



Guide pour la prise en charge médicale 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 25 janvier 2021

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-88468-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

Le présent guide s’inscrit dans le mandat du sous-comité des services médicaux dans les milieux de vie pour aînés du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002786/>]

Rédaction :

D^{re} Julie Deschambeault, cocheffe de médecine générale volet CHSLD, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière;

M^{me} Catherine Hamelin, conseillère en pertinence clinique, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Soutien à la rédaction :

D^{re} Danielle Daoust, coprésidente du sous-comité des services médicaux dans les milieux de vie pour aînés, MSSS et médecin de famille, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

M^{me} Valérie Guillot, conseillère en gérontologie, Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA), MSSS;

M^{me} Stéphanie Jodoin, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique, MSSS;

M^{me} Karine Labarre, conseillère experte en soins gériatriques et soins de proximité, DGAUMIP, MSSS;

D^{re} Michèle Morin, interniste gériatre et cogestionnaire médicale à la direction du programme SAPA, CISSS de Chaudière-Appalaches;

D^{re} Diane Poirier, directrice générale adjointe de la coordination réseau et directrice de la coordination ministérielle 514-450, Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles, MSSS.

D^{re} Lucie Poitras, directrice générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique, DGAUMIP, MSSS;

M^{me} Natalie Rosebush, sous-ministre adjointe et coprésidente du sous-comité des services médicaux dans les milieux de vie pour aînés, DGAPA, MSSS;

D^{re} Raymonde Vaillancourt, chef du département régional de médecine générale, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;

D^{re} Sophie Zhang, cocheffe adjointe hébergement, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal;

Révision :

M^{me} Katherine Brisson, adjointe administrative, DGAUMIP, MSSS

Table des matières

Introduction	1
Vaccination.....	2
Activités de gestion médicale	2
<i>Gestion des effectifs médicaux lors d'éclotions de COVID-19 en CHSLD</i>	2
<i>Prévention et contrôle des infections (PCI)</i>	3
<i>Dépistage de la COVID-19 chez les travailleurs de la santé incluant les médecins</i>	4
<i>Autres activités de gestion médicale d'importance</i>	4
Activités cliniques.....	7
<i>Consultations médicales</i>	7
<i>Soins virtuels</i>	8
Indications de dépistage.....	8
Prise en charge des résidents COVID-19 suspectés ou confirmés	9
<i>Si niveau d'intervention médicale A ou B</i>	10
<i>Si niveau d'intervention médicale C ou D</i>	10
<i>Matériel de protection</i>	10
<i>Traitements spécifiques de la COVID-19, selon l'objectif de soins poursuivi</i>	11
<i>Guérison et prise en charge du déconditionnement</i>	12
CODE bleu dans les CHSLD (arrêt cardiorespiratoire).....	13
Constat de décès	13
<i>Bulletin de décès SP-3</i>	13
<i>Déclaration à la Direction de santé publique</i>	14
<i>Formulaire K-27</i>	14
<i>Formulaire MAD0</i>	14
<i>Prise en charge des corps</i>	14
Soutien psychologique	14
Ressources Web utiles.....	15
ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires	21
ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD	22
ANNEXE 3 : Chambres doubles ou multiples – Directives pour l'isolement des cas suspectés ou confirmés de la COVID-19 en CHSLD	23
ANNEXE 4 : Exemple de protocole de détresse respiratoire aiguë	24
ANNEXE 5 : Lettre aux omnipraticiens – Équivalence médicaments pour détresse respiratoire .	25
ANNEXE 6 : Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19	27
ANNEXE 7 : Bulletin de décès SP-3 et exemples types.....	29
ANNEXE 8 : Directives et algorithme décès COVID-19	31

Introduction

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) adresse le présent guide à tout professionnel du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ayant un rôle à jouer dans la prise en charge médicale des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics et privés conventionnés. Ceux des CHSLD privés sont libres de s'en inspirer. Nous pensons notamment aux médecins déjà actifs dans les CHSLD ou à ceux réaffectés dans ces milieux ainsi qu'aux infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL). Le MSSS invite également les médecins impliqués dans la gestion des CHSLD (ex. : cogestionnaires) ainsi que les gestionnaires responsables de ces milieux à s'approprier le contenu du guide.

Le guide sera mis à jour selon l'évolution de la pandémie et demeurera disponible dans sa version la plus récente au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/>.

En raison de l'évolution rapide de la pandémie, les directives du MSSS, mais aussi les règles des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et celles des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) sont mises à jour fréquemment. Il est impératif que les professionnels du RSSS **assurent une surveillance régulière de ces mises à jour** pour éviter de semer la confusion dans les équipes et pour maintenir un canal de communication efficacement cohérent. À ce sujet, il est fortement recommandé de vous abonner à l'infolettre des directives du MSSS en vous inscrivant au :

<https://www.msss.gouv.qc.ca/abonnement/?l=directives-covid>. Si un problème se présente, communiquer avec votre gestionnaire ou médecin responsable immédiat.

Directives COVID-19 du MSSS pour les CHSLD :

- * [Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée \(CHSLD\)](#)
- * [Directives sur la couverture médicale dans les milieux de vie pour aînés \(CHSLD, RI-RTF, RPA\) en contexte de la pandémie de la COVID-19](#)
- * *Tableau A : Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les RI de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19*
[\[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002741/\]](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002741/)

Liens généraux :

- * <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/>
- * [INSPQ - Centre d'expertise et de référence en santé publique](#)
- * [Collège des médecins du Québec](#)

Vaccination

Depuis le 14 décembre 2020, il est maintenant possible de vacciner contre la COVID-19. Afin de diminuer les éclosions en CHSLD, il est fortement recommandé d’offrir la vaccination aux patients, aux proches aidants, aux employés, aux médecins et autres professionnels de la santé. Il est essentiel de connaître les informations relatives à la campagne de vaccination et les directives qui s’appliquent dans les milieux.

- [Directive sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 à l'intention des travailleurs de la santé - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)
- [Vaccination contre la COVID-19 - Professionnels de la santé - MSSS \(gouv.qc.ca\)](#)

Activités de gestion médicale

Jusqu’ici, nous observons que les installations qui se sont montrées les plus performantes dans la gestion de la crise sanitaire sont celles ayant fait preuve d’une bonne cohésion entre l’équipe de gestion et l’équipe médicale, aux niveaux local et régional.

Gestion des effectifs médicaux lors d’éclosions de COVID-19 en CHSLD

L’assurance d’avoir une couverture médicale adéquate s’adaptant à la variabilité des besoins d’un milieu est l’un des enjeux majeurs pendant la pandémie. Elle varie en fonction des éclosions, de la gradation des mesures des paliers d’alerte émise par le MSSS et des niveaux d’alerte du plan de délestage concordant¹.

- *Tableau A : Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les RI de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19*
[\[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002741/\]](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002741/)
- *Guide de délestage et de réorganisation des services médicaux en CHSLD selon les niveaux d’alerte des établissements*
[\[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/\]](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/)

Pour répondre rapidement aux besoins de leur milieu, la cellule de crise locale, les équipes médicales impliquées et le(s) coordonnateur(s) local(aux) des effectifs médicaux du CISSS ou CIUSSS doivent maintenir des liens étroits et agiles sur le plan de la communication et des décisions. La cogestion médico-clinico-administrative est une mesure que le MSSS demande de mettre en place pour soutenir la fluidité de communication et la rapidité de prises de décision.

- La *Fiche descriptive – Cogestion en centre d’hébergement de soins de longue durée* décrit cette mesure [\[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/\]](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/).

¹ Le « NIVEAU » d’alerte des établissements est différent du « PALIER » d’alerte communautaire promulgué par les directions régionales de santé publique. Bien qu’ils soient interreliés, le niveau d’alerte est davantage axé sur la réalité de l’établissement en fonction de la situation dans une installation donnée et du délestage conséquent. Il est plus pertinent pour orienter les actions à prendre selon les variables suivantes : utilisations des lits hospitaliers, cibles de lits COVID répartition régionale et interrégionale, capacité ressources humaines, etc.

Une liste COVID-19 de mise en disponibilité doit être élaborée, en tout temps, dans tous les CHSLD afin d'assurer une couverture médicale adaptée aux besoins du milieu. Cette liste de garde doit être planifiée avec des médecins différents pour les zones froides et chaudes lorsque la situation l'exige et le permet. À titre de référence, une éclosion importante et soutenue pourrait exiger une présence médicale quasi quotidienne ou un dédoublement des effectifs médicaux habituels.

Selon les besoins en effectifs médicaux identifiés dans le milieu au moment d'une éclosion jugée difficile à contrôler, il est nécessaire que le coordonnateur local des effectifs médicaux place en préalerte l'équipe médicale d'intervention (ÉMI). Ceci implique que les médecins d'une équipe ÉMI auront, au préalable, été mis en disponibilité afin de pouvoir se déployer rapidement. Les ÉMI sont des équipes médicales composées de 2-3 médecins [et infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL)] qui seront appelés en renfort pour assurer la prise en charge médicale des résidents si, et seulement si, l'équipe déjà en place et ceux de la liste COVID-19 de mise en disponibilité ne suffisent pas pour combler les besoins. L'ÉMI sera également déployée exclusivement à la demande du coordonnateur et demeure le dernier recours après les mécanismes de couverture habituelle.

- La *Fiche descriptive – Équipe médicale d'intervention (ÉMI) en milieu de vie pour aînés (MVA)* décrit la directive MSSS pour la mise en place des ÉMI [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/>].

Ultimement, lorsque le coordonnateur local des effectifs médicaux est à bout de ressources, qu'il a consulté la plateforme RéaffectMD et qu'il ne peut pas faire sa réaffectation localement ou régionalement, celui-ci communique avec le comité national de réaffectation des effectifs médicaux (CNREM) [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002786/>]; [<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/reaffection-des-effectifs-medicaux/>].

L'outil *Algorithme CHSLD pour assurer la couverture des services médicaux lors d'une éclosion de COVID-19* illustre la séquence des actions à réaliser pour assurer une couverture des services médicaux dans un CHSLD en éclosion et l'interrelation de certains des intervenants clés [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/>].

Prévention et contrôle des infections (PCI)

Dans le contexte de la pandémie, il est impératif de travailler étroitement avec l'équipe PCI de votre CISSS/CIUSSS, car celle-ci suit des protocoles mis à jour quotidiennement.

Liens de l'Institut national de la santé publique (INSPQ) sur les mesures PCI et la gestion des éclosions :

- [COVID-19 : Prévention et contrôle des infections | INSPQ](#)
- [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés | INSPQ.](#)

On parle d'**éclosion** lorsqu'il y a plus de deux cas (résidents ou travailleurs) nosocomiaux (acquis en milieu de soins) avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours (critère de temps, de lieu ou de personne compatible avec une transmission entre ces cas). Pour la définition d'éclosion, vous référer à celle décrite par l'INSPQ dans la publication [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés | INSPQ](#).

Il est important d'obtenir quotidiennement un bilan des cas COVID positifs dans vos milieux pour permettre une mise sous tension des équipes médicales, s'il y a des besoins médicaux émergents. Le lien avec l'équipe PCI et la santé publique doit être fluide et rapide et demeure la clef du succès pour contrôler les éclosions et mettre en place sans délai les mesures de biosécurité.

Nous vous encourageons à faire la formation intitulée « Prévention et contrôle des infections : formation de base en contexte de la COVID-19 » disponible sur le site de l'[Environnement numérique d'apprentissage \(ENA\) provincial](#). Si vous avez une adresse courriel d'établissement, choisissez votre CISSS/CIUSSS d'appartenance. Sinon, cliquer simplement sur le lien pour les partenaires hors réseau. Elle peut aussi être accessible sur le site de votre CISSS/CIUSSS.

Dépistage de la COVID-19 chez les travailleurs de la santé incluant les médecins

Consulter la [Directive sur l'utilisation des tests selon le palier d'alerte](#) du MSSS.

Un dépistage systématique des travailleurs de la santé dans les milieux de vie pour aînés est recommandé à une fréquence mensuelle dès le palier d'alerte jaune et rehaussé à une fréquence hebdomadaire à partir du palier d'alerte rouge. Une campagne de communication et des stratégies de promotion du dépistage devraient accompagner l'offre des tests afin d'augmenter l'adhésion du personnel. À noter qu'en cas d'éclosion, la stratégie de dépistage devra être modifiée et rehaussée en fonction de la [Directive sur l'utilisation des tests selon le palier d'alerte](#) émise par le MSSS et les [Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins](#) de l'INSPQ.

Autres activités de gestion médicale d'importance

1. Assurer en tout temps le respect des mesures d'hygiène et des règles PCI.
 - [Lavage des mains | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)
 - [Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires | INSPQ](#)
 - [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés | INSPQ](#)

2. Encourager le maintien en place des mesures permettant le respect rigoureux de la distanciation physique, et ce, quel que soit le taux de vaccination du milieu [ex. : concept de bulle de vie et 2 mètres entre les personnes (tant les résidents que le personnel soignant)].
 - [Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée \(CHSLD\)](#)
 - [Directive sur les mesures applicables aux différents milieux de vie et de soins \(CHSLD, RI-RTF, RPA, RAC, URCI, internat, foyer de groupe ou milieux de réadaptation en déficience physique, santé physique et modérée pour adulte\) pour la période du 9 janvier au 8 février 2021](#)
3. Surveillance et autosurveillance : Informer le personnel soignant des symptômes (typiques et atypiques) à surveiller concernant la COVID-19 pour que ceux-ci puissent agir rapidement (dépistage, isolement et informer le milieu) protégeant ainsi l'utilisateur, l'ensemble des usagers, le personnel et sa famille. Former également le personnel soignant pour qu'il puisse reconnaître la présentation clinique de la COVID-19 chez les résidents en CHSLD.
 - [Présentations cliniques INESSS - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)
 - [ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires](#)
4. La création de zone FROIDE (résidents sans symptômes de la COVID-19) et de zone CHAUDE (résidents testés COVID-19 positif) doit se faire dans chaque milieu lors d'une éclosion. Pour les cas suspects en investigation, il est suggéré de laisser le résident en isolement dans sa chambre seul ou de le placer selon l'organisation des zones disponibles dans votre milieu, et ce, pour éviter toute contamination croisée.
[\[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002707/\]](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002707/).
Consultez aussi le [Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés](#) du MSSS.
5. Il est recommandé d'avoir des équipes soignantes dédiées dans chacun des CHSLD pour éviter la transmission (principes du « zéro mouvement »). Pour les zones chaudes, il est obligatoire d'avoir du personnel dédié à cette zone.
6. Dans la situation où une admission est permise, le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) suit un **protocole strict** pour vérifier si le résident à admettre présente ou non des symptômes de la COVID-19 ou s'il est à risque de contamination potentielle. Actuellement, un test de dépistage doit être fait préalablement à l'admission, et ce, peu importe la provenance de la personne pour éviter qu'un résident COVID positif soit admis en zone froide.
 - [Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée \(CHSLD\)](#)
 - *A1 - Trajectoire d'un usager en provenance d'un CH ou d'un milieu de réadaptation ayant pour destination un CHSLD (nouvelle admission ou retour) ou une RI accueillant ou non des usagers vulnérables à la COVID-19*
[\[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002756/?&txt=dgapa-005&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC\]](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002756/?&txt=dgapa-005&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC)

- *B1 – Trajectoire d'un usager en provenance d'un domicile, d'une RPA ou d'une RI-RTF vers un CHSLD ou une RI dont les usagers sont vulnérables à la COVID-19 en fonction du palier d'alerte de sa provenance*
[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002756/?&txt=dgapa-005&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC]
- [Directives sur les zones tampons - Directives COVID-19 du MSSS](#)
- [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés | INSPQ](#)

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

<https://www.inspq.gc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19>

7. Pour la présence des proches aidants et des visiteurs auprès des résidents de CHSLD ainsi que pour les permissions de congés temporaires de plus de 24 heures dans la communauté, les mesures varient selon la directive sur la [Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte en lien avec la COVID-19](#). Voir notamment : le *Tableau A : Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les ressources intermédiaires (RI) de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19* de cette directive, et la [Directive sur les mesures applicables aux différents milieux de vie et de soins \(CHSLD, RI-RTF, RPA, RAC, URCl, internat, foyer de groupe ou milieux de réadaptation en déficience physique, santé physique et modérée pour adulte\) pour la période du 9 janvier au 8 février 2021](#). Vous devez vous conformer aux recommandations ministérielles et les mettre en place dans vos milieux.

Activités cliniques

Consultations médicales

1. Lors de ses interventions auprès des résidents, le médecin doit respecter les règles de distanciation physique de 2 mètres et limiter le temps en contact étroit avec un même résident à moins de 10-15 minutes.
2. Il est possible pour le médecin de couvrir plus d'un milieu dans une même journée. Toutefois, s'il visite des milieux chauds et froids dans la même journée, il doit débiter par les milieux froids, sauf en situation exceptionnelle (ex. : instabilité médicale d'un résident COVID positif qui requière sa présence sur place sans délai).
(*Guide de délestage et de réorganisation des services médicaux en CHSLD selon les niveaux d'alerte des établissements* : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/>).
3. Il est important que la fréquence des consultations médicales soit ajustée à la condition clinique des résidents du CHSLD. Il demeure permis de faire des visites en présence, même dans les unités en éclosion.
4. Le médecin qui fait l'objet d'une mesure d'isolement ou qui a contracté la COVID-19, mais qui demeure apte au travail, peut continuer à rendre des services à partir de son domicile par une voie de correspondance appropriée.

5. **Révision des niveaux d'intervention médicale (NIM) à prioriser**

Dans le contexte de la COVID-19, la majorité des résidents en CHSLD 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 les résidents qui présentent de multiples comorbidités. Les durées d'intubation sont également prolongées. Seuls les résidents désirant une intubation ou une ventilation assistée (CPAP, BiPAP) et pour lesquels ce soin est indiqué et pertinent devraient être transférés, à moins que le CHSLD ne soit plus en mesure d'offrir certains soins essentiels. Afin d'identifier les patients qui nécessiteraient des transferts vers l'hôpital, prioriser la révision des niveaux d'intervention médicale des patients ayant un niveau A ou B.

Nous vous rappelons qu'il appartient déontologiquement au médecin de ne pas offrir un soin futile ou non approprié. Par ailleurs, le NIM doit être rediscuté avec l'utilisateur ou son représentant lors de tout changement de son état de santé ou annuellement minimalement en CHSLD.

- [Rappel important sur les niveaux de soins \(cmq.org\)](https://www.cmq.org/)
 - [Niveaux d'interventions médicales \(NIM\) : parlons-en dans le contexte de la pandémie COVID-19 \(gouv.qc.ca\)](https://www.gouv.qc.ca/actualites/2020/04/2020-04-20-niveaux-interventions-medicales-nim)
6. Dans le même ordre d'idée, afin d'éviter tout transfert non pertinent vers l'urgence, il est essentiel que la situation clinique soit évaluée par un médecin (ou un IPSPL) avant que cette décision ne soit prise, peu importe la raison du transfert (COVID-19 ou autre condition

clinique). Selon le jugement clinique du médecin (ou de l'IPSPL), l'évaluation peut se faire par voie téléphonique, par téléconsultation ou en présentiel. Nous vous rappelons que si l'examen physique d'un résident était susceptible de modifier votre conduite, cet examen pourra/devra être effectué sur place.

7. Il est important de réévaluer l'utilisation de toute intervention médicale générant des aérosols (IMGA) dans les CHSLD (ex. : CPAP et BiPAP). En cas de suspicion de COVID-19, ces traitements devraient être cessés seulement s'ils ne sont pas vitaux pour le résident. Si le traitement est vital et que le résident est en attente de son résultat ou s'il est COVID+, il est recommandé de procéder aux IMGA dans une chambre individuelle en isolement contact aérien et oculaire et N95, avec porte fermée (ou dans une chambre à pression négative, si disponible dans l'installation). Il est recommandé d'attendre 6 heures après la fin de l'IMGA avant de visiter le patient. Si toutes ces conditions ne peuvent être respectées, il est recommandé de transférer le patient dans un milieu pouvant respecter les recommandations.
[\[https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19\]](https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19)
8. En collaboration avec le pharmacien, évaluer la pertinence de revoir le profil pharmacologique des résidents. Ceci pour permettre d'anticiper les changements à apporter en continu dans un contexte infectieux (ex. : interruption de certains principes actifs, regroupement de l'administration pour en réduire la fréquence, etc.).

Soins virtuels

La télémédecine¹ est un outil complémentaire et non un substitut aux visites en personne. Utilisée de façon judicieuse, elle peut vous aider à prendre des décisions et éviter des transferts inappropriés à l'urgence.

En contexte de pandémie, les soins virtuels sont donc un moyen qui peut favoriser l'accès aux soins et la continuité du suivi des résidents sur le plan médical. À cet égard, la téléconsultation doit respecter les règles de confidentialité, utiliser des outils de communication sécuritaires et rencontrer les exigences de la tenue de dossier.

Indications de dépistage

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](#)

¹ Le Collège des médecins du Québec définit la télémédecine comme étant « l'exercice de la médecine à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication (TIC) ». La téléconsultation est une consultation médicale qui met en relation, à distance, le patient et un ou des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de la santé.
[\[http://www.cmq.org/page/fr/utilisation-de-plateformes-web-pour-la-consultation-medicale.aspx\]](http://www.cmq.org/page/fr/utilisation-de-plateformes-web-pour-la-consultation-medicale.aspx)
[\[http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf?t=1611032116808\]](http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf?t=1611032116808)

- <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/#signes-et-symptômes>
- [Présentations cliniques INESSS - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

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

OU

b) Symptômes respiratoires :

- Toux sèche;
- Dyspnée;
- Perte d'odorat (anosmie) sans congestion nasale;
- Perte du goût (dysgueusie).

OU

c) Symptômes atypiques :

- Détérioration de l'état général (DEG);
- Perte d'appétit;
- Confusion;
- Atteinte de l'état de conscience (AEC);
- Changement comportemental;
- Déclin fonctionnel autrement inexplicable (ex. : chute inhabituelle);
- Céphalée;
- Troubles gastro-intestinaux;
- Mal de gorge;
- etc.

2. Demander uniquement les laboratoires qui modifient le plan thérapeutique et 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](#).

Si vous soupçonnez qu'un résident peut avoir contracté la COVID-19, celui-ci doit être mis 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.

1. Mettre le résident en isolement gouttelettes/protection 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 :
 - Désaturation < 90 % à l’air ambiant;
 - Tachypnée > 30 respirations par minute;
 - Détresse respiratoire aiguë;
 - Signe de sepsisme ou de choc (tension artérielle systolique < 90 mm Hg, tachycardie, etc.);
 - Signe de syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA);
 - Tout autre signe jugé sévère par le médecin.
3. Par la suite, suivre l’algorithme décisionnel en fonction du NIM du résident, tel qu’inscrit à son formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » (AH-744 DT9261) [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/d57fc1d9eb98eed385257f50005206c7?OpenDocument>].

Si niveau d’intervention médicale A ou B

La prise en charge des résidents présentant des symptômes de COVID-19 implique en premier lieu la revalidation du NIM. Tous les résidents de NIM A ou B devraient pouvoir être pris en charge par le centre hospitalier désigné de leur région si leur condition médicale exige des soins aigus qui ne peuvent être dispensés en CHSLD. L’objectif est de permettre au résident d’avoir accès aux soins appropriés, selon ses volontés et sa condition. Si le résident présente des critères de sévérité, il sera nécessaire de le transférer dans une chambre à pression négative afin de pouvoir offrir les techniques IMGA qui produisent des aérosols (ex. : une intubation).

Si niveau d’intervention médicale C ou D

Le résident peut rester au CHSLD en isolement et y recevoir les soins pour soulager ses symptômes et maintenir son confort. Dans cette clientèle, les IMGA ne sont généralement pas utilisées et l’isolement gouttelettes/protection oculaire suffit. Le résident diagnostiqué COVID-19 positif doit être déplacé dès que possible en zone chaude.

Si le résident présente des critères de sévérité, il faut offrir des traitements actifs ou palliatifs (voir sections suivantes), selon les indications cliniques et les souhaits des usagers et leurs proches, dans le respect de sa dignité.

Matériel de protection

1. Pour tous les cas incluant les cas sévères SANS IMGA :
 - a. Isolement gouttelettes et protection oculaire;
 - b. Masque de procédure, gants et blouse;
 - c. Cesser les CPAP et les BiPAP si non vitaux pour le résident.

2. Pour les cas nécessitant un IMGA

- a. Isolement aérien-contact, protection oculaire et N95;
- b. Ajuster les mesures de précaution (chambre individuelle avec porte fermée, chambre à pression négative si disponible, transfert en centre hospitalier) selon le résultat du test et le NIM du résident.

[\[SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés | INSPQ\]](#)

Traitements spécifiques de la COVID-19, selon l'objectif de soins poursuivi

Conduite générale :

- Surveiller l'état de conscience, température (rectale de préférence), rythme respiratoire, SaO₂, tension artérielle, pouls selon l'état clinique et les signes atypiques gériatriques. Nous voulons éviter les contacts sans valeur ajoutée.
- Interrompre toute médication non essentielle (Vitamine D, Calcium, Statine, Bisphosphonates, etc.) afin de réduire également la fréquence de ces contacts.
- Dès les premiers signes cliniques de détérioration respiratoire, commencer rapidement les traitements selon les diagnostics les plus probables (ex : pneumonie virale vs bactérienne, embolie pulmonaire, surcharge, etc.) et les NIM. À noter que la surinfection bactérienne est rare chez les patients COVID-19 (environ 7 %).
- Communiquer régulièrement avec les proches pour leur transmettre les informations importantes, surtout pour les cas complexes (ex : SCPD, contention) et les fins de vie.

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

1. Si soins actifs

- Signes vitaux selon le NIM.
- Oxygénothérapie par lunettes nasales ou Ventimask à faible débit pour confort (SaO₂ > 90 %).
- Corticostéroïdes p.o.; selon le NIM et les critères d'usage établis par l'INESSS dans l'[Outil clinique COVID-19 : Usage des corticostéroïdes systématiques](#).
- Thromboprophylaxie à l'aide d'héparine de faible poids moléculaire (ex. : héparine 5000 unités s/c bid ou Fragmin 5000 unités s/c die s/c; enoxaparine 40 mg s/c pour 7 jours) selon les critères établis par l'INESSS [<https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/risques-thrombotiques.html>]. Prendre en considération les risques de saignement versus le bénéfice.
- Si bronchospasme : salbutamol et ipratropium en inhalateur 2-4 inhalations qid avec aérochambre-masque (régime plus intensif possible si bronchospasme sévère). ÉVITER toute nébulisation, privilégier aérochambre.
- Antibiotiques seulement lors de forte suspicion de pneumonie bactérienne (environ 7 % seulement des cas COVID-19). La plupart des pneumonies sont virales, dans le contexte. Donc, ne pas administrer d'emblée à tous les résidents.

- Si signe de déshydratation sévère, évaluer les soins appropriés à dispenser au résident, et ce, dans le respect de sa condition, de son NIM et des bénéfices potentiels de l'intervention selon les équipements et les compétences disponibles.
- Si détérioration de l'état clinique après 48 h, discuter avec le résident ou la famille du mauvais pronostic et ouvrir le dialogue sur les soins de confort offerts sur place, dans un environnement familial et adapté, dispensé par du personnel soignant qui le connaît.
- **Si un transfert hospitalier est envisagé (critères de sévérité énumérés plus haut), vous devez toujours communiquer avec le médecin du centre receveur avant le transfert.**

2. Soins de confort (ou soins palliatifs intensifs)

- Cesser la médication orale, selon le jugement clinique.
- Assurez les soins de base (positionnement, soins buccaux, hygiène, sonde urinaire si globe vésical, etc.).
- Oxygénothérapie normalement non indiquée, peut être administrée pour confort seulement.
- L'hydratation intraveineuse n'offre aucun confort ni autre avantage.
- Les opiacés doivent être prescrits selon les algorithmes de votre milieu (ou consulter l'ANNEXE 5 : [Lettre aux omnipraticiens – Équivalence médicaments pour détresse respiratoire](#) ou encore l'outil suivant [Mini-Guide Palli-Science \(palli-science.com\)](#) si non disponible). Privilégier des doses régulières (au 4 h) avec des entre-doses pour assurer un niveau de confort stable. Ajuster selon l'évolution et le confort.
- Les détresses respiratoires peuvent parfois évoluer très rapidement. Il pourrait être indiqué de prescrire un protocole de détresse respiratoire d'emblée à tous les patients COVID-19 en fin de vie pour éviter les délais lors de la survenue d'inconfort. Une vigie serrée des symptômes respiratoires est essentielle pour assurer le confort. Il est important de s'assurer d'avoir sur l'unité les médicaments du protocole de détresse en quantité suffisante pour favoriser l'administration rapide. ([ANNEXE 4 : Exemple de protocole de détresse respiratoire aiguë](#)).
- Lorsque le patient est en soins palliatifs, il est possible pour la famille proche de rendre visite à la personne en soins de fin de vie. De façon générale, autoriser conjoint et enfants sans restriction quant au nombre de personnes, ou jusqu'à 2 personnes significatives à la fois pour toute personne en soins palliatifs. Vous référer à la [Directives sur les soins palliatifs et de fin de vie](#) en période de pandémie de la COVID-19 du MSSS.

Guérison et prise en charge du déconditionnement

1. Pour la levée des mesures d'isolement des résidents lors du rétablissement (responsabilité attribué à l'équipe PCI), cela dépend de la présentation de la maladie (légère ou sévère) ou de son statut d'immunosupprimé ou non. Pour consulter les mesures complètes, vous référer à la section « Durée des mesures » du document de l'INSPQ [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue](#)

[durée pour aînés](#). Pour la définition d'une condition d'immunosuppression, vous référer à celle décrite par l'INESSS dans son rapport [COVID-19 et personnes immunosupprimées](#).

2. La période qui suit la guérison devra inclure la prise en charge du déconditionnement post-infection. Il vous est suggéré de suivre les recommandations mises en place dans vos milieux pour s'assurer que le plan de prévention en lien avec l'immobilisation et le déconditionnement des résidents en CHSLD est appliqué. Vous référer également à [Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie](#) du MSSS.

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 le [Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19 pour tous les milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux](#) du MSSS

Constat de décès

Bulletin de décès SP-3

Lors d'un décès, le constat de décès est fait par le médecin ou par tout autre professionnel de la santé dûment formé et habilité à le faire, et un bulletin de décès SP-3 doit être rempli ([ANNEXE 7 : Bulletin de décès SP-3 et exemples types](#)). Certains établissements ont élaboré une procédure pour les constats de décès à distance. Pour connaître cette procédure propre à votre milieu, veuillez vous informer auprès de la Direction des services professionnels.

Lorsque vous remplissez le bulletin de décès SP-3 à la section « *Causes du décès* » (case 22), vous devez inscrire COVID-19 si le résident est un cas confirmé (par laboratoire ou par lien épidémiologique) ou un cas suspecté¹ lorsque le décès survient en cours d'épisode aigu (voir les particularités à l'[ANNEXE 8 : Directives et algorithme décès COVID-19](#)) **ou** s'il est lié à une séquelle tardive de la COVID-19.

Il est important de maîtriser le concept « épisode aigu » ainsi que les définitions de « cas confirmés » et de « cas suspectés » comme celles-ci sont décrites à l'*Annexe - Guide de saisie Décès COVID-19 de la Directive sur les déclarations des décès liés à la COVID-19 aux directions de santé publique régionales*.

Puisque la COVID-19 est une maladie à déclaration obligatoire (MADO) [[Directive sur la déclaration obligatoire de tous les cas de COVID-19](#)], il est également important de cocher « OUI » dans la case 27 « *Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire* ».

¹ Un cas sous investigation (prélèvement pré ou post mortem) est un cas suspecté : inscrire « *en attente de résultat* » dans les lignes de la case 22.

Déclaration à la Direction de santé publique

Formulaire K-27

Les auteurs des bulletins SP-3 ou les établissements se doivent de déclarer les décès à la Direction de santé publique de la région de résidence des personnes décédées, et ce, via le formulaire K-27 [<https://k27.pub.msss.rtss.gc.ca/DeclarerDeces.aspx>]. Le médecin a l'obligation de déclarer tous les décès qui sont reliés à la COVID-19 ou suspectés de l'être. Il ne peut pas déléguer la décision de déclarer le décès, mais il peut déléguer la complétion du formulaire K-27.

Il est à noter que le formulaire contient un champ pour y inscrire tout commentaire jugé pertinent aux fins des interventions de santé publiques¹

- [Directive sur les déclarations des décès liés à la COVID-19 aux directions de santé publique régionales](#).
 - Veuillez-vous référer à l'*Annexe - Guide de saisie Décès COVID-19* pour connaître les consignes de saisie du formulaire K-27.
- [ANNEXE 8 : Directives et algorithme décès COVID-19](#)
- [Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19](#) de l'INSPQ (surveillez les mises à jour).

Formulaire MADO

Vous devez également remplir le [Formulaire de déclaration d'une maladie/infection/intoxication à déclaration obligatoire \(MADO\) selon la Loi sur la santé publique \(AS-770 DT9070\)](#).

Prise en charge des corps

Pour la prise en charge des corps des résidents COVID-19 positifs ou suspectés, veuillez consulter la section « Gestion de la dépouille » du [Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19](#) de l'INSPQ.

Soutien psychologique

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

¹ Pour un cas suspecté : Inclure les motifs justifiant la suspicion de COVID-19, tels que le tableau clinique, la nature du lien épidémiologique avec un cas confirmé ou tout autre élément circonstanciel que vous jugez pertinent à l'enquête épidémiologique (ex. : milieu en éclosion) [*Annexe - Guide de saisie Décès COVID-19* de la [Directive sur les déclarations des décès liés à la COVID-19 aux directions de santé publique régionales](#)].

Ressources Web utiles

1. ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE. *Carrefour de l'ACPM sur la COVID-19*, [En ligne], mis à jour le 23 décembre 2020. [<https://www.cmpa-acpm.ca/fr/covid19>].
2. CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL. *COVID-19 – Particularités gériatriques – Guide de soins et revue de la littérature*, 19 avril 2020, [en ligne]. [<https://www.chudequebec.ca/getmedia/46c08b7f-bba0-4339-9ddd-a8b9eb3f533a/Guide-COVID-19-Particularites-geriatriques-CHU-M-2020-04-13.aspx>]. (Consulté le 9 janvier 2021).
3. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Bienvenue sur le site du Collège des médecins du Québec*, [En ligne]. [<http://www.cmq.org/>].
4. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication : guide d'exercice*, [En ligne], 2015. [<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf?t=1611032116808>]. (Consulté le 9 janvier 2021).
5. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Le médecin*, [En ligne], mis à jour le 16 décembre 2020. [<http://www.cmq.org/page/fr/rappel-important-sur-les-niveaux-de-soins.aspx>]. (Consulté le 10 janvier 2021).
6. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Rappel important sur les niveaux de soins*, [En ligne], mis à jour le 16 décembre 2020. [<http://www.cmq.org/page/fr/rappel-important-sur-les-niveaux-de-soins.aspx>]. (Consulté le 10 janvier 2021).
7. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Utilisation de plateformes Web pour la consultation médicale : derrière l'écran, de vrais patients!*, [En ligne], mis à jour le 17 avril 2019. [<http://www.cmq.org/page/fr/utilisation-de-plateformes-web-pour-la-consultation-medicale.aspx>]. (Consulté le 10 janvier 2021).
8. COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE DES MÉDECINS EN CHSLD (CPMC). *Pour l'échange de connaissances, le soutien des meilleures pratiques et la promotion des soins de longue durée au Québec*, [En ligne], 2020. [<https://cpmchsls.ca/>].
 - ZHANG, S., J. CHABOT, et A. DOUSSAU. « *Guide COVID-19 pour les médecins en CHSLD* », mis à jour le 24 décembre 2020, [En ligne]. [<https://docs.google.com/document/d/1aqY84tYB0ZRyZkFVBr0a7VINaeY7KenDJD9wJPI13LE/edit>]. (Consulté le 9 janvier 2021).
 - ZHANG, S. « *Préparation et gestion COVID-19 : Top 10 + Checklists* », [En ligne]. [<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1x8uLA3JyU9Zx8zGaqFF1RgKPNf13rQxa8AZtsRIT7Cc/edit#gid=1292686759>]. (Consulté le 9 janvier 2021).
 - CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. « *Ordonnance médicale pour les cas COVID-19 en milieu extrahospitaliers* », 27 avril 2020, mis à jour le 12 novembre 2020, [En ligne].

- [\[https://drive.google.com/file/d/1eiE6ESen5rPFM6jN6gKMxd6XWvwT14J1/view\]](https://drive.google.com/file/d/1eiE6ESen5rPFM6jN6gKMxd6XWvwT14J1/view). (Consulté le 9 janvier 2021).
- *Fin de vie en contexte de pandémie*, 12 avril 2020, [Vidéo]. [\[https://www.youtube.com/watch?v=J3HBdYTeZpA&feature=youtu.be\]](https://www.youtube.com/watch?v=J3HBdYTeZpA&feature=youtu.be). (Consulté le 9 janvier 2020).
 - CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. « *Ordonnance médicale pour les soins de fin de vie pour résidents dans le contexte de la pandémie COVID-19 – Hébergement et réadaptation*, 17 avril 2020, [En ligne]. [\[https://drive.google.com/file/d/1jwirpeKz5k4K6cunvZ10ZsxWurHKv067/view\]](https://drive.google.com/file/d/1jwirpeKz5k4K6cunvZ10ZsxWurHKv067/view). (Consulté le 9 janvier 2021).
 - ROYER-PERRON, E., et Y.S. SON. « *Fin de vie – contexte COVID+ ou suspicion COVID – Outil pour les médecins* », 19 avril 2020, [En ligne]. [\[https://drive.google.com/file/d/1Fy3skm3DHZqL2IxKwNw3wiV8iTDfYH4M/view\]](https://drive.google.com/file/d/1Fy3skm3DHZqL2IxKwNw3wiV8iTDfYH4M/view). (Consulté le 9 janvier 2021).
9. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC – FORMATION CONTINUE PARTAGÉE. *Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial*, [En ligne]. [\[https://fcp.rtss.qc.ca/ena-login/index.html\]](https://fcp.rtss.qc.ca/ena-login/index.html).
 10. FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC. *Section Coronavirus (COVID-19)*, [en ligne], 2021. [\[https://www.fmoq.org/pratique/coronavirus/\]](https://www.fmoq.org/pratique/coronavirus/).
 11. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Lavage des mains*, [En ligne], mis à jour le 11 décembre 2020. [\[https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/prevention-des-accidents-des-lesions-et-des-maladies/lavage-des-mains/\]](https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/prevention-des-accidents-des-lesions-et-des-maladies/lavage-des-mains/). (Consulté le 9 janvier 2021).
 12. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Centre d'expertise et de référence en santé publique*, [En ligne], 2020. [\[https://www.inspq.qc.ca/\]](https://www.inspq.qc.ca/).
 13. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *COVID-19 : Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie*, [En ligne], 24 avril 2020, version 2.0. [\[https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19\]](https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19) (Consulté le 10 janvier 2021).
 14. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *COVID-19 : Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19*, [En ligne], 4 septembre 2020, version 4.1. [\[https://www.inspq.qc.ca/publications/2975-guide-gestion-deces-covid19\]](https://www.inspq.qc.ca/publications/2975-guide-gestion-deces-covid19) (Consulté le 10 janvier 2021).
 15. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspects ou confirmés COVID-19*, [En ligne], mis à jour le 26 novembre 2020, version 3.1. [\[https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19\]](https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19) (Consulté le 10 janvier 2021).

16. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires*, [En ligne], 13 septembre 2018. [<https://www.inspq.qc.ca/publications/2439>]. (Consulté le 20 janvier 2021).
17. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Prévention et contrôle des infections*, 2021, [En ligne], mis à jour le 15 janvier 2021. [<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-contrôle-des-infections>]. (Consulté le 20 janvier 2021).
18. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins*, [En ligne], mis à jour le 3 décembre 2021. [<https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19>]. (Consulté le 21 janvier 2021).
19. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés*, 2021, [En ligne], mis à jour le 7 janvier 2021. [<https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19>]. (Consulté le 20 janvier 2021)
20. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *COVID-19 et corticostéroïdes systémiques*, [En ligne], 23 octobre 2020. [<https://www.inesss.qc.ca/covid-19/traitements-specifiques-a-la-covid-19/corticosteroides.html>]. (Consulté le 20 janvier 2021).
21. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *COVID-19 et personnes immunosupprimées*, [En ligne], 24 septembre 2020. [<https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/personnes-immunosupprimees-mise-a-jour-completee-le-24-09-2020.html#c4919>]. (Consulté le 21 janvier 2021).
22. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *COVID-19 et réanimation cardiorespiratoire (RCR) en contexte hors-hospitalier*, [En ligne], 3 décembre 2020. [<https://www.inesss.qc.ca/covid-19/alternatives-de-traitements-en-contexte-de-pandemie/reanimation-cardiorespiratoire-rcr-en-contexte-hors-hospitalier.html>]. (Consulté le 21 janvier 2021).
23. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *COVID-19 et risques thrombotiques*, [En ligne], 23 juin 2020. [<https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/risques-thrombotiques.html>]. (Consulté le 20 janvier 2021).
24. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Comité directeur clinique COVID-19*, [En ligne], mis à jour le 27 août 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002786/>]. (Consulté le 20 janvier 2021).

26. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Coronavirus (COVID-19)*, [En ligne], mis à jour le 23 décembre 2020. [<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/>]. (Consulté le 10 janvier 2021).
27. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *COVID-19 pour les professionnels*, [En ligne], 2021. [<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/>].
28. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19 – Réaffectation des effectifs médicaux*, [En ligne], mis à jour le 23 octobre 2020. [<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/reaffectation-des-effectifs-medicaux/>]. (Consulté le 21 janvier 2021).
29. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directive sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 à l'intention des travailleurs de la santé*, Directive no : DGSP-010, [En ligne], mis à jour le 14 janvier 2021. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002869/>]. (Consulté le 22 janvier 2021).
30. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directive sur la déclaration obligatoire de tous les cas de COVID-19*, Directive no : DGSP-008, [En ligne], mis à jour le 5 janvier 2021. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002852/>]. (Consulté le 22 janvier 2021).
31. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directive sur les déclarations des décès liés à la COVID-19 aux directions de santé publique régionales*, Directive no : DGSP-004, [En ligne], 30 décembre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002845/>]. (Consulté le 22 janvier 2021).
32. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directive sur les mesures applicables aux différents milieux de vie et de soins (CHSLD, RI-RTF, RPA, RAC, URCl, internat, foyer de groupe ou milieux de réadaptation en déficience physique, santé physique et modérée pour adulte) pour la période du 9 janvier au 8 février 2021*, Directive no : DGAPA-019, [En ligne], mis à jour le 21 janvier 2021. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002872/?&txt=DGAPA-019&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC]. (Consulté le 22 janvier 2021).
33. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directive sur l'utilisation des tests selon le palier d'alerte*, Directive no : DGSP-001, [En ligne], mis à jour le 8 octobre 2021. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002853/>]. (Consulté le 20 janvier 2021).

35. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*, Directive no : DGAPA-007, [En ligne], mis à jour le 30 octobre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002707/>]. (Consulté le 20 janvier 2021).
36. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie*, Directive no : DGAPA-010, [En ligne], 10 novembre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002719/>]. (Consulté le 21 janvier 2021).
37. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives sur la couverture médicale dans les milieux de vie pour âgés (CHSLD, RI-RTF, RPA) en contexte de la pandémie de la COVID-19*, Directive no : DGAPA-017, [En ligne], mis à jour le 23 décembre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/>]. (Consulté le 20 janvier 2021).
38. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives sur les soins palliatifs et de fin de vie*, Directive no : DGAUMIP-014, [En ligne], 19 janvier 2021. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002865/>]. (Consulté le 21 janvier 2021).
39. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives sur les zones tampons*, Directive no : DGAPA-015, [En ligne], 30 novembre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002788/>]. (Consulté le 21 janvier).
40. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Formulaire AH-744-DT9261 – Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire*, [En ligne], 2016-01. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/d57fc1d9eb98eed385257f50005206c7?OpenDocument>]. (Consulté le 10 janvier 2021).
41. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Formulaire AS-770-DT9070 – Déclaration d'une maladie/infection/intoxication à déclaration obligatoire (MADO) selon la Loi sur la santé publique*, [En ligne], 2019-06. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd?OpenDocument>]. (Consulté le 22 janvier 2021).
42. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Formulaire de déclaration de cas COVID-19 décédé*, [En ligne], 2020. [<https://k27.pub.msss.rtss.qc.ca/DeclarerDeces.aspx>] (Consulté le 25 janvier 2021).
43. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel – À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour âgés*, [En ligne], 16 novembre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002748/>]. (Consulté le 10 janvier 2021).

44. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Infolettres – Directives COVID-19*, [En ligne], mis à jour le 12 janvier 2021. [<https://www.msss.gouv.qc.ca/abonnement/?l=directives-covid>]. (Consulté le 20 janvier 2021).
45. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Niveaux de soins – Niveaux d'intervention médicales (NIM) : Parlons-en dans le contexte de la pandémie de COVID-19 – Coffre à outils pour la conversation avec les personnes vivant dans la communauté*, [En ligne], 24 avril 2020. [https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/4-2_PJ_Coffre_a_outils_NIM_%20parlons-en_2020-04-24.pdf]. (Consulté le 10 janvier 2021).
46. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Présentations cliniques INESSS*, [En ligne], mis à jour le 30 novembre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002721/>]. (Consulté le 9 janvier 2020).
47. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19 pour tous les milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux*, [En ligne], mis à jour le 29 mai 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002512/>]. (Consulté le 10 janvier 2020).
48. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Tableaux : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte en lien avec la COVID-19*, Directive no : DGAPA-001, [En ligne], mis à jour le 13 novembre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002741/>]. (Consulté le 20 janvier 2021).
49. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Trajectoires pour les personnes en provenance d'un centre hospitalier, d'un milieu de réadaptation ou de la communauté vers différents milieux de vie et d'hébergement*, Directive no : DGAPA-005, [En ligne], 11 décembre 2020. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002756/?&txt=dgapa-005&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC]. (Consulté le 10 janvier 2021).
50. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Vaccination contre la COVID-19*, 2021, [En ligne], mis à jour le 20 janvier 2021. [<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/vaccination-contre-la-covid-19/>]. (Consulté le 22 janvier 2021).
51. PALLI-SCIENCE. *Site québécois de formation en soins palliatifs et oncologie de première ligne*, [En ligne], 2005-2021. [<https://palli-science.com>].
- *Mini-guide Palli-Science – Outil pour la prise charge de résidents en soins palliatifs*, 21^e édition, 2020, [En ligne]. [<http://pdf.palli-science.com/books/zdeg/>]. (Consulté le 9 janvier 2021).

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

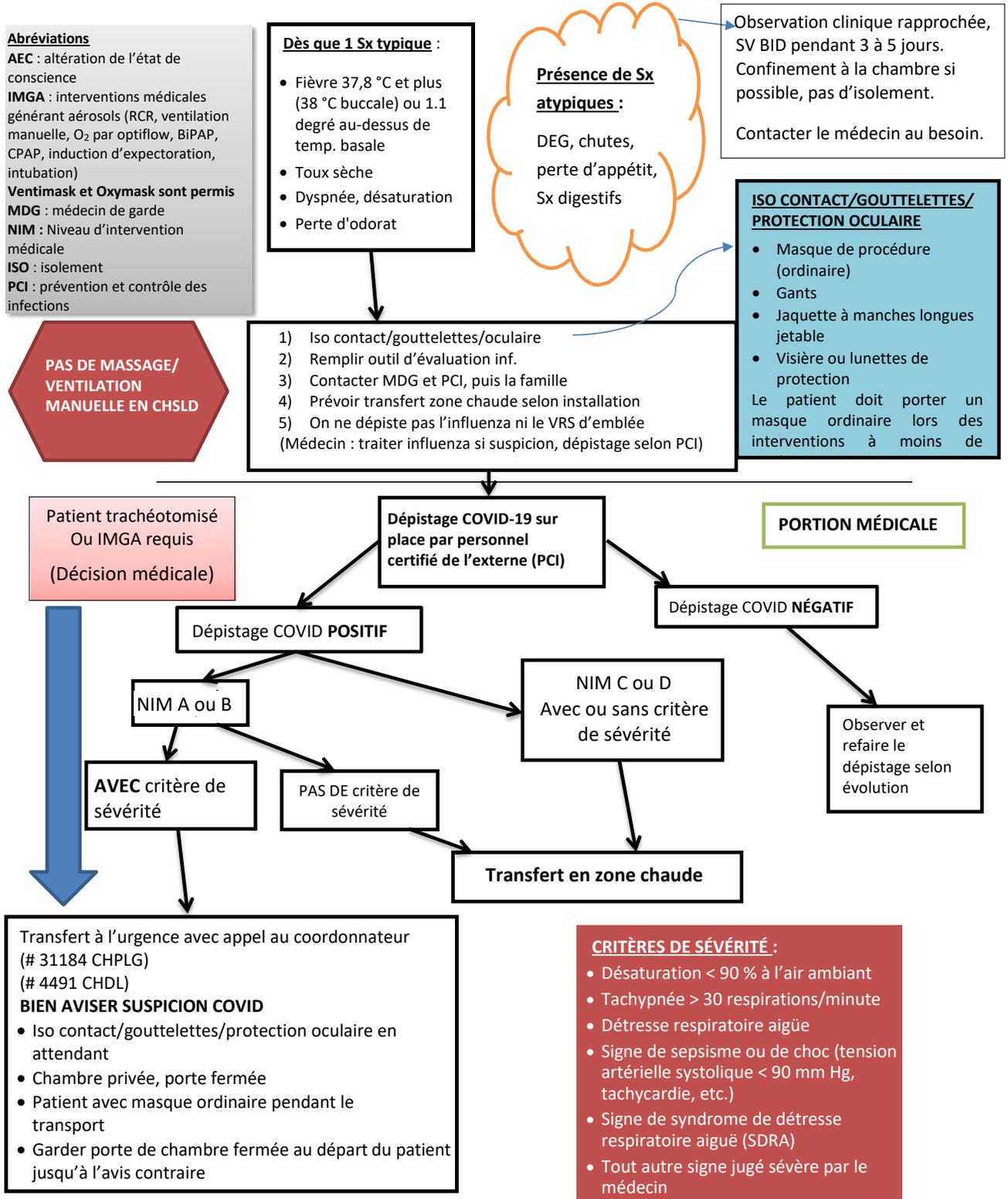
SYMPTÔMES TYPIQUES DE LA COVID-19

- Signes et symptômes les plus fréquents
 - ✓ Fièvre
 - ✓ Toux sèche
- Autres symptômes possibles
 - ✓ Essoufflement
 - ✓ Fatigue
 - ✓ Perte d'odorat (anosmie) sans congestion nasale
 - ✓ 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, 1^{er} janvier 2021_v9. (Reproduit avec l'autorisation des autrices)

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;
- Dresser un rideau entre les résidents;
- Utiliser une chaise d'aisance pour le résident symptomatique.

ANNEXE 4 : Exemple de protocole de détresse respiratoire aiguë

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec



PROTOCOLE DE DÉTRESSE EN FIN DE VIE

Cette prescription est au dossier du client en PRN. Il est administré selon l'évaluation de l'infirmière.
Le midazolam est le premier médicament à être administré, puis le narcotique et la scopolamine dans une même seringue pour la deuxième injection (ce protocole peut également être administré dans trois seringues différentes selon le contexte).

INDICATIONS :

- Détresse respiratoire (tachypnée supérieure à 26R/min, tirage, anxiété sévère, agitation, panique, impression de mort imminente, cyanose, sécrétions bronchiques effort marqué afin de prononcer 2 ou 3 mots).
- Autre indication : _____ (hémorragie, douleur réfractaire).

MÉDICAMENTS :

Seringue #1 MIDAZOLAM (5mg/mL) Versed

Selon les prescriptions actuelles	Prescription
Benzodiazépine PRN ou DIE ou poids inférieur à 70 kg	<input type="checkbox"/> 5 mg SC
Benzodiazépine supérieur à DIE ou poids supérieur à 70 kg	<input type="checkbox"/> 10 mg SC
Benzodiazépine PRN à haute dose ou tolérance excessive aux benzodiazépines	<input type="checkbox"/> 15 mg SC
	<input type="checkbox"/> 20 mg SC

Seringue #2 SCOPOLAMINE (0,6mg/mL)

Peut être combinée avec le narcotique dans la même seringue	Prescription
	<input type="checkbox"/> 0,4 mg SC
	<input type="checkbox"/> 0,6 mg SC
	<input type="checkbox"/> 0,8 mg SC

Seringue #3 NARCOTIQUE Selon les prescriptions actuelles de narcotiques SC q 4h régulier ou l'équivalent

MORPHINE	Prescription	
Morphine de 0 à 5 mg SC	<input type="checkbox"/> 5 mg SC	
Morphine supérieur à : 5 à 10 mg SC	<input type="checkbox"/> 10 mg SC	
Morphine supérieur à : 10 à 30 mg SC	<input type="checkbox"/> 15 mg SC ou	
Morphine supérieur à : 30 mg SC	_____ mg SC	
HYDROMORPHONE	Prescription	
Hydromorphone de 0 à 1 mg SC	<input type="checkbox"/> 1 mg SC	
Hydromorphone supérieur à : 1 à 2 mg SC	<input type="checkbox"/> 2 mg SC	
Hydromorphone supérieur à : 2 à 4 mg SC	<input type="checkbox"/> 3 mg SC	
Hydromorphone supérieur à : 4 mg SC	_____ mg SC	
Fentanyl timbre cutané	Prescription/ morphine	Prescription/ hydromorphone
0 à 25 mcg/h	<input type="checkbox"/> 5 mg SC	<input type="checkbox"/> 1 mg SC
Supérieur à : 25 à 50 mcg/h	<input type="checkbox"/> 10 mg SC	<input type="checkbox"/> 2 mg SC
Supérieur à : 50 à 100 mcg/h	<input type="checkbox"/> 15 mg SC	<input type="checkbox"/> 3 mg SC
Supérieur à : 100 mcg/h	_____ mg SC	_____ mg SC

APPLICATION DU PROTOCOLE

- x 1 dose et aviser le médecin
- Répétable aux 20 minutes SI BESOIN AD SÉDATION
MAX 3 DOSES ET AVISER LE MÉDECIN

Signature: _____ Date _____ Heure : _____

LN0033 (2018-11-01)

PROTOCOLE DE DÉTRESSE EN FIN DE VIE

Dossier médical
D.I.C.: 3-4-1
Page 1 de 1

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**

○ Utiliser en priorité les **narcotiques**

1) **Dilaudid** 0,5 mg s/c q4h 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 q4h 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.*

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

1) **Ativan** p.o. à privilégier dans le contexte : 0,5 mg p.o. 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) q30 minutes jusqu'à disparition des symptômes (maximum 3 doses, cesser si inefficace)
 - 1) Peut être répété 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**

- Si des difficultés d'approvisionnement avec l'ativan s/c et le versed sont éprouvées, éviter ces molécules et utiliser :
 - **Nozinan** 12,5 mg s/c q4h reg
 - **Scopo** 0,4 mg s/c q4h 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)

D^{re} Marianne St-Germain, chef de service de soins palliatifs, Hôpital Pierre Le Gardeur
(Reproduit et mis à jour avec l'autorisation de l'autrice)

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

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

Principes directeurs :

1. La transmission communautaire est le principal moyen de transmission de la COVID-19 en province. Certaines manœuvres de réanimation cardiaque sont considérées plus à risque de générer des aérosols, notamment la ventilation et l'intubation.
2. Toute personne en arrêt cardio-respiratoire (ACR) devrait être considérée comme une personne potentiellement à risque de transmettre l'infection.
3. La protection des intervenants et des travailleurs de la santé est la priorité en temps de pandémie. Les équipements de protection adéquats doivent être vêtus par le premier intervenant avant d'entreprendre les manœuvres.
4. La défibrillation et le massage cardiaque devraient être réalisés indépendamment du risque d'infection du patient à la COVID-19, puisque ces manœuvres seraient moins à risque de produire des aérosols.
5. La gestion des voies aériennes définitives et la gestion de la ventilation doivent se faire par une personne expérimentée (ex. : médecin, paramédic) et équipée d'une protection individuelle optimale de type aérienne-contact qui inclut le port du masque N95 en plus de protection oculaire, blouse et gants.

Quoi faire en présence d'une personne faisant un ACR?

1. Demander de l'aide.
2. Appeler le 911; et mentionner si l'urgence se trouve en zone rouge.
3. Indiquer à un collègue de vérifier le dossier de la personne en ACR si un niveau d'intervention médical (NIM) est déterminé, le cas échéant.
 - Les intervenants ont une OBLIGATION de respecter les volontés de la victime d'un ACR si ses volontés sont connues.
4. Sortir le chariot de code et/ou le défibrillateur.
 - S'il n'y a pas de défibrillateur disponible, le répartiteur d'urgence pourra vous aider à trouver le défibrillateur le plus proche ou vous assister par téléphone.
5. Porter des gants, un masque chirurgical, une blouse et une protection oculaire.
6. Mettre un masque chirurgical à la personne en ACR. Si un masque n'est pas à la portée de l'intervenant, celui-ci peut mettre un linge ou un vêtement pour lui couvrir la bouche et le nez.
 - Si disponible, un masque à oxygène sans réinspiration peut être utilisé au lieu du masque de procédure et ainsi fournir une oxygénation passive.
7. Commencer le massage cardiaque immédiatement s'il y a un délai avant l'arrivée du défibrillateur.

8. Installer les pads de défibrillation à la personne. Si les chocs sont recommandés, procéder à la défibrillation en suivant les indications du défibrillateur.
9. Débuter ou poursuivre le massage cardiaque et si utilisé, suivre les indications du défibrillateur jusqu'à l'arrivée des secours.
10. La ventilation active avec un ballon-masque peut être considérée selon le niveau d'expérience de l'intervenant, la disponibilité du matériel de ventilation et de protection et du nombre d'intervenants requis pour cette manœuvre.
11. Poursuivre les soins selon le niveau de compétence jusqu'à ce que les secours (ex. : paramédics) prennent en charge les soins ou que la victime commence à bouger.
12. Une fois les manœuvres terminées, le matériel de protection doit être disposé de manière sécuritaire afin de viser à réduire les risques d'infection.

Pour informations complémentaires, veuillez consulter le rapport [COVID-19 et réanimation cardiorespiratoire \(RCR\) en contexte hors-hospitalier](#) produit par l'INESSS.

ANNEXE 7 : Bulletin de décès SP-3 et exemples types

a) Aperçu du formulaire complet

Québec 

Une réalisation de:
 • Ministère de la Santé et des Services sociaux
 • Institut de la statistique

SP-3
Bulletin de décès

Bien vouloir remplir le formulaire en lettres moulées avec un stylo ou à la machine à écrire. Appuyer fortement.

LIEU DU DÉCÈS

1. Nom de l'installation où a eu lieu le décès

2. Code d'installation

3. Adresse de l'endroit où a eu lieu le décès (n°, rue, municipalité, province ou pays)

Code postal

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE (Inscrire le nom de famille et le(s) prénom(s) selon l'acte de naissance)

4. Nom de famille

5. Prénom usuel

6. N° d'assurance maladie

7. Date de naissance

8. Âge au décès

Si âgé(e) de plus d'un an

Si âgé(e) de moins d'un an

Si âgé(e) de moins de 24 heures

Si âgé(e) de moins de 7 jours, donner le poids à la naissance en grammes

9. État matrimonial

Célibataire (jamais marié (e))

Marié (e)

Veuf (ve)

Divorcé (e)

Séparé (e) légalement

10. Lieu de naissance (province ou pays)

11. Langue d'usage à la maison

Français

Anglais

Autre (préciser)

12. Nom du (de la) conjoint (e) de la personne décédée

13. Si la personne décédée était mariée, indiquer l'âge de son (sa) conjoint (e)

14. Adresse du domicile de la personne décédée

N°

Rue

Municipalité, province ou pays

Code postal

15. Nom de famille de la mère (selon l'acte de naissance)

16. Prénom usuel de la mère

17. Nom de famille du père

18. Prénom usuel du père

CERTIFICATION MÉDICALE DU DÉCÈS

19. Date et heure du décès

20. Sexe de la personne décédée

Masculin

Féminin

Indéterminé

21. Avis au coroner (voir l'aide-mémoire au verso de la copie 1)

Oui

Non

22. Causes du décès

1. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès*

Antécédents. Affections morbides ayant éventuellement conduit à l'état précité. L'affection morbide initiale étant indiquée en dernier lieu

a) due à (ou consécutives à)

b) dues à (ou consécutives à)

c) dues à (ou consécutives à)

d) (cause initiale)

2. Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué

* Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: déshydratation, syncope, etc., mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.

23. Y a-t-il eu autopsie?

Oui

Non

24. Présence de radio-isotopes

Oui

Non

25. S'il s'agit d'une femme, le décès est-il survenu au cours d'une grossesse ou dans les 42 jours?

Oui

Non

26. Si mort violente, cocher À DES FINS STATISTIQUES SEULEMENT

Accident

Suicide

Homicide

27. Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire

Oui

Non

Préciser

28. Lieu (ferme, usine, etc.) et circonstances (noyade, strangulation, etc.)

29. Qualité de l'auteur de la certification médicale

Médecin

Coroner

Autre

30. Nom de famille et prénom usuel de l'auteur de la certification médicale

31. N° de téléphone où l'auteur peut être rejoint

32. Adresse (n°, rue, municipalité, province)

Code postal

J'ai rédigé au meilleur de ma connaissance les causes et les circonstances du décès de cette personne. Les renseignements cotés sont transmis à l'Institut de la statistique du Québec, au ministère de la Santé et des Services sociaux, au directeur des funérailles, à Statistique Canada, au Directeur du Régistre civil ainsi qu'aux autorités responsables des données de l'état civil de la province de résidence de la personne décédée s'il y a lieu. Les renseignements transmis sont soumis aux conditions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, sauf en ce qui concerne le Directeur de l'état civil et l'autorité responsable des données civiles de la province de résidence de la personne décédée s'il y a lieu qui ne sont pas assujettis à celle-ci. Les conditions sont énumérées au verso de la page 2.

33. Signature de l'auteur de la certification médicale

34. Date de la signature

35. Si médecin, n° de permis de la Corp. des médecins

DISPOSITION DU CORPS / DIRECTEUR DE FUNÉRAILLES

36. Mode de disposition

Inhumation

Crémation

Étude de l'anatomie

Transport à l'extérieur du Québec

37. Nom de la maison funéraire

38. N° de permis (dir. de funérailles)

39. Adresse de la maison funéraire (n°, rue, municipalité, province ou pays)

Code postal

40. Date de la prise en charge

41. Nom et prénom du représentant de la maison funéraire

42. Signature du représentant

Ministère de la Santé et des Services sociaux
 Institut de la statistique du Québec

SP-3 (2008-03)

b) Exemple lors d'un décès dû à la COVID-19 (extrait)

CERTIFICATION MÉDICALE DU DÉCÈS

<p>19. Date et heure du décès</p>	<p>20. Sexe de la personne décédée</p> <p style="text-align: center;">Masculin Féminin Incertain</p>	<p>21. Avis au coroner (voir l'aide-mémoire au verso de la copie 1)</p> <p style="text-align: right;">Oui Non</p>
Intervalle approximatif entre le début étiologique et le décès ▼		
<p>22. Causes du décès</p> <p>1. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès*</p> <p>Antécédents. Affections morbides ayant éventuellement conduit à l'état précité, l'affection morbide initiale étant indiquée en dernier lieu</p> <p>2. Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué</p>	<p>a) <u>COVID-19</u></p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p> <p>d) _____ (cause initiale)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><small>* Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.</small></p>		
<p>23. Y a-t-il eu autopsie?</p> <p>Oui Non</p> <p>Si oui, la certification de la cause du décès tient-elle compte de l'information fournie par l'autopsie?</p> <p>Oui Non</p>	<p>24. Présence de radio-isotopes</p> <p>Oui Non</p> <p>27. Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui Non Préciser _____</p>	<p>25. S'il s'agit d'une femme, le décès est-il survenu au cours d'une grossesse ou dans les 42 jours?</p> <p>Oui Non</p> <p>26. Si mort violente, cocher À DES FINS STATISTIQUES SEULEMENT</p> <p>Accident Suicide Homicide</p> <p>28. Lieu (ferme, usine, etc.) et circonstances (noyade, strangulation, etc.)</p> <p>_____</p>

c) Exemple lors d'un décès lié à une conséquence due à la COVID-19 (extrait)

CERTIFICATION MÉDICALE DU DÉCÈS

<p>19. Date et heure du décès</p>	<p>20. Sexe de la personne décédée</p> <p style="text-align: center;">Masculin Féminin Incertain</p>	<p>21. Avis au coroner (voir l'aide-mémoire au verso de la copie 1)</p> <p style="text-align: right;">Oui Non</p>
Intervalle approximatif entre le début étiologique et le décès ▼		
<p>22. Causes du décès</p> <p>1. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès*</p> <p>Antécédents. Affections morbides ayant éventuellement conduit à l'état précité, l'affection morbide initiale étant indiquée en dernier lieu</p> <p>2. Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué</p>	<p>a) <u>Insuffisance rénale aiguë</u></p> <p>b) <u>TRC</u></p> <p>c) <u>COVID-19 résolu en date du</u></p> <p>d) _____ (cause initiale)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><small>* Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.</small></p>		
<p>23. Y a-t-il eu autopsie?</p> <p>Oui Non</p> <p>Si oui, la certification de la cause du décès tient-elle compte de l'information fournie par l'autopsie?</p> <p>Oui Non</p>	<p>24. Présence de radio-isotopes</p> <p>Oui Non</p> <p>27. Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui Non Préciser _____</p>	<p>25. S'il s'agit d'une femme, le décès est-il survenu au cours d'une grossesse ou dans les 42 jours?</p> <p>Oui Non</p> <p>26. Si mort violente, cocher À DES FINS STATISTIQUES SEULEMENT</p> <p>Accident Suicide Homicide</p> <p>28. Lieu (ferme, usine, etc.) et circonstances (noyade, strangulation, etc.)</p> <p>_____</p>

ANNEXE 8 : Directives et algorithme décès COVID-19

(Le document qui est présenté ci-après a été produit par la Direction générale des opérations et de la protection en santé publique de la Direction générale de la santé publique du MSSS)

Coronavirus COVID-19

1^{er} décembre 2020

Gestion des décès liés à la COVID-19

ÉTAPE 1- DIRECTIVE POUR LES AUTEURS DES CERTIFICATIONS MÉDICALES (SP-3) ET ÉTABLISSEMENTS

Rappel et directives pour les auteurs des certifications médicales et les établissements :

1. Tous les décès de cas confirmés ou suspectés d'être liés à la COVID-19 doivent être déclarés à la DSPublique de la région de résidence du défunt, via le formulaire K-27, dans la journée de la survenue du décès.
2. Consulter le Guide de gestion des décès liés à la COVID-19¹ (INSPQ) et le Guide de saisie du K-27 du MSSS (p. j.) :
 - a. **Pour les auteurs de la certification médicale (SP-3) :**
 - Veuillez consulter les guides mentionnés au point 1 pour connaître les définitions des décès à déclarer.
 - Il est à noter qu'un K-27 doit être rempli pour :
 - **Les cas actifs ou dont l'épisode aigu est en cours².** La COVID-19 devrait alors être inscrite à la case 22.1. ou 22.2 du SP-3. Pour déterminer la période de l'épisode aigu, se référer aux critères de levée d'isolement (voir annexe 1).
 - **Les décès qui surviennent à la suite de séquelles tardives de la COVID-19,** lorsque l'auteur de la certification médicale inscrit la COVID-19 à la case 22.1 ou 22.2 du SP-3, et ce même lorsque l'épisode aigu de la maladie est terminé.

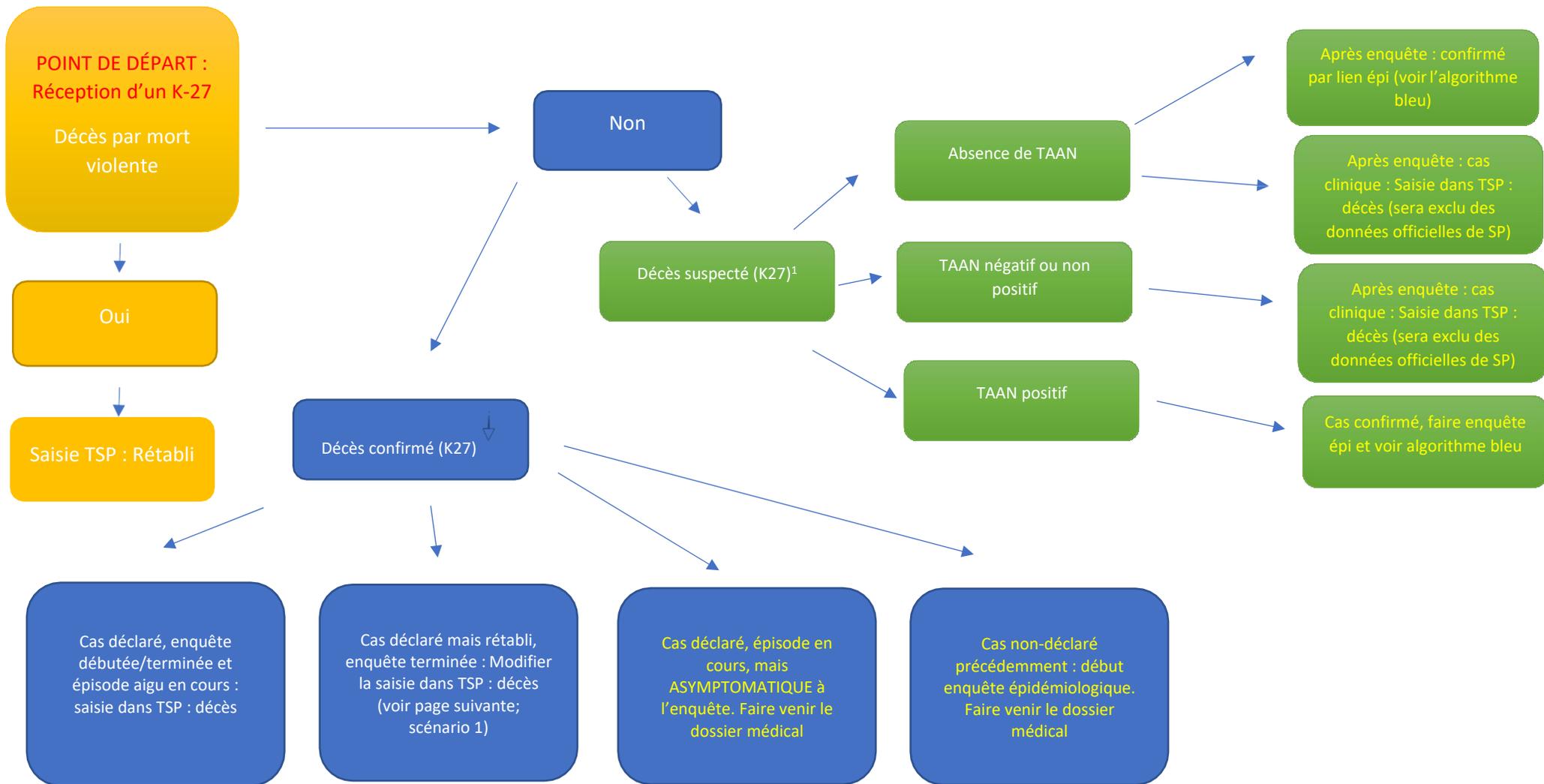
The image shows a screenshot of a web browser displaying a PDF form titled 'CERTIFICATION MÉDICALE DU DÉCÈS'. The form is divided into several sections with numbered questions and checkboxes. A large 'IMMÉDIAT' watermark is overlaid on the form. The visible sections include:

- 19. Date et heure du décès**: A grid for entering the date and time.
- 20. Sexe de la personne décédée**: Radio buttons for Masculin, Féminin, and Indéterminé.
- 21. Avis au coroner**: Radio buttons for Oui and Non.
- 22. Causes du décès**: A section with sub-questions (a, b, c, d) for direct causes, antecedent conditions, and other important morbid states.
- 23. Y a-t-il eu autopsie?**: Radio buttons for Oui and Non.
- 24. Présence de radio-isotopes**: Radio buttons for Oui and Non.
- 25. S'il s'agit d'une femme, le décès est-il survenu au cours d'une grossesse ou dans les 42 jours?**: Radio buttons for Oui and Non.
- 26. Si mort violente, cocher À DES FINS STATISTIQUES SEULEMENT**: Radio buttons for Accident, Suicide, and Homicide.
- 27. Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire**: Radio buttons for Oui, Non, and Préciser.
- 28. Lieu (ferme, usine, etc.) et circonstances (noyade, strangulation, etc.)**: A large text area for details.
- 29. Qualité de l'auteur de la certification médicale**: Radio buttons for Médecin, Coroner, and Autre.
- 30. Nom de famille et prénom usuel de l'auteur de la certification médicale**: Text fields.
- 31. N° de téléphone où l'auteur peut être rejoint**: Text field.

3. La responsabilité de remplir le K-27 incombe à l'auteur de la certification médicale. Toutefois, certains CIUSSS/CISSS ont mis en place un processus afin de déléguer cette responsabilité. Le K-27 doit être rempli dans la journée où survient le décès. Le SP-3 doit être acheminé à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), selon les procédures habituelles.

¹ Source : Guide de gestion des décès liés à la COVID-19, INSPQ, (<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/COVID/2975-guide-gestion-deces-COVID19.pdf>)

Étape 2 : ALGORITHME POUR LA GESTION DES DÉCÈS COVID-19- DÉCLARÉS PAR K-27



1. Le TAAN peut être réalisé en pré ou post-mortem

1^{er} décembre 2020 Trajectoire de la déclaration des décès liés à la COVID-19

Étape 2 : ALGORITHME POUR LA GESTION DES DÉCÈS COVID-19- DÉCLARÉS PAR K-27

N.B. Valider les décès dans l'indicateur de l'Infocentre. Pour les discordances, faire venir le dossier médical.

Précisions importantes pour les DSPublique

- La validation de la COVID-19 en tant que cause du décès (principale ou secondaire) doit reposer sur le jugement clinique.
- Attentes minimales : Lors de la réception d'un K-27, les nouvelles déclarations (K-27) de décès de cas confirmés non déclarés précédemment ainsi que les décès « suspects » doivent être enquêtés.
- Les DSPublique doivent vérifier dans l'indicateur de l'Infocentre la concordance entre SP-3 (ISQ) et les données de TSP. Lorsqu'il y a discordance : faire venir le dossier médical et valider. N.B. Des délais dans la réception des SP-3 par l'ISQ sont à prévoir.
- Indicateur des décès COVID-19 de l'Infocentre : Selon les directives définies par l'OMS et utilisés par l'ISQ, les cas confirmés par TAAN devraient être codés U07.1. et les cas confirmés par lien épidémiologique ainsi que les cas cliniques devraient être codés U07.2. Toutefois, il est important de préciser que l'ISQ n'a pas complété son exercice de validation des causes de décès.
- Les cas cliniques sont exclus des données officielles de santé publique, même s'ils sont saisis comme « décédé » dans la section évolution du cas dans TSP (fiche signalétique).

Scénario 1.

Déclaration d'un décès lié à la COVID-19, survenue après l'épisode aigu³ alors que l'enquête est terminée

- Une personne peut décéder de séquelles tardives de la COVID-19.
- Lorsque vous recevez un K-27 pour un cas que vous aviez classé « rétabli » selon l'algorithme dans TSP; changer l'évolution de ce cas à « décédé » au lieu de « rétabli ». Vérifier dans l'indicateur de l'Infocentre que les données concordent (c'est-à-dire, que la COVID-19 figure bel et bien parmi les causes sur le SP-3). N.B. Des délais dans la réception des SP-3 par l'ISQ sont à prévoir.

Scénario 2.

Les personnes sous investigations (PSI) qui décèdent avant l'obtention du résultat du TAAN ou donc pour lesquelles on effectue un TAAN post-mortem, doivent être déclarées à la DSPublique (k-27), afin que cette dernière puisse faire une enquête épidémiologique et isoler les contacts le cas échéant. Voir l'algorithme (vert) pour la gestion du décès, lorsque le résultat est obtenu.

Scénario 3.

La DSPublique consulte l'Indicateur de l'Infocentre pour les décès COVID. Elle voit un décès codé COVID sur les SP-3, alors que dans TSP, cette personne est un contact.

Il s'agit d'un décès suspecté, qui doit être enquêté. L'enquête permettra de déterminer si la personne décédée correspond à la définition de cas confirmé (par lien épidémiologique ou par labo), de cas clinique ou si elle conserve le statut de contact. Si la personne demeure un contact, ne pas saisir son décès dans TSP. Se référer à l'algorithme (bulles en vert).

³ Voir l'annexe 1 de la définition de la période d'épisode aigu

1^{er} décembre 2020

Gestion des décès liés à la COVID-19

ÉTAPE 3- SAISIE DANS TSP

Directive de saisie pour les décès liés à la COVID-19 :

- La saisie de l'évolution du cas se fait dans la fiche signalétique
- Évolution du cas : Décédé
- Date du décès : se référer au K-27
- Décès lié à une maladie respiratoire : Ce libellé sera modifié dans une prochaine version de la fiche signalétique afin de faciliter la saisie. Entre-temps, inscrire inconnu
- Cause de décès : Inscrire le numéro du SP-3 (commençant par un 3- en haut du K-27). Ce libellé sera modifié dans une prochaine version de la fiche signalétique afin de faciliter la saisie.
- Lieu du décès : sélectionner le bon type de milieu (CH, CHSLD, etc.). Saisir ensuite les coordonnées du milieu. Lorsqu'il s'agit d'un type de milieu pour lequel un référentiel est intégré, saisir le milieu à partir de celui-ci.

Ce décès sera alors comptabilisé parmi les décès liés à la COVID-19 de votre région (à l'exception des cas cliniques).

N.B. Vérifier régulièrement l'indicateur de l'Infocentre pour les discordances entre les décès SP-3 et TSP.

Annexe 1 : Épisode aigu de COVID-19

La période d'épisode aigu de la COVID-19 correspondrait à :

- Période **d'au moins 10 jours** écoulée depuis l'apparition du premier symptôme associé à la COVID-19 (incluant les symptômes non respiratoires).
- Pour les cas ayant eu une maladie sévère (c.-à-d. hospitalisés aux soins intensifs en lien avec la COVID-19), attendre 21 jours plutôt que 10 jours. (incluant les symptômes non respiratoires).
- Pour les cas immunosupprimés, attendre 28 jours plutôt que 10 jours ; toutefois, si deux résultats de TAAN négatifs consécutifs sont obtenus à au moins 24 heures d'intervalle entre les jours 21 et 28, l'isolement peut être levé dès la réception du 2e résultat négatif. (incluant les symptômes non respiratoires).
- Pour les cas confirmés asymptomatiques, la durée de l'isolement est calculée à partir de la date du prélèvement.

Ces 3 périodes de référence sont prolongées tant qu'il n'y a pas résolution des symptômes liés à l'épisode aigu (amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant certains symptômes qui peuvent persister) ET absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétiques)).

La survenue d'un décès durant la période précédant la résolution des symptômes associés à l'épisode aigu constitue un décès durant un épisode aigu de COVID-19.

