

Coronavirus COVID-19

Guide pour la prise en charge des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19

Mise à jour : le 13 avril 2020

Table des matières

| | |
|--|----|
| Assurer le suivi des mises à jour ministérielles | 3 |
| Généralités | 3 |
| Visites médicales | 5 |
| Tests | 6 |
| Prise en charge des résidents COVID-19 suspectés ou confirmés..... | 6 |
| Si niveau de soins A ou B..... | 7 |
| Si niveau de soins C ou D..... | 7 |
| Matériel de protection | 7 |
| Traitement des résidents COVID-19 positif..... | 8 |
| CODE bleu dans les CHSLD (arrêt cardiorespiratoire) | 9 |
| Soutien psychologique..... | 9 |
| Constat de décès | 9 |
| Ressources Web utiles..... | 10 |
| ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires..... | 11 |
| ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD..... | 12 |
| ANNEXE 3 : Chambres doubles ou multiples – Directives pour l’isolement des cas suspectés ou confirmés de la COVID-19 en CHSLD | 13 |
| ANNEXE 4 : Protocole de détresse..... | 14 |
| ANNEXE 5 : Lettre aux omnipraticiens – Équivalence médicaments pour détresse respiratoire | 15 |
| ANNEXE 6 : Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19 | 17 |
| Contexte : | 17 |
| Quoi faire devant une personne faisant un ACR? | 17 |
| ANNEXE 7 : Procédure pour constat de décès | 19 |

Assurer le suivi des mises à jour ministérielles

En raison de l'évolution rapide du contexte de la pandémie de COVID-19, il est important que les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux surveillent régulièrement les mises à jour apportées aux directives ministérielles.

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/>

<https://www.inspq.qc.ca/>

Les règles du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) sont mises à jour régulièrement. Les infirmières du programme de contrôle des infections (PCI) suivent les protocoles mis à jour quotidiennement. Vous devez vous y conformer. Éviter de semer la confusion dans vos équipes. S'il y a un problème, communiquer avec votre chef de service.

Généralités

1. Aucune visite n'est permise dans les CHSLD à l'exception des raisons humanitaires, comme lors de situation de fin de vie imminente.
<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/#visites>
2. Les congés temporaires sont aussi interdits.
3. Mettre en place les mesures pour respecter la distanciation physique.
<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/#organisation>
4. Mettre en place les mesures d'hygiène et le respect des règles de prévention et de contrôle des infections. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/prevention-des-accidents-des-lesions-et-des-maladies/lavage-des-mains/>
5. Informer le personnel soignant des symptômes (typiques et atypiques) à surveiller concernant la COVID-19 pour que ceux-ci puissent agir rapidement pour se mettre en isolement et informer leur milieu de travail. (ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires)
<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/presentations-cliniques-inesss/>

6. Les directives concernant les admissions dans les milieux d'hébergement évoluent rapidement selon le contexte de la pandémie de COVID-19. Il est donc essentiel de surveiller régulièrement les mises à jour des directives émises par le MSSS du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/#pratiques>

Dans la situation où une admission serait permise, le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) suit un **protocole strict** pour vérifier si le résident admis ne présente pas de symptômes de la COVID-19 ou s'il a été en contact avec des risques potentiels. À ce jour, un test de dépistage doit être fait préalablement à l'admission, et ce, peu importe la provenance de la personne.

- Si le résultat est positif, la personne ne pourra pas être admise dans un CHSLD dans lequel il n'y a pas de cas de COVID-19.
- Si la personne est testée négative (présentant ou non des symptômes), les mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les CHSLD pour aînés que recommande l'Institut national de santé publique doivent s'appliquer.

<https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19>

Le personnel qui intervient auprès du résident doit s'assurer de porter l'équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié.

<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2957-mesures-exceptionnelles-equipements-protection-individuelle-covid19.pdf>

7. La création de zone FROIDE (résidents sans symptômes de la COVID-19) et de zone CHAUDE (résidents testés COVID-19 positif, suspectés ou en investigation) doit se faire dans chaque milieu. Pour les cas suspects en investigation, il est suggéré de laisser le résident dans sa chambre seul ou de le placer selon l'organisation des zones disponibles dans votre milieu, et ce, pour éviter toute contamination croisée.

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/#pratiques>

8. Il est recommandé d'avoir des équipes dédiées dans chacun des CHSLD pour éviter la transmission. Pour les zones chaudes, il est obligatoire d'avoir du personnel dédié à cette zone.
9. Il est suggéré de créer une liste de rappel pour assurer une disponibilité médicale en tout temps dans votre région.

Visites médicales

1. On nous demande d'éviter tout transfert en soins de courte durée dans la mesure du possible. IL EST PRIMORDIAL QUE LE RÉSIDENT SOIT ÉVALUÉ PAR UN MÉDECIN AVANT DE LE TRANSFÉRER À L'HÔPITAL, ET CE, PEU IMPORTE LA RAISON DU TRANSFERT. **À la discrétion du jugement clinique du médecin, l'évaluation peut se faire en présentiel ou en télécommunication en présence d'une infirmière.** Pour ce faire, on vous demande d'augmenter la fréquence de vos visites médicales. Selon la situation et votre jugement clinique, ces visites peuvent être faites via téléconsultation. Nous vous rappelons que si l'examen physique d'un résident modifiait votre conduite, cet examen pourra être effectué sur place. La télémédecine peut aussi vous aider à prendre des décisions et éviter des transferts à l'urgence.
2. Le médecin qui fait l'objet d'une mesure d'isolement ou qui a contracté la COVID-19 peut rendre des services à partir de son domicile par voie de correspondance ou de télécommunication.
3. **Réviser les niveaux de soins, en priorisant les niveaux de soins A et B et ceux désirant l'intubation et la réanimation.**
Dans le contexte de la COVID-19, la majorité de nos résidents **ne sont pas** des candidats pour les soins intensifs et les respirateurs. Pour les résidents âgés de 80 ans et plus, le taux de mortalité est significativement plus élevé. Il l'est encore plus pour nos résidents qui présentent de multiples comorbidités. Les durées d'intubation sont également prolongées. Seuls les résidents désirant une intubation devraient être transférés, et ce, après discussion avec le médecin de l'urgence de l'établissement receveur. Nous vous rappelons qu'il appartient déontologiquement au médecin de ne pas offrir un soin futile ou non approprié.
<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux-soins.pdf>
4. Si vous soupçonnez que votre résident peut avoir contracté la COVID-19, celui-ci doit être en chambre privée (dans la mesure du possible) avec un isolement de type précaution gouttelettes (masque chirurgical, visière, gants et jaquette pour le personnel soignant). Si la condition le permet, le résident peut recevoir son traitement en CHSLD dans le respect des directives de la mise en place des zones chaude et froide. (**ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD**)
5. Éviter tout traitement avec des **nébulisations**. L'utilisation de l'aérochambre avec masque est recommandée. Il est important de revalider la nécessité des appareils CPAP et BiPAP des résidents dans vos milieux, car ces traitements de ventilation en pression positive continue sont des interventions médicales générant des aérosols (IMGGA). En cas de suspicion de COVID-19, ces traitements devraient être cessés, et ce, jusqu'à la réception d'un résultat négatif.

Tests

1. Les résidents présentant des symptômes de la COVID-19 doivent être dépistés dans leur CHSLD selon les critères établis par la santé publique

(ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires)

(ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD)

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/presentations-cliniques-inesss/>

<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/#signes-et-symptomes>

- a) Fièvre à plus de 37,8°C rectale ou buccale, ou 1,1°C au-dessus de la température basale, sans foyer clair.

OU

- b) Symptômes respiratoires

- Toux sèche
- Expectoration
- Dyspnée
- Mal de gorge
- Perte d'odorat (anosmie)
- Perte du goût ¶

OU

- c) Symptômes atypiques

- Détérioration de l'état général (DEG)
- Confusion
- Atteinte de l'état de conscience (AEC)
- Céphalée
- Troubles gastro-intestinaux
- etc.

2. Éviter tous les laboratoires de routine.

Prise en charge des résidents COVID-19 suspectés ou confirmés

Veillez consulter l'ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD.

1. Mettre le résident en isolement gouttelettes/oculaire
(ANNEXE 3 : Chambres doubles ou multiples – Directives pour l'isolement des cas suspectés ou confirmés de la COVID-19 en CHSLD)

2. Vérifier si le résident présente des critères de sévérité :
 - Tachypnée de 24/min ou +
 - Besoins supplémentaires d'O₂ ou de plus de 4 L/min pour sat > 90 %
 - Tension artérielle systolique < 90 mm Hg (choc)
 - Détresse respiratoire aiguë
 - Anosmie/dysgueusie
 - Tout autre signe jugé sévère par le médecin

3. Par la suite, suivre l'algorithme selon le niveau de soins
<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/d57fc1d9eb98eed385257f50005206c7?OpenDocument>

Si niveau de soins A ou B

La prise en charge des résidents présentant des symptômes de COVID-19 implique en premier lieu la confirmation du niveau de soins. Tous les résidents de niveau des soins A ou B, ou qui désirent une intubation ou réanimation devraient être pris en charge par le centre hospitalier (CH) désigné de leur région après discussion avec le médecin de l'urgence **si sa condition médicale exige des soins aigus en CH** qui ne peuvent être dispensés en CHSLD. L'objectif est de permettre au résident d'avoir accès aux soins qui lui seront appropriés, selon ses volontés. Il faut donc bien confirmer le niveau de soins. Si le résident présente des critères de sévérité, il sera nécessaire de transférer le cas dans une chambre à pression négative afin de pouvoir offrir les techniques IMGA qui produisent des aérosols. C'est pour cette raison que les résidents doivent être transférés si le niveau de soins implique des techniques générant des aérosols (par exemple une intubation).

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/hospitalisation/>

Si niveau de soins C ou D

Le résident doit rester au CHSLD, en isolement et offrir le support pour maintenir le confort et le soulagement des symptômes. Dans cette clientèle, les IMGA ne sont pas utilisées et les résidents doivent être mis en isolement gouttelettes/oculaire. Le résident doit être déplacé dans la zone chaude.

Si le résident présente un des critères de sévérité, il faut éviter tout IMGA et mettre en place les protocoles de détresse respiratoire, le cas échéant.

Matériel de protection

Isolement gouttelettes/oculaire

Pour tous les cas incluant les cas sévères sans IMGA (intervention médicale générant des aérosols : RCR, ventilation manuelle, O₂ par Optiflow, BiBAP, CPAP, induction de l'expectoration, intubation).

- a. Masque chirurgical, gants, blouse, visière
- b. Cesser les CPAP et les BiPAP

<https://www.inspq.gc.ca/covid-19/prevention-et-contrôle-des-infections>

Traitement des résidents COVID-19 positif

Notons que la majorité des résidents infectés vont s'en sortir. Plusieurs ne feront qu'une forme légère ou modérée. Plus il y a de comorbidités moins les chances sont bonnes.

Pas de signes de pneumonie (demander qu'on vous avise dès qu'il y a un changement) :

1. Surveiller l'état de conscience, température (rectale de préférence), SaO₂, T.A., pouls, rythme respiratoire selon l'état clinique et les signes atypiques gériatriques. On ne veut pas de contacts inutiles.
2. Cesser toute médication non essentielle : ex. : VitaD Calcium Statine Biphosph, etc. afin de réduire la fréquence des contacts.
3. Dès les premiers signes cliniques de détérioration respiratoire, débiter rapidement antibiotique p.os (idéalement dans les 4 h).

Selon le niveau d'intervention médicale et l'état clinique :

1. Si Soins actifs et pneumonie probable

- Antibiotiques selon l'algorithme de votre milieu
- O₂ pour confort
- Ne pas donner de corticostéroïdes po
- Si bronchospasme : ventolin inh 2 inh qid avec aérochambre-masque
- ÉVITER toute nébulisation, privilégier aérochambre
- Si signe de déshydratation, mettre en place un accès veineux et un soluté
- S.v. selon le niveau de soins
- Note : l'hydroxychloroquine n'est indiquée que dans les cas sévères hospitalisés.
- Si détérioration de l'état après 48 h. Discuter avec la famille du mauvais pronostique compte tenu des comorbidités et de l'avantage d'offrir les soins de confort sur place dans un environnement familial et adapté.
- **Si un transfert est envisagé (impossible de maintenir SaO₂ 90 % avec O₂ 4l/min, choc, détresse respiratoire), vous devez toujours communiquer avec le médecin du receveur avant le transfert.**

2. Soins de confort

1. Les détresses respiratoires évoluent très rapidement, il est prioritaire de prendre en charge rapidement les résidents présentant de la dyspnée pour permettre un contrôle des symptômes. Il est suggéré de garder au chevet du résident les médicaments du protocole de détresse respiratoire pour qu'il soit administré rapidement ([ANNEXE 4: Protocole de détresse](#) et [ANNEXE 5: Lettre aux omnipraticiens – Équivalence médicaments pour détresse respiratoire](#)).

2. Cesser Rx p.os.
3. O2 et hydratation n'offrent aucun confort.
4. Morphine ou tout autre narcotique doit être prescrit q 4 h régulièrement.
5. Voir ci-joint les documents pour l'ajustement et la prise en charge des résidents avec détresse respiratoire.

CODE bleu dans les CHSLD (arrêt cardiorespiratoire)

Le MSSS a émis des directives concernant la réanimation cardiorespiratoire pour tous les milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux dans le contexte pandémique. Veuillez consulter l'[ANNEXE 6 : Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19](#).

Soutien psychologique

Pour un soutien psychologique en cette période plutôt intense, vous pouvez communiquer en tout temps avec votre Programme d'aide aux employés (P.A.E).

Constat de décès

Il est possible de faire les constats de décès à distance si vous y avez accès.

Lorsque vous remplissez le sp3 pour la section causes du décès (case 22), vous pouvez inscrire COVID-19 si le résident a eu un test de dépistage positif. Il est important de cocher dans la case 27 « personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire » OUI. Vous n'avez pas besoin d'appeler le coroner dans ce contexte.

Si le résident décédé présentait des symptômes et qu'il était en investigation pour la COVID-19, mais que le résultat n'est pas disponible, il faut inscrire la cause probable du décès [pneumonie, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), etc.] résident en investigation pour la COVID-19, mais il ne faut pas écrire COVID-19 comme cause de décès. Ceci afin de permettre au personnel des salons funéraires de prendre les précautions d'usage.

Prise en charge des corps

Pour la prise en charge des corps des résidents COVID-19 positif, veuillez consulter l'[ANNEXE 7 : Procédure pour constat de décès](#).

Ressources Web utiles

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux :
<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/>
2. Institut national de santé publique :
<https://www.inspq.qc.ca/>
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux, COVID-19 – Directives au réseau de la santé et des services sociaux – CHSLD :
<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/>
4. Gouvernement du Québec, Lavage des mains :
<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/prevention-des-accidents-des-lesions-et-des-maladies/lavage-des-mains/>
5. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19 – Présentations cliniques :
<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/presentations-cliniques-inesss/>
6. Institut national de santé publique, COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés :
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19>
7. Institut national de santé publique, COVID-19 : Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie : recommandations intérimaires : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2957-mesures-exceptionnelles-equipements-protection-individuelle-covid19.pdf>
8. Collège des médecins du Québec, Le médecin et le consentement aux soins :
<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux-soins.pdf>
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Formulaire AH-744-DT9261 – Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire :
<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/d57fc1d9eb98eed385257f50005206c7?OpenDocument>
10. Institut national de santé publique, Prévention et contrôle des infections :
<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-contrôle-des-infections>
11. Palli-Science - Site québécois de formation en soins palliatifs et oncologie de première ligne : <https://palli-science.com>
12. Outil pour la prise charge de résidents en soins palliatifs – Mini-guide 2020
<http://pdf.palli-science.com/books/zdeq/>

ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires

SYMPTÔMES TYPIQUES DE LA COVID-19

- Signes et symptômes les plus fréquents
 - ✓ Fièvre
 - ✓ Toux sèche

- Autres symptômes possibles
 - ✓ Essoufflement
 - ✓ Production de crachats
 - ✓ Fatigue
 - ✓ Perte d'odorat (anosmie)
 - ✓ Perte du goût

SYMPTÔMES ATYPIQUES GÉRIATRIQUES POSSIBLES

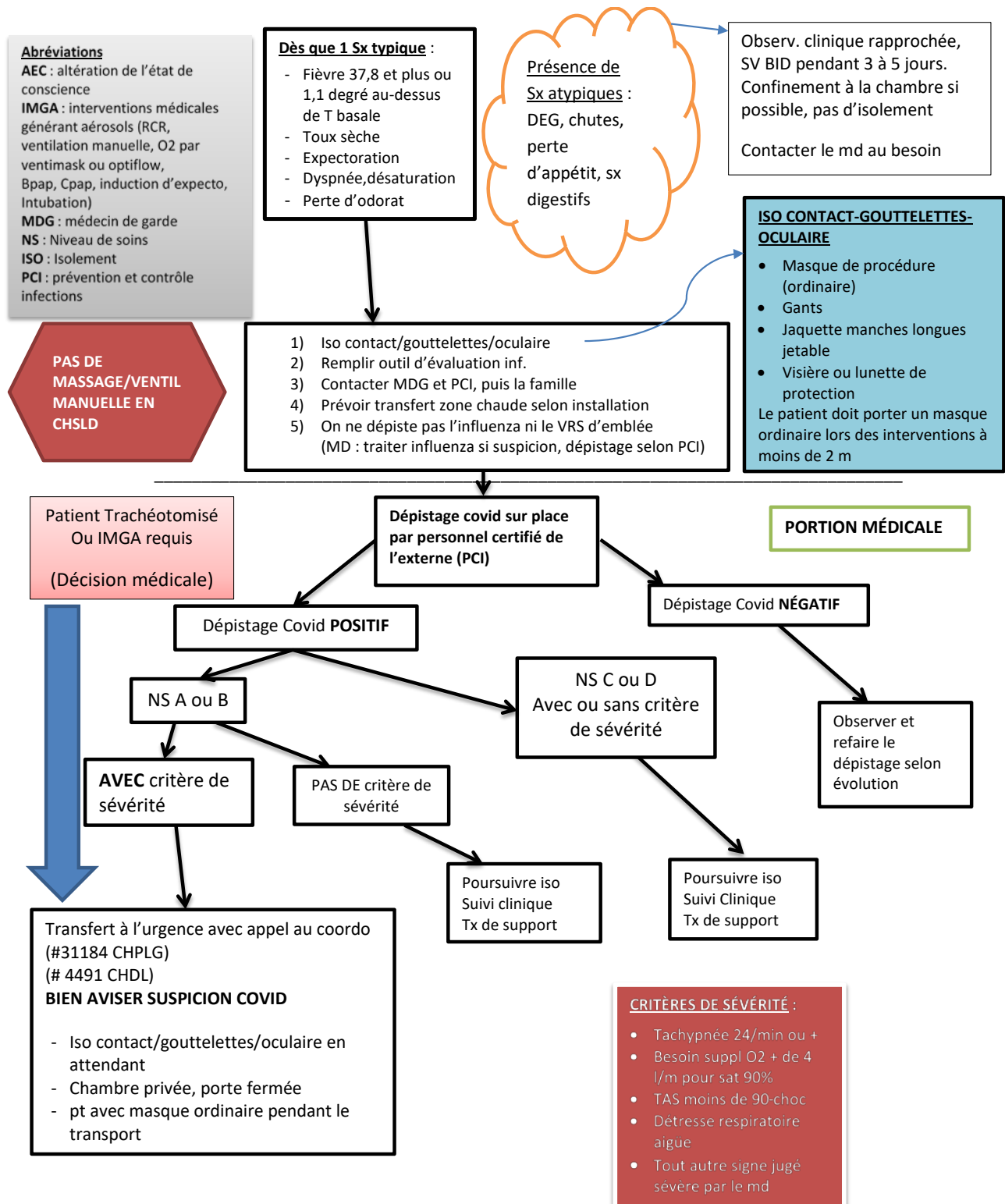
- Changement soudain de l'état mental
 - ✓ Plus confus
 - ✓ Plus somnolent
 - ✓ « On ne le reconnaît plus »
 - ✓ Ne sait plus comment utiliser ses affaires

- Perte d'autonomie
 - ✓ Chute
 - ✓ Incontinence nouvelle
 - ✓ N'est plus capable de participer aux soins comme avant

- Changement de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement existant)
 - ✓ Agité
 - ✓ Pas comme d'habitude
 - ✓ Agressivité/irritabilité
 - ✓ Perte d'appétit

- Perturbation du sommeil

ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD



Modèle proposé par D^{re} Julie Deschambeault, D^{re} Nadine Gauthier et M^{me} Annick Larose, 3 avril 2020 v6

ANNEXE 3 : Chambres doubles ou multiples – Directives pour l'isolement des cas suspectés ou confirmés de la COVID-19 en CHSLD

Tenter de transférer les résidents en chambre individuelle. En attendant :

- Garder une séparation d'au moins 2 mètres entre les résidents
- Utiliser une chaise d'aisance pour le résident symptomatique
- Dresser un rideau entre les résidents

ANNEXE 5 : Lettre aux omnipraticiens – Équivalence médicaments pour détresse respiratoire

Bonjour chères collègues et chers collègues,

La situation actuelle nous mène à devoir nous préparer à répondre à une demande croissante en soins de fin de vie. Dans l'éventualité où l'équipe de soins palliatifs ne serait pas en mesure de répondre à la demande de tous, je vous envoie un **guide** d'utilisation des médicaments en soins palliatifs, plus particulièrement ceux utilisés pour des symptômes respiratoires. Les complications actuelles du COVID-19 semblent être insuffisance respiratoire, IRA, choc septique et CMP virale. Certains d'entre vous sont possiblement déjà à l'aise, tant mieux si vous n'avez pas besoin de ce rappel. Pour les autres, ça donne une base. Nous resterons bien sûr disponibles pour toute question.

- **Dyspnée**

o Utiliser en priorité les **narcotiques**

1) **Dilaudid** 0,5 mg s/c q 4h régulier + q1h PRN (*privilégier re : difficulté d'approvisionnement avec morphine s/c*)

- On peut augmenter les doses régulières par bond de 0,5 mg à 1 mg s/c.
- Dose de PRN : 50 % de la dose régulière q4h.

2) **Morphine** 2,5 mg s/c q 4 h reg + 2,5 q1h PRN

- On peut augmenter les doses régulières par bond de 2,5 à 5 mg.
- Dose de PRN : 50 % de la dose régulière q4h.

*S'il venait à manquer de morphine s/c, la **voie bucco-gingivale** pourrait être utilisée avec du sirop de morphine 5 mg/mL. Les doses de départ seraient alors de 10 mg transgingivale q4h reg + q1h PRN.*

o Les **benzodiazépines** peuvent aussi être utilisées (*Attention difficulté d'approvisionnement avec l'ativan s/c et le versed s/c*)

1) **Ativan** PO à privilégier dans le contexte : 0,5 mg PO q6h reg + q4h PRN

2) **Ativan** 0,5 mg s/c q 6h régulier + q4h PRN

3) **Versed** 2,5 mg s/c q4h régulier + q2h PRN (Efficace plus rapidement mais tachyphylaxie lorsque dose > 20 mg/24h, donc à utiliser en fin de vie)

4) *S'il venait à manquer d'ativan et de versed s/c, la **voie bucco-gingivale** pourrait être utilisée avec des comprimés d'ativan s/l, même dose.*

- **Râles**

- Si surcharge/épanchement, débiter avec **lasix** 40 mg s/c (20 mg dans chaque épaule) q 30 minutes jusqu'à disparition des symptômes (max 3 doses, cesser si inefficace)
 - 1) Peut être répéter q8h si efficace
- Robinul 0,4 mg s/c q4h (inutile d'augmenter q2h)
- Scopo 0,6 mg s/c q4h (inutile d'augmenter q2h pour les râles sauf si effet sédatif souhaité)

- **Sédation**

- Comme nous éprouvons des difficultés d'approvisionnement avec l'ativan s/c et le versed, éviter ces molécules pour l'instant. On peut utiliser :
 - **Nozinan** 12,5 mg s/c q4h reg
 - **Scopo** 0,4 mg s/c q 4h reg

- Le **protocole de détresse** est disponible dans tous les bureaux de médecin.

- *** Scopo 0,4 mg s/c dans le protocole, peu importe la dose régulière *** (sinon risque de tachyphylaxie)

Dre Marianne St-Germain
Chef de service de soins palliatifs

ANNEXE 6 : Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19

Pour tous milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux

Contexte :

- 1- Le présent protocole a été créé pour uniformiser la réanimation cardio-respiratoire dans le contexte pandémique dans tous les milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux avec soins physiques aigus. Ceci inclut les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les cliniques externes, les résidences privées pour aînés, les cliniques désignées d'évaluation, les unités de psychiatrie et autre milieu de soins.
- 2- La transmission communautaire est le principal moyen de transmission de la COVID-19 en province. Cette transmission n'est pas soutenue de façon uniforme. Le risque qu'une personne en arrêt cardio-respiratoire (ACR) soit infectée de la COVID-19 n'est pas le même partout. L'analyse de ce risque de transmission doit se faire en collaboration entre les acteurs régionaux et ministériels.
- 3- Les manœuvres de réanimation cardiaque sont à haut risque de transmission du virus COVID-19.
- 4- La protection des intervenants et des travailleurs de la santé est la priorité en temps de pandémie.
- 5- La gestion des équipements de protection individuelle est essentielle pour opérationnaliser le point 3. Les secteurs à plus haut risque (préhospitaliers, urgences, soins intensifs) sont priorisés pour protéger les travailleurs les plus à risque.

Quoi faire devant une personne faisant un ACR?

- Demander de l'aide;
- Appeler le 911;
- Indiquer à un collègue de vérifier le dossier de la personne en ACR si un niveau d'intervention médicale (NIM) est déterminé, le cas échéant;
- Sortir le chariot de code ou le défibrillateur, si disponible;
 - a. S'il n'y a pas de défibrillateur disponible, le répartiteur d'urgence vous indiquera où trouver le défibrillateur le plus proche.

- Porter des gants et un masque chirurgical. Si disponible, porter une blouse et une protection visuelle;
- Mettre un masque chirurgical au patient;
- Installer les *pads* de défibrillation à la personne. Si les chocs sont recommandés, suivre les indications du défibrillateur;
- Évaluer ensuite le risque infectieux de la personne qui est en ACR;
 - a. Si la personne est connue de l'intervenant, ne présentait aucun symptôme et/ou avait un test de la COVID-19 négatif récemment – débiter le massage cardiaque en continu^{*} ;
 - b. Si la personne est inconnue OU que son statut COVID-19 est inconnu, probable ou positif OU que le milieu de soins est en éclosion de COVID-19 – ne pas faire de massage cardiaque;
- La gestion des voies aériennes définitives et la gestion de la ventilation doivent se faire par une personne expérimentée (médecin ou paramédic) et équipée d'une protection individuelle optimale.

* L'absence de symptôme est un indicateur de faible risque dans les régions où la transmission communautaire n'est pas soutenue.

ANNEXE 7 : Procédure pour constat de décès



Procédure suite au décès d'un résident en CHSLD COVID-19 positif ou en attente d'un résultat COVID-19

Principe :

Lors du décès d'un résident ayant eu un résultat positif au test COVID-19 ou en attente d'un résultat, la direction de la santé publique doit intervenir pour libérer la dépouille avant que l'entreprise funéraire puisse la récupérer. Par ailleurs, le soutien, la communication avec les proches des résidents ainsi que tous les éléments entourant la procédure normale en cas de décès s'appliquent normalement à l'exception de la disposition de la dépouille par l'entreprise funéraire.

Séquence :

- 1- Lors du décès d'un résident, le constat de décès doit être effectué à l'aide du formulaire SP3.
- 2 - La dépouille doit être déposée dans un linceul et l'extérieur du linceul doit être désinfecté à l'aide d'une lingette homologuée pour le COVID-19. Le nom du résident doit être plaqué et collé sur le linceul.
- 3- L'ASI transmet ensuite une demande de libération de la dépouille à la santé publique en acheminant un courriel :

Adresse : autorisation.dspublique.cissslan@ssss.gouv.qc.ca
Objet : AUTORISATION DE DISPOSITION DE LA DÉPOUILLE PAR LA SANTÉ PUBLIQUE

Contenu du courriel :

- Le nom du défunt ou de la défunte
- Son numéro d'assurance maladie
- Le lieu où se trouve la dépouille (une adresse civique avec le code postal) pour bien diriger les entreprises funéraires
- Le nom de l'entreprise funéraire que la famille a désignée et le numéro de téléphone de cette entreprise
- LA DATE DU PRÉLÈVEMENT COVID-19

4 - Entre 8h00 et 22h00, la santé publique acheminera un courriel à l'entreprise funéraire avec l'expéditeur en CC contenant les consignes à observer pour la récupération de la dépouille.

5 - L'entreprise funéraire se présentera et transportera la dépouille.

Dernière mise à jour : 30 mars 2020