Émission :	22-07-2020	Mise à jour :	16-04-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-007. REV2

Catégorie(s) :

- ✓ Milieux de vie
  Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- ✓ Mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI)

Directives CHSLD

Remplace la directive DGAPA-007 REV1 émise le 8 janvier 2021

Expéditeur :	Destinataire :
Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)	- CISSS et CIUSSS - Directeurs SAPA - Directeurs de la qualité - Établissements PC et PNC

Directive	
Objet :	Considérant la campagne de vaccination qui est toujours en cours dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), le nombre d'éclosions de la COVID-19 encore actives, la situation épidémiologique actuelle qui demeure critique dans plusieurs régions ainsi que les risques pouvant être associés aux nouveaux variants, il est nécessaire de poursuivre l'application de toutes les mesures actuelles qui visent à limiter la propagation de la COVID-19. Cette mise à jour présente les mesures générales qui s'appliquent en tout temps en CHSLD, peu importe le palier d'alerte en vigueur dans une région.
Mesures à implanter :	✓ Admission des nouveaux résidents dans le CHSLD ✓ Soins et services dans le milieu de vie ✓ Concept de bulle de vie

	✓ Consignes générales pour la gestion et le contrôle des infections ✓ Pratiques de base de prévention et contrôle des infections à mettre en place ✓ Autres mesures de prévention et de contrôle des infections applicables ✓ Zones froides, tièdes et chaudes ✓ Équipements de protection individuelle requis ✓ Travailleurs de la santé ✓ Critères pour le rétablissement de la personne ✓ Hébergement temporaire (lits de répit) ✓ Documents de référence pour les mesures de prévention et de contrôle des infections applicables ✓ En complément, se référer aux annexes : • Niveau de soins en CHSLD (annexe 1) • Symptômes typiques COVID-19 (annexe 2) • Évaluation clinique de l'infirmière (annexe 3) Nous vous référons au tableau : ***COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte*** pour prendre connaissance des mesures additionnelles s'appliquant sur votre territoire. Le document est disponible sur le site Web du MSSS via le lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002991/

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : Aucune	
Direction ou service ressource :	**Direction de la qualité des milieux de vie (DQMV)**
Documents annexés :	Aucun

Nous ne pouvons vous garantir que vous avez en main la dernière version de la présente directive. Pour consulter les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux visitez le :
msss.gouv.qc.ca/directives

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Natalie Rosebush

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Émission :	22-07-2020	Mise à jour :	16-04-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-007. REV2

Directive

CONSIGNES POUR LES CHSLD

1. Admission de nouveaux résidents dans le CHSLD

- En ce qui concerne les modalités et les principes à considérer lors d'une admission en CHSLD, se référer aux trajectoires applicables selon la situation de l'usager.

- Lors d'une nouvelle admission en provenance d'un centre hospitalier (CH), il est recommandé de procéder à la vaccination du nouveau résident avant son accueil en CHSLD. Toutefois, la non-vaccination de l'usager ne peut justifier le report de son admission. La vaccination d'une personne âgée de 65 ans et plus qui n'a pas déjà été vaccinée dans la communauté devrait l'être dès que possible par les équipes du CH, dans le respect de son consentement.

- Les milieux d'hébergement sont soumis à la décision du mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) pour les résidents qui y sont orientés.

- Lors d'une nouvelle admission en CHSLD, le résident pourra être accompagné par une ou deux personnes de son choix, et ce, selon les directives en vigueur[1].

1.1 Transfert entre CHSLD

- Les milieux d'hébergement sont soumis à la décision du mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) pour les résidents qui y sont orientés.

- Le milieu retenu doit procéder à l'admission au milieu d'hébergement de manière à favoriser la sécurité du résident sur les unités. Si le CHSLD retenu pendant la pandémie n'est pas le milieu souhaité par le résident, il est permis de transférer un résident[2]. En ce sens, le résident qui est hébergé dans un CHSLD de transition peut être transféré vers le CHSLD de son choix.

[1] Se référer au tableau sur la gradation des mesures selon les paliers d'alerte au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002991/

[2] En respect de l'arrêté ministériel du 7 avril 2021, numéro 2021-023, où il est spécifié que les déplacements entre les régions sont permis lorsque le déplacement est nécessaire pour obtenir des soins ou des services requis par l'état de santé de l'usager.

- Si les deux installations ne sont pas sous la même gouverne, les deux CHSLD doivent être en accord avec le transfert.

- Si le transfert s'effectue entre deux régions, ce sont les mesures du palier supérieur qui s'appliquent que ce soient celles du CHSLD de départ ou d'accueil (ex. Transfert d'un CHSLD de palier orange vers un CHSLD de palier rouge, ce sont les mesures du palier rouge qui s'appliquent. De même, lors d'un transfert d'un CHSLD en palier rouge vers un CHSLD en palier orange, jaune ou vert, ce sont les mesures du palier rouge qui s'appliquent également).

- Conditions générales pour le transfert dans tous les paliers d'alerte:
  - Les 2 CHSLD sont sans éclosion (milieux froids);
  - Suivre les recommandations de l'équipe PCI sur les mesures PCI à mettre en place;
  - Procéder au dépistage avec le mode de prélèvement le moins intrusif possible pour le résident 24-48 heures avant le transfert;
  - S'assurer que le test de dépistage est négatif, sinon reporter le transfert;
  - S'assurer que l'usager transféré n'a pas de symptômes liés à la COVID-19 ou n'est pas un contact étroit d'un cas confirmé à la COVID-19;
  - Les mesures PCI doivent être appliquées de façon rigoureuse pendant le transfert.

- Conditions spécifiques pour le transfert selon les paliers d'alerte :

Transfert dans la même région en palier rouge :
Transfert dans une autre région en palier rouge :
Transfert du palier rouge vers une région de palier inférieur (orange, jaune ou vert) :

- Accueil en zone tiède avec un isolement préventif de 14 jours et surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours.

À partir du palier orange, lorsque les transferts se font dans une même région (orange) ou vers une autre région de palier orange ou palier inférieur (jaune ou vert) :

- Accueil en zone froide, aucun isolement préventif si l'usager répond à l'ensemble des conditions suivantes :
  - L'usager a reçu minimalement 1 dose du vaccin depuis 28 jours ou plus (valider l'information selon le registre de vaccination et le documenter au dossier du résident);
  - Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours dans le milieu d'accueil;
  - Faire test de dépistage au jour 5 et 12.

Sinon accueillir en zone tiède avec un isolement préventif de 14 jours et surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours.

- Lors d'une nouvelle admission en CHSLD suivant le transfert entre deux CHSLD, le résident pourra être accompagné par une ou deux personnes de son choix, et ce, selon les directives en vigueur et le palier d'alerte[3].

2. Soins et services dans le milieu de vie

- Maintenir, peu importe que le CHSLD soit en éclosion ou non, l'ensemble des soins et des services de base, notamment le lever, l'habillage, l'aide à la marche et aux déplacements et les soins d'hygiène, selon les modalités correspondant aux préférences du résident.

- De plus, se référer au Guide de réorganisation et de délestage des activités (20-MS-07435-70) pour avoir des indications sur les activités qui doivent être maintenues.

- Accentuer les actions visant à prévenir le déconditionnement des résidents tout en respectant les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) ainsi que les directives de la santé publique en vigueur.

  La prévention du déconditionnement constitue une priorité et est maintenant inscrite au plan d'action ministériel COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague (Axe 2, action 3). Pour en assurer la mise en œuvre, des personnes responsables de l'application de ces directives ont été désignées par les établissements.

  Peu importe le palier d'alerte promulgué par les directions régionales de santé publique ou le contexte qui prévaut dans les installations, des mesures de prévention du déconditionnement doivent être instaurées.

  Se référer aux documents suivants :

  - Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie, notamment en RPA, RI-RTF et CHSLD pour la clientèle aînée disponible sur le site Web du MSSS au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002719/?&txt=d%C3%A9conditionnement&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC.

  - Directives pour prévenir le déconditionnement des personnes ayant une déficience, un trouble du spectre de l'autisme ainsi que celles ayant une problématique de santé physique nécessitant des services de réadaptation fonctionnelle intensive, modérée ou post-aigüe en contexte de pandémie disponible sur le site Web du MSSS au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002720/?&txt=d%C3%A9conditionnement&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC

[3] Se référer au tableau sur la gradation des mesures selon les paliers d'alerte au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002991/

- Intégrer, aux équipes régulières du CHSLD, dans la mesure du possible, des personnes supplémentaires qui sont en mesure d'offrir du soutien aux équipes en place, d'assurer une surveillance des résidents ou de leur consacrer du temps pour les divertir.

- Le nettoyage des vêtements des résidents par les familles est permis peu importe le palier d'alerte du territoire concerné, sauf lorsque le résident est en isolement préventif, en isolement ou lorsque le milieu de vie est en éclosion.

- La livraison pour les usagers (nourriture, achats, etc.) et biens apportés par les familles est permise pour tous les paliers d'alerte. Toutefois, pour les paliers d'alerte orange et rouge, un mécanisme sécuritaire pour la livraison doit être mis en place par l'installation : dépôt à l'accueil avec nettoyage et désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 24 heures avant la remise au résident en respectant les mesures de PCI.

3. Soins palliatifs et de fin de vie en CHSLD

- Référer aux directives en vigueur disponibles sur le site Web du MSSS au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002955/?&txt=soins%20palliatifs&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC

4. Concept de bulle de vie

L'**objectif** de l'application du concept de bulle est de maintenir la qualité de vie des résidents en période de pandémie tout en s'assurant de prévenir et de contrôler la transmission de la COVID dans le milieu de vie. Ce concept constitue l'un des moyens pouvant être mis en place par un CHSLD. S'il ne peut s'appliquer, la distanciation physique de deux mètres entre les résidents et le port du masque médical doivent impérativement être respectés sauf pour les exceptions prévues à la directive DGSP-014, par exemple, lorsque l'usager ne tolère pas le masque.

Le concept de bulle consiste en un regroupement d'un petit nombre de résidents qui pourront interagir librement entre eux grâce à un assouplissement des mesures préventives telles que la distanciation physique et le port du masque médical entre les résidents. Formée trop petite, une bulle ne favorisera pas les interactions entre les résidents qui la constituent. D'autre part, une bulle trop grande augmente le risque d'introduction et de propagation du virus. Les résidents d'une même bulle peuvent participer ensemble aux différentes activités qui constituent la vie quotidienne du CHSLD (ex. : l'activité repas, loisirs). Ce regroupement de résidents en bulle est alors considéré comme une cellule de vie.

Étant donné que chaque bulle contient un nombre limité de résidents et que ceux-ci sont toujours les mêmes, cela permet de limiter le nombre de personnes potentiellement atteintes d'une infection et de circonscrire les éclosions pour les résidents d'une même bulle de vie.

Le regroupement des résidents dans des bulles distinctes favorise un retour partiel à la normalité du milieu de vie. Concrètement, l'application du concept de bulle permet :

- le maintien des contacts humains (sans le port du masque) et la proximité physique entre les résidents d'une même bulle (à moins de 2 mètres);
- le partage des objets, notamment lors des activités de loisirs (ex. : cartes, casse-tête, livres, balles);
- l'occupation optimale des lieux communs tels que les salons et les salles à manger;
- d'éviter l'isolement lorsque non requis. Ainsi, l'isolement est réservé pour les résidents suspectés ou atteints de la COVID-19.

L'application du concept de bulle doit se faire en respectant chacune des conditions suivantes afin de réduire les risques de transmission de la COVID-19 à l'ensemble du milieu de vie :

- Le concept de bulle s'applique uniquement en zone froide et ne s'applique pas en zone tiède et ni en zone chaude.
- Une bulle est constituée exclusivement de résidents. Les personnes qui interagissent avec la bulle n'en font pas partie (notamment les membres du personnel, les visiteurs, les bénévoles, etc.).
- Une bulle peut regrouper un nombre variable de résidents, idéalement dix résidents, et ce, jusqu'à un maximum de douze résidents. Ce nombre maximum pourrait être adapté dans les unités prothétiques, sur autorisation de l'équipe de PCI de l'établissement ou du directeur de santé publique, et ce, en tenant compte du profil des résidents.
- La composition des bulles devrait être déterminée au terme d'un processus interdisciplinaire où les aspects fonctionnels, environnementaux et sociaux (exemple, par intérêts des résidents) ont été considérés de manière à répondre le plus adéquatement aux besoins des résidents.
- Les résidents qui font partie d'une même bulle doivent toujours être les mêmes.
- Les résidents constituant une même bulle doivent être facilement identifiables (par exemple, des pastilles de couleur sur les chaises ou à l'entrée de la chambre, liste(s) affichée(s) au poste, etc.). Cette information doit être facilement disponible et bien connue des membres du personnel afin que les résidents d'une même bulle demeurent toujours au sein de la même cellule, puissent se côtoyer librement et participer ensemble aux différentes activités.
- Lors d'une activité de loisir, il est recommandé de procéder à une désinfection préalable, et après chaque usage, des différents objets (ex. : jeux, crayons, etc.) que se partagent les résidents d'une même bulle.
- Une attention particulière doit être apportée à l'hygiène des mains des résidents qui constituent une bulle, et ce, plusieurs fois par jour.
- L'introduction d'un résident nouvellement admis est possible pour compléter une bulle ou pour remplacer un résident l'ayant quittée, lorsque ce dernier a complété la période d'isolement préventif recommandé lors d'une admission.
- Si des résidents de différentes bulles doivent se côtoyer, la distanciation physique, le port du masque médical et les mesures PCI recommandées

doivent être respectées. Il est de la responsabilité de l'équipe d'intervenants du milieu (membres du personnel, intervenant, gestionnaire, bénévoles, visiteurs, etc.) de soutenir les résidents pour s'assurer que cette mesure soit bien appliquée particulièrement pour les résidents qui ont de la difficulté à reconnaître leur appartenance à une bulle en raison de leur perte cognitive.

- Lors des activités de groupe, la distanciation physique de deux mètres entre les différentes bulles doit être respectée en tout temps.
- Les membres du personnel, les personnes proches aidantes, les visiteurs, les bénévoles, etc., qui sont en contact avec les résidents doivent respecter rigoureusement les mesures PCI recommandées, porter les équipements de protection individuelle (ÉPI) requis, procéder à l'hygiène des mains et respecter les règles de distanciation physique pour éviter l'introduction de l'infection dans une bulle et la transmission de l'infection entre les différentes bulles.
- Les différents intervenants qui entrent en contact avec une bulle doivent être stabilisés et limités afin de réduire au maximum le risque d'introduction de l'infection dans la bulle à partir d'une source externe.
- Les différents intervenants qui sont amenés à passer d'une bulle à l'autre (ex. : infirmier, infirmière auxiliaire, intervenant en loisirs, thérapeute en réadaptation physique, bénévoles, etc.) doivent appliquer les mesures PCI recommandées (port adéquat des ÉPI, hygiène des mains) afin de réduire au maximum le risque de propagation du virus entre les bulles. Lorsque cela est possible, leur route de travail devrait être organisée de manière à limiter les allers-retours entre les résidents de différentes bulles au cours d'un même quart de travail.
- Il n'est pas permis que les visiteurs et les personnes proches aidantes fréquentent des résidents de différentes bulles, sauf pour des situations particulières.
- Le concept de bulle doit être expliqué aux familles lorsqu'il est mis en place dans un CHSLD. Le consentement du résident ou de son représentant légal est requis afin d'assurer la compréhension et l'acceptation de ce concept, notamment par l'indication d'une note au dossier du résident.
- Si un résident de la bulle est suspecté ou atteint de la COVID-19 ou si un membre du personnel est suspecté ou atteint de la COVID-19 : se référer à l'équipe PCI pour les mesures à adopter et l'informer que le concept de bulle a été appliqué.

5. Consignes générales pour la gestion et le contrôle des infections

- Des ressources humaines doivent être disponibles dans le CHSLD pour l'accueil et l'accompagnement des visiteurs, des bénévoles et des employés embauchés par les familles, notamment pour superviser l'application des mesures PCI requises.
- Des ressources humaines doivent aussi être disponibles dans le CHSLD pour accueillir, accompagner et former les personnes proches aidantes sur les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection individuelle requis (hygiène des mains, l'hygiène et l'étiquette respiratoire, mesures de distanciation physique, l'utilisation des ÉPI, etc.). Même chose pour les « dames de compagnie »

embauchées par les résidents ou leurs familles, si leurs fonctions sont semblables à celles des personnes proches aidantes.

- Un accompagnement des personnes qui accèdent au CHSLD (visiteurs, personnes proches aidantes, bénévoles, employés embauchés par un résident ou sa famille, etc.) est nécessaire afin de valider l'absence de critères d'exclusion en lien avec les symptômes liés à la COVID-19. Les critères d'exclusion sont les suivants :

  - personnes infectées par la COVID-19 ayant reçu un résultat positif ou confirmé par lien épidémiologique et qui ne sont pas considérées comme rétablies;
  - personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles;
  - personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19;
  - personnes ayant eu un contact étroit avec un cas confirmé dans les 14 derniers jours;
  - personnes exposées à une personne symptomatique vivant au même domicile et dont celle-ci est en attente d'un résultat de test et considérée comme une personne sous investigation (PSI);
  - personnes vivant sous le même toit qu'un contact d'un cas confirmé en attendant des résultats;
  - personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par la santé publique;
  - personnes de retour d'un voyage à l'extérieur du Canada depuis 14 jours et moins.

Ainsi, une personne présentant un de ces critères se verra refuser l'accès au milieu de vie.

La personne proche aidante ou le visiteur qui souhaite procéder à un test de dépistage peut le demander à l'établissement. En aucun cas, le milieu ne peut exiger à la personne proche aidante ou au visiteur d'obtenir un test de dépistage négatif pour avoir accès au CHSLD.

- Des masques médicaux doivent être disponibles en quantité suffisante et accessibles pour que les visites soient permises.

- Un registre des visiteurs, des personnes proches aidantes, des bénévoles et du personnel présent de façon ponctuelle dans l'installation (p. ex. : dentiste, hygiéniste dentaire, audioprothésiste, etc.), doit être tenu afin que ceux-ci puissent rapidement être contactés par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et d'isolement préventif si cela était requis. Le registre en CHSLD doit recueillir le minimum de renseignements personnels nécessaires pour faciliter les enquêtes épidémiologiques des autorités de santé publique (nom, numéro de téléphone ou adresse courriel, date et heure de présence, chambre du résident visité).

- Les membres du personnel[4] ne doivent pas travailler dans plus d'un CHSLD afin de prévenir la contamination d'une installation à l'autre.

6. Pratiques de base de prévention et contrôle des infections à mettre en place :

[4] Se référer au tableau sur la gradation des mesures selon les paliers d'alerte au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002991/

- Renforcer l'affichage aux entrées de l'installation spécifiquement aux mesures à mettre en place en contexte de pandémie :
  - promouvoir l'hygiène des mains;
  - l'étiquette respiratoire;
  - afficher les consignes concernant le port du masque médical.
- Éviter l'affichage à l'intention du personnel sauf pour ce qui est de l'affichage relié à la COVID-19. Celui-ci doit être tenu à jour et retiré lorsqu'il n'est plus requis (ex. : affiches sur les zones chaudes ou les mesures particulières aux portes des chambres des résidents lorsqu'il n'y a plus d'éclosion).
- Aucun affichage présentant des informations confidentielles ou la situation clinique d'un résident ne devrait se retrouver sur les murs ou à la vue de tous dans un CHSLD.
- Inscrire les indications[5] pour les visiteurs, les personnes proches aidantes et les bénévoles, en fonction du palier d'alerte du territoire concerné.
- Si requis, augmenter le nombre de dispensateurs de solution hydroalcoolique disponibles dans le CHSLD (ex : salle à manger, salle d'activité, corridors, etc.). Si les résidents y ont accès, vous devez vous assurer qu'ils ne constituent pas un risque pour ceux qui ne sont pas en mesure de s'en servir de façon adéquate.
- Les produits dangereux, par exemple les produits désinfectants, ne doivent pas être accessibles aux résidents.
- Dispenser, dans les meilleurs délais, la formation sur l'hygiène des mains à tout le personnel à l'aide de la capsule d'information disponible en ligne à l'adresse suivante : https://fcp.rtss.qc.ca/local/html-courses/hygiene/story.html.
- Un taux d'observance de 100 % de l'hygiène des mains doit être visé sur tous les quarts de travail. Ce qui signifie que le personnel doit faire une hygiène des mains à différents moments et le plus souvent possible et surtout où cela est recommandé (à l'entrée et à la sortie de l'installation, avant et après avoir touché son masque, avant et après tout contact avec le résident ou son environnement, avant toute procédure qui requiert l'asepsie (ex. : insertion d'une sonde urinaire), après avoir été en contact avec des liquides biologiques, à toutes les étapes du retrait de l'ÉPI, etc.).
- Rendre disponibles et obligatoires les formations mises à la disposition des employés du CHSLD sur le site de l'ENA aux adresses suivantes : https://fcp.rtss.qc.ca/ ou https://fcp-partenaires.ca/.
- Des personnes, sur place dans chacun des CHSLD, doivent être identifiées comme responsables PCI et comme champions PCI, avoir reçu une formation et par la suite, s'assurer du maintien des bonnes pratiques en tout temps (surveillance et intervention au besoin).
- Sur le terrain du CHSLD, les mesures de PCI doivent s'appliquer à tous telles que les pratiques de base (dont l'hygiène des mains), la distanciation physique, le port de l'EPI (masque médical, protection oculaire selon les mesures sanitaires en vigueur) et les précautions additionnelles (port des ÉPI requis selon la situation clinique).
- Lorsqu'un résident est de retour de l'extérieur, toutes les mesures de prévention et de contrôle des infections doivent être appliquées de façon exemplaire. Par exemple, porter un masque médical et procéder à l'hygiène des mains.
- La distanciation physique de deux mètres demeure une mesure requise en tout temps, lorsque possible. Une attention particulière doit être apportée sur le terrain de l'installation pendant les pauses de même que lors des déplacements vers le lieu

[5] *IDEM*

de travail (transport en commun, covoiturage, etc.) à la fois pour la distanciation physiques de 2 mètres et pour le port des EPI selon les mêmes indications que pour la population générale.

7. Autres mesures de prévention et de contrôle des infections applicables :

- Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, mesures en hygiène et salubrité, respect des zones, nettoyage et désinfection des équipements de soins entre usagers, hygiène des mains, etc.).
- Assurer l'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection en fonction des procédures de l'établissement et selon les recommandations de l'INSPQ.
- L'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés, des surfaces à potentiel élevé de contamination dans les chambres (notamment les ridelles de lit, la cloche d'appel, les poignées de porte, etc.) et dans les aires communes (notamment, boutons d'ascenseurs, les poignées de porte, etc.) et les salles de bain communes doit être effectuée. Utiliser un produit homologué par Santé Canada et efficace contre le virus de la COVID-19. Ces équipements et surfaces doivent être nettoyés et désinfectés au moins une fois par jour (à augmenter selon l'achalandage, la situation épidémiologique ou lors d'éclosion). Désigner un employé pour cette tâche.

8. Zones froides, tièdes et chaudes[6]

a) Création de zones dans les CHSLD lorsque requis :

a. Zone froide : clientèle sans COVID-19 ou rétablie[7];

b. Zone tiède : pour les cas COVID-19 suspects ou en investigation (en raison de présence de symptômes ou d'un contact étroit avec une personne COVID positive) ou pour les usagers lors d'une nouvelle admission ou en raison d'un retour en CHSLD en provenance d'un séjour de plus de 24 h en centre hospitalier ou milieu de réadaptation selon les trajectoires en vigueur[8];

c. Zone chaude : pour les cas COVID-19 confirmés.

- De façon générale, la création d'une zone chaude ou tiède se fait par le biais d'un regroupement (cohorte[9]) de résidents atteints ou suspectés de la COVID-19 dans un endroit dédié dans le CHSLD. Si vous ne pouvez dédier tout un étage ou toute une unité à une zone chaude ou tiède, vous devez placer une barrière physique délimitant la zone chaude ou tiède et maintenir une séparation spatiale d'au moins 2 mètres entre les résidents. Ainsi, une zone tiède ou chaude peut-être constituée de l'entièreté d'une unité, d'une portion définie d'une unité ou encore d'une

[6] Se référer également à la publication de l'INSPQ sur les Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins : https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19

[7] Se référer à la section 11 de la directive Critères pour le rétablissement de la personne.

[8] 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 au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002999/

[9] Une zone tiède devrait être à la chambre, toutefois, il est possible de regrouper en cohorte plusieurs chambres identifiées comme zone tiède au sein d'une unité, d'une portion définie d'une unité.

chambre individuelle. Bien identifier les chambres et les zones, par exemple : affiche, code de couleurs, etc.

- Dès l'apparition de signes et symptômes (apparition ou aggravation d'une toux, fièvre, difficulté respiratoire, perte soudaine d'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte de goût - voir annexe 2), le résident est considéré comme un cas suspecté ou en investigation de la COVID-19 : le transférer en zone tiède dans un endroit dédié du CHSLD ou le garder à sa chambre, selon l'évaluation de la situation par l'équipe en prévention et contrôle des infections. Ne pas placer les usagers suspectés ou sous investigation dans la même chambre que les usagers confirmés à la COVID-19 ou les usagers sans COVID ou rétablis.

- Il n'est pas nécessaire de conserver une zone tiède ou une zone chaude dans un CHSLD si elles ne sont pas utilisées par des résidents. L'important est de prévoir des modalités afin que celles-ci soient mises en place lorsque requis, et ce, dans un délai acceptable.

- S'assurer que la planification territoriale de la gestion des lits en CHSLD en contexte de pandémie à la COVID-19 soit maintenue à jour en fonction de la situation épidémiologique de la région. Se référer à la directive DGAPA-011 sur le Plan de gestion des lits en CHSLD en contexte de pandémie à la COVID-19 disponible à l'adresse suivante :

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002708/?&txt=plan%20de%20gestion&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC

b) Dans les chambres considérées comme des zones chaudes ou tièdes :

- Isoler le résident dans sa chambre individuelle avec salle de toilette dédiée. Bien identifier la chambre (ex. : affiche, code de couleurs, etc.). Dans le respect des bonnes pratiques en la matière et de façon exceptionnelle, considérer lorsque requis, la mise en place de mesures alternatives afin d'éviter que le résident sorte de sa chambre et contamine l'environnement extérieur à sa chambre.

- Si le résident est en chambre double, s'assurer de la présence d'une barrière physique avec l'autre résident et du respect de cette barrière entre les résidents. Si ce n'est pas possible, considérer le transfert en chambre individuelle ou en zone chaude ou tiède. Si les deux résidents partagent également la même salle de bain, celle-ci doit être désinfectée après chaque utilisation ou dédier une chaise d'aisance à l'un des deux.

- L'utilisation d'une contention[10], par exemple une demi-porte, doit se faire en dernier recours et dans le respect des principes directeurs et des contextes d'application prévus dans les orientations, ce qui implique le retrait de la contention dès qu'elle n'est plus cliniquement requise.

c) Isolement inversé avec chambres et corridors en zone chaude :

[10] Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-812-02.pdf

Il est possible de considérer comme une mesure alternative l'isolement inversé avec chambres et corridors en zone chaude. En isolant à la chambre (considérée zone froide) les usagers non atteints. L'utilisation de ce type d'isolement doit être une mesure d'exception, et dans la mesure du possible, le transfert des usagers sans la COVID-19 devrait être le premier choix. Dans cette situation, des mesures d'adaptation doivent être prises pour ces résidents afin de prévenir le déconditionnement physique, mental et cognitif.

d) La présence de personnel désigné pour favoriser l'hygiène des mains chez les résidents est requise.

e) Dans le cas où un résident serait temporairement transféré dans une autre chambre, ses meubles et ses biens non essentiels à la vie quotidienne doivent demeurer dans la chambre pour éviter la contamination de l'environnement lors de leur déplacement dans le CHSLD. Une désinfection de la chambre doit être faite s'il est requis de la rendre disponible temporairement pour un autre résident.

f) On doit retrouver du personnel dédié distinctement pour chacune des zones du CHSLD (froide, chaude et tiède le cas échéant), ajusté selon le nombre et la condition clinique des résidents présents dans chacune des zones.

g) Les zones dans le CHSLD doivent être définies étanches (ex. : séparation spatiale (porte, paravent, etc.) et clairement identifiées (ex. : affiches)). Les entrées, sorties, zones d'habillage et de déshabillage, aires de repas et repos et les aires de préparation de la médication et d'entreposage du matériel doivent être distinctes pour le personnel dédié en zone chaude, tiède ou froide afin que les employés de chaque zone ne soient pas en contact les uns avec les autres.

h) Assurez-vous d'avoir des équipements de soins et du matériel dédiés à la zone.

i) S'il est requis de remplacer le personnel dédié à une zone (ex : absence maladie, congé), ne pas autoriser le déplacement du personnel (infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires) d'une zone à l'autre à l'intérieur d'un même quart de travail. Si une situation de bris de services requérait un déplacement d'un employé vers une autre zone que celle à laquelle il est dédié, établir une procédure de travail sécuritaire de la zone froide vers la zone chaude.

j) Le nombre de personnes différentes qui intervient auprès d'un même résident doit être limité le plus possible (personnel dédié).

9. Équipements de protection individuelle requis

- Pour les consignes concernant le port des ÉPI en zone froide, tiède ou chaude, se référer aux indications de la CNESST :
  Comment limiter la propagation de la COVID-19 au travail?
  https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/formulaires-publications/affiche-covid-19-hebergement-personnes-agees
  Affiche qui décrit l'ordre de priorité des mesures de contrôle afin de limiter la propagation de la COVID-19 dans les milieux de travail.
  Guide de normes sanitaires en milieu de travail pour les installations publiques et privées d'hébergement et de soins pour personnes âgées – COVID-19
  https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/formulaires-publications/guide-covid-19-hebergement-soins-personnes-agees

- Les consignes concernant les équipements de protection individuelle s'appliquent dès l'entrée dans le bâtiment ainsi qu'en tout temps sur les lieux d'un CHSLD, incluant dans les lieux dédiés au personnel (salle de pause, vestiaire, salle à manger, etc.). La distanciation physique de deux mètres demeure une mesure requise en tout temps, lorsque possible. Les ÉPI requis doivent être portés en tout temps par toutes les personnes qui ont accès au CHSLD, peu importe leur âge (enfants de 2 ans et +) ou le motif de leur présence.
- Les équipements de protection individuelle doivent être disponibles en quantité suffisante et tenant compte de la situation épidémiologique de la région. De plus, les réserves d'ÉPI ne devraient pas être entreposées dans les espaces de vie des résidents.
- Les ÉPI doivent être correctement utilisés.
- La protection oculaire utilisée devra être idéalement octroyée à un employé ou une personne déterminée et conservée et désinfectée selon la procédure établie pour un usage multiple, sauf si elle est jetable.

10. Travailleurs de la santé

- Suivre les recommandations sur la levée des mesures d'isolement[11] dans la population en général et sur les mesures d'isolement des travailleurs de la santé disponible sur le site web du MSSS.
- Réaliser une vigie de l'état de santé des employés dès l'arrivée sur les lieux de travail.
- Réaliser une autoévaluation personnelle des symptômes à l'aide du questionnaire disponible sur le site de l'INSPQ à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/publications/3042-questionnaire-symptomes-covid19.
- Retourner à la maison tout travailleur :
  - présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19;
  - ayant reçu une consigne d'isolement;
  - exposé à une personne symptomatique vivant au même domicile et dont celle-ci est en attente d'un résultat de test et considérée comme une personne sous investigation (PSI);
  - personnes vivant sous le même toit qu'un contact d'un cas confirmé en attendant des résultats;
  - en attente d'un résultat de test ou ayant reçu un diagnostic de COVID-19.
- Pour les travailleurs de la santé (ex. : médecins, diététiste, etc.) devant se déplacer sur plusieurs unités dans l'installation, débuter par les zones froides puis tièdes et chaudes.
- Ne pas autoriser la mobilité des travailleurs de la santé entre les unités ou entre les installations selon le palier d'alerte du territoire concerné[12].

[11] Directive sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé des établissements du réseau de la santé et des services sociaux au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002981/

[12] Se référer au tableau de gradation des mesures en CHSLD au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002991/

- Recommander aux travailleurs de porter des vêtements propres pour venir travailler, de changer de vêtements lors du retour à leur domicile et de les laver séparément si présence de souillures visibles sur les vêtements. Voir précision selon les gradations des mesures en fonction du palier d'alerte du territoire concerné[13].

- Par ailleurs, comme les CHSLD sont des milieux de vie, le port de l'uniforme n'est pas une pratique conforme avec le concept de milieu de vie. Le fait de devoir changer de vêtements n'implique pas de devoir porter un uniforme.

11. Critères pour le rétablissement de la personne

Pour être considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aigüe ou 21 jours pour les usagers ayant été admis aux soins intensifs et 28 jours pour les usagers sous corticostéroïdes ou immunosupprimés pour lever les mesures d'isolement, et ce, pourvu que la personne réponde aux critères cliniques, déjà recommandés pour la levée des mesures d'isolement, soit 48 heures sans fièvre (sans prise d'antipyrétique) et amélioration des symptômes depuis au moins 24 heures (excluant la toux, l'anosmie et l'agueusie résiduelles).

12. Hébergement temporaire (lits de répit)

Les résidents en provenance du domicile pour lesquelles la santé, l'intégrité ou la sécurité du proche est compromise et dont le séjour en hébergement temporaire permet d'éviter le recours à d'autres ressources du réseau de la santé et des services sociaux est permis selon les mêmes indications que pour une admission régulière précisions apportées selon le palier d'alerte du territoire concerné[14] .

13. Documents de référence pour les mesures de prévention et de contrôle des infections applicables

Documents de référence produits par l'INSPQ *:*

a) Notion de base : *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoire :*
https://www.inspq.qc.ca/publications/2439

b) Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19

c) *Levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé* : https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19

d) Gestion des éclosions : https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19

[13] *IDEM*

[14] Se référer au tableau de gradation des mesures en CHSLD au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002991/.

14. Autres références utiles

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

15. En complément

Se référer aux annexes pour :

- Niveau de soins en CHSLD (annexe 1)
- Symptômes typiques COVID-19 (annexe 2)
- Évaluation clinique de l'infirmière (annexe 3).

ANNEXES

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Niveau de soins en CHSLD 167

ANNEXE 2 :Symptômes typiques COVID-19……..21

ANNEXE 3 : Évaluation clinique de l'infirmière 22

ANNEXE 1 : Niveau de soins en CHSLD

L'établissement des niveaux de soins (NIM) en contexte de pandémie revêt une importance particulière car il devient un outil essentiel de communication pour s'assurer d'une fluidité et d'une cohérence dans la trajectoire de soins du patient, peu importe où il se retrouve, soit dans un milieu de vie, dans une urgence, dans une unité de soins aigus ou de soins intensifs, quel que soit son diagnostic, au sein d'un système de santé sous tension et tenu à la plus grande efficience possible.

Les niveaux de soins sont déjà utilisés par bon nombre de centres hospitaliers et de cliniciens sans que cette pratique n'ait encore été systématisée. Les niveaux de soins ne sauraient en aucun cas être interprétés comme un moyen de répondre temporairement au défi d'une limitation des ressources disponibles en santé ou bien comme le moyen de faire renoncer des patients à certains soins qui pourraient leur être bénéfiques. D'ailleurs, les feuilles de niveaux de soins continueront d'être utilisées après la pandémie et resteront dans les dossiers cliniques des patients. C'est pourquoi les NIM doivent refléter la condition médicale actuelle et le projet de vie du patient, pandémie ou non. Si certaines questions des patients ou de leurs représentants ainsi que les explications des soignants vont assurément être en lien avec la COVID-19, il convient de faire aussi l'effort de décontextualiser la discussion sur les niveaux de soins pour qu'elle concerne tous les soins et non ceux spécifiques aux ventilateurs et soins intensifs.

La conversation sur les niveaux de soins principalement avec les patients vulnérables, qui souffrent de maladies graves, de comorbidités importantes et de déficiences ou à risque de se détériorer, et ce, peu importe le lieu, devrait faire partie des bonnes pratiques et être introduites tout au cours de la trajectoire de soin et de vie. Nous devrions viser éventuellement d'en discuter plus largement puisqu'elle permet aux patients ainsi qu'à leurs familles et aux soignants de réfléchir les soins avec plus de cohérence et de transparence. L'équipe interdisciplinaire constitue un apport essentiel tout au long du processus d'établissement des NIM, tant pour aider le médecin que pour soutenir les patients et leurs proches au besoin. Ainsi, en amont, elle peut notamment préparer la discussion, saisir et relayer les préoccupations de part et d'autre.

Afin de guider la conversation, nous vous invitons à consulter le coffre à outils *Niveaux de soins, niveaux d'interventions médicales (NIM) : Parlons-en dans le contexte de la pandémie COVID 19*. Vous y trouverez un aide-mémoire et de nombreux outils d'information et de formation sur l'expression des volontés. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/4-2_PJ_Coffre_a_outils_NIM_%20parlons-en_2020-04-24.pdf

Ce coffre à outils, qui s'adresse aux cliniciens pour leur conversation avec les personnes vulnérables et leurs proches, regroupe des documents issus des travaux d'équipes de recherche dans le domaine de la décision partagée ou d'experts dans le domaine et prend appui sur des publications officielles.

NIVEAU DE SOINS EN CHSLD

A- Documentation des niveaux de soins dans les dossiers

1- Vérification de la présence des volontés des résidents dans les dossiers médicaux en ce qui concerne le niveau de soins et la réanimation cardiorespiratoire. L'expression de la volonté peut se faire sous différentes formes :
   a. Directive médicale anticipée (DMA);
   b. Mandat en cas d'inaptitude;
   c. Formulaire de « Niveau de soins et réanimation cardiorespiratoire » (en annexe);
   d. Volonté exprimée verbalement et consignée au dossier.

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

3- Révision des niveaux de soins des résidents lorsque:
   a. Ceux-ci ont été établis il y a plus d'un an;
   b. Il y a eu modification significative dans la condition de santé des résidents depuis l'établissement des niveaux de soins;
   c. À la demande du résident ou de son représentant.

B- Déterminer le niveau de soins

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

Pour un résident APTE

1. Décision partagée entre un médecin et le résident;
2. Médecin échange avec le résident sur ses objectifs de soins et indique le niveau d'intervention médicale visé qui en découle et de la réanimation cardiorespiratoire;
   - Rappelons que les médecins ont l'obligation déontologique de ne proposer aux résidents et à leurs proches que des soins identifiés comme médicalement pertinents. Ces soins doivent aussi être individualisés et proportionnés.

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

Pour un résident INAPTE

1. Décision partagée entre un médecin et le représentant du résident;
2. Médecin échange avec le représentant légal sur les objectifs de soins présumés du résident et sur la réanimation cardio-respiratoire
    - Rappelons que les médecins ont l'obligation déontologique de ne proposer au résident et son représentant que des soins identifiés comme médicalement pertinents. Ces soins doivent aussi être individualisés et proportionnés.
3. Médecin complète et signe le formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » selon l'expression de la volonté du résident exprimé par le représentant;
4. Dépôt du formulaire au dossier du résident.

En contexte de détérioration d'une condition de santé

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

C- Contexte de transfert en CH des résidents

Tout résident doit avoir reçu un avis médical favorable à un transfert avant toute décision de ce type. Cet avis peut se faire par téléconsultation au besoin. Les IPSPL sont autorisées à donner un tel avis.

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

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

- Besoin d'interventions médicales spécialisées ou invasives telles qu'une intubation, assistance ventilatoire
- Besoin d'une intensité de soins non offerts dans le milieu

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

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

- Besoin d'assistance ventilatoire
- Besoin d'une intubation (à moins d'avis contraire sur le formulaire)
- Besoin pour la gestion des symptômes (douleur, dyspnée, hyperthermie, hyper ou hypoglycémie, anxiété) si impossible par les effectifs en place
- Besoin dans l'application du protocole de détresse respiratoire et

soins palliatifs, si impossible par les effectifs en place.

Pas de transfert en CH si :

- Les soins requis sont jugés disproportionnés par le résident ou ses proches en raison des conséquences possibles et du potentiel de récupération.
- Appliquer les soins en CHSLD tel que décrit dans les niveaux de soins C et D si effectifs sur place en mesure d'y répondre.

Niveau de soins C et D

Soins en CHSLD

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

Transfert en milieu hospitalier si :

- Besoin pour la gestion des symptômes (douleur, dyspnée, hyperthermie, hyper ou hypoglycémie, anxiété) si impossible par les effectifs en place
- Besoin dans l'application du protocole de détresse respiratoire et soins palliatifs si impossible par les effectifs en place

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

ANNEXE 2: Symptômes typiques COVID-19

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

- ✓ Symptômes du groupe A Fièvre
  ou
- ✓ Toux inhabituelle (apparition ou aggravation)
  ou
- ✓ Difficulté respiratoire
  ou
- ✓ Perte de l'odorat subit sans congestion nasale avec ou sans perte de goût

- ✓ Symptômes du groupe B (au moins 2 symptômes parmi les suivants) Un symptôme général : douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou perte d'appétit importante
- ✓ Mal de gorge
- ✓ Diarrhée, nausée ou vomissement

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 3 : Évaluation clinique de l'infirmière

ÉVALUATION CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE

Symptômes du groupe A (les plus fréquents)

- ✓ Fièvre

ou

- ✓ Toux inhabituelle (apparition ou aggravation)

ou

- ✓ Difficulté respiratoire

ou

- ✓ Perte de l'odorat (anosmie)subit sans congestion nasale avec ou sans perte de goût (agueusie)

- **Symptômes du groupe B** (au moins 2 symptômes parmi les suivants)

  - ✓ Symptôme général : douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou perte d'appétit importante
  - ✓ Mal de gorge
  - ✓ Diarrhée, nausée ou vomissement

Anamnèse

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

Examen physique

Inspection

Évaluation de l'état mental

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

Signes gériatriques atypiques *

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

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

Signes vitaux :

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

❑T° : _____ C° (fièvre si T° buccale ou rectale ≥ 37,6 °C ou si augmentation de 0,5 °C par rapport à la T° normale habituelle)

Référence : https://www.jamda.com/article/S1525-8610(20)30513-2/pdf?fbclid=IwAR1se10Jm853sgsK5JIUtcfSWrUrHpWtlc0KyYZq2M1-tApPgGkq_8sl1RI

Respiration :

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

Auscultation

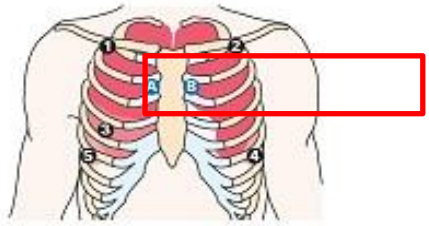
Face antérieure

Présence d'un bruit anormal : ❑ Oui ❑ Non

Nommer si possible :

❑ Sibilant ❑ Ronchis

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



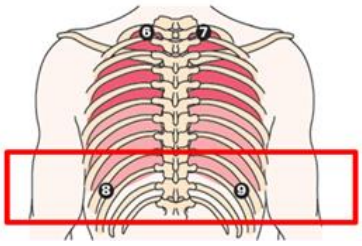
Face postérieure

Présence d'un bruit anormal : ❑ Oui ❑ Non

Nommer si possible :

❑ Sibilant ❑ Crépitants

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



Prise de décision infirmière

- Médecin avisé : ❑ Oui
- Transfert dans la zone chaude (chambre individuelle avec salle de toilette dédiée, porte fermée. Si pas de chambre individuelle : maintenir une distance d'au moins 2 mètres ou mettre une barrière physique entre les résidents) : ❑ Oui ❑ Non
- PTI à jour : ❑ Oui ❑ Non
- Dépistage : Les résidents des CHSLD présentant des symptômes compatibles avec une infection à COVID-19 ou en présence d'une éclosion potentielle d'infection respiratoire (au moins 2 cas) ou lors d'un décès inattendu avec une cause respiratoire infectieuse suspectée

Suivi clinique infirmier

- Surveillance clinique de la condition de santé selon les risques identifiés
- Surveillance clinique des signes de délirium :
  - **1-** Début soudain et fluctuation des symptômes ❑ Oui ❑ Non
    (évidence du changement par rapport à l'état habituel)
  - **2-** Inattention ❑ Oui ❑ Non
    (incapacité à suivre une conversation, à soutenir son regard, ne peut dire les jours de la semaine ou le mot monde à l'envers)

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

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

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

- Surveillance des signes de déshydratation
  Le résident a-t-il bu entre les repas dans le dernier 24 heures : ❑ Oui ❑ Non

  Langue humide : ❑ Oui ❑ Non

  Filet de salive sous la langue : ❑ Oui ❑ Non

  Aisselle sèche : ❑ Oui ❑ Non

  Test pli cutané (sternal, frontal ou sous-claviculaire) : ❑ Normal ❑ Anormal

- Surveillance dénutrition

  Prise alimentaire (plat principal) diminuée de 75 % au cours des 7 derniers jours :

  ❑ Oui ❑ Non

  Perte de poids involontaire (2 % en 1 semaine, 5 % en 1 mois, 7,5 % en 3 mois) :

  ❑ Oui ❑ Non

  IMC plus petit que 21 : ❑ Oui ❑ Non

- Surveillance des signes de détresse psychologique :

  Pleurs ❑ Oui ❑ Non Anxiété ❑ Oui ❑ Non

  Agitation ❑ Oui ❑ Non Insomnie/hypersomnie❑ Oui ❑ Non

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

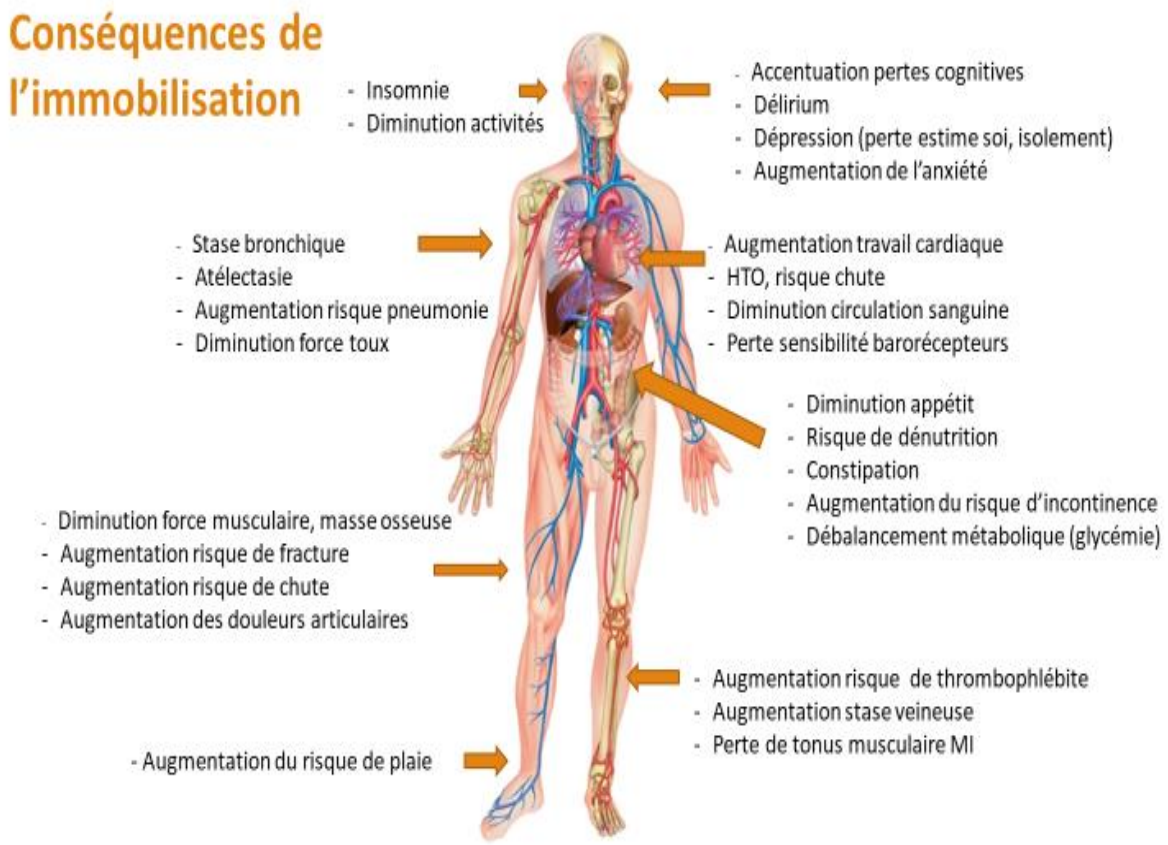
Document adapté à partir de : **Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné (2e édition). Montréal (QC) : PEARSON-ERPI. 425**

Algorithme d'évaluation et suivi infirmier

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

Risques reliés à l'isolement pour une personne âgée

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



Prise en charge des SCPD

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

Prise en charge délirium

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

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

Prise en charge de la dénutrition

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

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier-Dénutrition

Prise en charge de la déshydratation

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

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier-Déshydratation