

Émission : 22-07-2020

Mise à jour : 15-11-2021

DGAPA-007.

Directive ministérielle REV5

- 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.REV4
émise le 15 juin
2021

Expéditeur :	Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)
--------------	---



Destinataire :	<ul style="list-style-type: none">- CISSS et CIUSSS- Directeurs SAPA- Directeurs de la qualité- Établissements PC et PNC
----------------	---

Directive	
Objet :	<p>Compte tenu de la situation épidémiologique au Québec, il demeure important de maintenir des mesures de prévention et de contrôle des infections afin de limiter la propagation de la COVID-19.</p> <p>Cette mise à jour vise à introduire les directives applicables en CHSLD en fonction de l'évolution actuelle de la pandémie.</p> <p>Elles sont complémentaires aux directives relatives à la trajectoire 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 (DGAPA-005) et à la directive gradation des mesures dans les milieux de vie, d'hébergement et milieux de réadaptation en fonction des paliers d'alerte en lien avec la COVID-19 (DGAPA-001). Ces directives sont accessibles au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/.</p>

	<p>À noter que certaines sections applicables à la directive gradation des mesures ont été ajoutées à la présente mise à jour de la directive. De plus, le tableau A de la directive DGAPA-001 a été ajouté en annexe afin de faciliter le repérage d'informations pertinentes (mesures en vigueur dans un CHSLD).</p> <p>Les présentes directives pourraient être modifiées, selon l'évolution de la situation épidémiologique et selon les consignes applicables pour la population générale.</p> <p>Pour les mesures non abordées dans la présente directive, se référer aux mesures pour la population générale ou aux directives ministérielles sur le sujet. Ces mesures sont accessibles aux liens suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/cartes-paliers-alerte-covid-19-par-region • https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/
Mesures à implanter :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Admission des nouveaux résidents dans le CHSLD <ul style="list-style-type: none"> ○ Transfert entre CHSLD ✓ Soins et services dans le milieu de vie ✓ Soins palliatifs et de fin de vie en CHSLD ✓ Consignes générales pour la gestion et le contrôle des infections <ul style="list-style-type: none"> ○ Accueil et accompagnement des personnes proches aidantes et des visiteurs dans un CHSLD ○ Visite d'un résident en isolement ou d'un milieu de vie en éclosion ○ Demande de dérogation pour interdire l'accès des personnes proches aidantes dans un milieu de vie ○ Activités à l'intérieur ou à l'extérieur du milieu de vie entre les résidents ✓ 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 : <ul style="list-style-type: none"> • Niveau de soins en CHSLD (annexe 1) • Symptômes typiques COVID-19 (annexe 2) • Évaluation clinique de l'infirmière (annexe 3) • Directives applicables dans les CHSLD (annexe 4)

Émission :	22-07-20
------------	----------

Mise à jour :	12-11-2021
---------------	------------

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

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



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 à la trajectoire applicable, DGAPA-005, selon la situation du résident accessible au lien suivant : [Directives COVID-19 - Ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#).
- 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 usagers qui y sont orientés. De plus, toute demande d'hébergement à un établissement d'un autre territoire doit être traitée sur un pied d'égalité aux autres demandes, sans égard au territoire de provenance de la demande ou de l'usager. Également la priorité des admissions doit notamment être basée sur des notions d'urgence sociale ou clinique, et selon l'ordre chronologique des demandes. Un usager en attente d'une place d'hébergement en CHSLD dans un lit de courte durée d'un centre hospitalier d'un autre territoire doit être pris en charge par son établissement d'origine.
- Lors d'une nouvelle admission en CHSLD, le résident pourra être accompagné par une ou des personnes de son choix, et ce, selon les directives en vigueur¹. [Voir le tableau à cet effet en annexe 4.](#)

¹ Se référer au tableau A de la directive DGAPA-001 portant sur la gradation des mesures selon les paliers d'alerte au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>

1.1 Transfert entre CHSLD

- Tout comme pour les nouvelles admissions, les transferts entre CHSLD sont soumis à la décision du mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) pour les usagers 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. En ce sens, le résident qui est hébergé dans un CHSLD de transition peut être transféré vers le CHSLD de son choix.
- Si les deux installations ne sont pas sous la même gouverne, les deux CHSLD doivent être en accord avec le transfert.
- Conditions générales pour le transfert **dans toutes les régions** :
 - Les 2 CHSLD sont sans éclosion (milieux froids);
 - Suivre les recommandations de l'équipe PCI sur les mesures PCI à mettre en place;
 - S'assurer que l'usager transféré n'a pas de symptômes liés à la COVID-19 **ou n'a pas de facteurs d'exclusions (voir la page 4)**;
 - **Un test de dépistage est recommandé, mais l'attente du résultat ne devrait pas retarder le transfert vers un autre CHSLD tout comme le degré de vaccination de l'usager;**
 - Les mesures PCI doivent être appliquées de façon rigoureuse pendant le transfert;
 - Aucun isolement préventif n'est requis à l'arrivée dans le CHSLD d'accueil.

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 **la situation épidémiologique d'un territoire** 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, **DGAPA-010**, 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/directives-covid-19/>
- 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, **DGPPFC-008**, disponible sur le site Web du MSSS au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>
- 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, sauf lorsque le résident est en isolement ou lorsque le milieu de vie est en éclosion.
- La livraison pour les résidents (nourriture, achats, etc.) et biens apportés par les familles est permise.

3. Soins palliatifs et de fin de vie en CHSLD

- Se référer aux directives en vigueur, **DGAUMIP-014**, disponibles sur le site Web du MSSS au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>

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

4.1 Accueil et accompagnement des personnes proches aidantes, des visiteurs, des bénévoles ou toute autre personne dans un CHSLD

- Une personne proche aidante ou un visiteur peut visiter un résident à plusieurs reprises au cours de la même journée. Généralement, la personne peut déterminer elle-même la durée des visites dans le milieu de vie. Le contexte pandémique ne peut justifier la prise de rendez-vous pour les visites de personnes proches aidantes (PPA) ou visiteurs.
- Toutes les personnes qui sont accueillies à l'intérieur comme à l'extérieur des milieux de vie doivent suivre les consignes de la population générale accessibles au lien suivant : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/cartes-paliers-alerte-covid-19-par-region/>.
- Des ressources humaines doivent aussi être disponibles dans le CHSLD pour accueillir et accompagner les personnes proches aidantes et les visiteurs, sur les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection individuelle requis

(hygiène des mains, port du masque², mesures de distanciation physique, l'utilisation des ÉPI, etc. Même chose pour les « dames de compagnie » embauchées par les résidents ou leurs familles. Des masques d'intervention de qualité médicale doivent être disponibles en quantité suffisante et accessibles pour que les visites soient permises. Il est important de s'assurer que le masque soit porté adéquatement. Ces personnes doivent également démontrer qu'elles sont adéquatement protégées³ selon les directives en vigueur pour accéder à l'intérieur du milieu de vie.

- L'accueil peut se faire par un membre du personnel régulier du milieu de vie. Lorsque des difficultés dans la gestion de l'accueil sont constatées, un milieu de vie peut faire la demande au CISSS/CIUSSS de son territoire pour avoir recours à un agent de sécurité. De la même manière, un CISSS/CIUSSS peut demander à un milieu de vie de recourir à un agent de sécurité pour les raisons invoquées plus haut, notamment lorsqu'il y a une éclosion, afin de limiter les risques de propagation de la COVID-19. Dans tous les cas, le recours à un agent de sécurité doit être autorisé préalablement par le CISSS/CIUSSS. Pour plus de détails, se référer aux directives pour les agents de sécurité dans le contexte de la pandémie de COVID-19, DGAPA-009.REV1 sur le sujet au lien suivant : [Directives COVID-19 - Ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](https://www.gouv.qc.ca/actualites/actualites/2020/12/01/directives-covid-19)
- Un accompagnement à l'arrivée de toutes les 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 la COVID-19 ainsi que le passeport vaccinal selon les directives en vigueur. Les critères d'exclusion sont les suivants :
 - personnes positives à la COVID-19 qui ne sont pas considérées comme rétablies;
 - personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles à la COVID-19;
 - personnes ayant eu une consigne d'isolement d'une autorité sanitaire (ex. : Agence des services frontaliers, DSPu, équipe PCI).

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

De plus, le milieu de vie devra s'assurer de l'application des mesures PCI suivantes à l'arrivée des personnes qui accèdent au milieu de vie :

- veiller au respect des mesures PCI;
- s'assurer que l'hygiène des mains est réalisée;
- s'assurer que le masque est porté adéquatement;
- s'assurer que le nombre de personnes respecte les directives en vigueur et tient en compte la capacité de la chambre pour les visites à l'intérieur du milieu de vie et de la capacité du terrain pour les visites à l'extérieur afin de respecter les directives et consignes sanitaires en vigueur. Pour les visites à l'extérieur, distanciation physique recommandée selon le statut de protection des personnes concernées.

² Afin d'alléger le texte, un masque médical équivaut à un masque de qualité médical.

³ Se référer au décret et arrêtés ministériels en vigueur : [Mesures prises par décrets et arrêtés ministériels en lien avec la pandémie de la COVID-19 | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](https://www.gouv.qc.ca/actualites/actualites/2020/12/01/mesures-covid-19)

- Dans la chambre du résident ou à l'extérieur sur le terrain de l'installation, une personne proche aidante ou un visiteur adéquatement protégé n'est plus tenu de respecter la distanciation physique de 2 mètres ni le port du masque.
- Cependant, lorsque la personne proche aidante ou le visiteur entre dans le milieu de vie et est présent dans les aires communes, à l'intérieur (circule ou participe à une activité), le port du masque en tout temps est requis⁴ de même que la distanciation physique de 2 mètres avec les autres résidents et les travailleurs.
- Si les personnes doivent entrer à l'intérieur du milieu de vie pour avoir accès à l'extérieur, le milieu de vie doit mettre en place des mécanismes sécuritaires pour faciliter ces visites.
- Si cas suspecté ou confirmé de COVID-19 dans le CHSLD, réintroduction de la distanciation physique de 2 mètres et port du masque pour tous les résidents et PPA/visiteurs dans le milieu **selon les directives en vigueur.**
- Si un cas est suspecté ou l'éclosion est localisée : l'équipe PCI pourrait limiter les mesures de réintroduction de la distanciation physique de 2 mètres et du port du masque à une unité ou étage concerné.

4.2 Visite d'un résident en isolement ou lorsqu'un milieu de vie est en éclosion

- En situation d'éclosion, une surveillance accrue de l'application des mesures de PCI doit être effectuée par le milieu de vie.
- Lorsque le résident est en isolement ou si le milieu de vie est en éclosion, les mesures suivantes doivent être mises en place:
 - Le milieu de vie doit demander aux résidents ou à leur représentant d'identifier un maximum de 4 personnes proches aidantes afin de restreindre le nombre de personnes différentes pouvant avoir accès à l'intérieur. **Ces personnes proches aidantes doivent également être adéquatement protégées.**
 - Le jugement clinique demeure important dans toutes les situations afin d'éviter l'épuisement des personnes proches aidantes, ou encore selon l'état psychologique des résidents. Ainsi, la **liste pourrait être évolutive** pour tenir compte des éléments précédents.
 - Pour avoir accès à l'intérieur du milieu, la personne proche aidante doit être formée avec les mesures PCI à respecter.
 - Pour avoir accès à l'extérieur sur le terrain du milieu de vie, les PPA doivent au minimum être accompagnées à leur arrivée dans l'application des mesures PCI (s'assurer que la personne ne réponde pas aux critères d'exclusion, que l'hygiène des mains est réalisée, que le masque est porté adéquatement).

4.3 Demande de dérogation pour interdire l'accès des personnes proches aidantes dans un milieu de vie

- **S'il advenait une situation exceptionnelle dans un CHSLD liée à la COVID-19 ou autres raisons qui ne permettrait pas, de façon temporaire, que les conditions nécessaires à la sécurité des personnes proches aidantes soient**

⁴ Sauf lorsqu'il partage un repas à la salle à manger commune.

présentes, une demande de dérogation doit être acheminée au MSSS. Cette demande doit être formulée par le président-directeur général (PDG) ou le directeur régional de santé publique à madame Natalie Rosebush, sous-ministre adjointe à la Direction générale des aînés et des proches aidants.

- Cette demande doit présenter la situation du milieu de vie, les mesures mises en place jusqu'à maintenant, les mesures supplémentaires à mettre en place pour assurer un accès sécuritaire aux PPA, le délai nécessaire pour leur mise en place ainsi que les unités du milieu de vie visées. Si cette demande est transmise par la PDG, elle devrait avoir été validée par la Direction de santé publique régionale.
- Cette demande fera l'objet d'une analyse avant la transmission d'une décision ministérielle.

4.4 Activités à l'intérieur ou à l'extérieur du milieu de vie entre les résidents

- Il est possible de tenir des activités ou des rencontres dans un espace commun à l'intérieur comme à l'extérieur entre les résidents **considérés protégés**⁵ sans avoir à respecter la distanciation physique de 2 mètres et sans le port de masque (par exemple : activités pour prévenir le déconditionnement, regroupement au salon, activités de loisirs). Pour les résidents **considérés non protégés**⁵ ou **partiellement protégés**⁵ la distanciation physique de 2 mètres et le port du masque seront requis selon les directives applicables.
- Dans les CHSLD, le port du masque par les chanteurs pendant leur prestation n'est pas obligatoire. Toutefois, une distance de deux mètres entre les chanteurs et/ou les musiciens est exigée, car la projection de gouttelettes générées lorsqu'on chante ou joue des instruments augmente le risque de contamination. Une distance de deux mètres est également exigée entre les chanteurs et les résidents, sauf s'il y a présence d'une mesure barrière (ex. plexiglas).
- Les autres mesures PCI suivantes doivent être poursuivies lors des activités tenues à l'intérieur ou à l'extérieur du CHSLD :
 - Hygiène des mains, notamment en entrant et en sortant des locaux partagés par exemple salle à manger, salle de loisirs, etc.;
 - Disponibilité des ÉPI nécessaires;
 - L'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements et des objets partagés lors des activités (ex. ballons, etc.). Les objets ne pouvant pas être désinfectés prévoir un délai de 24 heures avant réutilisation par une autre personne.
- Rappelons qu'un personnel stable favorise la mise en place des mesures ci-haut nommées.

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

- Renforcer l'affichage aux entrées de l'installation spécifiquement aux mesures à mettre en place en contexte de pandémie :
 - promouvoir l'hygiène des mains;

⁵ Personne considérée protégée, considérée partiellement protégée ou considérée non protégée: Voir les définitions de l'INSPQ à l'adresse suivante : [COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté | INSPQ](#).

- l'étiquette respiratoire;
- afficher les consignes concernant le port du masque.
- 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.
- 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 l'hygiène des mains selon les indications générales (en entrant dans l'installation, après avoir toussé, après s'être mouché, avant de manger, après être allé à la toilette, etc.) et aux 4 moments spécifiques des travailleurs de la santé :
 - Avant tout contact avec un résident ou son environnement;
 - Avant une procédure aseptique;
 - Après un risque de contact avec des liquides biologiques ou lors du retrait des gants;
 - Après tout contact avec un résident ou son environnement.
- 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).
- 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 lorsque requis et procéder à l'hygiène des mains.
- La distanciation physique demeure une mesure requise en tout temps **par les membres du personnel**. Une attention particulière doit être apportée sur le terrain de l'installation pendant les pauses de même que lors des déplacements vers le lieu de

travail (transport en commun, covoiturage, etc.) à la fois pour la distanciation physique et pour le port des ÉPI selon les mêmes indications que pour la population générale.

6. 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 résidents, 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.
- Les gestionnaires et les responsables des milieux de vie sont invités à faire la promotion des mesures de prévention et de contrôle des infections pour les travailleuses et les travailleurs de la santé vaccinés que l'on retrouve au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002860/>.

7. Zones froides, tièdes et chaudes⁶

a) Création de zones dans les CHSLD lorsque requis :

- a. Zone froide : clientèle sans COVID-19 ou rétablie⁷ et sans critères d'exposition;
 - b. Zone tiède⁸ : clientèle avec symptômes compatibles avec la COVID-19 et en attente d'un résultat de test de laboratoire;
 - c. Zone chaude : pour les cas COVID-19 confirmés par laboratoire.
- De façon générale, la création d'une zone chaude se fait par le biais d'un regroupement (cohorte) de résidents atteints 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, vous devez placer une barrière physique délimitant la zone chaude et maintenir une séparation spatiale d'au moins 2 mètres entre les résidents. Ainsi, une zone chaude peut-être constituée de l'entièreté d'une unité, d'une portion définie d'une unité ou encore d'une chambre individuelle. Bien identifier les chambres et les zones, par exemple : affiche, code de couleurs, etc.

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 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. Ne pas regrouper des usagers contacts étroits asymptomatiques avec des usagers contacts étroits symptomatiques.

- 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 garder à sa chambre **en isolement**.
 - Il n'est pas nécessaire de conserver une zone chaude dans un CHSLD si elle ne n'est pas utilisée 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) Recours aux chambres multiples en zone froide**
- Le recours aux chambres multiples situées en zone froide demeure permis en contexte de pandémie, dans le respect des recommandations émises par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) à ce sujet. Ainsi, selon la directive DGAPA-005, lorsqu'un isolement n'est pas nécessaire, il est possible d'admettre en chambre double un nouveau résident sans symptôme, qui provient d'un milieu froid.
 - Lorsqu'un résident dans une chambre multiple devient suspecté ou confirmé à la COVID-19, dans ces circonstances, une attention particulière doit être apportée aux mesures de prévention et de contrôle des infections. (voir le point suivant en c).
- c) 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, dédier une chaise d'aisance à l'un des deux ou désinfecter la salle de bain après chaque utilisation. Pour des précisions, veuillez vous référer aux recommandations de l'INSPQ (<https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19>).

- L'utilisation d'une contention⁹, 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.
- d)** Isolement inversé avec chambres et corridors en zone chaude :
- 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 résidents non atteints. L'utilisation de ce type d'isolement doit être une mesure d'exception, et dans la mesure du possible, le transfert des résidents 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.
- e)** La présence de personnel désigné pour favoriser l'hygiène des mains chez les résidents est requise.
- f)** 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.
- g)** Idéalement, 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.
- h)** Les cohortes 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.
- i)** Assurez-vous d'avoir des équipements de soins et du matériel dédiés à la zone.
- j)** 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 requerrait 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.
- k)** Le nombre de personnes différentes qui intervient auprès d'un même résident doit être limité le plus possible (personnel dédié).

⁹ 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>

8. Équipements de protection individuelle requis

- Lorsque des directives visant les travailleurs sont émises par l'INSPQ et la CNESST, d'un point de vue légal, celles de la CNESST ont préséance. Voir, les liens suivants de l'INSPQ et de la CNESST sont les suivants :
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2910-mesures-gestion-cas-contacts-chsld-covid19.pdf>
<https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/coronavirus-covid-19/questions-reponses-covid-19#trousse>
- 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 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.
- Si la protection oculaire est utilisée, elle 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.

9. Travailleurs de la santé

- Suivre les recommandations sur la levée des mesures d'isolement¹⁰ dans la population générale 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/sites/default/files/publications/3141-grille-surveillance-symptomes.docx>
- Se référer au document produit par l'INSPQ concernant l'isolement d'un travailleur au lien suivant : 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://www.inspq.qc.ca/publications/3141-covid-19-gestion-travailleurs-sante-milieus-soins>
- Pour les travailleurs de la santé (ex. : médecins, diététiste, etc.) devant se déplacer sur plusieurs unités dans l'installation, débiter par les zones froides puis tièdes et chaudes.

¹⁰ 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://www.inspq.qc.ca/publications/3141-covid-19-gestion-travailleurs-sante-milieus-soins>

- 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.
- 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.
- Lorsque les travailleurs offrent des soins et des services, le résident doit, dans la mesure du possible, porter le masque selon les indications prévues à la directive DGSP-014.
- Les membres du personnel ne doivent pas, dans la mesure du possible, travailler dans plus d'un CHSLD afin de prévenir la contamination d'une installation à l'autre¹¹.

10. 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 aiguë ou 21 jours pour les résidents ayant été admis aux soins intensifs et 28 jours pour les résidents sous corticostéroïdes ou immunosupprimés¹² 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).

11. Hébergement temporaire (lits de répit)

L'hébergement temporaire pour les résidents en provenance du domicile est permis. Se référer à la directive gradation des mesures, **DGAPA-001**, au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>

12. 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>

¹¹ Se référer aux directives ministérielles ou arrêtés ministériels s'appliquant aux ressources humaines.

¹² Pour plus de précision, se référer au document produit par l'INSPQ au lien suivant : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2910-mesures-gestion-cas-contacts-chsld-covid19.pdf>

- 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. 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/>

14. 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)
- Directives applicables dans les CHSLD (annexe 4)

Émission :	22-07-20
------------	----------

Mise à jour :	12-11-2021
---------------	------------

ANNEXES

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Niveau de soins en CHSLD.....	16
ANNEXE 2 :Symptômes typiques COVID-19.....	20
ANNEXE 3 : Évaluation clinique de l'infirmière	21
ANNEXE 4 : Directives applicables dans les CHSLD.....	27

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 efficacité 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'incapacité;
 - 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 ont aucune volonté exprimée au dossier (Utiliser la DMA si présente 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

Transfert en milieu hospitalier si :

- 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

Transfert en milieu hospitalier si :

- 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-19¹³

- ✓ 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

¹³ Se référer au lien suivant : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-resume.pdf>

ANNEXE 3 : Évaluation clinique de l'infirmière**ÉVALUATION CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE¹⁴****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)

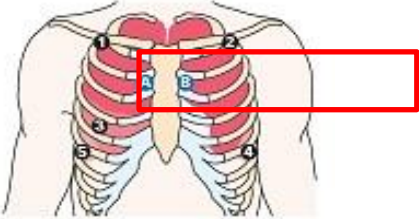
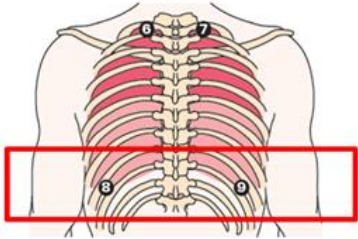
- ✓ Symptôme général : douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou perte d'appétit importante
- ✓ Mal de gorge
- ✓ Diarrhée, nausée ou vomissement

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 : <i>Understand</i> signification pour la personne	

¹⁴ Se référer au lien suivant : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2901-caracteristiques-epidemiologiques-cliniques-resume.pdf>

Examen physique	
Inspection	
<p>Évaluation de l'état mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité d'attention <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Attentif <input type="checkbox"/> Non attentif • État de conscience : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hyperalerte <input type="checkbox"/> Alerte <input type="checkbox"/> Léthargique (verbal) <input type="checkbox"/> Stuporeux (physique) <input type="checkbox"/> Comateux 	<p>Signes gériatriques atypiques *</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte brusque d'autonomie (< 1 sem) : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Changement brusque de l'état mental (< 1 sem) : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Changement brusque de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement) (< 1 sem) : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>*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.</p>
<p>Signes vitaux :</p> <p><input type="checkbox"/> Pouls : _____/min <input type="checkbox"/> T.A : _____/ _____</p> <p><input type="checkbox"/> T° : _____ C° (fièvre si T° buccale ou rectale \geq 37,6 °C ou si augmentation de 0,5 °C par rapport à la T° normale habituelle)</p> <p>Référence : https://www.jamda.com/article/S1525-8610(20)30513-2/pdf?fbclid=IwAR1se10Jm853sgsK5JIUcfSWrUrHpWtlc0KyYZq2M1-tApPgGkq_8sl1Rl</p> <p>Respiration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence : _____/min (si \geq 25/min \approx signes d'infection) • Type : <input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> Abdominale • Amplitude : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Superficielle • Rythme : <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier 	

Auscultation	
<p>Face antérieure</p> <p>Présence d'un bruit anormal : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Nommer si possible :</p> <p><input type="checkbox"/> Sibilant <input type="checkbox"/> Ronchis</p> <p><input type="checkbox"/> Bronche droite (A) <input type="checkbox"/> Bronche gauche (B)</p> 	<p>Face postérieure</p> <p>Présence d'un bruit anormal : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Nommer si possible :</p> <p><input type="checkbox"/> Sibilant <input type="checkbox"/> Crépitants</p> <p><input type="checkbox"/> Lobe inférieur droit (8) <input type="checkbox"/> Lobe inférieur gauche (9)</p> 
Prise de décision infirmière	
<ul style="list-style-type: none"> • Médecin avisé : <input type="checkbox"/> 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) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • PTI à jour : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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	
<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance clinique de la condition de santé selon les risques identifiés • Surveillance clinique des signes de délirium : <ol style="list-style-type: none"> 1- Début soudain et fluctuation des symptômes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (évidence du changement par rapport à l'état habituel) 2- Inattention <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 (2^e édition). Montréal (QC) : PEARSON-ERPI.

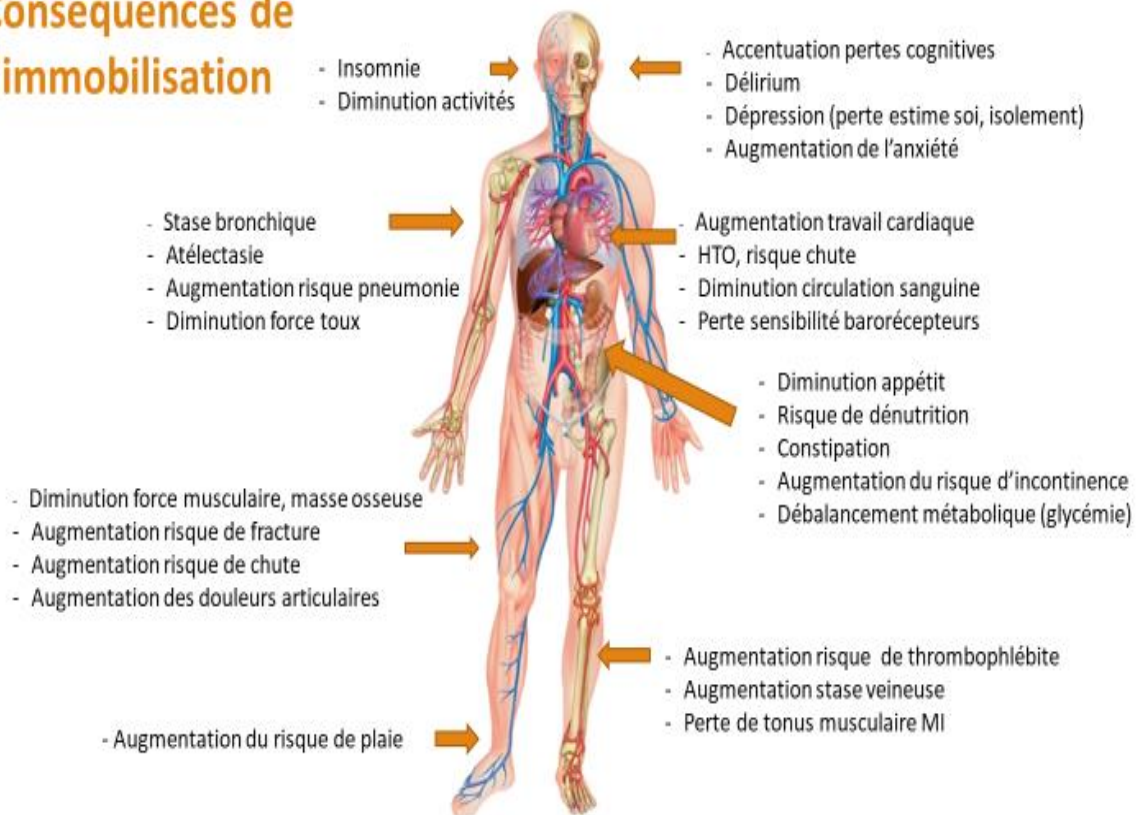
Algorithme d'évaluation et suivi infirmier

- 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 liés à l'isolement pour une personne âgée

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

Conséquences de l'immobilisation



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

Émission :	22-07-2020
------------	------------

Mise à jour :	15-11-2021
---------------	------------