

Coronavirus COVID-19

2020-03-16

Mise à jour : 2020-03-25

En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 dans le monde et de l'apparition graduelle de cas d'infection au Québec, nous souhaitons vous transmettre de nouvelles informations et des consignes pour les CHSLD.

CONSIGNES POUR LES CHSLD

1. Assurez-vous de mettre en place les consignes suivantes :

- a. Interdire les visites régulières dans tous les CHSLD du Québec, sauf pour des raisons humanitaires, comme en situation de fin de vie. (Arrêté ministériel 2020-009). **Dans le cas de la fin de vie imminente, souvent annoncée par des signes non spécifiques tels l'agitation, la somnolence, l'angoisse, les modifications de la peau et par l'apparition de signes de détresse respiratoire (24-48 heures), la présence en tout temps d'une ou deux personnes (maximum) auprès du résident doit être favorisée.** Dans ces situations, assurer un triage des visiteurs afin de s'assurer qu'aucun ne présente de symptômes d'infection respiratoire. Si présence de symptômes, appliquer les mesures de protection requise pour assurer la protection des personnes présentes dans le CHSLD, Un accompagnement individualisé des visiteurs doit être fait afin de s'assurer qu'ils respectent les mesures de prévention et de contrôle des infections. De plus, ces personnes ne doivent pas être autorisées à circuler dans le CHSLD à d'autres endroits que ceux où se trouvent leur proche qui est en fin de vie.
- b. **Interdire les** sorties à l'extérieur du CHSLD des résidents; incluant les visites dans leurs familles compte tenu du risque que le résident rapporte le virus à l'intérieur du CHSLD à son retour (Arrêté ministériel 2020-009).
- c. Éviter toutes les activités en groupe qui ne sont pas absolument nécessaires.
- d. **Mettre en place des moyens de communication permettant le maintien du lien entre les proches et les résidents dans le contexte d'interdiction des visites régulières, par exemple l'accès aux appels téléphoniques et outils technologiques de communication.**
- e. **Identifier des employés, bénévoles ou autres personnes dont la fonction est de contacter les familles ou les proches pour les informer de l'état de santé et de bien-être du résident sur une base régulière.**

2. Assurez-vous du respect des mesures de prévention et de contrôle des infections suivantes :

- a) Présence de stations d'hygiène **et d'affiches sur la technique de l'hygiène des mains** à l'entrée de l'établissement, à l'entrée des unités ainsi que dans les salles communes, par exemple, les salles à manger, les salles d'activités, etc.
- b) Respect par l'ensemble des personnes présentes dans le CHSLD des pratiques de base en prévention et contrôle des infections, notamment :
 - se laver les mains souvent à l'eau tiède courante et au savon pendant au moins 20 secondes ou utiliser une solution hydroalcoolique;
 - se couvrir la bouche et le nez avec le bras afin de réduire la propagation des germes si vous toussiez ou éternuez;
 - si vous utilisez un mouchoir en papier, le jeter dès que possible et se laver les mains par la suite;
 - éviter le contact direct pour les salutations, comme les poignées de main, et privilégier l'usage de pratiques alternatives.

3. Personnel, bénévoles et travailleurs embauchés par les résidents

- a. Demander à toute personne qui œuvre en CHSLD et qui revient de l'étranger, **qui a été en contact étroit avec une personne confirmée ou en investigation pour la COVID-19 ou qui a reçu la consigne de rester en isolement**, peu importe qu'elle soit une employée du CHSLD, un bénévole ou une personne embauchée par un résident ou sa famille, de s'isoler obligatoirement pendant 14 jours.
 - Réintégrer ces personnes au travail après 14 jours.
- b. Retirer immédiatement du milieu du travail une personne qui présente des symptômes de toux ou de fièvre.
 - Réintégrer cette personne au travail **suivant les recommandations des équipes responsables, dans votre établissement, de la santé du personnel** afin qu'elle puisse assumer ses fonctions en toute sécurité pour elle-même et pour les résidents.

4. Alimentation :

- a. Favoriser la prise des repas à la chambre, au plateau, pour les résidents qui sont autonomes pour s'alimenter. S'assurer de leur offrir la préparation du plateau au moment du service (ouvrir les contenants, couper la nourriture, etc.) et assigner une personne dédiée à la surveillance et à la réponse aux besoins de l'ensemble des résidents qui mangent à la chambre (ex. : si un résident échappe son ustensile, a besoin de condiments, etc.).

- b. Privilégier pour la prise du repas en salle à manger, les résidents qui ont besoin d'aide à l'alimentation, ceux qui sont dysphagiques et ceux qui ont besoin d'une surveillance étroite ou de stimulation pour s'alimenter. À la salle à manger, favoriser la distanciation sociale et limiter l'occupation de la salle à manger **au maximum à 50 %** de sa capacité. Si nécessaire, faire plus d'un groupe pour les repas, **selon votre organisation de l'activité repas**.

5. Animation et support dans le milieu de vie :

- a. Intégrer, aux équipes régulières du CHSLD, dans la mesure du possible, des personnes supplémentaires qui sont en mesure d'offrir du support aux équipes en place, d'assurer une surveillance des résidents ou de leur consacrer du temps pour les divertir. Il peut s'agir de personnes retraitées du réseau ou de personnes qui ne sont pas des employés du réseau, mais qui ont les qualifications requises pour faire les tâches qui leur sont assignées. Se référer au mécanisme mis en place au sein de votre établissement à ce sujet.
- b. Cesser le lavage des vêtements par les familles des résidents et le prendre en charge au niveau du CHSLD, pendant le temps de la pandémie de la COVID-19.
- c. **Interdire** la livraison de nourriture en provenance de l'extérieur (livraison d'un restaurant, plats apportés par les familles), **afin de limiter la possibilité d'introduire le virus du COVID-19 dans le CHSLD**.
- d. Toutefois, si certains biens, non offerts au sein du CHSLD, étaient requis par des résidents, mettre en place un mécanisme sécuritaire pour leur livraison.

6. Hébergement temporaire (lits de répit) :

Les résidents en provenance du domicile pour lesquelles la santé, l'intégrité ou la sécurité du proche est compromise et dont le séjour en hébergement temporaire permet d'éviter le recours à d'autres ressources du réseau de la santé et des services sociaux (ex. : urgence).

7. Directives en présence de cas suspectés, en investigation ou confirmés de COVID-19 de résidents en CHSLD :

- a) **Création de deux zones dans les CHSLD (annexe 3) :**
 - i. **Zone froide : clientèle sans COVID-19**
 - ii. **Zone chaude : pour les cas COVID-19 suspects, en investigation ou confirmés.**
- b) De façon générale, les résidents demeurent à l'intérieur de la **zone froide** pour y recevoir l'ensemble des soins et services requis. Les mesures mises en place doivent prévenir la transmission aux autres résidents et au personnel.
- c) Prévoir une **zone chaude** dans chacun de vos CHSLD et prévoir également une équipe dédiée et formée aux meilleures pratiques en matière de prévention et

de contrôle des infections, pour travailler de façon exclusive auprès de la clientèle transférée dans **cette zone**. Cette façon de faire permettra notamment une utilisation efficiente et **judicieuse** des équipements de protection individuelle (ÉPI) tout en favorisant le développement d'une expertise chez le personnel dédié. **Le personnel dédié à cette zone doit se changer de vêtements en sortant de la zone chaude.** (Référence : Lettre transmise le 21 mars 2020 par Yvan Gendron aux PDG, PDGA, DG et DSP des établissements publics.)

- d) Une procédure écrite doit prévoir les modalités de sortie de la zone chaude afin d'éviter de contaminer l'environnement.
- e) Dans la mesure du possible évitez de placer les patients sous investigation dans la même chambre que les patients confirmés avec COVID.
- f) 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.
- g) À noter que pour les CHSLD, dont le nombre de places est trop petit pour favoriser **une zone chaude** sécuritaire des personnes atteintes (ex. : moins de 25 places), vous devrez considérer l'ensemble du CHSLD en **zone chaude**.

En prévision :

- a. Déterminer les niveaux de soins pour tous les résidents (annexe 1a et b);
- b. Prendre connaissance des conditions de transfert vers un centre hospitalier (annexe 1 c);
- c. Surveiller les signes et symptômes et particularités chez la personne âgée (annexes **6 et 7**).

En présence d'un cas suspecté, en investigation ou confirmé :

- Dès l'apparition de signes et symptômes (**toux, fièvre, difficulté respiratoire, perte soudaine d'odorat**), le résident est considéré comme un cas suspecté, en investigation ou confirmé de COVID 19 : transférer en **zone chaude** le résident.
 - a. Appliquer les mesures de cas suspecté, en investigation ou confirmé dans le document produit par l'Institut national de la santé publique sur le Web : *COVID-19 Mesures pour la gestion de cas et des contacts dans les CHSLD : recommandations intérimaires à l'adresse suivante :*
https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/covid/2020-03-17_covid-19_mesurespci_interim_chsld_vf-1.pdf;
 - b. **Malgré la mise en place de zone chaude, il ne sera pas nécessaire, dans la grande majorité des cas, que les employés portent un masque N95. En effet, ce qui rend l'utilisation du N95 nécessaire est davantage le type de procédures requises par le résident plutôt que l'état du résident en lui-même. Le niveau de protection accru au niveau du masque (N95) vient du fait que certaines procédures libèrent des aérosols (IMGA: intervention médicale générant des aérosols).**

- Ainsi, pour les résidents ne présentant pas de symptômes sévères de la COVID-19 et ne requérant pas d'IMGA, il n'est pas requis que le personnel porte le masque N95. Le masque de procédure est recommandé.
 - Pour les résidents plus sévèrement atteints, le masque recommandé dépendra du niveau de soins et des IMGA requis :
 - Niveau de soins A ou B: pourraient être transférés à l'hôpital pour y recevoir des soins aigus si leur situation le nécessitait (ex. : intubation et autre procédure requérant une expertise et un plateau technique hospitalier);
 - Niveaux de soins C et D sans IMGA: pourraient demeurer au CHSLD.
- c. Privilégier une équipe dédiée auprès des résidents qui sont dans les **zones chaudes**.
- Former les intervenants sur l'utilisation sécuritaire des équipements de protection individuelle;
 - Ajuster les effectifs infirmiers en fonction des besoins de la clientèle.
- d. Assurer quotidiennement une surveillance des signes et symptômes typiques et atypiques de la personne âgée (annexes **6 et 7**);
- e. En présence d'une situation de fin de vie **imminente** pour un résident qui se trouve dans **la zone chaude, souvent annoncée par des signes non spécifiques tels l'agitation, la somnolence, l'angoisse, les modifications de la peau et par l'apparition de signes de détresse respiratoire (24-48 heures)**, permettre les visites au chevet et :
- Limiter le nombre de visiteurs à une ou deux personnes à la fois et leur donner accès au matériel de protection individuelle requis. Les accompagner dans son utilisation afin d'assurer leur protection et d'éviter la propagation dans la communauté lors de leur sortie du CHSLD;
 - Si des précautions additionnelles sont requises pour le résident, le visiteur doit les appliquer.

8. Admission en CHSLD

- A. En raison de la pandémie de COVID-19, le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) orientera les personnes ayant besoin d'un hébergement en CHSLD ou en RI, vers la ressource d'hébergement ayant les délais d'accès les plus courts, ceci afin de permettre une admission rapide, que ce soit à partir d'un centre hospitalier ou d'un centre de réadaptation. L'orientation de la personne se fera toujours en fonction de l'évaluation de son état global, en déterminant le milieu de vie substitut pouvant le mieux répondre aux besoins de la personne selon son profil d'autonomie. L'orientation se fera selon la séquence suivante :

1. Milieu pouvant répondre aux besoins spécifiques de la personne;
2. Disponibilité d'une place d'hébergement;
3. Lorsque possible, choix de l'installation exprimé par la personne.

Rappelons également que les milieux d'hébergement sont soumis à la décision du MAH pour les résidents qui y sont orientés. Le milieu retenu doit procéder à l'hébergement de manière à favoriser la sécurité du résident sur les unités. Si le milieu d'hébergement retenu pendant la pandémie n'était pas le milieu souhaité par le résident, un mécanisme doit être prévu pour offrir au résident un transfert vers le milieu souhaité une fois la situation de pandémie terminée.

Rappel : LSSSS Article 13 : *Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement* prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

B. Référer à la trajectoire d'admission pour les résidents en provenance d'un centre hospitalier/centre de réadaptation et du domicile/RPA/RI-RTF (annexe 2).

i. Si les résidents :

- ✓ n'ont pas été testés;
- ✓ ont été testés négatifs;
- ✓ n'ont pas été en contact avec une personne suspectée ou confirmée;
- ✓ n'ont pas de signe et de symptômes cliniques de la COVID-19 :

Admettre en zone froide avec les mesures préventives suivantes :

- 14 jours d'isolement préventif à la chambre;
- Surveillance active de la fièvre et autres symptômes d'infection respiratoire pendant la période d'isolement de 14 jours;
- Pas d'équipement de protection requis.

ii. Si les résidents

- ✓ ont été testés positifs à la COVID-19;
- ✓ ont été en contact avec une personne suspectée ou confirmée;
- ✓ présentent des signes et de symptômes cliniques de la COVID-19.

Admettre en zone chaude avec les mesures suivantes :

- Précautions additionnelles gouttelettes-contact (blouses à manches longues, gants non stériles et masque de procédure) avec protection oculaire (écran facial ou lunettes de protectrice). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate.

- C. Utiliser les questionnaires de dépistage de la clientèle afin d'orienter les résidents vers **la zone froide** ou vers **la zone chaude** (annexes 3 et 4).

9. Transition

Pendant la période de la pandémie de COVID-19, il n'est pas possible de transférer un résident se trouvant dans un CHSLD de transition vers le CHSLD de son choix. Le mécanisme de transfert prévu pour offrir au résident un transfert vers le milieu souhaité reprendra une fois la situation de pandémie terminée.

10. Dépistage COVID-19

En date de la transmission de ce document, le dépistage vise 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. (Référence : Lettre transmise le 23 mars 2020 par Yvan Gendron aux PDG, PDGA, DG et DSP des établissements publics ainsi qu'aux directeurs des Grappes Optilab)

11. 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://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/>

ANNEXES

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Niveau de soins en CHSLD	10
ANNEXE 2 : Trajectoire admission CHSLD	13
ANNEXE 3 : Consignes différentes zones.....	14
ANNEXE 4 : Dépistage COVID-19 admission CHSLD-centre hospitalier ou centre réadaptation ..	15
ANNEXE 5 : Dépistage COVID-19 admission CHSLD : domicile, RPA, RI-RTF	16
ANNEXE 6 : Symptômes typiques COVID-19	17
ANNEXE 7 : Évaluation clinique de l'infirmière	18

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 une détérioration dans la condition de santé des résidents depuis l'établissement des niveaux de soins.

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 explique au résident les niveaux de soins et de la réanimation cardiorespiratoire;
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 explique au représentant légal les niveaux de soins et de la réanimation cardiorespiratoire;
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 ÊTRE ÉVALUÉ OBLIGATOIREMENT PAR UN MÉDECIN AVANT UN TRANSFERT DANS UN CENTRE HOSPITALIER

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

Transfert en milieu hospitalier si :

- Besoin d'interventions médicales spécialisées ou invasives tel qu'une intubation, assistance ventilatoire
- Besoin de soins intensifs

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)

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.

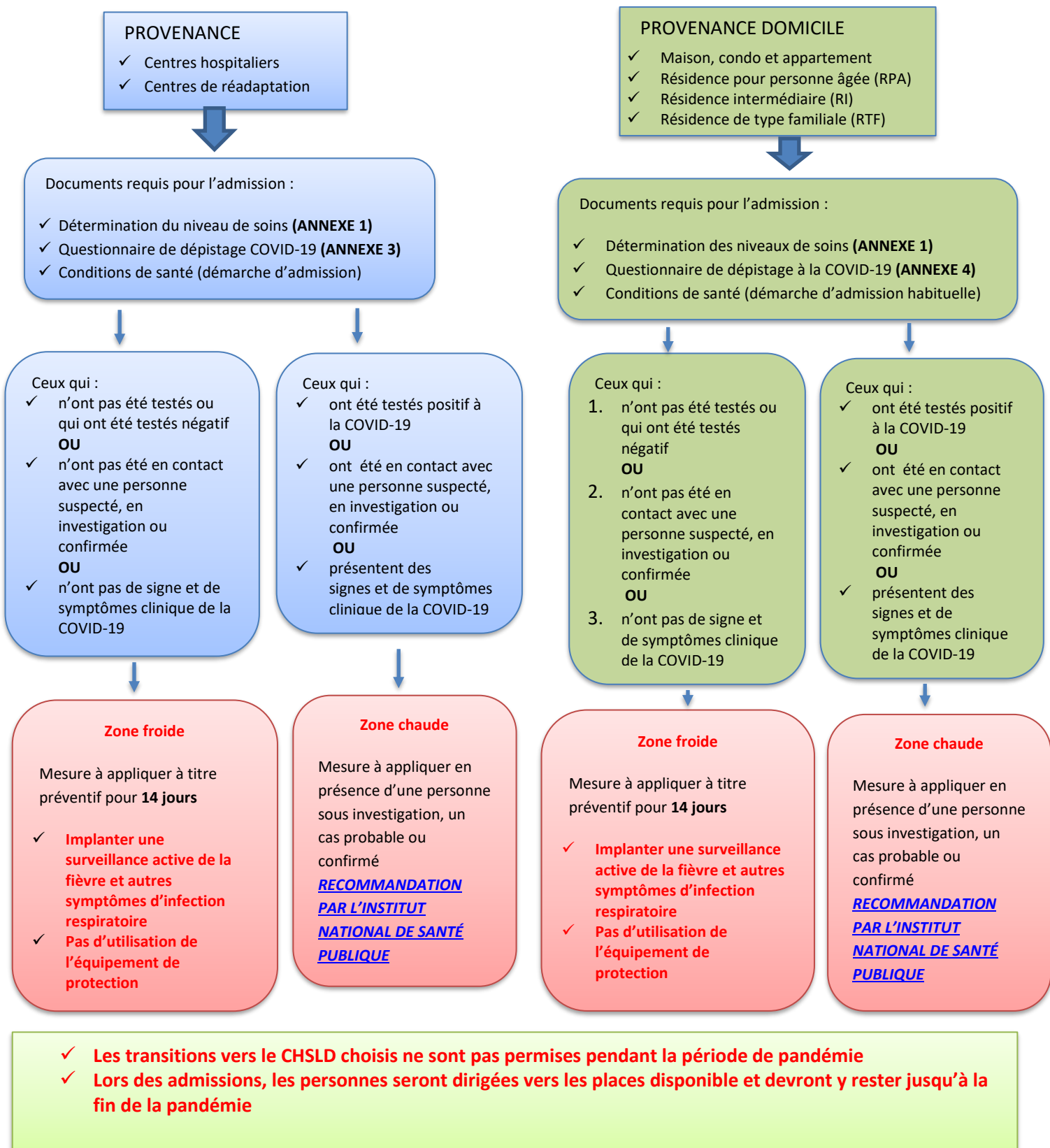
Niveau de soins C et D

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.

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

TRAJECTOIRE D'ADMISSION EN CHSLD EN CONTEXTE DE LA COVID-19



CONSIGNES POUR LES DIFFÉRENTES ZONES

CHSLD

- ✓ **Zone froide** : clientèle sans COVID-19
- ✓ **Zone chaude CHSLD** : pour les COVID-19 suspects, en investigation ou confirmés

Pour la zone froide

- ✓ Les équipements de protection individuelle ne sont pas requis pour fournir les services aux résidents

Pour la zone chaude CHSLD

Mesures à appliquer pour une personne sous investigation ou un cas suspect ou confirmée

- ✓ **Précautions additionnelles gouttelettes-contact** (blouses à manches longues, gants non stériles et masque de procédure) **avec protection oculaire** (écran facial ou lunettes de protectrice. Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate

se référer au document *Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés: recommandations intérimaires* disponible au : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2020-03-17_covid-19_mesurespci_interim_chsld_vf-1.pdf

Affichage dans toutes les zones

- ✓ Renforcement de l'affichage aux entrées des zones
- ✓ Promouvoir le lavage des mains
- ✓ Promouvoir l'hygiène et l'étiquette respiratoire : se référer au document *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoire* disponible au : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2439_prevention_controle_infections_hygiene_respiratoire.pdf

Recommandations pour les visiteurs dans toutes les zones

Toutes les visites sont interdites sauf celles pour des raisons humanitaires :

- ✓ Limiter le nombre de visiteurs au strict minimum
- ✓ Aide par le personnel pour l'utilisation de l'équipement de protection

Recommandations pour le personnel dans les zones chaudes CHSLD

- ✓ Constituer des équipes dédiées aux soins des personnes avec COVID-19
- ✓ S'assurer que l'utilisation du matériel de protection par le personnel est optimale
- ✓ Assurer quotidiennement une surveillance des signes et symptômes cliniques de la COVID-19
- ✓ Ajustement des effectifs selon les besoins
- ✓ Tenir un registre de tous les travailleurs de la santé entrant dans les zones

DÉPISTAGE COVID-19 ADMISSION CHSLD

Provenance : centre hospitalier ou centre de réadaptation

- 1- La personne a-t-elle été testée positivement au COVID-19?
☐ Oui ☐ Non

- 2- Dans les 14 derniers jours, la personne a-t-elle été en contact avec une personne qui a voyagé à l'extérieur du pays ou qui a été testée positivement au COVID-19?
☐ Oui ☐ Non

- 3- Dans les 14 derniers jours, la personne a-t-elle présenté de la fièvre ou de la toux (fièvre gériatrique 37,8 °C ou 1,1°C au-dessus de la valeur normale de la personne)?
☐ Oui ☐ Non

Si présence de fièvre, qu'elle était la cause? _____
(Si fièvre pour infection urinaire, infection de plaies, etc. : isolement préventif)

- 4- En milieu hospitalier, la personne a-t-elle été placée en isolement?
☐ Oui ☐ Non
Si oui, pour quelle raison : _____
(si isolement SARM et ERV : isolement préventif seulement)

Si oui à l'un de ces questions sauf pour les exceptions mentionnées aux questions 3 et 4, placer le résident dans **la zone chaude.**

DÉPISTAGE COVID-19 ADMISSION CHSLD

Provenance : Domicile, RPA, RI-RTF

1. La personne a-t-elle été testée positivement à la COVID-19?
☐ Oui ☐ Non
2. Dans les 14 derniers jours, la personne a-t-elle été en contact avec une personne qui a voyagé à l'extérieur du pays ou qui a été testée positivement à la COVID-19?
☐ Oui ☐ Non
3. Dans les 14 derniers jours, la personne a-t-elle présenté de la fièvre ou de la toux (fièvre gériatrique 37,8 °C ou 1,1°C au-dessus de la valeur normale de la personne)?
☐ Oui ☐ Non

Si présence de fièvre, qu'elle était la cause? _____

(Si fièvre pour cause d'infection urinaire, d'infection de plaie, etc. : isolement préventif à la chambre)

4. Dans les 14 derniers jours, la personne a-t-elle présenté l'un des signes gériatriques suivants :
 - ☐ Changement dans l'autonomie fonctionnelle
 - Chute, incontinence nouvelle
 - Diminution de la capacité fonctionnelle dans les AVQ
 - Diminution de la participation à ses soins
 - ☐ Changement dans l'état mental
 - Désorientation nouvelle, désorganisation de la pensée, etc.
 - Délirium (apparition subite, inattention, modification dans l'état de conscience, désorganisation de la pensée)
 - ☐ Changement dans le comportement
 - Comportement d'agitation avec ou sans agressivité
 - Ralentissement psychomoteur
 - Perte d'appétit ou perturbation du sommeil

Si oui, est-ce qu'une cause d'infection a été identifiée ou une autre cause qui ne peut être en lien avec la COVID-19? ☐ Oui ☐ Non

- Si oui : isolement préventif à la chambre
- Si non : isolement à **la zone chaude**

Si oui à l'un de ces questions sauf pour les consignes mentionnées aux questions 3 et 4, placer le résident dans la zone chaude.

POUR LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

OBSERVATIONS ET CHANGEMENTS CHEZ LES RÉSIDENTS
À RAPPORTER AUX INFIRMIÈRES ET AUX INFIRMIÈRES AUXILIAIRES

SYMPTÔMES TYPIQUES DE LA COVID-19

- Signes et symptômes les plus fréquents
 - ✓ Fièvre
 - ✓ Toux sèche
- Autres symptômes possibles
 - ✓ Essoufflement
 - ✓ Production de crachats
 - ✓ Fatigue
 - ✓ Perte d'odorat

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

ÉVALUATION CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE

Signes et symptômes associés à la COVID-19

Les plus fréquents

- Fièvre
- Toux sèche

Autres symptômes

- Essoufflement
- Production d'expectoration
- Fatigue
- Perte d'odorat

Symptômes moins fréquents

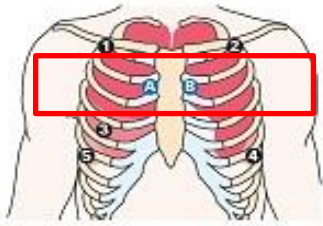
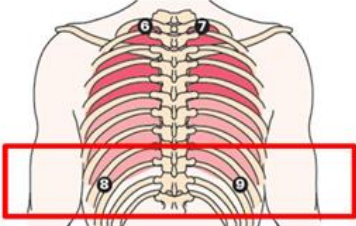
- Maux de gorge
- Maux de tête
- Myalgie/arthralgie
- Nausées ou vomissement
- Congestion nasale
- Diarrhée
- Hémoptysie
- Conjonctivite
- Perte du goût

Anamnèse

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

U : Understand signification pour la personne	
--	--

Examen physique	
Inspection	
Évaluation de l'état mental - Capacité d'attention ☐ Attentif ☐ Non attentif - État de conscience : ☐ Hyperalerte ☐ Alert ☐ Léthargique (verbal) ☐ Stuporeux (physique) ☐ Comateux	Signes gériatriques atypiques * - Perte brusque d'autonomie (< 1 sem) : ☐ Oui ☐ Non - Changement brusque de l'état mental (< 1 sem) : ☐ Oui ☐ Non - Changement brusque de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement) (< 1 sem) : ☐ Oui ☐ Non *Si un oui à l'une de ces questions : éliminer une condition de santé aiguë. Si aucune cause aiguë identifiée, considérer la personne comme étant un cas suspecté et transférer dans la zone de chaude.
Signes vitaux : ☐ Pouls : _____/min ☐ T.A : _____/ _____ ☐ T° : _____ C° (fièvre si T° buccale ou rectal ≥ 37,8 °C ou si augmentation de 1,1 °C par rapport à la T° normale habituelle) Respiration : - Fréquence : _____/min (si ≥ 25/min ≈ signes d'infection) - Type : ☐ Thoracique ☐ Abdominale - Amplitude : ☐ Normal ☐ Profonde ☐ Superficielle - Rythme : ☐ Régulier ☐ Irrégulier .	
Auscultation	
Face antérieure Présence d'un bruit anormal : ☐ Oui ☐ Non Nommer si possible : ☐ Sibilant ☐ Ronchis ☐ Bronche droite (A) ☐ Bronche gauche (B)	Face postérieure Présence d'un bruit anormal : ☐ Oui ☐ Non Nommer si possible : ☐ Sibilant ☐ Crépitants ☐ Lobe inférieur droit (8) ☐ Lobe inférieur gauche (9)

	
Prise de décision infirmière	
• Médecin avisé : ☐ Oui • Transfert dans la zone chaude (chambre individuelle avec salle de toilette dédiée, porte fermée. Si pas de chambre individuelle : maintenir une distance d'au moins 2 mètres ou mettre une barrière physique entre les résidents) : ☐ Oui ☐ Non • PTI à jour : ☐ Oui ☐ Non • Dépistage : Les résidents des CHSLD présentant des symptômes compatibles avec une infection à COVID-19 ou en présence d'une éclosion potentielle d'infection respiratoire (au moins 2 cas) ou lors d'un décès inattendu avec une cause respiratoire infectieuse suspectée.	
Suivi clinique infirmier	
• Surveillance clinique de la condition de santé selon les risques identifiés • Surveillance clinique des signes de délirium : 1- Début soudain et fluctuation des symptômes ☐ Oui ☐ Non (évidence du changement par rapport à l'état habituel) 2- Inattention ☐ Oui ☐ Non (incapacité à suivre une conversation, à soutenir son regard, ne peut dire les jours de la semaine ou le mot monde à l'envers) 3- Désorganisation de la pensée ☐ Oui ☐ Non (propos incohérent, conversation décousue, passe d'un sujet à l'autre de façon imprévisible) 4- Altération de l'état de conscience ☐ Oui ☐ Non (hyperalerte, léthargique, stuporeux, comateux) Si présence des critères 1 ET 2 avec 3 OU 4 = Urgence médicale • Surveillance des signes de déshydratation Le résident a-t-il bu entre les repas dans le dernier 24 heures : ☐ Oui ☐ Non Langue humide : ☐ Oui ☐ Non Filet de salive sous la langue : ☐ Oui ☐ Non Aisselle sèche : ☐ Oui ☐ Non Test pli cutané (sternal, frontal ou sous-claviculaire) : ☐ Normal ☐ Anormal • Surveillance dénutrition Prise alimentaire (plat principal) diminuée de 75 % au cours des 7 derniers jours : ☐ Oui ☐ Non Perte de poids involontaire (2 % en 1 semaine, 5 % en 1 mois, 7,5 % en 3 mois) : ☐ Oui ☐ Non	

IMC plus petit que 21 : ☐ Oui ☐ Non

• **Surveillance des signes de détresse psychologique :**

Pleurs ☐ Oui ☐ Non Anxiété ☐ Oui ☐ Non

Agitation ☐ Oui ☐ Non Insomnie/hypersomnie ☐ Oui ☐ Non

• **Prévention des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)**

— S'assurer de l'application des approches de base (communication, validation, diversion, recadrage, stratégie décisionnelle, gestion du refus)

— Si persiste malgré une approche adéquate : Identification des causes

Document adapté à partir de : Philippe Voyer (2011). *L'examen clinique de l'ainé*. Saint-Laurent.

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**

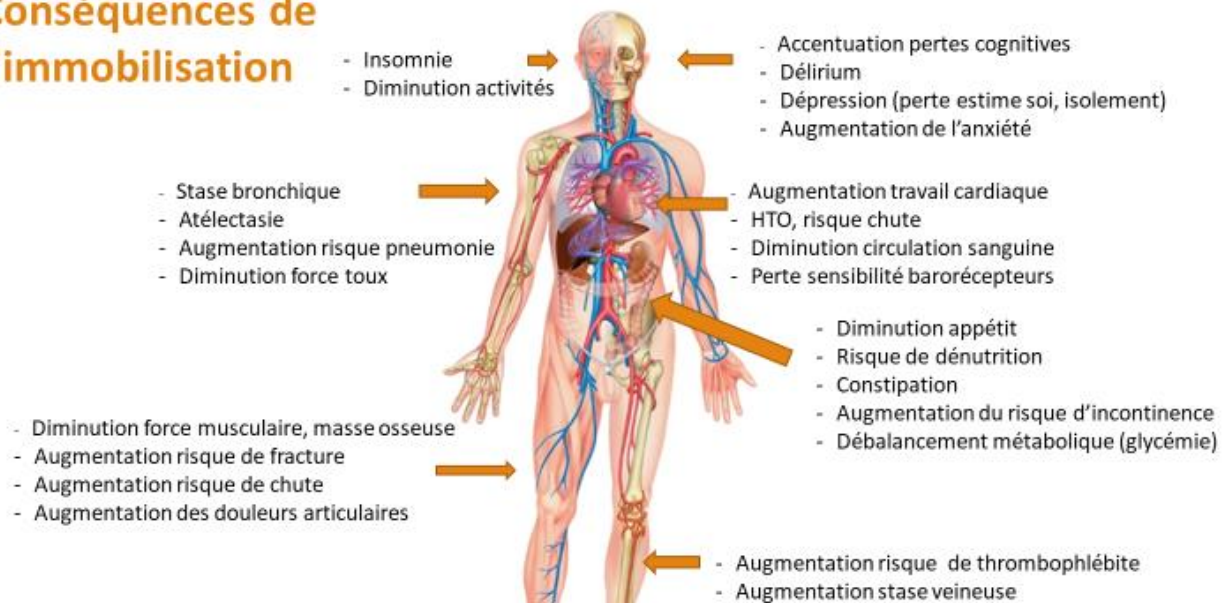
• Surveillance clinique et suivi des signes et symptômes

• 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



DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

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](#)