plats apportés par les familles).
- 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.

Concernant l'hébergement temporaire :

- a. Admettre uniquement :
 - les usagers en provenance du domicile pour lesquelles la santé, l'intégrité ou la sécurité du proche est compromise et dont le séjour en hébergement temporaire permet d'éviter le recours à d'autres ressources du réseau de la santé et des services sociaux (ex. : urgence).
 - les usagers en provenance du centre hospitalier qui ne requièrent plus de soins actifs et qui requièrent un niveau de soins alternatif .

5. Concernant la présence de cas suspects ou confirmés de COVID-19 de résidents en CHSLD :

- a) De façon générale, les résidents **demeurent à l'intérieur de leur CHSLD** pour y recevoir l'ensemble des soins et services requis dans un contexte d'éclosion de coronavirus. Les mesures mises en place doivent donc prévenir la transmission aux autres résidents et au personnel.
- b) **Prévoir une aire de confinement dans chacun de vos CHSLD** et prévoir également une **équipe dédiée et formée** aux meilleures pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections, pour **travailler de façon exclusive** auprès de la clientèle transférée dans l'aire de confinement. Cette façon de faire permettra notamment une utilisation efficace des équipements de protection individuelle (ÉPI) tout en favorisant le développement d'une expertise chez le personnel dédié.
- c) Si vous ne pouvez dédier tout un étage ou toute une unité à une aire de confinement, vous devez placer une barrière physique délimitant l'aire de confinement et maintenir une séparation spatiale d'au moins 2 mètres entre les résidents.
- d) À noter que pour les CHSLD, dont le nombre de places est trop petit pour favoriser un confinement sécuritaire des personnes atteintes (ex : moins de 25 places), vous devrez considérer l'ensemble du CHSLD en confinement.

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 5 et 6).

En présence d'un cas suspecté ou confirmé :

- Dès l'apparition de signes et symptômes, l'usager est considéré comme un cas probable de COVID 19 : **mettre en confinement l'usager.**
 - a. Appliquer les mesures de cas probable ou confirmé dans le document produit par l'Institut national de la santé publique sur le Web : *COVID-19 Mesures pour la gestion de cas et des contacts dans les CHSLD : recommandations intérimaires à l'adresse suivante :*
https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/covid/2020-03-17_covid-19_mesurespci_interim_chsld_vf-1.pdf

- b. Privilégier une équipe dédiée auprès des résidents qui sont dans les aires de confinement.
 - Former les intervenants sur l'utilisation sécuritaire des équipements de protection individuelle.
 - **Ajuster les effectifs infirmiers** en fonction des besoins de la clientèle.
- c. Assurer quotidiennement une surveillance des signes et symptômes typiques et atypiques de la personne âgée (annexes 5 et 6).
- d. Toutes les visites sont interdites sauf pour des raisons humanitaires telle une situation de fin de vie.
- e. En présence **d'une situation de fin de vie** pour un résident qui se trouve dans l'aire de confinement, permettre les visites au chevet :
 - Limiter le nombre de visiteurs et leur donner accès au matériel de protection individuelle requis. Les accompagner dans son utilisation afin d'assurer leur protection et d'éviter la propagation dans la communauté lors de leur sortie du CHSLD.
 - Assurer un triage des visiteurs afin de s'assurer qu'aucun ne présente de symptômes d'infection respiratoire. Si présence de symptômes et que la visite ne peut être reportée (par exemple, fin de vie imminente), appliquer les mesures de protection requise pour assurer la protection des personnes présentes dans le CHSLD.
 - Si des précautions additionnelles sont requises pour l'utilisateur, le visiteur doit les appliquer.

6. Consignes pour l'admission en CHSLD

- a. Utiliser la trajectoire d'admission pour les usagers en provenance d'un centre hospitalier/centre de réadaptation et du domicile/RPA/RI-RTF (annexe 2).
- b. Utiliser les questionnaires de dépistage de la clientèle afin d'orienter les usagers vers une chambre régulière ou vers l'aire de confinement (annexes 3 et 4).

7. 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/>

NIVEAU DE SOINS EN CHSLD

A- DOCUMENTATION DES NIVEAUX DE SOINS DANS LES DOSSIERS

- 1- Vérification de la présence des volontés des usagers 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 usagers qui n'ont aucune volonté exprimée 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 usagers lorsque :
 - a. Ceux-ci ont été établis il y a plus d'un an;
 - b. Il y a eu une détérioration dans la condition de santé des usagers depuis l'établissement des niveaux de soins.

B- DÉTERMINER LE NIVEAU DE SOINS

- La détermination des niveaux de soins doit se faire avec un médecin.
- Elle peut se faire en téléconsultation ou en consultation téléphonique 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 usager APTE

1. Décision partagée entre un médecin et l'utilisateur;
2. Médecin explique à l'utilisateur 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 de l'utilisateur (annexe);
4. Dépôt du formulaire au dossier de l'utilisateur;
5. L'utilisateur informe ses proches de ses volontés.

Pour un usager INAPTE

1. Décision partagée entre un médecin et le représentant de l'utilisateur;
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 de l'utilisateur exprimé par le représentant;
4. Dépôt du formulaire au dossier de l'utilisateur;

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 de l'utilisateur;
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 CENTRE HOSPITALIER DES RÉSIDENTS

TOUT USAGER DOIT ÊTRE ÉVALUÉ OBLIGATOIREMENT PAR UN MÉDECIN AVANT UN TRANSFERT DANS UN CENTRE HOSPITALIER

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

Transfert en milieu hospitalier si :

- 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

Transfert en milieu hospitalier si :

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

Pas de transfert en Centre hospitalier si :

- Si les soins requis sont jugés disproportionnés par l'usager 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

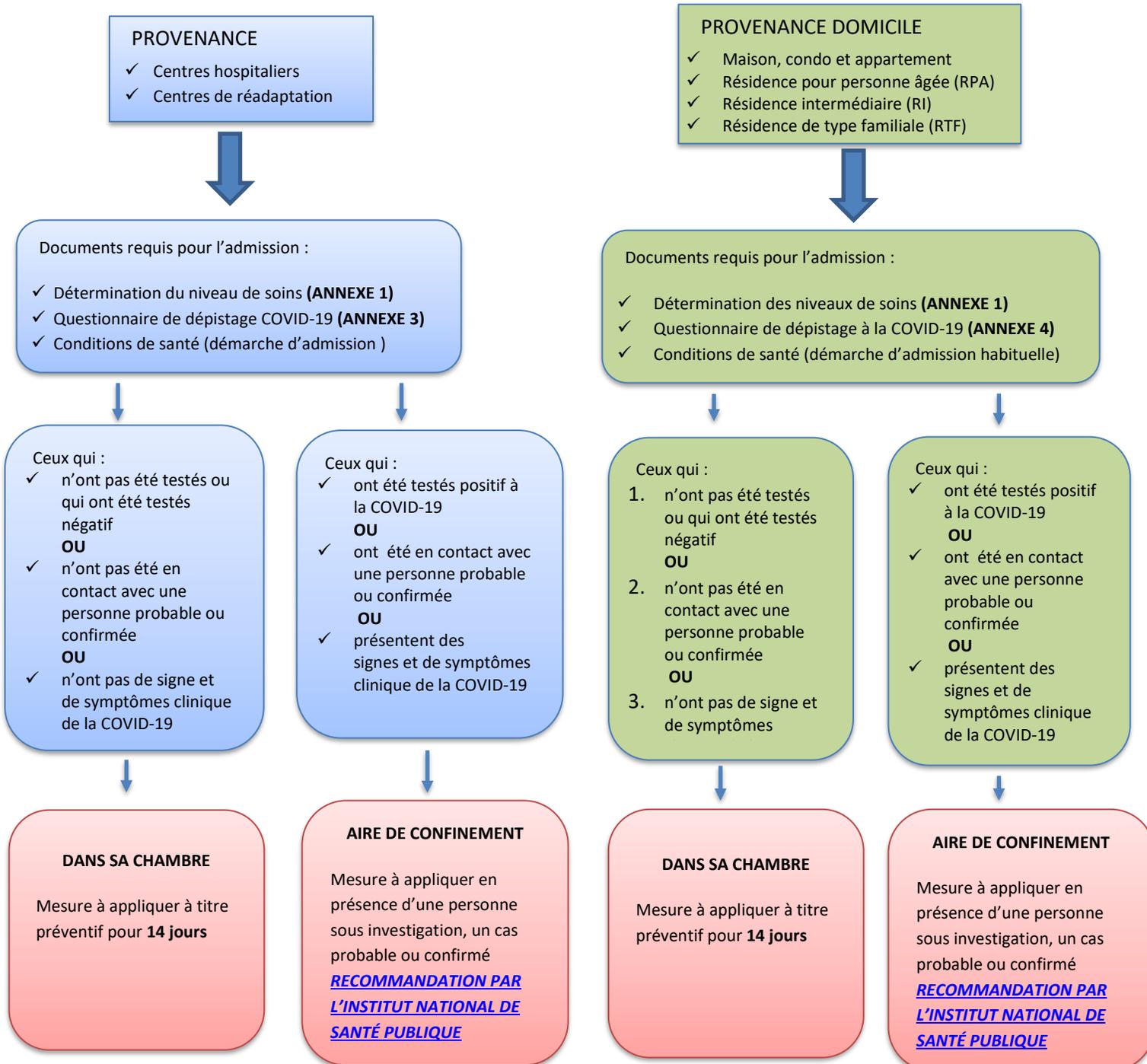
Référence : <https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/consulter-une-publication/publication/les-niveaux-de-soins.html>



Formulaire_Niveaux
deSoins_RCR.pdf

ANNEXE 2

TRAJECTOIRE D'ADMISSION EN CHSLD EN CONTEXTE DE LA COVID-19



ANNEXE 3

DÉPISTAGE COVID-19 ADMISSION CHSLD

Provenance : centre hospitalier ou centre de réadaptation

1- La personne a-t-elle été testée positivement au COVID-19?

Oui Non

2- Dans les 14 derniers jours, la personne a-t-elle été en contact avec une personne qui a voyagé à l'extérieur du pays ou qui a été testée positivement au COVID-19?

Oui Non

3- Dans les 14 derniers jours, la personne a-t-elle présenté de la fièvre ou de la toux (fièvre gériatrique 37,8 °C ou 1,1°C au-dessus de la valeur normale de la personne)?

Oui Non

Si présence de fièvre, qu'elle était la cause? _____
(Si fièvre pour infection urinaire, infection de plaies, etc. : isolement préventif)

4- En milieu hospitalier, la personne a-t-elle été placée en isolement?

Oui Non

Si oui, pour quelle raison : _____
(si isolement SARM et ERV : isolement préventif seulement)

Si oui à l'un de ces questions sauf pour les exceptions mentionnées aux questions 3 et 4, placer l'utilisateur dans l'aire de confinement.

ANNEXE 4

DÉPISTAGE COVID-19 ADMISSION CHSLD

Provenance : Domicile, RPA, RI-RTF

1. La personne a-t-elle été testée positivement à la COVID-19 ?
 Oui Non

2. Dans les 14 derniers jours, la personne a-t-elle été en contact avec une personne qui a voyagé à l'extérieur du pays ou qui a été testée positivement à la COVID-19?
 Oui Non

3. Dans les 14 derniers jours, la personne a-t-elle présenté de la fièvre ou de la toux (fièvre gériatrique 37,8 °C ou 1,1°C au-dessus de la valeur normale de la personne)?
 Oui Non

Si présence de fièvre, qu'elle était la cause? _____

(Si fièvre pour cause d'infection urinaire, d'infection de plaie, etc. : isolement préventif à la chambre)

4. Dans les 14 derniers jours, la personne a-t-elle présenté l'un des signes gériatriques suivants :
 - Changement dans l'autonomie fonctionnelle
 - Chute, incontinence nouvelle
 - Diminution de la capacité fonctionnelle dans les AVQ
 - Diminution de la participation à ses soins

 - Changement dans l'état mental
 - Désorientation nouvelle, désorganisation de la pensée, etc.
 - Délirium (apparition subite, inattention, modification dans l'état de conscience, désorganisation de la pensée)

 - Changement dans le comportement
 - Comportement d'agitation avec ou sans agressivité
 - Ralentissement psychomoteur
 - Perte d'appétit ou perturbation du sommeil

Si oui, est-ce qu'une cause d'infection a été identifiée ou une autre cause qui ne peut être en lien avec la COVID-19? Oui Non

- Si oui : isolement préventif à la chambre
- Si non : isolement à l'aire de confinement

Si oui à l'un de ces questions sauf pour les consignes mentionnées aux questions 3 et 4, placer l'utilisateur dans l'aire de confinement.

POUR LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES
OBSERVATIONS ET CHANGEMENTS CHEZ LES USAGERS
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

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

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
 - Alert
 - 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 probable et transférer dans l'aire de confinement.

Signes vitaux :

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

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

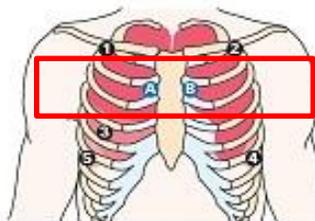
Respiration :

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

Auscultation

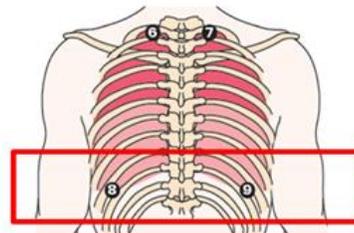
Face antérieure

- 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 sur l'unité dédiée (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 usagers) : Oui Non
- PTI à jour : Oui Non

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**

L'utilisateur 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

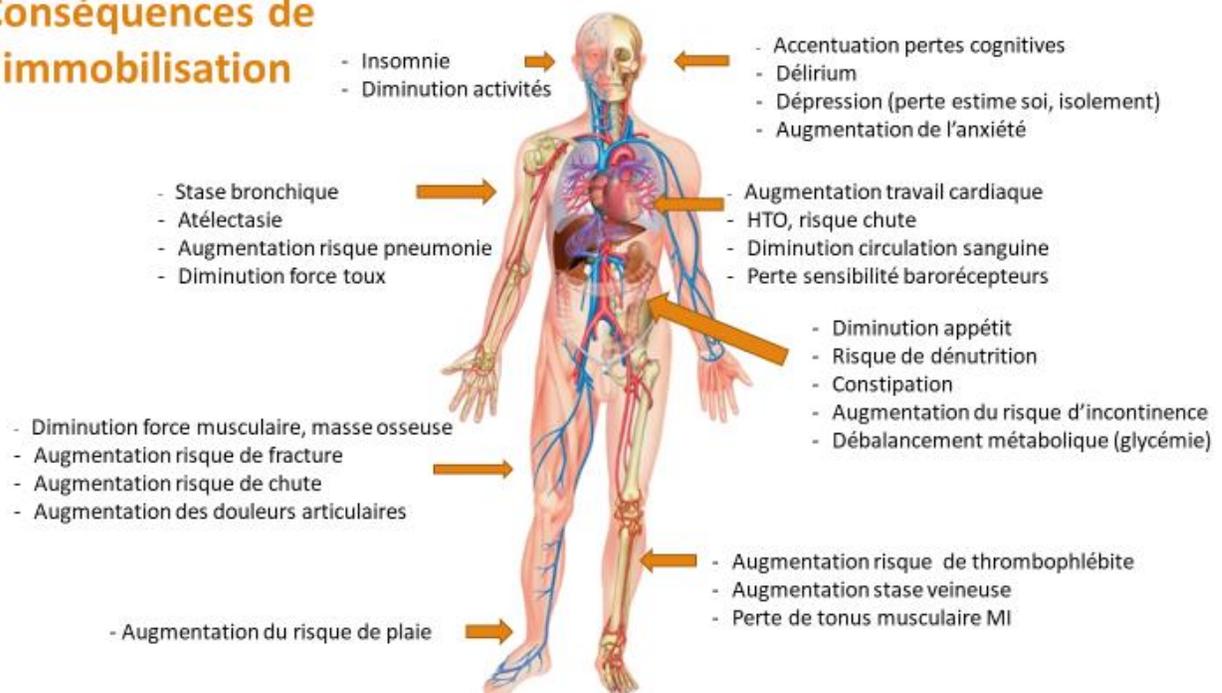
Algorithme d'évaluation et suivi infirmier

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

Risques liés 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)

Conséquences de l'immobilisation



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](#)