

GUIDE DE DÉLESTAGE ET DE RÉORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX EN CHSLD ET AUTRES MILIEUX DE VIE POUR AÎNÉS SELON LES NIVEAUX D'ALERTE DES ÉTABLISSEMENTS¹

Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA) et Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)

En période de pandémie, il apparaît nécessaire de revoir la priorisation des activités médicales habituellement offertes, tant sur le plan de l'organisation des services que du délestage d'activités. Ce document est un guide de délestage et de réorganisation des services médicaux à prioriser selon le niveau d'alerte ou la présence d'éclosion en milieux de vie pour aînés (MVA). Le texte qui suit a pour objectif d'orienter les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans l'identification des activités à maintenir, adapter, réduire ou cesser, en fonction du **niveau d'alerte des établissements**^{1 2} et non en fonction des paliers d'alerte communautaires promulgués par les directions régionales de santé publique. Le délestage et la réorganisation des soins et services médicaux doivent servir à la réaffectation des médecins et IPS vers les MVA prioritaires. L'objectif de ce délestage et d'organisation des services en fonction du niveau d'alerte des établissements est de développer et préserver l'offre des services médicaux dispensés aux **personnes vulnérables**³ en MVA afin de leur fournir des soins et services sécuritaires.

Les activités à délester ou à conserver indiquées dans le présent guide ne représentent que des **suggestions (et non des obligations formelles)** à chacun des niveaux d'alerte et lors d'éclosion en MVA, les praticiens des GMF/GMF-U/CR, des cliniques médicales ainsi que les cliniciens rattachés au SAD d'un CI(U)SSS ou d'un de ses sous-territoires ne sont pas tenus de mettre en place l'ensemble de ces recommandations, si la situation ne l'exige pas.

Le texte qui suit se présente ainsi :

- Les règles et directives sur lesquelles s'appuient les recommandations pour le délestage et l'organisation des services médicaux dans tous les types de MVA.
- Trois tableaux dans lesquels sont précisées l'organisation des services et ses activités médicales et celles des IPS qui sont à prioriser, selon le niveau d'alerte de l'établissement en CHSLD.
- Un tableau qui présente les activités à prioriser en RPA et RI-RTF. Cette section vient souligner l'importance du rehaussement et de l'organisation des services médicaux et des IPS dans ces types de MVA.

¹ L'établissement signifie ici le CI(U)SSS.

² Critères de vulnérabilité :

- Personnes de 70 ans et plus;

- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.pdf;

- Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. (référer à la page 4 de ce selon l'avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique, page 4 : pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf)

- Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40);

- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

³ Le niveau d'alerte des établissements est différent des paliers d'alerte communautaires promulgués par la santé publique. Bien qu'ils soient interreliés, le niveau d'alerte est davantage axé sur la réalité de l'établissement. Ce dernier est édicté par la santé publique en fonction du degré de transmission communautaire (<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/>). Tandis que le « NIVEAU » d'alerte est en fonction de la situation dans une installation donnée et du délestage conséquent. Le « NIVEAU » d'alerte nous paraît davantage pertinent pour orienter les actions à prendre selon les variables suivantes : utilisations des lits hospitaliers, cibles de lits COVID répartition régionale et interrégionale, capacité RH, etc.

RÈGLES ET DIRECTIVES

Les recommandations pour les activités à délester ou à conserver s'appuient sur les règles et les directives ci-dessous :

Principales règles cliniques :

- Approche personnalisée et de gestion de risque.
- Approche centrée sur les besoins, valeurs, préférences et la condition de santé de l'utilisateur.
- Priorisation des activités basée sur la vulnérabilité des usagers.
- Vigilance : assurer une vigie sur les personnes ayant connu une diminution de leurs services en raison du délestage.

Directives :

- Même en instauration de délestage, maintenir une couverture médicale par les médecins traitants et IPS en MVA.
- Advenant la nécessité de rehausser les effectifs médicaux, vous référer au coordonnateur de la réaffectation médicale qui pourra consulter la plateforme Reaffect MD (donne un portrait des effectifs médicaux disponibles pour un territoire donné).
- Assigner aux MVA, des médecins et des IPS lors d'éclosion en s'assurant de ne pas doubler les services, mais de voir à une collaboration, support et assistance au médecin/IPS le plus familier avec l'utilisateur.
- Les médecins et IPS ayant une connaissance et une expérience auprès des personnes âgées vulnérables devraient être prioritairement assignés aux gardes ou mécanismes prévus dans la couverture des MVA.
- Adapter la modalité de consultation et d'intervention en fonction de la situation clinique du patient.
- Optimiser le plus possible l'offre de soins en MVA pour éviter les hospitalisations non nécessaires.
- Statuer sur ou valider le niveau de soins (niveau d'intervention médicale) pour chacun des résidents sous sa responsabilité.
- Réviser le profil médicamenteux de chaque résident sous sa responsabilité et préconiser des alternatives pharmacologiques qui simplifient les soins, si cliniquement possibles, en concordance avec les effectifs en place (ex. : formulation médicamenteuse orale plutôt que QID, voie PO plutôt que IV, etc.). S'allier le support du pharmacien si nécessaire.

Rappel de règles de santé publique en vigueur lorsqu'un médecin/IPS couvre plusieurs sites :

En tout temps, le respect de la distanciation physique doit être rigoureusement observé et la fréquentation des lieux communs du milieu, tels le poste infirmier, la salle à café, la cafétéria, etc. doivent être évités le plus possible. Lors de l'évaluation des usagers, différer les examens physiques non essentiels et limiter, si possible, les contacts prolongés (> 10-15 minutes cumulées) avec un même résident.

- Dans le cas où un médecin/IPS couvre plusieurs MVA, dont un est en éclosion :
 - Si possible, éviter les visites de milieux froids et chauds dans la même journée (principe d'alternance).
 - Le site en éclosion devrait être visité après les sites froids.
 - Si des résidents COVID + présentent des besoins urgents, la séquence peut être brisée :

- Favoriser le présentiel dans les sites chauds et la téléconsultation dans les sites froids, en tenant compte des situations cliniques.
- De façon exceptionnelle, si cela est indiqué cliniquement et qu'aucune autre ressource médicale n'est disponible, le médecin/IPS pourra visiter un milieu chaud et un milieu froid la même journée, dans la mesure où des équipements (EPI) sont disponibles et utilisés scrupuleusement, selon les règles de la PCI.

Pour une meilleure compréhension des tableaux qui suivent, les termes suivants doivent être clarifiés :

- **Services médicaux de routine ou réguliers** : toute activité médicale dont le report n'entraîne pas de préjudices.
- **Services médicaux essentiels** : activités médicales dont le report pourrait entraîner un préjudice au résident.
- **Services médicaux urgents** : besoins aigus, changement clinique significatif par rapport à l'état de base du résident, état décompensé, pour lesquels le report de l'intervention médicale entraîne de facto un préjudice au résident.
 - Favoriser le présentiel dans les sites chauds et la téléconsultation dans les sites froids, en tenant compte des situations cliniques.
 - De façon exceptionnelle, si cela est indiqué cliniquement et qu'aucune autre ressource médicale n'est disponible, le médecin/IPS pourra visiter un milieu chaud et un milieu froid la même journée, dans la mesure où des équipements (EPI) sont disponibles et utilisés scrupuleusement, selon les règles de la PCI.

DÉLESTAGE ET ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX EN CHSLD

La partie qui suit concerne que les CHSLD et trois tableaux sont présentés. Les orientations pour les autres MVA suivront.

1. Le premier est une mise en contexte comprenant la description des niveaux d'alerte des établissements ainsi que quelques caractéristiques de chacun des niveaux pouvant avoir une influence sur les services médicaux en CHSLD.
 2. Le deuxième tableau présente l'organisation des services médicaux à actualiser selon les niveaux d'alerte de l'établissement.
 3. Le troisième, sans être exhaustif, résume les principales activités cliniques médicales à délester ou à conserver, toujours selon les niveaux d'alerte de l'établissement.
- Dans les trois tableaux, une colonne présente également la conduite médicale dans un CHSLD en éclosion.

À noter que la pratique médicale en CHSLD en éclosion est définie dans le [Guide sur la pratique médicale en soins de longue durée \(cmq.org\)](http://cmq.org)

À la suite de cette section réservée aux CHSLD, un quatrième tableau présente les principes et directives qui sont à considérer en RPA et RI-RTF et les activités lestées.

TABLEAU 1 : Ce tableau présente les différents niveaux d’alerte des établissements et la couverture médicale recommandée en fonction de celle-ci, ainsi que dans un CHSLD en éclosion.

ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX EN CHSLD - COUVERTURE					
Niveaux d'alerte de l'établissement	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	CHSLD en éclosion
DESCRIPTION	<p>La distinction entre « NIVEAU » d’alerte et « PALIER » d’alerte est essentielle. Ce dernier est édicté par la santé publique en fonction du degré de transmission communautaire. (https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/).</p> <p>Tandis que le « NIVEAU » d’alerte est en fonction de la situation dans une installation donnée et du délestage conséquent. Le « NIVEAU » d’alerte nous paraît plus pertinent pour orienter les actions à prendre selon les variables suivantes : utilisations des lits hospitaliers, cibles de lits COVID répartition régionale et interrégionale, capacité RH, etc.⁴</p>				
CARACTÉRISTIQUES DU CONTEXTE	<p>Transmission communautaire limitée Peu ou pas d’éclosion dans les CHSLD</p> <ul style="list-style-type: none"> Peu/pas d’éclosions et cas suspectés qui demeurent contrôlés. Offre de services médicaux en équilibre avec la demande dans tout le réseau. 	<p>Circulation active du virus, mais situation en contrôle Quelques CHSLD ont des éclosions</p> <p>Peu de médecins traitants et IPS ont des résidents dans plus du CHSLD pour aînés en éclosion</p> <ul style="list-style-type: none"> Offre de services médicaux en équilibre avec la demande dans les CHSLD. Offre de services médicaux régulière dans tous les CHSLD sans éclosion et intensification des services dans les CHSLD en éclosion. Réaffectation possible des ressources médicales et professionnelles en fonction des besoins de certains CHSLD. 	<p>Circulation active du virus, situation en contrôle, mais progression des cas communautaires et le nombre de CHSLD en éclosion progresse</p> <p>Certains médecins traitants et IPS ont des résidents dans plus d’un milieu de vie pour aînés en éclosion</p> <ul style="list-style-type: none"> Offre de services médicaux en équilibre avec la demande dans les CHSLD. Offre de services médicaux régulière dans tous les CHSLD sans éclosion et intensification des services dans les CHSLD en éclosion. Réaffectation des ressources médicales et professionnelles en fonction des besoins des CHSLD en éclosion. 	<p>Circulation active du virus avec dépassement de la capacité des milieux hospitaliers, des équipes SAD et des gardes médicales</p> <p>Plusieurs médecins traitants et IPS ont des clients dans plus d’un CHSLD pour aînés en éclosion</p> <ul style="list-style-type: none"> Offre de services médicaux régulière diminuée à l’essentiel dans tous les CHSLD sans éclosion et intensification massives des services médicaux dans les CHSLD en éclosion. Les ressources médicales et professionnelles sont réaffectées massivement dans les milieux de vie pour aînés selon les besoins. 	<p>Éclosion déclarée : au moins 2 cas nosocomiaux dans la ressource</p> <p>En éclosion, de nouvelles activités associées à l’état clinique de la clientèle génèrent une augmentation importante des activités</p> <ul style="list-style-type: none"> Approche préventive, cas suspectés déclarés. Services médicaux requis pour : <ul style="list-style-type: none"> Usagers dont l’état s’est détérioré en raison de la COVID-19 ou déconditionnement ou maladies chroniques – comorbidités décompensées. Usagers ayant une nouvelle condition clinique. Usagers répondant nouvellement aux critères de soins palliatifs ou de fin de vie. Les mesures PCI sont appliquées dans le CHSLD, les zones chaudes et froides sont établies.

⁴ Le niveau d’alerte des établissements est différent des paliers d’alerte communautaires promulgués par la santé publique. Bien qu’ils soient interreliés, le niveau d’alerte est davantage axé sur la réalité de l’établissement. Ce dernier est édicté par la santé publique en fonction du degré de transmission communautaire (<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/>). Tandis que le « NIVEAU » d’alerte est en fonction de la situation dans une installation donnée et du délestage conséquent. Le « NIVEAU » d’alerte nous paraît davantage pertinent pour orienter les actions à prendre selon les variables suivantes : utilisations des lits hospitaliers, cibles de lits COVID répartition régionale et interrégionale, capacité RH, etc.

	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir identifié les médecins intéressés pour les ÉMI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solliciter au besoin la banque de médecins/IPS disponibles. • Former au moins une ÉMI, effectuer le recrutement pour une équipe en disponibilité (ÉMI). • Selon la demande du DRMG et DSP (via réaffectation) – déploiement d’une ou de plusieurs ÉMI selon le besoin de soutien aux équipes en place. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solliciter au besoin la banque de médecins IPS disponibles. • Bénéficier d’une banque de médecins/IPS. • Selon la demande du DRMG et DSP (via réaffectation) – déploiement d’une ou de plusieurs ÉMI selon le besoin de soutien aux équipes en place. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solliciter au besoin la banque de médecins/IPS disponibles. • Bénéficier d’une banque de médecins/IPS. • Selon la demande du DRMG et DSP (via réaffectation) – déploiement d’une ou de plusieurs ÉMI selon le besoin de soutien aux équipes en place. 	
--	---	--	---	---	--

TABLEAU 3 : Ce tableau présente les principes et directives qui sont à considérer dans le délestage des activités.

ACTIVITÉS MÉDICALES ET DÉLESTAGE EN CHSLD					
Niveaux d'alerte de l'établissement	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	CHSLD en éclosion
CHSLD	Il est recommandé que les médecins et IPS qui œuvrent en CHSLD publics et privés conventionnés délestent certaines activités de routine ou régulières en fonction du niveau d'alerte. Il est donc requis de prioriser les activités afin de répondre aux besoins des résidents				
DÉLESTAGE D'ACTIVITÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge conditions aiguës et des conditions chroniques décompensées et en priorité. • Prise en charge des conditions chroniques à risque de se détériorer (approche anticipative). • Suivi des conditions chroniques stables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge conditions aiguës et des conditions chroniques décompensées et en priorité. • Prise en charge des conditions chroniques qui sont à risque de se détériorer (approche anticipative). 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge conditions aiguës et des conditions chroniques décompensées et en priorité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge conditions aiguës et des conditions chroniques décompensées et en priorité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge uniquement conditions aiguës et des conditions chroniques décompensées et en priorité.
	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien des activités de routine. • Admissions, évaluation globale, rencontres interdisciplinaires⁶ non urgentes planifiées, suivis non urgents de condition chronique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien des activités de routine en anticipant les prescriptions et interventions sur plus long terme en prévision d'une escalade de niveau. • Rencontres interdisciplinaires non urgentes peuvent être maintenues. • Révision prescriptions contexte COVID (éviter les prescriptions exigeantes pour le personnel de soins) • Repérage des personnes âgées le plus vulnérables à la COVID si éclosion⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter les activités non essentielles. • Rendre disponible la téléconsultation • Maintenir les évaluations médicales d'admission. • Assurer vigie des milieux. • Avoir complété pour chaque résident sous sa responsabilité la révision des prescriptions contexte COVID. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune activité de routine • Rendre disponible la téléconsultation. • Réponse appropriée à toute situation urgente. • Révision prescription contexte COVID. Élagage du profil pharmacologique – révision du BCM en collaboration avec le pharmacien. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune activité de routine. • Déploiement médical sur place pour les unités chaudes sur un modèle s'approchant de la courte durée. • Pour les services médicaux essentiels ou urgents, limiter si possible les contacts prolongés (> 10-15 minutes cumulées).

⁶ la rencontre interdisciplinaire selon de code de rémunération du médecin consiste à une rencontre avec l'utilisateur et la famille, dans ce cas-ci, il est question des équipes interprofessionnelles du CHSLD incluant l'utilisateur et son proche.

⁷ Voir à la priorisation en fonction des profils ISO-SMAF – 11, 13, 14 : très vulnérables à protéger, déjà confinés au lit et une attention particulière devrait être apportée aux usagers au profil 7, 8, 9, 10, 12 qui peuvent déambuler et être vecteurs de la COVID-19.

ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX EN RPA et RI-RTF

TABLEAU 4 : Ce tableau présente les principes et directives qui sont à considérer en RPA et RI-RTF.

ACTIVITÉS MÉDICALES ET DÉLESTAGE EN RPA ET RI-RTF					
Niveaux d'alerte de l'établissement	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	RPA et RI-RTF en éclosion
RPA ET RI-RTF	Il est recommandé que les médecins et IPS ayant des clients en RPA et RI-RTF présentant des caractéristiques prédisposantes aux complications liées à la COVID, au déconditionnement physique, cognitif et psychologique ou à l'instabilité de l'état de santé soient vigilants et proactifs face aux risques de conditions aiguës, et conséquemment aux risques d'hospitalisations.				
DÉLESTAGE D'ACTIVITÉS	<p>Une garde 24/7 est requise pour les usagers présentant les caractéristiques motivant leur enregistrement au service 811 ou garde SAD.</p> <p>En palier d'alerte 3 et 4, il est requis que les effectifs médicaux déployés au soutien à domicile demeurent disponibles pour ce secteur lorsque pertinent et possible. Sans que ce soit l'unique facteur, des effectifs médicaux insuffisants au SAD peuvent avoir pour impact une hausse des interventions des services ambulanciers, des visites à l'urgence et des hospitalisations qui auraient pu être évitées. Une couverture médicale inadéquate au SAD engendre ainsi une pression sur les lits en niveau de soins alternatifs (NSA). De plus, des services médicaux insuffisants en amont du séjour hospitalier, soit dans les différents milieux de vie CHSLD, RPA, RI-RTF ainsi que dans les zones tampons nécessitant des soins (SNT et ST), peuvent contribuer à exercer une pression sur les NSA ainsi que sur des lits hospitaliers et les trajectoires de soins palliatifs et de confort, les lits en unité de courte durée gériatrique et les trajectoires de réadaptation, etc.</p> <p>Il est entendu que l'efficacité de la couverture médicale est conditionnelle à la présence du soutien infirmier, de l'assistance et du pharmaceutique.</p> <p>Voir Plan provincial de priorisation des activités cliniques – Secteur première ligne médicale https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002904/</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensifier les activités par le médecin/IPS traitant pour les zones chaudes, tièdes et zones froides. • Rendre disponible la téléconsultation. • Assurer une garde 24/7 pour résidents du RPA ou RI-RTF en éclosion. • Bénéficier d'une banque de médecins/IPS disponibles en renfort. • Déploiement médical sur place pour les unités chaudes sur un modèle s'approchant de la courte durée, si possible. • Avoir une ÉMI sur place au besoin⁸. • Activités médicales essentielles uniquement. • Pour les services médicaux essentiels ou urgents, limiter si possible les contacts prolongés (> 10-15 minutes cumulées). 				

⁸ Les ÉMI sont une mesure de dernier recours une fois que les équipes médicales de base, les effectifs ont été majorés et que la réaffectation mobilisée les ressources disponibles. Elles viennent porter mains fortes de façon temporaire, le temps de stabiliser la situation.