



GUIDE DE DÉLESTAGE ET DE RÉORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX EN CHSLD 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)

Sommaire extrait des plans de délestage et de réorganisation des services validés auprès des directions cliniques sous la responsabilité de la DGAPA.

(LA PRÉSENTE VERSION EST PRÉLIMINAIRE ET NE VISE QUE LES CHSLD PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS. UNE VERSION FUTURE PRÉSENTERA L'ENSEMBLE DES MILIEUX DE VIE)

- Ce guide vise à développer et préserver l'offre des services médicaux dispensés aux **personnes vulnérables**^{1,2} en CHSLD afin de leur fournir des soins et services sécuritaires. En période de pandémie, il apparaît nécessaire de prioriser les activités médicales habituellement offertes, tant sur le plan de l'organisation des services que du délestage d'activités.
- Ce guide vise à orienter les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans l'identification des activités à maintenir, réduire, adapter ou cesser, en fonction du **niveau d'alerte des établissements**² et des CHSLD publics et privés conventionnés et non nécessairement 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 CHSLD prioritaires.
- 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 CHSLD, les GMF, les 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.

¹ Le niveau d'alerte des établissements est différent des paliers d'alerte communautaires promulgués par les directions régionales de santé publique. Bien qu'ils soient interreliés, le niveau d'alerte est davantage axé sur la réalité de l'établissement. Attention, la distinction entre « NIVEAU » d'alerte et « PALIER » d'alerte est à clarifier. 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.

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).

Dans le texte qui suit, trois tableaux sont présentés :

1. Le premier est une mise en contexte comprenant la description des niveaux d'alerte des établissements ainsi que quelques caractéristiques de chacun 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 déléster 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.

Principe général : La pratique médicale en CHSLD est définie dans le [Guide sur la pratique médicale en soins de longue durée \(cmq.org\)](http://cmq.org)

Principales règles cliniques :

- Approche personnalisée et de gestion de risque.
- Approche centrée sur les besoins et la condition de santé de l'usager.
- 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 situation de délestage en installation, maintenir la couverture médicale par les médecins traitants et IPS en CHSLD.
- Optimiser l'offre de soins le plus possible en CHSLD pour éviter les hospitalisations non nécessaires.
- 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).
- 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 CHSLD.
- Assigner aux CHSLD, des médecins et 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'usager.
- Adapter la modalité de consultation et d'intervention en fonction de la situation clinique du patient.
- 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 die 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 CHSLD, dont un est en éclosion :
 - Si possible, éviter les visites de milieux froids et chauds dans la même journée.
 - Le site en éclosion devrait être visité après les sites froids.
 - Si des résidents COVID + présentent des besoins urgents, la séquence peut être brisée :
 - Si le médecin/IPS doit avoir une pratique dans différents milieux (chauds/froids) il favorise 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 selon les règles de la santé publique.

Pour une meilleure compréhension, les termes suivants, utilisés dans les tableaux, méritent d'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.

Pour une bonne utilisation des tableaux qui suivent, dès qu'il y a éclosion dans le territoire, vous référer à la fois au niveau d'alerte et à la cinquième colonne « CHSLD en éclosion ».

TABLEAU 1 : Ce tableau présente les différents niveaux d’alerte des établissements. Deux variables influencent davantage et permettent de mieux illustrés les caractéristiques du niveau d’alerte pouvant avoir une influence sur les services médicaux.

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.</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> <p>Approche préventive, cas suspectés déclarés.</p> <p>Services médicaux requis pour : de nombreux usagers dont l’état s’est détérioré en raison de la COVID-19 ou déconditionnement ou maladies chroniques – comorbidités décompensées.</p> <p>Usagers ayant une nouvelle condition clinique.</p> <p>Usagers répondant nouvellement aux critères de soins palliatifs ou de fin de vie.</p> <p>Les mesures PCI sont appliquées dans le CHSLD, les zones chaudes et froides sont établies.</p>

	<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					
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 interdisciplinaires⁴ 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 éclosion⁵ 	<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).

⁴ Les rencontres interdisciplinaires (virtuelles ou ne présentiel selon la situation) impliquent la participation de l'utilisateur ou son représentant et les proches

⁵ 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.