

COVID-19 - Particularités gériatriques - CHUM

Guide de soins et revue de la littérature

Dernière mise à jour: 2020.04.05

Inspiré du:

- Protocole SI CHUM
- Protocole MD interne

Rédaction:

- Service résidents de gériatrie du CHUM
- Suggestions et commentaires: quoc.dinh.nguyen@umontreal.ca

Guide de soins conçu pour les médecins travaillant auprès des personnes âgées (~70-75 et plus) en milieu de soins aigus, mais peut être utile en contexte de soins de longue durée.

(MD famille, MD spécialistes, gériatres)

- Le guide doit être utilisé à titre indicatif seulement. Tout médecin demeure responsable des actes qu'il pose et doit conserver un jugement critique et ne pas hésiter à consulter un confrère expert pour une situation clinique où il ne se sent pas à l'aise.
- Ce guide sera mis à jour selon les données scientifiques disponibles. Veuillez vérifier que vous utilisez la version la plus récente, mise à jour à chaque dimanche (7 jours).

Lexique et abréviations

ARDS = syndrome de détresse respiratoire aigu; ATB = antibiotiques; BiPAP = Bilevel Positive Airway Pressure; CFS = Clinical Frailty Score; CHSGS = Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés; CHSLD = Centre hospitalier de soins de longue durée; CPAP = Continuous Positive Airway Pressure; CRP = Protéine C réactive; DEG = Détérioration de l'état général; ÉPI = Équipement de protection individuel; FR = Facteur de risque; IDSA = Infectious Diseases Society of America; IET = Intubation endotrachéale; PCI = Prévention et contrôle des infections; PTSD = Syndrome du stress post-traumatique; QoL = Qualité de vie; RAD = Retour à domicile; RCR = Réanimation cardiorespiratoire; RFI = Réadaptation fonctionnelle intensive; RI = Ressource intermédiaire; RPA = Résidences privées pour aînés; RT-PCR = Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction; SCPD = Symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence; SP = Soins palliatifs; SPA = Soins post-aigus ; TNC = Trouble neurocognitif; USI = Unité de soins intensifs; VM = Ventilation mécanique; VNI = Ventilation non-invasive.

Table des matières

Guide clinique	5
Contexte	5
COVID-19	5
Épidémiologie	5
Présentation et évolution clinique	6
Symptômes	6
Atteintes et évolution naturelle	6
Diagnostic	7
Prise en charge	8
Généralités	8
Classification	8
Monitoring	8
Traitement	9
Support respiratoire	9
Critères pour consultation aux SI:	9
Soins palliatifs	9
Pronostic	10
Taux de mortalité rapportés	10
Si nécessité triage USI	10
Discussion du niveau de soins	11
Transition et congé	12
CHSLD-RI-RPA	13
Écllosion en CHSLD-RI-RPA	13
Transfert vers CHSGS?	13
Syndromes et situations particulières à la gériatrie	15
Principes généraux	15
Prise en charge AÎNÉES adaptée à la personne âgée	16
Délirium	17
Délirium et SCPD // incapacité respecter mesures d'isolement	19
	3

Gestion douleur	21
Gestion risque chute	22
Prescriptions	23
Soins palliatifs - à arrimer avec protocole CHUM à venir	25
Revue de la littérature COVID	29
Général	29
Ressources officielles	29
Descriptions de cas	29
Diagnostic	30
Prise en charge	30
Personnes âgées	31
Urgence et transition	31
Délirium	31
Milieux de soins - CHSLD - RPA	31
Prise en charge globale	31
Soins palliatifs	32
Appendices	33
Notes pour ÉPI et PCI	35

Guide clinique

Contexte

- Les personnes âgées sont le plus atteintes par les formes modérées et sévères de la COVID
- Le présent texte considère qu'il n'y a pas d'âge chronologique spécifique pour délimiter les personnes âgées, mais peut s'appliquer généralement aux patients de 70-75 et plus
- Les personnes âgées sont hétérogènes aux plans des maladies chroniques, incapacités fonctionnelles (AVQ-AVD), milieux de vie, soutien social
 - Une partie du texte s'intéresse aux âgés en général et une autre aux plus fragiles
 - Il ne faut pas confondre les patients en CHSLD et ceux en résidences pour personnes autonomes, il y a une grande étendue de profils de personnes âgées
 - La prise de décision clinique devrait tenir compte des capacités fonctionnelles et cognitives

COVID-19

Épidémiologie

- Période d'incubation 5 jours médiane (étendue 1-14 jours)
 - Ce qui explique mesure d'isolement de 14 jours (99% des cas) [Guan NEJM]
- Affecte H > F et nette mortalité H > F
- Autres FR de mortalité
 - Âge avancé (pas de seuil précis)
 - Plurimorbidité, indépendante de l'âge [Guan ERJ]
- Transmission
 - Gouttelettes et contact
 - Possible aérosolisation avec certaines interventions
 - Fécale-orale incertaine

Présentation et évolution clinique

Symptômes

Tous groupes d'âge confondus:

- Toux sèche (80%)
- Fatigue généralisée (60%)
- Céphalée (60%) [PHAC 2020.04.01]
- Dyspnée
- Fièvre (~40-50% à la présentation initiale [Guan NEJM], pas nécessairement sensible)
- Myalgie
- Possibilité Sx GI rapportés comme symptôme précoce (10%) [Wang JAMA]
- Anosmie, probablement spécifique mais peu sensible

Spécificités gériatriques

- Fièvre, suggérons IDSA 2008 pour personne âgée:
 - 37,8°C oral x1 **ou** 37,2°C oral x2 **ou** augmentation \uparrow 1,2°C p/r à base
 - Et possibilité \uparrow moindre chez l'âgé
- Aucun symptôme initial très sensible ou spécifique chez la personne âgée
- Présentation atypique: délirium, "DEG", inappétence, etc. comme toute autre présentation de maladie infectieuse chez l'âgé
 - Cas de syncope-orthostatisme rapportés

Atteintes et évolution naturelle

- Respiratoire
 - Intervalle entre Sx initiaux et dyspnée de 4-5 jours, entre Sx initiaux et admission USI de 7-9 jours [Arentz JAMA]
 - Détérioration très subite rapportée, personne âgée possiblement plus à risque encore
 - Progression plus rapide chez la personne âgée des Sx vers la décompensation respiratoire [Wang JAMA]
- Circulatoire
 - Défaillance cardiaque
- Intervalle entre l'hospitalisation et l'admission à l'USI de 2 jours [Wu. JAMA IM, Arentz JAMA] avec ARDS dans 30-50% des cas USI
 - Ventilation moyenne 7-8 jours si survie
 - 4-5 jours si mortalité

- Trajectoire
 - Chine: 20% hospitalisation, 5% USI [Guan. NEJM, Wu JAMA]
 - Canada: de toutes les hospitalisations → 30% USI et 10% VM

Diagnostic

Généralités

- Ne pas oublier le diagnostic différentiel usuel. Toutes les maladies non-COVID existent toujours.

Laboratoire et investigations

- Bilan sanguin d'admission
 - FSC, Cr, Na, K, Mg, Ca, PO4, gluco, tropo, bilan hépatique, ECG (notamment pour QTc et Rx potentiels)
 - Associé à mauvais pronostic : ferritine ↑, LDH ↑, CRP ↑, D-Dimère, Lymphopénie - ratio neutro/lympho > 3.5 (dosages selon jugement clinique/recherche)
 - Anomalie coagulation
 - ↑ CRP, plus marquée chez la personne âgée [Liu 2020]
 - RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé
 - Sensibilité pas parfaite ~70-75%, ~95% si 2 tests, selon la phase de la maladie
 - Dépendante technique de prélèvement
 - Répéter PCR au besoin
 - Compte tenu transmission communautaire, suggestion de tester plus que pas assez (rhinorrhée, SAG, etc.)
- Imagerie
 - R-X PMS: infiltrats interstitiels réticulaires nodulaires bilatéraux et verre dépoli
 - Possiblement plus souvent multilobaire chez la personne âgée
 - Non nécessaire si maladie non sévère
 - CT du thorax: verre dépoli
 - Scan possiblement plus sensible que RT-PCR, mais en situation COVID, considérer uniquement si change conduite pour éviter transport et contamination (diagnostic définitif est microbiologique)

Prise en charge

Généralités

- PCI (prévention et contrôle des infections), si situation pénurie d'ÉPI (équipement de protection individuelle)
 - Minimiser les tests et les entrées-sorties dans les chambres
 - Minimiser déplacements de cas suspectés ou confirmés
 - Faire tous les examens à la chambre si possible (RxP portatif à la chambre vs CT-scan en radiologie)
 - Utiliser le téléphone pour communiquer avec patient si possible
 - Limiter les contacts directs avec le patient lorsque non nécessaires
 - Ne pas faire de traitements d'inhalothérapie qui génèrent des aérosols (ex. nébul)
 - Réduire fréquence Rx à die ou bid, en même temps que les SV si possible
 - Minimiser les SV, prises de sang et autres investigations à ce qui est réellement nécessaire
 - Privilégier ATB PO ou IV die lorsque possible
 - Limiter les consultations médicales et interdisciplinaires dans la mesure du possible
 - Consultation pneumo pour CPAP-BiPAP (si usage à domicile)
- Déclarer le cas COVID à la santé publique si condition sévère
- Isolement gouttelettes-contact, mais isolement aérienne-contact si maladie sévère (requiert alors USI)
- Voir détail pour prévention des infections en [annexe](#)

Classification

- Légère (pas hospitalisation)
- Modérée
- Sévère/critique (SpO₂ < 93%, FR > 30, besoin d'O₂ > 4L persistant, détresse respiratoire ou choc; USI)
 - Nécessite USI ou soins palliatifs (SP) selon pronostic

Monitoring

- SV q8h-die, *selon la phase de la maladie* (Sx à USI → 7-10 jours, en général)
- Laboratoire contrôle uniquement si nécessaire ou selon jugement clinique, le cas échéant
- **Syndromes gériatriques**, cf. [Syndromes et situations particulières en gériatrie](#)
 - Signes vitaux AÎNÉES dans la mesure du possible
 - Autonomie, intégrité peau, nutrition, élimination, état cognitif-conscience/comportement, sommeil

- Délirium, déconditionnement-perte fonctionnelle, etc.

Traitement

- Traitement de support
 - Notamment, prophylaxie anti-embolique (cf. Prescriptions)
- Déterminer niveau de soins
- Garder euvolémique
- Évaluer pour DDX usuels (surinfection bactérienne, embolie pulmonaire (coagulopathie induite par COVID décrite), dysfonction cardiaque, etc.)

Support respiratoire

- Lunette nasale, décubitus ventral peut aider (même si pas IET)
 - Viser saturation au plus 96%
- VNI
 - Optiflow (transfert USI, chambre pression négative recommandée)
 - Éviter intubation urgente car risque plus grand contamination
 - Éviter BiPAP(transfert USI et nécessiterait chambres pression négative) - risque aérosolisation plus grand que Optiflow)

Critères pour consultation aux SI:

- Tachypnée, détresse respiratoire, détérioration rapide
- >VM40% ou >4-5L/min
- Altération état de conscience sur COVID
- Instabilité hémodynamique

Soins palliatifs

→ Voir section [Soins palliatifs](#)

Pronostic

Taux de mortalité rapportés

- Tous groupes d'âge confondus: 7% Italie, 3% Chine, 0.8% Corée
- Groupe des 70-79 ans : 13% Italie, 8% en Chine, 3% Corée
- Groupe des 80+ ans : 20% Italie, 15% en Chine, 9% Corée

Si nécessité triage USI

- Se référer aux directives MSSS et locales
- Variables d'intérêt:
 - QoL - Objectifs de vie / objectifs généraux de soins (comme en toute circonstance, indépendamment COVID - actuellement à cette phase au Québec)
 - Données sur la futilité des USI en COVID?
 - Incapacité/fragilité sévère (Clinical Frailty Scale 7+, zone grise 6?)
 - Trouble neurocognitif majeur sévère ou avec opposition aux soins
 - Espérance de vie
 - Comorbidités cardio-pulmonaires sévères
 - Dénutrition sévère
- Principes éthiques en situation COVID [Emanuel NEJM, White JAMA]
 - Maximiser les bénéfices (années ou qualité de vie - probabilité de survie à moyen et long terme)
 - Priorité aux professionnels de la santé (valeur instrumentale et rôle sociétal vital)
 - Pas premier arrivé premier servi
 - Adapter décisions cliniques en fonction des données disponibles
 - Toute chose étant égale, prioriser les personnes participant à un protocole de recherche
 - Considérer, de la lentille éthique, les patients COVID+ et COVID- également pour l'allocation des ressources
 - Toute chose étant égale, âge pourrait être un "tiebreaker" [White JAMA]
 - Ne devrait pas reposer sur l'exclusion d'une catégorie nette (âge, comorbidités, etc.)

Discussion du niveau de soins

- Discuter dès admission si non établi

Aide à la discussion

- Extrapolation des données RCR/IET en situation non-COVID peu généralisable malheureusement
 - La COVID atteint surtout le système respiratoire; données générales pour RCR sont rarement dans cette seule population
 - Peu de données probantes chez les personnes âgées
- En général
 - Diminution de la qualité de vie au congé des USI
 - Déconditionnement sévère +/- polyneuromyopathie des soins intensifs (FR : curarisation → fréquente en ARDS)
 - Risque de trachéostomie si ventilation prolongée (perte de la parole et dysphagie possible)
 - Risque de nutrition entérale ou parentérale
 - Hospitalisation prolongée et réadaptation de plusieurs semaines au congé souvent requise si patient démontre un potentiel per-hospitalisation (RAD avec services à domicile versus relocalisation sinon)
- Chez la personne âgée
 - USI et surtout IET potentiel important d'atteinte fonctionnelle
 - Au plus 25-50% retour état fonctionnel chez population 65-70 ans
 - Chez survivant RCR
 - Séquelle neurologique modérée à sévère chez environ 50%
 - Risque élevé de délirium USI (~70%) et post-USI (> 50%)
 - Délirium diminue le potentiel de récupération des patients car patients souvent non-observants à la réadaptation

En COVID

- Survie post-IET (ARDS) tous âges confondus <50% [Wu JAMA IM]
- Raisonnable de penser que plus bas chez patient âgé, fragile, TNC, plurimorbide (cf. variables d'intérêt dans *Pronostic*)
- **Aucun** patient ne sera fonctionnellement mieux après COVID qu'il ne l'est avant COVID
- Pour RCR
 - En CHSLD, pronostic moyen terme très pauvre
 - Pronostic probablement plus sombre car délais avant RCR
 - EPI à enfiler par le personnel
 - Ordre des manœuvres modifié (protection des voies respiratoires avant début des compressions)

Transition et congé

- Durée des hospitalisations des patients gériatriques survivants, statut fonctionnel et orientation au congé incertains
 - Données surtout de la Chine et population générale, à interpréter avec prudence
 - Population générale plus jeune (données sur Italie à venir éventuellement)
 - Proportion élevée de patients toujours hospitalisés au moment de la revue des dossiers dans la littérature actuelle
 - CHSLD vs RAD en Chine?
 - Durée moyenne hospitalisation si survie: 10 jours médiane [Wang JAMA]
- Critères pour guérison [2020.03.25]
 - Pas de Sx aigus depuis 24 heures
 - Pas de fièvre depuis 48 heures
 - Période d'au moins 14 jours après le début de la maladie aiguë
 - PCR - sur 2 échantillons respiratoires consécutifs prélevés à 24h d'intervalle après la résolution de la maladie aiguë (ou selon d'autres recommandations de la santé publique)
 - Valider auprès de la prévention des infections avant de lever isolement
 - Pour l'instant risque *potentiel* fécal-oral prolongé
 - Il y aura pression pour libérer des lits, mais contagion potentielle au congé à surveiller
- Congé à domicile
 - Fax Rx
 - Précautions pour contacts
 - Isolement
 - Soutien incapacité
- Congé vers SPA / RFI ou CHSLD
 - Fax Rx
 - Précautions pour contacts (à valider avec recommandations)
 - Transfert d'information
 - Isolement

CHSLD-RI-RPA

Écllosion en CHSLD-RI-RPA

- Mettre à jour les niveaux de soins
- Particularités [Dosa JAMDA]
 - Incapacités fonctionnelles augmentent contact entre personnel et résidents
 - Mesures PCI difficiles avec atteinte cognitive et fonctionnelle
 - Manque de personnel - surcapacité limitée
- Cas écllosion dans CHSLD État Washington [McMichael NEJM]
 - 167 cas: 101 résidents, 50 membres personnel, 16 visiteurs
 - Tous types de personnel : physio, ergo, orthophonie, entretien, nursing, médecin, commis...
 - Hospitalisation: 55% des résidents; 6% du personnel; et 50% des visiteurs.
 - Létalité : 34% résidents
- Facteurs de risques et surveillance
 - Personnel qui travaille malgré des Sx légers → Dépistage Sx (et T) actif requis et retrait
 - Personne travaillant dans plusieurs milieux → À éviter dans la mesure du possible
 - Difficulté avec PCI/ÉPI → Formation et supervision lors de l'habillage-déshabillage
 - Reconnaissance tardive des cas → Nécessité surveillance résidents
 - Toux, fièvre (37,2), dyspnée
 - Si Sx atypiques (myalgie, céphalée, diarrhée, rhinorrhée) : vérifier saturo, température
 - Disponibilité et rapidité des tests
 - Transferts de patients d'un autre centre avec COVID → Isolement, surveillance ou s'assurer COVID- en transmission asymptomatique
 - Port du masque généralisé si disponible? [CDC 2020]
- Ressources mise à jour:
 - paltc.org/COVID-19: très bonne ressource, mais américaine
 - <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/prevent-spread-in-long-term-care-facilities.html>
 - <https://ltccovid.org/>

Transfert vers CHSGS?

- [MSSS](#) en date 2020.03.23

- Les patients COVID-19 positifs avec un niveau de soins 3 ou 4 (nomenclature MSSS) au dossier, ainsi que ceux hébergés en CHSLD publics ou privés, doivent demeurer dans leur centre tout en respectant les consignes d'isolement émises par leur service de prévention et contrôle des infections.
- Les patients COVID-19 suspectés ou confirmés ne doivent être transférés en CH que de façon exceptionnelle et après consultation avec le médecin de garde.

Syndromes et situations particulières à la gériatrie

Principes généraux

- Lorsque pertinent, la prise en charge est séparée en “Prise en charge usuelle” (COVID-19 n’altère pas ou peu la prise en charge) et “Prise en charge en situation COVID”
- La prise en charge COVID implique l’utilisation judicieuse d’ÉPI (cf. [COVID-19 / Prise en charge / Généralités](#)) pour protéger personnel et éviter gaspillage des ressources en contexte de pénurie
 - Conséquence de réduire les interactions médicales et des autres professionnels avec les patients âgés, ce qui vient à l’encontre de nos meilleures pratiques gériatriques.
 - Il faut s’adapter et user du bon jugement clinique
- En cas de doute, consultation en gériatrie (peut aussi être un avis téléphonique) si disponible

Prise en charge AÎNÉES adaptée à la personne âgée

- Déclin fonctionnel iatrogénique fréquent per-hospitalisation (chez 1/3 des patients) avec perte fonctionnelle qui persiste à 3 mois chez la moitié.
 - Augmentation du taux d'hébergement, augmentation réhospitalisation et mortalité

Prise en charge usuelle	Prise en charge COVID
<ul style="list-style-type: none"> ● Prévention et prise en charge appropriées du délirium ● Prévention et prise en charge appropriées du syndrome d'immobilisation <ul style="list-style-type: none"> ○ Physiothérapie ○ Aide technique au chevet ● Cesser soluté et sonde urinaire <ul style="list-style-type: none"> ○ Favoriser bolus aux repas ou cathétérismes intermittents ● Encourager le patient à se lever pour aller aux toilettes plutôt que urinal et bassine ● Encourager participation du patient aux soins d'hygiène et à la routine du matin ● Encourager mobilisation au fauteuil TID lors des repas ● Éviter contentions physiques et chimiques 	<p>Autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aide technique au chevet ● Profiter des interventions médicalement/nursing requises (Rx, SV) pour mobiliser et préserver capacité fonctionnelle si patient collaborant et autonome à la marche ou avec aide minimale <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour les patients collaborants ○ Surveiller risque de bris d'ÉPI si aide importante requise aux transferts ● Encourager la mobilisation au fauteuil TID lors des repas ● Encourager dans la mesure du possible la participation aux soins d'hygiène ● Contention peut-être requise si haut risque transmission <p>Intégrité de la peau</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Surveillance plaie <p>Nutrition et hydratation</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Encourager la prise de repas et l'hydratation lors des visites nécessaires des intervenants <p>Élimination</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sonde urinaire potentiellement nécessaire pour éviter cathétérisme à répétition ● Ou cesser sonde urinaire et tolérer résidus élevés, si acceptable (Cr, Sx) <p>État cognitif-éveil</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Surveiller l'émergence d'un délirium, l'état d'éveil lors des visites requises <p>Sommeil</p>

Délirium

Prise en charge usuelle	Prise en charge COVID
<p>HMA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Anamnèse usuelle auprès du patient ● Histoire collatérale avec anamnèse ciblée <ul style="list-style-type: none"> ○ Niveau cognitif et fonctionnel antérieur ○ Niveau de soins ● Orientation souhaitée au congé <p>Examen physique</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Signes d'un foyer infectieux ● Signes d'un processus intracrânien aigu ● Sevrage alcool, médicament ● Mobilité, démarche, transferts <p>Laboratoires et imagerie</p> <ul style="list-style-type: none"> ● FSC ● Cr, Na, K, Ca, PO4, Mg, Alb ● Bilan hépatique ● TSH ● Hémocultures ● Analyse d'urine, Bscan ● RXP, ECG ● Scan cérébral, EEG, ponction lombaire selon suspicion clinique 	<p>HMA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Considérer anamnèse à distance avec patient ● Histoire collatérale à prioriser encore davantage (mais possibilité peu informations à cause isolement) ● Avec équipe traitante, préposés, infirmières <p>Examen physique</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Examiner patient une fois, ne pas répéter si pas de changements et si ne changerait pas la clinique ● Discussions avec équipe infirmière pour évaluer la mobilité et le statut fonctionnel du patient plutôt qu'évaluation au chevet par la gériatrie ● Rechercher déshydratation <p>Laboratoires et imagerie</p> <ul style="list-style-type: none"> ● En situation COVID généralisée, éliminer COVID ● Si dx RT-PCR, éviter les RXP et laboratoires si maladie non sévère ● Ne pas répéter les bilans récents si tableau clinique inchangé <ul style="list-style-type: none"> ○ Demander bilan complet dès le début ● Rechercher facteurs aggravants facilement réversibles: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bilan sanguin délirium usuel ● Éviter culture urine si pas de nouveaux Sx urinaires ou suspicion très faible ● Bscan, ECG, et autres investigations usuelles selon les circonstances ● Scan cérébral, EEG, PL à limiter si réelle suspicion

Prise en charge et monitoring

- Traiter cause ss-jacente
- Cesser Rx anticholinergiques
- SV BID-TID
- Hydratation à favoriser PO
- Nutrition
 - Perte de poids > 2%/semaine
 - Apport < 75%
- Si dénutrition, envisager au besoin:
 - Suppléments alimentaires
 - Stimulation aux repas
 - Aide à l'alimentation
- Élimination à régulariser
- Sommeil
 - Éviter somnifères
 - Si prise à domicile, évaluer si diminution de doses ou garder idem (éviter Sx de sevrage hospitalier)

Prise en charge et monitoring

- Idem
- Diminuer fréquence Rx si possible, éviter PRN (plusieurs visites)
- SV q8 à die selon évolution (mais ne pas cesser car risque de détérioration et aussi pour surveillance)
- Hydratation à favoriser PO
- Nutrition et élimination
 - Apports alimentaires aux repas comme indice de dénutrition
 - Peser avec parcimonie
 - Stimulation repas difficile avec limitation des visites
 - Repas à très haute densité énergétique
 - Considérer des aliments qui se mangent avec les mains si incapable d'utiliser des ustensiles
 - Suivre selles et urines
 - Possibilité de tolérer sonde urinaire plus longtemps pour éviter KT
- Mobiliser au moins BID
- Sommeil
 - Si inversion cycle éveil-sommeil ET agitation nocturne, considérer un antipsychotique avec effet sédatif (quetiapine)
- Risque lié solutés et sonde urinaire
 - Favoriser hydratation et ATB PO plutôt que IV si possible
 - Si soluté nécessaire, et que la condition du patient le permet, estimer le volume de soluté à donner et un débit pour coïncider l'arrêt de la perfusion avec une prochaine visite requise du personnel soignant.
- Éviter cathétérismes urinaires intermittents
 - Cesser sonde urinaire et tolérer résidus élevés, si acceptable (Cr, Sx)

Délirium et SCPD // incapacité respecter mesures d'isolement

- Les mesures d'isolement sont des facteurs précipitants potentiels de délirium ou de décompensation de SCPD
 - Interdiction de sortir de la chambre et porte qui doit rester fermée
 - Visites interdites
 - Anxiété, frustration, peur possible chez les patients isolés continuellement recadrés à leur chambre
 - Équipement de protection porté par le personnel
- Patient en délirium/TNC à risque de briser les mesures d'isolement en place et de contaminer professionnels et patients
 - Risque de briser les mesures d'isolement et de briser l'intégrité des ÉPI des travailleurs de la santé lors des soins
 - Méthodes non pharmacologiques pour la gestion difficiles à mettre en place

Prise en charge COVID

- Cohorter si possible les patients COVID+ confirmés pour amenuiser nécessité d'isolement restrictif
- Débuter avec **mesures non pharmaco** envisageables pour contrôler les troubles de comportement :
 - **Toujours s'assurer que le trouble de comportement ne correspond pas à un besoin de base non répondu** [Kales JAGS]
 - Contacts sociaux simulés (mais application difficile si visiteurs interdits...)
 - Vidéo ou audio de la famille rassurants p/r à la santé de la famille, message pour favoriser la participation aux soins et l'alimentation
 - Photos de famille
 - Poupée, animaux robotisés
 - Encourager appels téléphoniques des proches
 - Télévision
 - Musicothérapie
- Ensuite **contentions pharmacologiques**
 - Considérer plus précocement antipsychotiques si errance/agitation lors d'un soin jugé essentiel et atteinte sécurité personnelle
 - Ceci inclut une errance/agitation qui mettrait en péril l'intégrité de l'ÉPI d'un travailleur de la santé
 - Si contentions absolument nécessaires, discuter avec famille lorsque possible
 - Contentions pharmacologiques avec antipsychotiques
 - *Voir tableau plus bas et réévaluer régulièrement*
- Ensuite si insuffisantes, **contentions physiques et augmenter doses** et/ou fréquences des agents pharmacologiques
 - Considérer avis gériatrie (ou psychiatrie)

- Si patient agité lors des soins ou tente *uniquement* d'arracher soluté et sonde urinaire: débiter avec contentions aux poignets
- Si patient tente de se lever: débiter avec contention abdominale → si insuffisante, ajouter contentions aux poignets → si insuffisantes, ajouter contentions aux 4 membres
 - Contentions physiques abdominales et ridelles de lit associées à risque de délirium, de chutes, de blessures, de strangulations et de décès
 - Contentions 4M associées au plus haut risque de blessures, à tenter en dernier recours
- Si contention physique est extrêmement inconfortable
 - Supplémenter avec agents pharmacologiques
- Surveillance étroite requise (visuelle)
- Tenter d'enlever les contentions lors des soins si sécuritaire pour diminuer risque des blessures
- Réévaluer quotidiennement et sevrer les contentions physiques lorsque la médication est efficace

Contentions pharmacologiques

Chez patients gériatriques (ces doses sont ~ 50% des doses adultes usuelles):

- Si PO possible chez patients gériatriques
 - Quetiapine 12.5-25mg PO (ad 50 mg par dose) q1h PRN, peut être donné ad 4 doses par 24h (plus sédatif), ou
 - Risperidone 0.25-0.5mg PO (ad 1mg par dose) q1h PRN, peut être donné ad 2mg par 24h (moins sédatif néanmoins)
 - Haloperidol 0.5-1mg PO q30min PRN, peut être donné ad 4 doses par 24h
 - Si inefficace:
 - Olanzapine 2.5-5mg q1h PRN (max 10mg par jour chez population gériatrique à priori)
- Si PO impossible ou dans contexte agitation aiguë car début d'action plus rapide
 - Haloperidol 0.5mg-1mg q30min SC/IM PRN, peut être donné ad 4 doses par 24h
 - Puis donner au besoin olanzapine ou quetiapine PO par la suite
 - Si haloperidol SC/IM non efficace à hautes doses avec autres antipsychotiques PO,
 - Considérer en dernier recours lorazépam 0.5-1mg SC PRN (risque détérioration respiratoire à surveiller)
- Instaurer doses régulières si agitation est régulière et ajouter doses PRN
 - Haloperidol, risperidone et quetiapine BID
 - Ajouter aussi des doses PRN
- Réévaluer quotidiennement
 - Si patient n'est pas agité et tolère contention physique: pas d'antipsychotique
 - Sevrer la médication lorsque possible

Gestion douleur

Prise en charge usuelle	Prise en charge COVID
<p>Gestion de la douleur</p> <ul style="list-style-type: none">● Administration d'analgésie à intervalles réguliers (plutôt qu'au besoin)● Tylenol en première intention● Opioides pour douleurs réfractaires et comme adjuvants au Tylenol seulement<ul style="list-style-type: none">○ Doses minimales pour débiter, ex. 0.25-0.5mg hydromorphone PO ou SC	<p>Gestion de la douleur</p> <ul style="list-style-type: none">● Si possible favoriser plus longue durée d'action (mais ne pas initier, mais faire transition rapidement)<ul style="list-style-type: none">○ Acétaminophène TID à préférer à QID (dose maximale die de 3g)● Éviter AINS, chez population âgée en général, et précautions supplémentaires car <i>association</i> avec maladies plus sévères

Gestion risque chute

Prise en charge usuelle	Prise en charge COVID
<p>Risque de chutes élevé aigu</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aide technique au chevet ● Baisser la ridelle de lit du côté où le patient se lève habituellement ● Utiliser pad de mobilité au lit et au fauteuil ● Famille au chevet ou soins continus si famille non disponible ● Éviter contentions (ridelles de lit levées ou contention abdominale) <ul style="list-style-type: none"> ○ Rarement indiquées, et non indiquées pour diminuer le risque de chutes ou les comportements d'errance plus particulièrement ○ Situations où elles peuvent être envisagées : <ul style="list-style-type: none"> ■ Danger important pour le patient ou le personnel et ■ Après avoir tenté des mesures non pharmacologiques (soins continus) et pharmacologiques et ■ Si le bénéfice > risques ○ Consentement requis si utilisé <p>Risque de blessures liées aux solutés et sonde urinaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Réévaluer l'indication de ces soins : <ul style="list-style-type: none"> ○ Favoriser hydratation et ATB PO plutôt que IV ○ Tenter sevrage de la sonde 	<p>Risque de chutes élevé aigu</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aide technique au chevet à la vue en tout temps ● Baisser la ridelle de lit du côté où le patient se lève habituellement ● Pad de mobilité ou soin continu au chevet peuvent être difficile à appliquer si COVID+ ou suspecté <ul style="list-style-type: none"> ○ Tolérer le risque de chutes versus contentions à discuter avec la famille ○ Risque d'exacerbation du délirium et agitation et risque de chutes et de blessures ○ Antipsychotiques seulement si agitation, car augmentent le risque de chutes

Prescriptions

Prise en charge COVID

Général

- Utiliser les protocoles d'admission du CHUM prévus pour les patients COVID. Prescriptions qui prévoient:
 - SV, glycémies, prises de sang
 - Type d'oxygénothérapie (favoriser LN autant que possible)
 - Choix des bronchodilatateurs (nébulisation et aérochambre à éviter ++)
 - Indications d'ATB, choix de l'ATB, fréquence d'administration et temps de perfusion si IV.
 - Thromboprophylaxie : privilégier dalteparine 5000 unités SC DIE, car peut se donner avec ClCr > et < à 30 ml/min. (étude soins intensifs) et 1 fois par jour
 - Gestion du CPAP/BiPAP (à cesser en général, avis pneumo requis si prescription souhaitée)
- Minimiser le nombre de prescriptions : association à une contamination des patients et du personnel et risques/bénéfices différents en temps de COVID.
 - Cesser médicaments en prévention primaire
 - Ex. statines et aspirine en prévention primaire chez les 75+
 - Vitamine D, Calcium, B12
 - Cesser certains médicaments en prévention secondaire si possible
 - Ex. ostéoporose
 - Privilégier les médicaments avec une longue durée d'action pour éviter une administration répétée
 - Si profil pharmacologique complexe ou polymédication, avis pharmacie pour optimisation (pour réduire la fréquence d'administration Rx)
- Combiner Rx avec SV, si possible
 - Ex. Metformine bid, bisoprolol plutôt que metoprolol, etc.
- Considérer auto-gestion des médicaments chez les patients autonomes
- Pour les patients en NS 3:
 - Prévoir opioïdes pour soulager dyspnée si détérioration aiguë en attendant évaluation médicale (dilaudid 0.5 à 1 mg SC PRN)
 - Possibilité de prévoir d'emblée protocole de détresse respiratoire au cas où changement NS 3 pour NS 4.
- Se référer à la section "Déliirium et SCPD // incapacité respecter mesures d'isolement" pour la prise en charge pharmacologique de ces patients.

Pour les médicaments les plus fréquents

- Éviter médicament PRN. Réévaluer attentivement et tenter de cesser ou de prescrire régulièrement selon évaluation
 - Médicaments analgésiques (acetaminophene, pregabalin, gabapentin, amitriptyline - attention sevrage pour certains Rx)

- Relaxants musculaires
- Anti-acides
- Crèmes si patient incapable de les appliquer seul
- Gestion du diabète
 - Envisager consultation en pharmacie pour simplification du régime
 - Éviter échelle d'insuline, ou synchroniser avec les temps d'administration régulière de l'insuline
- Gestion des anti-parkinsoniens
 - Envisager consultation en pharmacie (ou neurologie // trouble du mouvement) pour simplification du régime
- Gestion somnifères
 - Évaluer si diminution dose possible ou non, garder idem est acceptable aussi pour éviter Sx sevrage
 - Ne pas donner si altération état conscience et dépression respiratoire
- Conserver les médicaments suivants:
 - Gouttes ophtalmologiques (ex. glaucome). Les larmes artificielles pourraient être suspendues ou remplacées par des formes à plus longue action (ex. : gel ou pommade)
 - Somnifères HS
 - Antidépresseurs, stabilisateurs de l'humeur et antipsychotiques, inhibiteurs de l'acétylcholinestérase

Ne pas oublier de cesser les antipsychotiques débutés per-hospitalisation au congé

Soins palliatifs - à arrimer avec protocole CHUM à venir

Contexte

- Souffrance psychologique des patients et proches, en situation pandémie
 - Par maladie elle-même
 - Par mesures d'isolement
- Diminution estime de soi, impuissance face à santé, sentiment d'abandon et déshumanisation du système de santé
- Mourants sans la liberté de faire leurs adieux ou de mourir entourés de leurs proches
- Rituels funéraires souvent impossibles, compliquant le deuil
- Épuisement professionnel et PTSD chez les travailleurs de santé qui n'ont pu offrir des soins de fin de vie optimaux
- Principaux facteurs pour SP sous-optimaux
 - Manque de personnel adéquatement formé, ratio patients:personnel élevé, ÉPI manquants, visites brèves au chevet; évaluation des symptômes et support émotionnel limité

Généralités prise en charge COVID

- Tous MD devraient avoir la capacité d'offrir SP de base
 - Assurer une formation de base aux médecins traitants et aux IPS
 - Fournir des ordonnances collectives au personnel infirmier
 - Réserver pour la 2^e ligne les consultations en soins palliatifs
- PCI: limiter les visites à la chambre par le personnel :
 - **Favoriser l'administration régulière et continue via pompe, de l'analgésie et de la sédation**
 - Minimiser les interventions multidisciplinaires si possible
- **Aucune visite ne sera permise pour les patients COVID en soins palliatifs dans les centres hospitaliers du Québec.**
 - En CHSLD et RI, un visiteur sera permis à la fois.
- **S'assurer qu'un membre de l'équipe traitante contacte la famille tous les jours pour leur donner des nouvelles**
 - En Italie dans certains hôpitaux, psychologues et TS pour rejoindre la famille pour décharger le personnel MD/nursing
- En cas de triage-USI
 - S'assurer que MD traitant (et SP) ne soit pas membre de l'équipe de triage.
 - Patient en CHSLD ou à domicile: discuter avec le patient des bénéfices limités d'un transfert à l'hôpital et offrir des soins à domicile PRN

Prise en charge usuelle	Prise en charge COVID
<p>Protocole de soins de fin de vie Douleur ou dyspnée non soulagée (sans critère pour protocole de détresse respiratoire)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Éviter opioïdes PRN ● Favoriser opioïdes courte action réguliers initialement ● Une fois la douleur bien soulagée, changer les courtes actions en longue action <p>Agitation ou anxiété</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Benzodiazépine ou antipsychotique PRN <ul style="list-style-type: none"> ○ Ativan SC PRN ou Versed SC PRN ○ Haldol SC PRN ou Nozinan SC PRN: favoriser Haldol plutôt que Nozinan car charge anticholinergique moins grande <p>Convulsion</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ativan SC PRN ou Versed SC PRN <p>Sécrétions bronchiques*</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Robinul ou Scopolamine (Robinal : anticholinergique mais ne traverse pas la barrière hémato-encéphalique) 	<p>Protocole de soins de fin de vie Douleur ou dyspnée non soulagée (sans critère pour protocole de détresse respiratoire)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Éviter opioïdes PRN ● Pour limiter visites à la chambre: <ul style="list-style-type: none"> ○ Considérer perfusion SC continue ○ Utilisation d'opioïdes à courte action régulière moins réaliste si patient COVID; favoriser longue action (morphine LA, hydromorpone LA ou Fentanyl Patch), mais titration peut être longue <p>Agitation ou anxiété</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Idem, mais favoriser administration régulière et lorazépam SC plutôt que midazolam SC car plus longue demi-vie ● Considérer perfusion SC continue ● Plusieurs de nos patients seraient candidats à une sédation palliative continue, mais protocole difficile à appliquer si visites interdites (consentement écrit requis) <p>Convulsion</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Idem, mais favoriser lorazépam SC plutôt que midazolam SC car plus longue demi-vie <p>Sécrétions bronchiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Idem

<p>Protocole de perfusion SC continue</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Perfusion régulière recommandée; éviter pousse-seringue si délirium / TNCM ● Dilaudid > Morphine, Versed, Haldol > Nozinan ● Dilaudid 2 mg + Versed 5 mg + Haldol 1 mg dans 100 mL ; débuter à 4 mL/h puis doubler débit PRN <p>Protocole de détresse respiratoire*</p> <p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● En présence de détresse respiratoire, présence d'un des signes suivants: agitation, dyspnée sévère, FR > 27, tirage, sécrétions bronchiques et cyanose <p>Protocole</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Midazolam, Dilaudid > Morphine, Scopolamine ● Midazolam 5 mg SC + Dilaudid 1 mg SC + Scopolamine 0.4 mg SC ● Protocole répétable 1x q 20 minutes puis aviser médecin traitant si insuffisant 	<p>Protocole de perfusion SC continue</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Idem, possibilité d'augmenter le débit initial et de titrer plus rapidement PRN <p>Protocole de détresse respiratoire</p> <p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Idem <p>Protocole</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Idem ● Envisager d'augmenter les doses initiales ou d'écourter l'intervalle afin de limiter le temps de l'infirmière au chevet
---	--

* Habituellement, on vise le soulagement de la détresse respiratoire; si le patient est inconscient, il s'agit d'une insuffisance respiratoire sans détresse respiratoire et il est alors adéquat de tolérer la tachypnée, les sécrétions bronchiques et de cesser la LN. **Chez les patients COVID, envisageable de traiter tachypnée et sécrétions bronchiques même si patient inconscient pour diminuer la transmission.**

Sédation palliative continue

- Protocole de sédation palliative envisageable pour plusieurs de nos patients COVID, mais sera difficile à organiser dans le contexte. Favoriser protocole de perfusion SC continue.
- Prérequis
 - Pronostic de moins de 2 semaines
 - Tableau réfractaire
 - Consentement écrit requis si sédation palliative continue (plutôt qu'intermittente), ce qui sera difficile à obtenir vu visites interdites. Consentement substitué possible pour la sédation palliative (contrairement à aide médicale à mourir)
- Indications
 - Delirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable
 - Détresses respiratoires majeures et récidivantes
 - Dyspnée progressive et incontrôlable
 - Convulsions réfractaires
 - Douleur intraitable et intolérable
 - Sécrétions bronchiques très abondantes et réfractaires
 - Détresse hémorragique
 - Nausées et vomissements incoercibles
 - Détresse psychologique ou existentielle réfractaires qui compromet gravement l'atteinte du confort
 - Autre état réfractaire

Revue de la littérature COVID

Général

Ressources officielles

- INSPQ- [Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires](#) (mis à jour le 18 mars 2020)
- INSPQ - [Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaires](#) (mis à jour le 20 mars 2020)
- INSPQ- [Gestion du risque pour la protection respiratoire en milieux de soins aigus](#) (mis à jour le 18 mars 2020)
- ASPC - Définition nationale de cas provisoire : Maladie à coronavirus (COVID-19)
- [MSSS Hospitalisation - Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19 - Professionnels de la santé](#)

Descriptions de cas

- Public Health Agency of Canada.
https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/diseases-maladies/2019-novel-coronavirus-infection/SURV_COVID19%20Epi%20update%20APR1.pdf
- Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* (London, England). 2020; 395(10223):507-513
- Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;19:1-2. doi:10.1056/NEJMoa2002032
- Guan W, Ph D, Liang W, et al. Comorbidity and its impact on 1,590 patients with COVID-19 in China: A Nationwide Analysis. *Eur Respir J*. 2020.
- Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, et al. First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. *N Engl J Med*. 2020:929-936. doi:10.1056/nejmoa2001191.
- Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223): 497-506
- Liu K, Chen Y, Lin R, Han K. Clinical feature of COVID-19 in elderly patients: a comparison with young and middle-aged patients. *J Infect*. March 2020. doi:10.1016/j.jinf.2020.03.005.

- Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323(11):1061-1069. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>
- Wu C, Chen X, Cai Y, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med*. March 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.0994.

Diagnostic

- Diagnosis of SARS-CoV-2 Infection based on CT scan vs. RT-PCR: Reflecting on Experience from MERS-CoV. Al-Tawfiq J.A., Memish Z.A. *The Journal of hospital infection*. (no pagination), 2020. Date of Publication: 05 Mar 2020

Éthique

- Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020:1-7. doi:10.1056/NEJMs2005114.
- White DB, Illness C, Medicine C, et al. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020;2019:2019-2020. doi:10.1378/chest.14-0736.

Prise en charge

- Poston JT, Patel BK, Davis AM. Management of Critically Ill Adults With COVID-19. *JAMA*. March 2020. doi:10.1001/jama.2020.4914.

Personnes âgées

Urgence et transition

- Malone M et al. COVID-19 in Older Adults: Key Points for Emergency Department Providers. J Ger Emerg Med. 2020;1:4.
- Levine, S et al. COVID-19 in Older Adults: Transfers Between Nursing Homes and Hospitals. J Ger Emerg Med. 2020;1:5

Délirium

- Hwang, U et al. Preventing and Managing Delirium in Older Emergency Department (ED) Patients During the COVID-19 Pandemic. J Ger Emerg Med. 2020;1:4S1
- British Geriatrics Society, Coronavirus: Managing delirium in confirmed and suspected cases

Milieux de soins - CHSLD - RPA

- Adamo HD, Yoshikawa T. Coronavirus Disease 2019 in Geriatrics and Long-term Care: The ABCDs of COVID-19. J Am Geriatr Soc. 2020. doi:10.1016/s0740-5472(96)90021-5.
- Dosa D, Jump RLP, LaPlante K, Gravenstein S. Long-Term Care Facilities and the Coronavirus Epidemic: Practical Guidelines for a Population at Highest Risk. J Am Med Dir Assoc. March 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.03.004.
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/prevent-spread-in-long-term-care-facilities.html>
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/retirement/guidance-retirement-response.html>
- <https://ltccovid.org/>
- <https://paltc.org/COVID-19>, notamment
 - <https://paltc.org/sites/default/files/COVID-19%20Guidance%20Updated%20March%2027.pdf>
 - <https://paltc.org/sites/default/files/Lessons%20Learned.pdf>
 - <https://paltc.org/sites/default/files/Active%20Screening%20rj-SG.pdf>

Prise en charge globale

- Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, publication MSSS, 2002

Niveau de soins // Pronostic

- Chan PS, McNally B, Nallamotheu BK, et al. Long-term outcomes among elderly survivors of out-of-hospital cardiac arrest. J Am Heart Assoc. 2016;5(3):e002924. doi:[10.1161/JAHA.115.002924](https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002924)

- Chan PS, Nallamothu BK, Krumholz HM, Spertus JA, Li Y, Hammill BG, Curtis LH; American Heart Association Get with the Guidelines–Resuscitation Investigators: Long-term outcomes in elderly survivors of in-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med* 368: 1019–1026, 2013pmid:23484828
- Van Gijn M, Frijns D, van de Glind E, et al. The chance of survival and the functional outcome after in-hospital cardiopulmonary resuscitation in older people: a systematic review. *Age Ageing*. 2014;43(4):456–63. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu035>.
- Clinical Frailty Scale. <https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html>

SCPD

- Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: Recommendations from a multidisciplinary expert panel. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(4):762-769. doi:10.1111/jgs.12730.

Soins palliatifs

- Massimo Costantini, Katherine E Sleeman, Carlo Peruselli, Irene J Higginson. Response and role of palliative care during the COVID-19 pandemic: a national telephone survey of hospices in Italy. medRxiv 2020.03.18.20038448; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.18.20038448>
- World Health Organization. (2018). Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Victoria D. Powell, Maria J. Silveira What Should Palliative Care’s Response be to the COVID-19 Epidemic? Publication stage: In Press, Journal Pre-proof, Available online 27 March 2020
- Downar J, Seccareccia D. Palliating a Pandemic: “All Patients Must Be Cared For”. *J Pain & Symptom Management* 2010; 39(2): 291-5.
- Leong IY, Lee AO, Ng TW, et al. The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: opportunities for palliative care. *Palliat Med*. 2004 Jan;18(1):12-8.
- La sédation palliative en fin de vie, publication du Collège des médecins du Québec (août 2016)

Appendices

Définitions selon l'Agence de la santé publique du Canada
Critères d'exposition
<ol style="list-style-type: none">1. Voyage récent < 14 jours2. Contact avec un voyageur ayant développé des symptômes à son retour dans les < 14 jours3. Contact étroit avec un cas confirmé4. Exposition au laboratoire
Critères de contact étroit
<ol style="list-style-type: none">1. Personne ayant donné des soins à un cas confirmé (travailleur de la santé, famille, etc)2. Personne ayant eu un contact physique étroit avec un cas confirmé3. Personne ayant eu un contact étroit prolongé avec un cas confirmé4. Personne ayant habité sous le même toit avec un cas confirmé
Personne faisant l'objet d'une enquête
<ol style="list-style-type: none">1. Critère d'exposition présent2. Fièvre et/ou toux
Cas probable
<ol style="list-style-type: none">1. Fièvre et/ou toux2. Critère d'exposition présent3. Test COVID fait et :<ul style="list-style-type: none">○ Résultat équivoque (diagnostic non décisif)○ Résultat négatif mais prélèvement inadéquat (mauvaise qualité ou fait au mauvais moment, ex. patient asx)○ Résultat positif et confirmation en cours au laboratoire de la santé publique (LSPQ)
Cas confirmé
<ol style="list-style-type: none">1. Résultat positif confirmé par LSPQ

INSPQ

Critères d'exposition potentielle

- Travailleur de la santé ayant donné un soin à un cas confirmé sans le port d'un ÉPI
- Travailleur de la santé ayant eu un contact direct avec un liquide biologique d'un cas confirmé
- Travailleur de la santé ou usager ayant eu un contact étroit (< 2 m) et prolongé (> 10 minutes) avec un cas confirmé pendant sa maladie et que :
- Travailleur de la santé ne portait pas un ÉPI ou
- La personne malade n'appliquait pas les mesures d'isolement recommandées (ex. port d'un masque)
- Usager ayant reçu des soins dans la même pièce qu'un cas confirmé pendant sa maladie alors que la personne malade n'appliquait pas les mesures d'isolement recommandées (ex. port d'un masque)

Maladie sévère (critères recommandés par INSPQ et tirés du Jama - RXP non requis pour Dx de COVID non sévère)

- FR > 30
- Saturation O₂ < 93%
- Besoin d'O₂ > 4L
- Détresse respiratoire
- Choc

Interventions médicales générant des aérosols (IMGA)

- Intubation et extubation
- BiPAP et CPAP
- Trachéostomie et soins de trachéostomie
- Aspiration des sécrétions trachéales chez un patient intubé
- Réanimation cardio-respiratoire
- Ventilation manuelle avant intubation
- Bronchoscopie
- Laryngoscopie
- Induction d'expectoration
- Autopsie
- Reconnues par certains groupes mais revue de la littérature pas encore faite par le CINQ (à venir)
 - Ventimask
 - Optiflow
 - Gastroscopie

Traitement en **nébuliseur** ou clapping non considérés comme des IMGA par le CINQ (littérature insuffisante), mais considéré comme des IMGA au CHUM.

Critères pour lever les mesures de protection additionnelles

1. Au moins 14 jours se sont écoulés depuis le début des symptômes
2. Afrébrile x 48h
3. Pas de nouveau symptôme x 24h
4. PCR négatif x 2 q 24h (après la résolution de la maladie)

Notes pour ÉPI et PCI

- Transport patient
 - Si cas suspecté ou confirmé doit être déplacé :
 - Port d'un masque par le patient
 - Mettre un drap sur la civière ou le fauteuil roulant
 - Changement des vêtements de l'usager pour des vêtements propres avant et après la sortie de la chambre**
 - Changer la culotte d'incontinence avant la sortie de la chambre (important si aide importante pour transfert requise)
 - HDM avant la sortie de la chambre et au retour
- Protection pour le patient avec COVID suspectée ou confirmée
 - Hôpital : port d'un masque par le patient
 - CHSLD : port d'un masque par le patient lors des soins
- Protection de base pour tous les travailleurs de la santé exposés à un cas suspecté ou confirmé d'une maladie
 - Protection oculaire (série de cas de pneumonie ayant débuté par une conjonctivite post-soins à des patients COVID+)
 - Protection contact
 - Protection gouttelettes ou aérienne
 - Gouttelettes si maladie non sévère
 - Aérienne si maladie sévère ou procédure IMGA
- Usager hospitalisé pour une autre raison et :
 - Contact avec voyageur < 14 jours : confinement à la chambre et pas d'autre protection additionnelle
 - Contact avec cas confirmé: protection additionnelle déterminée par PCI selon le type de contact (cas par cas)
- Gestion des visiteurs (tiré de INSPQ - CHSLD)
 - Visiteurs interdits, sauf pour des raisons humaines
 - Si visiteur permis :
 - Maximum 1 à 2 visiteurs à la fois
 - Faire triages des visiteurs pour dépister si symptômes de COVID présents
 - Si COVID suspectée, tenter de reporter la visite
 - Si report de la visite impossible, appliquer mesure d'isolement au visiteur (masque + hygiène des mains)
 - Minimiser les déplacements des visiteurs dans l'hôpital
 - Éducation sur les risques encourus et les symptômes à surveiller