

Coronavirus COVID-19



2020-03-27

Mise à jour 2020-04-11

En raison de la progression de la maladie Coronavirus COVID-19 dans le monde, de l'évolution rapide des cas d'infection au Québec et de la transmission communautaire actuelle, nous vous transmettons des directives en regard de la gestion de la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV). Par décret 223-2020 du 24 mars 2020, les SPFV sont identifiés comme des services de santé et de services sociaux prioritaires.

DIRECTIVES POUR LES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Assurez-vous d'appliquer les directives suivantes pour l'ensemble de la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie

NIVEAU DE SOINS

Toutes les personnes en soins palliatifs et de fin de vie doivent avoir un niveau de soins à jour. Le formulaire de niveau de soins doit être transféré dans le milieu de soins accueillant. Nous vous rappelons que le formulaire doit être signé par le médecin

ADMISSION DANS LES UNITÉS DE SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE ET RÉORIENTATION

Aucun cas de la COVID-19 confirmé, en investigation ou symptomatique avec de la fièvre OU de la toux OU des difficultés respiratoires n'est admis dans les unités de soins palliatifs afin de maintenir ces unités en zone froide (CH, CHSLD, MSP). Ainsi, il y aura une réorientation des usagers vers les milieux identifiés ci-après avec les aires de confinement zone tiède ou zone chaude sur le territoire.

VISITEURS

Sauf pour des raisons humanitaires, comme en situation de **fin de vie imminente** (Arrêté ministériel 2020-009), interdire les visites dans les unités de soins palliatifs des milieux suivants : centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) – résidence privée pour aînés (RPA) – ressource intermédiaire et de type familial (RI-RTF).

Dans le cas de la fin de vie imminente, souvent annoncée, à titre d'exemples, par des signes non spécifiques telles l'agitation, la somnolence, l'angoisse, les modifications de la peau et aussi par l'apparition de signes de détresse respiratoire, les directives suivantes sont à appliquer :

- Autoriser une personne à la fois, pour un maximum de 3 personnes par période de 24 heures, en favorisant uniquement les personnes significatives identifiées par l'usager. Il en est de même pour les situations où l'usager reçoit une sédation palliative en continue ou l'aide médicale à mourir. Cette mesure s'applique pour

les enfants de moins de 14 ans qui doivent être accompagnés d'un adulte lors de la visite d'un parent en fin de vie.

- Effectuer un triage des visiteurs afin de s'assurer qu'aucun ne présente de symptômes d'infection respiratoire. Aucun visiteur symptomatique n'est admis dans les milieux de soins.
- Les visiteurs asymptomatiques doivent porter un masque de procédure **en tout temps** pendant la visite.
- 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 milieu de soins à d'autres endroits que ceux où se trouve leur proche qui est en fin de vie.

En ce qui concerne les unités de soins palliatifs en CH et maisons de soins palliatifs (MSP), nous reconnaissons que les situations de fin de vie sont attendues et peuvent s'écouler sur une plus longue période de temps. Ainsi, les directives suivantes sont à appliquer en tout temps et ce, **peu importe du caractère imminent ou non de la fin de vie** :

- Autoriser une personne à la fois, pour un maximum de 3 personnes par période de 24 heures, en favorisant uniquement les personnes significatives identifiées par l'usager. Il en est de même pour les situations où l'usager reçoit une sédation palliative en continue ou l'aide médicale à mourir.
- Effectuer un triage des visiteurs afin de s'assurer qu'aucun ne présente de symptômes d'infection respiratoire. Aucun visiteur symptomatique n'est admis dans les milieux de soins.
- Les visiteurs asymptomatiques doivent porter un masque de procédure **en tout temps** pendant la visite.
- 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 milieu de soins à d'autres endroits que ceux où se trouve leur proche qui est en fin de vie.

Utiliser les moyens technologiques afin de maintenir le contact entre l'usager et ses proches pour la période précédant la fin de vie.

Appliquer les mesures de protection de la santé publique selon le milieu de soins.

CHSLD – RPA -RI- RTF- MSP : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2020-03-17_covid-19_mesurespci_interim_chsld_vf-1.pdf

CH : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2906-pci-soins-aigus-covid19>

Domicile : Suivre les consignes transmises dans le document COVID-19 Directives_SAD_2020. Utiliser la dernière mise à jour.

DIRECTIVES POUR LES MAISONS DE SOINS PALLIATIFS (MSP)

- **Identifier un intervenant du CISSS/CIUSSS pour le contact avec les MSP.** Les MSP sont considérées comme un **service prioritaire** et doivent être intégrées dans la ligne de communication du CISSS/CIUSSS afin de clarifier les trajectoires d'admission des clientèles.
-

- Ce service **prioritaire** implique :
 - Un accès aux garderies pour les soignants selon les modalités présentées sur le site web du ministère de la Famille : <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-auxpersonnes/services-de-garde-durgence/>. Si vous avez des difficultés d'accès, communiquez avec l'intervenant de contact du CISSS ou CIUSSS assigné à la MSP;
 - Une accessibilité au matériel de protection – lunette - masque – gants – blouse de protection;
 - Une accessibilité au matériel nécessaire pour la gestion des symptômes des usagers ayant des maladies chroniques notamment pour le matériel à oxygène et à succion.
- A court terme, le **financement des MSP** est assuré par le 2^e versement prévu en juillet mais devancé en avril 2020.

ADMISSION

- Priorité d'admission
 1. Admission des cas du domicile, de RPA et de RI-RTF;
 2. Admission des cas des centres hospitaliers selon le Plan provincial de contingence COVID-19.
- Clarifier la trajectoire d'admission avec le CISSS/CIUSSS du territoire de la MSP en s'arrimant avec la gestion des lits du territoire :
 - La MSP doit aviser l'intervenant de contact lorsqu'un lit se libère en MSP. La priorité d'admission est pour l'utilisateur provenant du domicile, d'une RPA ou d'une RI-RTF. Si toutefois il n'y a pas d'utilisateur en provenance de la communauté, admettre un usager en provenance de CH répondant aux critères d'admission.
- Appliquer les **mesures de protection** de la santé publique suivantes https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2020-03-17_covid-19_mesurespci_interim_chsld_vf-1.pdf
- Favoriser l'admission pour toute clientèle adulte: personnes ayant des maladies oncologiques ou les maladies non oncologiques (maladies chroniques).
- Si besoin de personnel, travailler en collaboration avec le CISSS/CIUSSS les possibilités de recruter :
 - Les infirmières retraitées – infirmières auxiliaires et les préposés déjà formés;
 - Si besoin de bénévoles : examiner les possibilités de bénévolat chez les étudiants ou autres personnes disponibles.
- Si apparition des symptômes de la COVID-19 chez un patient admis, appliquer les consignes suivantes :
 - Aviser l'intervenant de contact du CISSS/CIUSSS afin de faire le dépistage de la COVID- 19 selon les directives de la santé publique;
 - <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/depistage/>
 - Appliquer les mesures de protection de la santé publique
 - Blouse – gants – masque et lunette pour le personnel de soins et d'entretien;
 - https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2020-03-17_covid-19_mesurespci_interim_chsld_vf-1.pdf
 - Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre de l'utilisateur pendant l'attente du résultat;
 - Si résultat positif de COVID -19 :
 - si mort imminente appliquer le confinement de zone chaude dans la chambre de l'utilisateur;

- si l'usager n'est pas en mort imminente : appeler le mécanisme d'accès aux lits de votre territoire pour transférer l'usager vers un aire de confinement zone chaude d'un CHSLD.

DIRECTIVES POUR LES SPFV À DOMICILE

- Les usagers en SPFV sont maintenus à domicile : Suivre les consignes transmises dans le document COVID-19 Directives_SAD_2020. Utiliser la dernière mise à jour.
- Favoriser les suivis téléphoniques entre les visites.
- Si détérioration de l'usager (signes d'une détresse respiratoire difficile à gérer par les équipes SAD – accès difficile à une équipe de soins palliatifs et fin de vie) et épuisement des proches-aidants– transférer vers les lits de SPFV du territoire :
 - si COVID-19 confirmé ou suspect ou en investigation– appeler le mécanisme d'accès aux lits de votre territoire pour transférer l'usager vers un aire de confinement zone chaude d'un CHSLD;
 - si COVID-19 négatif ou asymptomatique – transférer vers les MSP ou les unités de soins palliatifs CHSLD selon la disponibilité des lits.

DIRECTIVES POUR LES SPFV EN RPA - RI - RTF

- Suivre les consignes transmises dans le document COVID-19 Directives_ RPA-RI-RTF 2020. Utiliser la dernière mise à jour.
- Si détérioration de l'usager connu en SPFV :
 - Aviser immédiatement le CISSS/CIUSSS
 - Transférer vers les lits de SPFV du territoire :
 - si COVID -19 confirmé ou suspect ou en investigation – appeler le mécanisme d'accès aux lits de votre territoire pour transférer l'usager vers un aire de confinement zone chaude d'un CHSLD;
 - si COVID - 19 négatif ou asymptomatique – transférer vers les MSP ou les unités de soins palliatifs CHSLD.

DIRECTIVES POUR LES SPFV EN CENTRE HOSPITALIER

- Assurez-vous de suivre les consignes suivantes
 - Pour les CH désignés :
 - Un usager en soins palliatifs et de fin de vie ayant COVID-19 confirmé : transférer dans une zone chaude du CH;
 - Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre d'usager pendant l'attente du résultat.
 - Pour les CH non désignés :
 - Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre de l'usager pendant l'attente du résultat;
 - Si résultat positif de COVID-19 : appliquer le confinement de zone chaude dans la chambre de l'usager.
 - Si usager en soins palliatifs et de fin de vie (niveau de soins C ou D) ayant COVID-19 négatif ou asymptomatique: l'usager demeure dans l'unité de soins palliatifs du CH.

DIRECTIVES POUR LES SPFV EN CHSLD

- Suivre les consignes transmises dans le document COVID-19 Directives_CHSLD_maj_2020. Utiliser la dernière mise à jour.

DIRECTIVES POUR LE SUIVI POST-MORTEM

Les établissements sont invités à mettre en place les mesures nécessaires pour accompagner les proches dans le suivi post-mortem tout en respectant les directives de la santé publique.

<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-control-e-des-infections>

Annexe – Niveau d'interventions médicales (NIM) aussi appelé niveau de soins

Notes explicatives	
<ul style="list-style-type: none"> • Ce formulaire n'est pas un substitut au consentement aux soins qui doit toujours être obtenu (<i>sauf dans les circonstances exceptionnelles d'urgence</i>). • Ce formulaire doit être signé par un médecin. 	
Description des niveaux de soins	
<p>La discussion sur les niveaux de soins est engagée avec l'utilisateur ou, en cas d'incapacité, avec son représentant dans un esprit de décision partagée sur des soins médicalement appropriés. Les explications et exemples fournis dans les descriptions suivantes ne présumant pas de l'état d'aptitude de l'utilisateur ni de son lieu de soins habituel.</p>	
Objectif A Prolonger la vie par tous les soins nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert¹ si l'intervention n'est pas disponible sur place. • Toute intervention invasive peut être envisagée, y compris, par exemple, l'intubation et les soins intensifs. <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'intubation, l'assistance ventilatoire² et l'assistance respiratoire³ sont incluses lorsqu'appropriées.</p>
Objectif B Prolonger la vie par des soins limités	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie. • Les interventions peuvent entraîner un inconfort qui est jugé acceptable par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, en fonction des circonstances et des résultats attendus. • Certains soins sont exclus, car jugés disproportionnés⁴ ou inacceptables⁴ par l'utilisateur ou son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, compte tenu du potentiel de récupération et des conséquences indésirables (par exemple : intubation à court ou à long terme, chirurgie majeure, transfert). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance ventilatoire² et l'assistance respiratoire³ sont incluses; l'intubation est incluse sauf si non désirée sur le formulaire (cochée dans l'encadré soins préhospitaliers).</p>
Objectif C Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins visent en priorité le confort de l'utilisateur par la gestion des symptômes. • Des interventions susceptibles de prolonger la vie sont déployées au besoin pour corriger des problèmes de santé réversibles, par des soins jugés acceptables par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur (par exemple : antibiotiques par voie orale ou intraveineuse pour traiter une pneumonie). • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort (par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance respiratoire³ est incluse, l'intubation et l'assistance ventilatoire² sont incluses sauf si non désirées sur le formulaire (cochées dans encadré soins préhospitaliers).</p>
Objectif D Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes (par exemple : douleur, dyspnée, constipation, anxiété, etc.). • Les interventions ne visent aucunement à prolonger la vie; la maladie est laissée à son cours naturel. • Un traitement habituellement donné à des fins curatives peut être utilisé, mais uniquement parce qu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort (par exemple : antibiotiques par voie orale en cas d'une infection urinaire basse ou à C. difficile). • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort (par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, les protocoles d'oxygénation, de salbutamol, de nitroglycérine (douleur thoracique) et de glucagon sont applicables. En contexte de détresse respiratoire de l'utilisateur conscient, l'assistance respiratoire³ (CPAP) peut être utilisée si non refusée. L'intubation et l'assistance ventilatoire² sont exclues. Chez l'utilisateur vivant, les manœuvres de désobstruction des voies respiratoires (DVR) peuvent être effectuées.</p>
Réanimation cardiorespiratoire (RCR)	
<p>La RCR fait partie de la même discussion que celle des niveaux de soins. La décision est précisée de façon distincte afin de permettre une décision rapide dans le cas d'un arrêt cardiorespiratoire. La décision concernant la RCR n'est applicable que dans le cas d'un arrêt cardiaque avec arrêt de la circulation. Dans le cas où une tentative de RCR est souhaitée, les mesures disponibles sur place seront entreprises dans l'attente des services d'urgence, selon le cas.</p>	

¹ Le terme « transfert » implique le déplacement de l'utilisateur vers un lieu de soins différent de celui où il se trouve (départ du domicile, inter-établissement ou intra-établissement, etc.). Si un transfert n'est pas considéré, il faut passer à un objectif autre que A.

² L'assistance ventilatoire se fait par des techniques non invasives (type ballon-masque, Oxylette) chez l'utilisateur inconscient.

³ L'assistance respiratoire se fait par des techniques non invasives (CPAP) chez l'utilisateur conscient.

⁴ Le sens des termes « disproportionnés » et « inacceptable » est basé sur des perceptions subjectives et des valeurs qui varient entre les personnes et dans le temps. Les termes utilisés par l'utilisateur ou son représentant sont importants à consigner dans l'encadré prévu à cette fin.

AH-000 DT0000 (2016-01)

NIVEAUX DE SOINS ET
RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf