
COVID-19
- Particularités gériatriques -
Guide de soins et revue de la littérature

Dernière mise à jour: 2020.04.19

Éditeurs du guide

Éditeur actuel

Philippe Desmarais, MD, FRCPC, MHSc

Département de médecine, Gériatrie, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada
Axe neurosciences, Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada
Téléphone: 514 890-8000 poste 13056 Télécopie: 514 412-7953, Courriel : philippe.desmarais.1@umontreal.ca

Éditeur initial

Quoc Dinh Nguyen, MD, MA, MPH, FRCPC, Ph.D (c)

Département de médecine, Gériatrie, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada
Téléphone: 514 890-8000 poste 34260 Télécopie: 514 412-7953, Courriel : quoc.dinh.nguyen@umontreal.ca

Équipe de rédaction et collaborateurs

Laurence Marchand, MD

Département de médecine, Gériatrie, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada
Courriel : laurence.g.marchand@gmail.com

Julie Leblanc, MD

Département de médecine, Gériatrie, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada
Courriel : julie.leblanc.2@umontreal.ca

Thien Tuong Minh Vu, MD, FRCPC, MSc

Département de médecine, Gériatrie, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

Judith Latour, MD, FRCPC

Département de médecine, Gériatrie, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

Patrick Viet-Quoc Nguyen, BPharm, MSC, MBA

Département de pharmacie, Gériatrie, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

Objectifs du guide

Ce guide de soins est conçu pour les médecins et autres intervenants travaillant auprès des personnes âgées (~70-75 ans et plus) en milieu de soins aigus (e.g., hôpitaux), mais celui-ci peut aussi être utile en contexte de soins en centre hospitalier de soins de longue durée.

- 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 et selon les plus récents avis d'experts. Veuillez vérifier que vous utilisez la version la plus récente, mise à jour chaque dimanche (~7 jours).

Sources d'inspiration du guide

- Protocole des soins intensifs du CHUM
- Protocole de la médecine interne du CHUM
- Protocole d'oxygénothérapie de la pneumologie du CHUM
- Guide pour la prise en charge des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 du MSSS
- Formations Développement professionnel continu (DPC) de l'Université de Montréal

Mises à jour récentes

Version du 2020.04.19

- Section sur le syndrome d'immobilisation / déconditionnement aigu ajoutée;
- Section sur la dénutrition ajoutée;
- Nouvelles données sur le diagnostic, les manifestations et les complications ajoutées;
- Nouvelles données sur la contagiosité pré-symptomatique ajoutées;
- Mise à jour concernant la PCI;
- Consignes relatives à la déclaration des décès mise à jour;
- Corrections et précisions faites à travers le guide.

Version du 2020.04.13

- Définitions des niveaux de soins au CHUM ajoutées;
- Section sur la prise en charge du patient âgé agité (délirium et SCDP) ajoutée;
- Section sur la prescription approprié d'antipsychotiques chez le patient âgé ajoutée;
- Nouvelles données / précisions sur la sédation palliative continue ajoutées;
- Nouvelles suggestions sur les soins palliatifs ajoutées;
- Annexes avec définitions cliniques ajoutés;
- Corrections et précisions faites à travers le guide.

Lexique et abréviations

AEC = Atteinte de l'état de conscience; **ARDS** = syndrome de détresse respiratoire aigu; **ATB** = antibiotiques; **AVD** = Activités de la vie domestique; **AVQ** = Activités de la vie quotidienne; **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; **EIR** = Équipe d'intervention rapide; **ÉPI** = Équipement de protection individuel; **FR** = Facteur de risque; **IDSa** = Infectious Diseases Society of America; **IET** = Intubation endotrachéale; **IMC** = Indice de masse corporelle; **IMGA** = interventions médicales générant des aérosols; **MRSI** = maladies respiratoires sévères d'origine infectieuse; **IPS** = Infirmières praticiennes spécialisées; **MSP** = Maison de soins palliatifs; **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; **TEV** = Thromboembolie veineuse; **TNC** = Trouble neurocognitif; **USI** = Unité de soins intensifs; **VM** = Ventilation mécanique; **VNI** = Ventilation non-invasive.

Niveau de soins*

NIVEAU 1 : PRESTATION DE SOINS MAXIMAUX

- Incluant la réanimation cardiorespiratoire avec intubation et le transfert aux soins intensifs;
- Les interventions visent la survie du patient et la guérison / stabilisation des pathologies identifiées.

NIVEAU 2 : PRESTATION DE SOINS MAXIMAUX

- Avec restriction pour certains traitements : Réanimation cardiorespiratoire (oui/non); Intubation endotrachéale (oui/non);
- Autre restriction désirée: par exemple, l'hémodialyse (oui/non).

NIVEAU 3 : PRESTATION DE SOINS COURANTS VISANT LA CORRECTION DE CONDITIONS RÉVERSIBLES

- Pas de réanimation cardiorespiratoire, ni intubation, ni transfert aux soins intensifs;
- Avec ou sans EIR à préciser.

NIVEAU 4 : PRESTATION DE SOINS PALLIATIFS

- Les soins visent le soulagement de la douleur et symptômes pouvant entraver le confort du patient.

* Classification du CHUM. La classification des niveaux de soins peut changer d'un milieu à un autre.

EIR : Équipe d'intervention rapide qui comprend un intensiviste, un infirmier et un inhalothérapeute des SI qui se mobilisent rapidement au chevet d'un patient qui présente des critères d'instabilité.

Table des matières

Messages clés	6
Guide clinique COVID-19 - Particularités gériatriques	7
Contexte	7
COVID-19.....	8
Épidémiologie et microbiologie.....	8
Présentation et évolution clinique.....	9
Diagnostic.....	10
Prise en charge	11
Pronostic.....	14
Discussion du niveau de soins	15
Transition et congé	16
Patients en CHSLD-RI-RPA.....	17
Syndromes gériatriques et situations particulières à la gériatrie	18
Principes généraux.....	18
Prise en charge AÎNÉES adaptée à la personne âgée	19
Délirium	20
Patient âgé agité (délirium ou SCPD).....	22
Contentions pharmacologiques - antipsychotiques.....	24
Prescription gériatrique d'antipsychotiques.....	25
Stratégies pharmacologiques pour l'agitation en délirium ou SCPD.....	26
Gestion de la douleur	27
Gestion du risque de chute.....	28
Prescriptions.....	29
Soins palliatifs.....	30
Appendices I : Revue de la littérature.....	36
Appendices II : Ressources et outils utiles.....	39
Appendices III : Définitions	40

Messages clés

1- Diagnostic:

- Les présentations sont souvent atypiques chez la personne âgée.
- La COVID-19 doit faire partie du diagnostic différentiel du délirium, de la chute et de la DEG.
- Le seuil de fièvre est plus bas chez la personne âgée.
- Il ne faut pas oublier le diagnostic différentiel usuel pour toutes les manifestations rencontrées.

2- Complications:

- Le délirium est fréquent chez la personne âgée, ce qui complique la prise en charge.
- La COVID-19 peut causer des chutes chez la personne âgée hospitalisée ou en CHSLD.
- Le syndrome d'immobilisation (plaie de siège, déconditionnement, atelectasie) est dévastateur chez la personne âgée atteinte, et il cause une atteinte fonctionnelle sévère.
- La COVID-19 est très inflammatoire et peut causer des thromboembolies.

3- Prise en charge gériatrique:

- Il faut prendre le temps de discuter des objectifs de vie du patient et d'établir le niveau de soins.
- Il faut utiliser les proches aidants pour vous aider à réassurer les patients.
- Il faut faire le suivi des signes vitaux AINÉES.
- Il faut offrir un verre d'eau à chaque visite à la chambre.
- Il faut encourager les patients à manger des aliments riches en calories. Libéraliser les diètes restreintes en sodium ou en glucides.
- Il faut faire bouger le patient à chaque visite à la chambre.
- Il faut optimiser la pharmacothérapie à la médication essentielle afin de minimiser la nécessité du personnel infirmier d'entrer dans la chambre.
- La thromboprophylaxie est primordiale.
- Il faut prescrire de l'acétaminophène pour le soulagement de la fièvre et des douleurs.
- Il faut traiter la constipation agressivement.
- Il faut communiquer avec l'équipe interdisciplinaire pour combiner le plus de soins lors des visites à la chambre.
- Il faut assurer la communication entre le patient et ses proches via téléphone, relais papier de lettres électroniques envoyés par la famille au patient, tablettes, etc.
- Il faut déposer le téléphone du patient à proximité de celui-ci. Afficher le numéro de téléphone de la famille près du téléphone du patient.
- Tout médecin a la capacité de donner des soins palliatifs.

Guide clinique COVID-19 - Particularités gériatriques

Contexte

- Les personnes âgées sont plus souvent atteintes par les formes modérées et sévères de la COVID
- Le présent guide 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 ans et plus
- Les personnes âgées sont hétérogènes aux plans des maladies chroniques, capacités cognitives, capacités fonctionnelles (i.e., AVQ-AVD), leur milieu de vie, ainsi que de leur soutien/réseau social
 - Une partie du guide s'intéresse aux personnes âgées en général et une autre partie s'intéresse aux personnes âgées dites "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 du patient ainsi qu'à ses volontés et priorités personnelles.

COVID-19

Épidémiologie et microbiologie

- COVID-19: Maladie causée par le virus respiratoire à ARN SARS-Cov-2, de la famille des coronavirus, apparu 2019.
- Période d'incubation 5 jours médiane (étendue 1-14 jours)
 - Ce qui explique la mesure d'isolement de 14 jours (99% des cas) [Guan NEJM 2020]
- Affecte H > F et nette mortalité H > F
- Autres FR de mortalité:
 - Âge avancé (pas de seuil précis)
 - Polymorbidité, indépendante de l'âge [Guan ERJ 2020]
- Modes de transmission:
 - Gouttelettes et contact (le plus important), gouttelettes majoritairement ad 2 mètres du patients
 - Possible aérosolisation avec certaines interventions médicales (e.g., intubation, nébulisation)
 - Fécale-orale (importance clinique demeure incertaine)
- Immunité:
 - Arrivée éventuelle de tests sérologiques permettant de détecter les anticorps en réponse à l'infection.
 - Jours, voire semaines nécessaires à la formation d'anticorps. Étude chez 67 patients : IGM pic à 28 jours et IGG pic à 42 jours [Tan 2020]
 - Les titres d'anticorps sont variables chez les patients. Étude chez 175 patients : 30 % ont des titres très faibles, peu protecteurs [Wu 2020] Le niveau d'anticorps semble corrélérer avec la sévérité de la maladie.
 - Les anticorps restent aussi présents pendant une période variable une fois qu'une infection virale est terminée.
 - Pour l'instant, pas de test approuvé par Santé Canada pour l'instant. L'OMS ne recommande pas ces tests pour l'établissement de diagnostics cliniques. [Santé Canada 2020.04.12]

Présentation et évolution clinique

Symptômes - tous groupes d'âge confondus

- Toux sèche (80%), expectorations
- Asthénie (60%)
- Céphalée (60%) [PHAC 2020.04.01]
- Dyspnée
- Fièvre (~40-50% à la présentation initiale [Guan NEJM 2020], pas nécessairement sensible)
- Myalgie
- Possibilité Sx gastro-intestinaux rapportés comme symptômes précoces (10%) [Wang JAMA 2020]
- Anosmie brutale sans obstruction nasale (probablement spécifique, mais peu sensible) ± agueusie
- Odynophagie

Spécificités gériatriques

- Fièvre, suggérons critères IDSA 2008 pour la personne âgée:
 - 37,8°C oral x1 ou 37,2°C oral x2 ou augmentation $\uparrow 1,2^\circ\text{C}$ par rapport à la valeur basale usuelle
 - Possibilité d' \uparrow la température corporelle moindre chez la personne âgée
- Aucun symptôme initial très sensible ou spécifique chez la personne âgée
- Présentations atypiques:
 - Délirium, AEC, confusion ou irritabilité, DEG, inappétence, chutes sans mécanismes clairs, faiblesses non-spécifiques, etc.
 - Symptômes infectieux non-spécifiques comme toutes autres présentations de maladies infectieuses chez la personne âgée
 - Cas de syncope-orthostatisme rapportés
- 50 % des personnes âgées sont asymptomatiques (aucun ou très peu de symptômes) et sont également à risque de transmettre le virus. [Kimball MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020]

Contagiosité

- 6,4 - 19,4 % des cas sont dus à transmission en phase pré-symptomatique [Wei et al. 2020; Zhang et al. 2020]
- 48 heures avant l'apparition des symptômes (possiblement ad 72 heures? Données probantes à suivre)

Atteintes et évolution naturelle

Trajectoires

- En général, 80% des cas ont une évolution bénigne, voire asymptomatique
- Selon données de la Chine: 20% hospitalisations, 5% USI [Guan NEJM 2020; Wu JAMA 2020]
- Selon données du Canada: de toutes les hospitalisations \rightarrow 30% USI et 10% VM

Respiratoire

- Intervalle entre Sx initiaux \rightarrow dyspnée: 4-5 jours; entre Sx initiaux \rightarrow admission USI: 7-9 jours [Arentz JAMA 2020]
- Détérioration très subite rapportée, personne âgée possiblement plus à risque encore
- Surinfection bactérienne et virale (pneumonie bactérienne, pneumonie nosocomiale) [Kim JAMA 2020]
- Progression plus rapide chez la personne âgée des Sx vers la décompensation respiratoire [Wang JAMA 2020]
- Intervalle entre l'hospitalisation \rightarrow l'admission USI: 2 jours [Wu JAMA IM 2020; Arentz JAMA 2020] avec ARDS dans 30-50% des cas USI
 - Ventilation moyenne 7-8 jours si survie
 - Ventilation moyenne de 4-5 jours si mortalité

Circulatoire

- Défaillance cardiaque
- Embolie pulmonaire. Un avis récent rapporte que « plusieurs observations récentes en France et en Italie soutiennent qu'une embolie pulmonaire sévère est très fréquente chez les patients COVID-19 hospitalisés, avec une incidence d'événements supérieure à 10 % en réanimation (données non publiées, Strasbourg, Lille, Grenoble, Cremona-Italie) [Blais et al. Conférence du 7 avril 2020]
- Thrombose veineuse. Incidence mal connue. Cas sévères sous prophylaxie standard non publiés [Blais et al. Conférence du 7 avril 2020]

Neurologique

- Cas rapportés de méningite/encéphalite virale [Moriguchi Inter J of Infect Dis 2020] et de Guillain-Barré [Zhao Lancet Neuro 2020]

Autres

- Syndrome d'immobilisation qui inclut le déconditionnement aigu et autres syndromes gériatriques (dénutrition, délirium, trouble de l'humeur, chutes)

Diagnostic

Généralités

- Communiquer avec les proches aidant du patient pour d'obtenir le plus d'informations collatérales. Ceci permettra de préciser le diagnostic et d'établir un plan de traitement adapté aux besoins du patient.
- Ne pas oublier le diagnostic différentiel usuel. Toutes les maladies non-COVID existent toujours.
- Présentement, le diagnostic du COVID est un diagnostic de laboratoire (détection de l'ARN du virus par PCR).
- Cas confirmé par lien épidémiologique : Les contacts à risque élevé (suite à un contact avec un cas confirmé par laboratoire) et qui développent des symptômes compatibles (fièvre OU toux récente ou exacerbation de toux chronique OU anosmie d'apparition brutale sans congestion nasale ± agueusie doivent être considérés comme des cas confirmés (par lien épidémiologique) et gérés comme tels. [INESSS 2020.04.06]

Laboratoire et investigations

Bilan d'admission

- Pour tous les patients : FSC, CRP, d-dimères, fibrinogène à l'arrivée [protocole CHUM]
- Bilan étendu : FSC, créatinine, Na⁺, K⁺, Mg⁺⁺, Ca⁺⁺, PO₄⁻, glucose, troponines, bilirubine, ALT, Palc, LDH, INR, PTT, gaz veineux, lactate, hémoculture x1 maintenant si T° et x1 avec prochains labo, ECG (notamment pour QTc et Rx potentiels)
 - Lymphopénie relative dans 80 % des cas, thrombopénie légère (> 100 x 10⁹/L), élévation légère des enzymes hépatiques, procalcitonine normale 95 % du temps au moment du diagnostic initial
 - Certains patients présentent une coagulation intravasculaire disséminée.
 - Associés à mauvais pronostic: ferritine ↑, LDH ↑, CRP ↑, D-dimères, lymphopénie - ratio neutrophile/lymphocyte > 3,5 (dosages selon jugement clinique/recherche)
 - D-dimères plus haut que 1 µg/L associé à la fatalité [Zou Lancet 2020]
 - Thrombocytopénie associée à un risque accru de maladie sévère et de mortalité [Lippi Clin Chim Acta 2020]
 - ↑ CRP, plus marquée chez la personne âgée [Liu J Infect 2020]
- RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé
 - Sensibilité imparfaite ~70-75%, ~95% si 2 tests consécutifs et selon la phase de la maladie
 - Sensibilité dépendante de la technique du prélèvement
 - Si clinique suggestive de COVID et test COVID négatif, envisagez de répéter le test une 2^e fois à 24-48 heures. Si de nouveau négatif, discutez du cas avec un microbiologiste
 - Compte tenu de la transmission communautaire, suggestion de tester plus que pas assez (rhinorrhée, SAG, etc.)

Imagerie

- R-X PMS: opacités bilatérales réticulo-nodulaires (58%), opacités en verre dépoli (48%)
 - Possiblement plus souvent multi-lobaires chez la personne âgée
 - Test non nécessaire si maladie non sévère
- CT du thorax: verre dépoli
 - Scan possiblement plus sensible que RT-PCR, mais en situation COVID, considérez uniquement si cela change la conduite pour éviter transport et risque de contamination (le diagnostic définitif est microbiologique)

Prise en charge

Généralités

- Déterminer le niveau de soins dès l'arrivée du patient à l'hôpital
- PCI (prévention et contrôle des infections), si situation pénurie d'EPI (équipement de protection individuelle)
 - Minimiser les tests et les entrées-sorties dans les chambres des patients avec COVID confirmés ou suspects
 - Minimiser déplacements de cas suspects ou confirmés
 - Faire tous les examens à la chambre si possible (RxP portatif à la chambre, plutôt que 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. nébulisation)
 - Réduire la fréquence des Rx à DIE ou BID, en même temps que les SV, si possible
 - Minimiser le nombre et la fréquence des SV, des prises de sang et autres investigations à ce qui est réellement essentiel
 - Privilégier ATB PO ou IV die lorsque possible
 - Tous les patients avec un niveau de soins 1 et 2 devraient avoir un accès IV (considérer 2^e accès IV si patient se détériore/risque de transfert USI).
 - Limiter les consultations médicales et interdisciplinaires dans la mesure du possible (éviter d'autres interactions)
 - Consultation pneumologie pour CPAP-BiPAP (si usage à domicile)
- « Toutes les personnes ayant un résultat positif pour la COVID-19 doivent être déclarées par les laboratoires à la direction régionale de santé publique du lieu de résidence du cas. De plus, **en date du 9 avril**, toutes les personnes qui présenteront des **manifestations cliniques compatibles** avec la COVID-19 devront être déclarées à la direction de santé publique de leur lieu de résidence en utilisant le [formulaire de déclaration](#) » [MSSS]
- Isolement gouttelettes-contact avec protection oculaire, patient hospitalisés en raison de symptômes compatibles avec la COVID-19 ou patient ayant reçu un diagnostic positif pour la COVID-19, et non à risque d'IMGA [CINQ 2020.04.09]
- Isolement aérien-contact avec protection oculaire si patient avec IMGA ou à risque d'IMGA [CINQ 20.04.09]
 - Voir détails pour prévention des infections en [annexe](#)
- Les patients à risque d'IMGA sont ceux qui présentent des critères de sévérité et dont le niveau de soin comprend une IMGA (ex. : patients en fin de vie ne sont pas à risque d'IMGA)
- Le patient doit porter un masque ordinaire lors des interventions à moins de 2 m [Guide CHSLD MSSS]

Classification de la maladie

- Maladie légère (état clinique ne nécessitant pas d'hospitalisation)
- Maladie modérée (état clinique nécessitant une hospitalisation)
- Maladie sévère/critique
 - SpO₂ < 93%, fréquence respiratoire > 30/min, besoin d'O₂ > 4L persistant, détresse respiratoire ou choc
 - Nécessite USI ou soins palliatifs (SP) selon les volontés du patient et du pronostic clinique

Monitoring

- SV q8h-die, selon la phase de la maladie
- Si possible, saturométrie en continue, garder le patient à vue dans la chambre et faire des tournées visuelles rapprochées, selon pertinence.
- Laboratoire de contrôle uniquement si nécessaire ou selon jugement clinique
- Monitoring pour les syndromes gériatriques, voir deuxième partie du guide sur les syndromes gériatriques
 - Signes vitaux **AÎNÉES** dans la mesure du possible:
 - Autonomie, Intégrité peau, Nutrition, Élimination, État cognitif-conscience/comportement, Sommeil
 - Évaluation/dépistage pour le délirium, déconditionnement, la perte fonctionnelle, etc.

Prise en charge - suite

Traitement

- Aucun traitement prouvé efficace [Sanders JAMA 2020]
- Principalement un traitement de support.
- Hydratation, soulagement de la fièvre, thromboprophylaxie
- Évaluer pour DDX usuels ou complications (surinfection bactérienne, embolie pulmonaire, dysfonction cardiaque, etc.)
- Les corticostéroïdes PO ne sont pas recommandés à moins qu'ils soient nécessaires pour une autre condition médicale. [Sanders JAMA 2020]
- L'oseltamivir est inefficace. [Sanders JAMA 2020]
- La littérature actuelle ne supporte pas l'arrêt des IECA et des ARA. [Sanders JAMA 2020]
- Les médicaments suivants peuvent être envisagés seulement dans le cadre d'une étude clinique : hydroxychloroquine/chloroquine, combinaison hydroxychloroquine/chloroquine et azithromycine, combinaison lopinavir/ritonavir, corticostéroïdes chez le patient en ARDS, plasma de convalescent COVID-19. [IDSA 2020]

Support respiratoire

- Lunette nasale
 - Évaluer besoin O₂ avec SpO₂ cible:
 - 92-94% ou
 - 94-96% si femme enceinte ou comorbidité cardio-vasculaire aiguë ou
 - 88-90% si MPOC avec rétention CO₂
 - Pour les patients qui respirent par la bouche (ex. : congestion nasale), mettre les canules entre leurs lèvres
- Décubitus ventral peut aider (même si pas IET)
- VNI (Optiflow, BiPAP-CPAP)
 - Niveau de soins 1 et 2 avec IET :
 - Consulter rapidement les SI.
 - Il faut éviter de se retrouver dans une situation d'intubation urgente et imprévue.
 - Procédure à haut risque d'aérosolisation.
 - Niveau de soins 2 sans IET et niveau de soins 3:
 - SpO₂ <92% : Ajouter lunette nasale ad 5L pour SpO₂ cible désirée
 - Si besoin > 5L: Changer pour VM 100% avec réservoir ou Optiflow pour SpO₂ cible désirée
- Protection nécessaire (C/F annexe sur INSPQ, IMGA et PCI)
 - Lunette nasale ad 5L, VM avec réservoir, Optiflow : Protection gouttelettes – contact avec protection oculaire dans une unité COVID normale.
 - Lunette nasale et optiflow : Considérer ajout **masque procédure au patient** lors de contacts rapprochés et lors des transports. Le patient doit toujours porter un masque lors des transports.
 - BiPAP-CPAP : Protection aérienne N95 – contact avec protection oculaire dans une chambre à pression négative

Critères pour consultation aux SI:

- Tachypnée, détresse respiratoire, détérioration clinique rapide
- Oxygénothérapie: > VM 40% ou > 4-5 litres LN
- Altération état de conscience
- Instabilité hémodynamique

Prise en charge - suite

Soins palliatifs

→ Voir section [Soins palliatifs](#)

Communication, prévention et traitement non pharmacologique du délirium et de la santé mentale

- Mettre en place des moyens permettant au patient de communiquer avec son proche aidant (ex. : assurer l'accessibilité à un téléphone ou une tablette)
- Communiquer régulièrement avec les familles ou les proches aidant pour les informer de l'état de santé du patient. Au besoin, déléguer la tâche à un membre de l'équipe interdisciplinaire.

En cas de décès

- Mentionner COVID+ sur le formulaire SP3.
- Si COVID – mais suspicion clinique élevée (MRSI), mentionnez sur le formulaire SP3.
- Si le défunt était en investigation, inscrire « résident en investigation pour la COVID-19 », mais ne pas indiquer COVID-19 comme cause de décès. [Guide CHSLD MSSS 2020]
- Faire parvenir par télécopieur le constat de décès (SP3) au 514 528-2461.
- Depuis le 10 avril 2020, les infirmières peuvent constater le décès d'une personne majeure et remplir le bulletin de décès. Ceci est conditionnel à ce qu'elles puissent « établir la cause probable du décès, sur la foi d'un diagnostic connu; ou que le décès ne lui apparaisse pas être survenu par suite de négligence ou dans des circonstances obscures ou violentes ». [MSSS 2020]

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
- Au Québec [2020.04.19]
 - < 30 ans: 0%
 - 30-39 ans: 0.4%
 - 40-49 ans: 0.5%
 - 50-59 ans: 1.0%
 - 60-69 ans: 7.7%
 - 70-79 ans: 18.3%
 - 80-89 ans: 42.1%
 - 90 ans+: 29.3%

Si nécessité triage USI

- Se référer aux directives MSSS et aux directives institutionnelles
- Variables d'intérêt:
 - QoL - Objectifs de vie / objectifs généraux de soins (comme en toutes circonstances, 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
 - Trouble neurocognitif majeur terminale (avec dysphagie importante; alitement, etc.)
 - Espérance de vie
 - Comorbidités cardio-pulmonaires sévères
 - Dénutrition sévère / cachexie
- 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 les décisions cliniques en fonction des données probantes 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, l'âge chronologique pourrait être un "tiebreaker" [White JAMA]
 - Ne devrait pas reposer sur l'exclusion d'une catégorie nette (e.g. âge, comorbidités, etc.)

Discussion du niveau de soins

À discuter dès l'admission à l'hôpital si non préalablement déjà établi à l'arrivée à l'urgence

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 trachéotomie si ventilation prolongée (perte de la parole et dysphagie secondaire 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% de retour à l'état fonctionnel pré-hospitalisation chez population de 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 survie plus basse chez patient âgé, fragile, TNC, polymorbide (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 enfileur par le personnel
 - Ordre des manœuvres modifié (protection des voies respiratoires avant début des compressions)

Transition et congé

- Durées des hospitalisations des patients gériatriques survivants, statut fonctionnel et orientation au congé demeurent incertains, mais fort probablement plus longues que patients non-gériatriques
 - Données surtout de la Chine et population générale, donc à extrapoler avec prudence chez la personne âgée
 - 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 retour à domicile en Chine?
 - Durée moyenne hospitalisation si survie: médiane de 10 jours [Wang JAMA 2020]
- Critères pour guérison [2020.03.25]
 - Pas de Sx aigu 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)
 - Critère pourrait être modifié étant donné que les PCR peuvent demeurer positifs longtemps et que la contagiosité soit toutefois peu probablement malgré positivité
 - Valider auprès de la prévention des infections avant de lever l'isolement
 - Pour l'instant risque *potentiel* transmission fécale-orale prolongée
 - Il y aura pression pour libérer des lits, mais contagion potentielle au congé à surveiller

Congé à domicile

- Envisager de prolonger l'hospitalisation des patients âgés jusqu'à la fin de leur période d'isolement s'ils ne sont pas en mesure de respecter les mesures d'isolement recommandées à domicile (par exemple, conjoint présent à la domicile, soins à domicile par CLSC, etc.)
 - L'INSPQ recommande que le patient qui doit encore être isolé au moment de son congé devrait, idéalement, habité seul lors son retour à domicile et ce, pour toute la durée prévue de son isolement.
 - Les membres de la maisonnée n'ayant pas été exposés à la personne symptomatique depuis le début de ses symptômes devraient éviter d'habiter sous le même toit que la personne contagieuse tant que celle-ci est isolée. Si la personne ne peut s'isoler complètement lors de son retour à domicile, elle devrait rester dans une autre pièce et être séparée des autres membres de la maisonnée autant que possible.
 - Les personnes de la maisonnée qui ont déjà été en contact avec la personne infectée peuvent demeurer à domicile, mais doivent limiter le plus possible leurs contacts avec la personne malade.
- Remettre les recommandations de l'INSPQ aux patients qui doivent s'isoler à domicile et qui n'habitent pas seuls:
 - L'INSPQ a prévu un guide qui explique aux patients:
 - Mesures d'hygiène de base (comment éternuer, se laver les mains, indications pour le port du masque, etc.)
 - Mesures à appliquer pour la cohabitation (chambre à part, salle de bain à part, prendre ses repas seuls, etc.)
 - Mesures à appliquer pour la gestion des animaux domestiques
 - Mesures à appliquer pour les proches qui aident le patient avec ses AVQ et AVD
 - Précautions à prendre par la personne qui fait le ménage et le lavage
 - Les symptômes à suivre au congé
- Toujours faxer les prescriptions à la pharmacie (éviter le papier - contact physique)

Congé vers SPA / RFI ou CHSLD

- Pour l'instant, les patients COVID+ restent hospitalisés tant que leur isolement n'est pas terminé.
- Certains centres hospitalisent des patients COVID+ en fin de soins actifs ad relocalisation.
- Certains centres de réadaptation ouvrent des unités pour des patients COVID+ nécessitant des réadaptations.

Patients en CHSLD-RI-RPA

Éclosion en CHSLD-RI-RPA

- Mettre à jour les niveaux de soins en discutant avec les patients (si aptes) et/ou avec les proches aidants/mandataire
- Particularités [Dosa JAMDA 2020]
 - Incapacités fonctionnelles augmentent les contacts entre personnel et résidents
 - Mesures PCI difficiles avec atteintes cognitives et fonctionnelles
 - Manque de personnel - surcapacité limitée
- Cas éclosion dans CHSLD État Washington [McMichael NEJM 2020]
 - 167 cas: 101 résidents, 50 membres personnel, 16 visiteurs
 - Tous types de personnel : physio, ergo, orthophonistes, entretien, infirmières, médecins, 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
 - Difficultés avec PCI/ÉPI → Formation et supervision lors de l'habillage-déshabillage
 - Reconnaissance tardive des cas → Nécessité surveillance résidents
 - Toux, fièvre (37,8°C oral x1 **ou** 37,2°C oral x2 **ou** augmentation ↑1,2°C par rapport à la base), dyspnée
 - Si Sx atypiques (myalgies, céphalée, diarrhées, rhinorrhée) : vérifier la saturation et la 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 mises à jour:
 - <http://www.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 gériatriques 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 pour protéger le personnel et éviter le gaspillage des ressources en contexte de pénurie
 - Conséquence de réduire les interactions médicales et celles 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

Sujets abordés

- **Prise en charge AÎNÉES adaptée à la personne âgée**
- **Délirium**
- **Patient âgé agité (délirium ou SCPD)**
- **Contentions pharmacologiques - antipsychotiques**
- **Prescription gériatrique d’antipsychotiques**
- **Stratégies pharmacologiques pour l’agitation en délirium ou SCPD**
- **Gestion de la douleur**
- **Gestion du risque de chute**
- **Prescriptions**
- **Soins palliatifs**
- **Sédation palliative continue**
- **Syndrome d’immobilisation / déconditionnement aigu**
- **Dénutrition**

Prise en charge AÎNÉES adaptée à la personne âgée

Généralités

- Déclin fonctionnel iatrogénique fréquent per-hospitalisation (chez 1/3 des patients âgés) avec perte fonctionnelle persistant à 3 mois chez la moitié d'entre eux.
 - ↑ du taux de relocalisation, des visites à l'urgence post-hospitalisation, des ré-hospitalisations et de la mortalité

Prise en charge usuelle

- Prévention, dépistage et prise en charge appropriés du délirium per hospitalisation
- Prévention, dépistage et prise en charge appropriés du syndrome d'immobilisation
 - Physiothérapie
 - Aide technique au chevet
- Éviter et cesser soluté et sonde urinaire si possible
 - Favoriser bolus aux repas et cathétérismes intermittents
- Encourager le patient à se lever pour aller aux toilettes plutôt que l'urinal et la bassine
- Encourager participation du patient aux soins d'hygiène et à la routine du matin
- Encourager mobilisation au fauteuil TID et lors des repas
- Éviter contentions physiques et chimiques
- Respecter le sommeil du patient la nuit et stimuler l'éveil le jour



Prise en charge COVID+

Autonomie

- Aide technique au chevet
- Profiter des interventions médicales/nursing requises (Rx, SV) pour mobiliser et préserver capacité fonctionnelle si patient collaborant et autonome à la marche ou avec aide minimale
 - Surtout pour les patients collaborant
 - Surveiller risque de bris d'ÉPI si aide importante requise aux transferts
- Encourager la mobilisation au fauteuil TID et lors des repas
- Encourager dans la mesure du possible la participation aux soins d'hygiène
- Contentions peut être requises si haut risque transmission lors des soins

Intégrité de la peau

- Surveillance plaie, surtout plaie sacrée

Nutrition et hydratation

- Encourager la prise de repas et l'hydratation lors des visites nécessaires des intervenants
- Faire de la stimulation verbale via le téléphone dans la chambre du patient

Élimination

- Sonde urinaire potentiellement nécessaire pour éviter cathétérisme à répétition
- Ou cesser sonde urinaire et tolérer résidus élevés, si acceptable (créatinine, Sx)
- Traitement pharmacologique agressif de la constipation (e.g., lax-a-day 17g PO DIE)

État cognitif-éveil

- Surveiller l'émergence d'un délirium, l'état d'éveil lors des visites requises

Sommeil

- Respecter le sommeil la nuit et stimuler l'éveil ou l'occupation le jour

Délirium

Généralités

- Le délirium à l'urgence et/ou à l'étage médical est fréquent chez la personne âgée (25% à l'urgence, ad 50% à l'étage)
- Le délirium est un marqueur d'une fragilité cognitive en plus de témoigner de la présence d'une possible évolution défavorable de sa condition ou de l'incidence d'une complication iatrogénique
- Le délirium prolonge le temps d'hospitalisation et est associé à une mortalité accrue et un déclin fonctionnel
- L'âge avancé, un diagnostic de TNC, une insuffisance rénale, la polypharmacie et la désafférentation (visuelle, auditive) sont des facteurs de risque du délirium

Prise en charge usuelle

HMA

- Anamnèse usuelle auprès du patient
- Histoire collatérale avec anamnèse ciblée
 - Niveau cognitif et fonctionnel antérieurs
 - Niveau de soins
- Orientation souhaitée au congé (objectifs)

Examen physique

- Signes d'un foyer infectieux
- Signes d'un processus intracrânien aigu
- Sevrage alcool ou de Rx
- Mobilité, démarche, transferts

Laboratoires et imagerie

- FSC
- Créatinine, Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, PO₄⁻, Mg⁺⁺, Albumine
- Bilan hépatique
- TSH
- Hémocultures
- Analyse d'urine, Bladder-scan
- RXP, ECG
- Scan cérébral, EEG, ponction lombaire selon suspicion clinique

Prise en charge et monitoring

- Traiter cause(s) sous-jacente(s)
- 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
 - Consultation en nutrition
- Élimination à régulariser
- Sommeil
 - Éviter somnifères
 - Si prise à domicile, évaluer si diminution de doses ou garder idem (éviter Sx de sevrage hospitalier)
- Si agitation, considérer des approches non-pharmacologiques et/ou pharmacologiques



Prise en charge COVID+

HMA

- Considérer anamnèse à distance avec patient ou via téléphone si possible
- Histoire collatérale à prioriser encore davantage (mais possibilité d'obtenir peu d'information car patient en confinement seul avant hospitalisation)
- Avec équipe traitante, préposés, infirmières (e.g., patient plus ralenti, somnolent qu'à son habitude)

Examen physique

- Examiner le patient une fois, ne pas répéter si pas de changement clinique et si ne changerait pas la prise en charge
- Discussions avec équipe nursing pour évaluer la mobilité et le statut fonctionnel du patient plutôt qu'évaluation au chevet
- Rechercher les signes de déshydratation/hypovolémie

Laboratoires et imagerie

- En situation COVID généralisée, éliminer infection au COVID
- Si dx RT-PCR, éviter les RXP et laboratoires si maladie non sévère
- Ne pas répéter les bilans récents si tableau clinique inchangé
 - Demander un bilan complet initialement
- Rechercher facteurs aggravants facilement réversibles:
 - Bilan sanguin usuel pour le délirium
- Éviter culture d'urine si pas de nouveaux Sx urinaires ou suspicion très faible
- Bladder-scan, ECG, et autres investigations usuelles selon les circonstances
- Scan cérébral, EEG, PL à limiter si réelle suspicion clinique

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)
- Hydratation à favoriser PO
- Nutrition et élimination
 - Apports alimentaires aux repas comme indice de dénutrition (e.g., mange moins de 10% du cabaret)
 - Peser avec parcimonie
 - Stimulation aux repas difficile avec limitation des visites
 - Repas à très haute densité énergétique à favoriser
 - Considérer des aliments qui se mangent avec les mains si incapable d'utiliser des ustensiles
 - Suivre fréquence des selles et mictions
 - 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
- Risques liés 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, estimez 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 (Créatinine, Sx)
- Si agitation, considérer des approches non-pharmacologiques et/ou pharmacologiques (voir section plus loin)

Patient âgé agité (délirium ou SCPD)

Généralités

- Les mesures d'isolement sont des facteurs précipitants potentiels de délirium ou d'exacerbation des 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 les professionnels et les patients
 - Risque de briser les mesures d'isolement et de briser l'intégrité des ÉPI des travailleurs de la santé lors des soins
 - Approches non-pharmacologiques pour la gestion des SCPD difficiles à mettre en place

Prise en charge usuelle

HMA

- Obtenir une description détaillée par l'infirmière du comportement problématique du patient
- Observer et objectiver le comportement
- Réviser le dossier médical
- Questionner le patient, si possible

Examen physique

- Apparence générale, cognition (surtout l'attention)
- Signes vitaux, incluant glycémie capillaire, saturation en oxygène (si possible)
- Examen général complet incluant examen neurologique (si possible)
- Manœuvres plus ciblés selon hypothèses de travail

Laboratoire

- Similaire au délirium

Prise en charge - objectifs

- Exclure un problème médical aigu
- Stabiliser rapidement la crise aiguë
- Éviter la coercition aux investigations et traitements
- Traiter de manière la moins restrictive
- Former une alliance thérapeutique
- S'assurer d'un suivi approprié

Approches non-pharmacologiques

- Modifications de l'environnement et sécurité
- Identification des éléments et situations déclencheurs de l'agitation
- De-escalation verbale
- Réorientation de la personne dans l'espace et le temps
- Musicothérapie
- Appel téléphonique de la famille, photos, télévision pour rassurer
- Surveillance rapprochée
- Contentions physiques et isolement (à éviter)

Approches pharmacologiques

- Voir section sur contentions pharmacologiques

Patient âgé agité - suite



Prise en charge COVID+

HMA

- Idem
- Éviter, si possible, de questionner le patient sachant que l'histoire peut être non-fiable et du risque du bris de l'isolement

Examen physique

- Éviter de réexaminer le patient si celui-ci fut déjà examiné dans la journée
- Limiter l'examen à ce que permet le patient et qui risque de changer la prise en charge

Laboratoire

- Similaire au délirium
- Compléter seulement, si possible, des bilans qui requièrent et demandent peu de collaboration du patient, qui ne nécessitent pas de déplacement de celui-ci et qui vont changer la prise en charge.

Prise en charge - objectifs

- Idem à non-COVID
- Éviter la contamination des autres patients et du personnel

Approches non-pharmacologiques (si possibles)

- Idem à non-COVID
- Si contentions absolument nécessaires, discuter avec famille lorsque possible
 - 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 incommode
 - 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

Approches pharmacologiques

- Voir section sur contentions pharmacologiques
- La tolérance des comportements perturbateurs à l'unité COVID avant de prescrire une approche pharmacologique devrait être plus basse étant donné le risque potentiellement élevé de contamination et aussi étant donné le délais d'action des médicaments, en général, pour réduire l'agitation.
- 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

Contentions pharmacologiques - antipsychotiques

Indications des antipsychotiques

- Première intention pour le traitement de l'agressivité grave et des symptômes psychotiques graves.
- L'efficacité s'avère plus grande lorsque les symptômes sont graves, quoiqu'il faille maintenir des attentes réalistes.

Contre-indications des antipsychotiques (toutes étant relatives)

- Désordres associés aux corps de Lewy et parkinsonisme (démence à corps de Lewy, maladie de Parkinson, atrophie multi-système, paralysie supranucléaire progressive, syndrome corticobasal)
- Troubles de conduction cardiaque (prolongation du QT, torsade de pointe, mort subite, etc.)

Antipsychotiques à privilégier (antipsychotiques de première ligne):

- Halopéridol (Haldol) PO / SC / IM en PRN: facilement disponible, préparation facile, pic d'action rapide.
- Risperidone (Risperdal) PO en régulier: bien toléré, efficace
- Quétiapine (Seroquel) PO en régulier et en PRN: mieux toléré au niveau moteur, toutefois moins incisif, cause hypotension orthostatique significative, pic d'action un peu lent

Antipsychotiques à considérer (antipsychotique de deuxième ligne - en ordre décroissant)

- Olanzapine (Zyprexa) en régulier: incisif, très sédatif et anticholinergique, risque de rétention urinaire.
- Aripiprazole (Abilify) en régulier: peu d'évidence en délirium et en démence, bien toléré
- Loxapine (Laxapac) en PRN: pic d'action rapide, très anticholinergique, risque de rétention urinaire.
- Levomepromazine (Nozinan) en PRN: très anticholinergique, risque de rétention urinaire.
- Chlorpromazine (Largactil) en PRN: très anticholinergique, risque de rétention urinaire.

Prescription gériatrique d'antipsychotiques

	Halopéridol (Haldol)	Risperidone (Risperdal)	Olanzapine (Zyprexa)	Quétiapine (Seroquel)	Aripiprazole (Ablify)	Loxapine (Laxapac)	Levomépromazine (Nozinan)	Chlorpromazine (Largactil)
Voies	PO, SC, IM	PO	PO	PO	PO	PO, SC, IM	PO, SC, IM	PO, IM
Doses gériatriques en PRN	0,5 mg q20-30 minutes max de 4 à 5 doses / jr	0,25 mg BID	1,25 mg BID à éviter en PRN	12,5 à 25 mg TID	1 mg BID	2,5 à 5 mg q4hr	5 à 25 mg q1hr	10 à 25 mg q4hr
Doses gériatriques initiales en régulier	à éviter en régulier	0,25 mg DIE ou BID	2,5 mg HS	25 à 50 mg BID ou TID	2 mg DIE	à éviter en régulier	à éviter en régulier	à éviter en régulier
Doses gériatriques maximales par 24hrs	10 mg	2 mg	10 mg	100 à 200 mg	10 mg	20 mg	100 mg	100 mg
Pic d'action	PO: 2-6 hrs IM: 10-20 min SC: 20-30 min	PO: 1-2 hrs	PO: 6hrs	PO: 1-2 hrs	PO: 3-5 hrs	PO: 30 min IM: 30 min SC: 30 min	PO: 1-2 hrs IM: 30 min SC: 30-60 min	PO: 30-60 min IM: 15 min
Demi-vie	12-36 hrs	20-24 hrs	21-54 hrs	6-7 hrs	75-146 hrs	19 hrs	20 hrs	30 hrs

Stratégies pharmacologiques pour l'agitation en délirium ou SCPD

- Tenter autres classes de médicaments si possible avant d'utiliser des antipsychotiques (e.g., benzodiazépines si agitation dans le contexte d'un délirium tremens; opiacés pour agitation secondaire à douleur non-soulagée).
- Privilégier la prise d'antipsychotiques en régulier plutôt que l'administration de PRN fréquents.
- Privilégier la voie orale si possible.
- Débuter avec la dose minimale et augmenter progressivement q5-7jrs jusqu'à la dose minimale efficace, selon la tolérance. Titrage plus rapide (e.g., q3-4jrs) selon le contexte (i.e., l'indication) et la tolérance du patient.
- S'il n'y a pas de réponse après 2 semaines, revoir l'observance, le diagnostic, et changer le traitement au besoin. Substituer un antipsychotique pour un autre antipsychotique de la même classe peut fonctionner.
- Ne pas hésiter à demander l'avis du pharmacien, de la gériatrie ou de la psychiatrie.
- Monitorer la réponse clinique et la présence d'effets secondaires et la nécessité de poursuivre le traitement fréquemment.
- Éviter un traitement prolongé (i.e., > 3-6 mois).
- Éviter deux antipsychotiques concomitants outre PRN (e.g., Risperdal BID + Seroquel HS)
- Prescription typique en gériatrie pour l'agitation dans le contexte d'un délirium hyperactif:
 - Halopéridol 0,5 mg PO ou SC ou IM q30minutes PRN pour agitation, maximum 5 doses par jour, et
 - Risperidone 0,25 mg PO HS régulier (qui peut être titré progressivement à la hausse si le patient nécessite des PRN fréquemment).
- Sevrage des antipsychotiques:
 - Si médicament introduit rapidement (e.g., délirium): sevrer rapidement (q4-5jrs)
 - Si médicament titrer lentement (e.g., SCPD): sevrer lentement (q2-4semaines)
- Tenter si possible de sevrer les antipsychotiques avant le congé (surtout si congé à domicile).

Gestion de la douleur

Généralités

- La douleur est souvent sous-questionnée, sous-investiguée et sous-traitée chez la personne âgée.
- Jusqu'à 80% des résidents en CHSLD ont une forme de douleur.
- La douleur est un facteur de risque pour le délirium et pour l'immobilisation.
- Une personne âgée est plus à risque de faire un délirium sur une douleur non-soulagée que de faire un délirium secondaire à l'analgésie

Prise en charge usuelle

Évaluation de la douleur:

- Échelle numérique verbale (e.g. échelle de 1 à 10)
- Échelle visuelle (e.g. grimaces, expressions faciales, etc.)
- Chez le patient avec TNC avancé: changement du comportement, détresse non-spécifique

Traitements:

- Traiter les facteurs causals si lésion causant douleur (e.g., positionnement, traitement dermatite, etc.)
- Approches non-pharmacologiques: éducation, exercices, compresses chaudes/froides, massage, etc.
- Approches pharmacologiques:
 - Acétaminophène régulier
 - Anti-inflammatoires (à éviter, mais topique OK)
 - Opioïdes faibles
 - Opioïdes forts

Stratégies pharmacologiques de la douleur:

- Administration d'analgésie à intervalles réguliers (plutôt qu'en PRN)
- Acétaminophène en première intention
- Éviter AINS, chez population âgée en général
- Opioïdes pour douleurs réfractaires et comme adjuvants à l'acétaminophène seulement
 - Doses minimales pour débiter, ex. hydromorphone 0,25 - 0,5 mg PO ou SC



Prise en charge COVID+

Évaluation de la douleur:

- L'évaluation peut se faire par téléphone, si possible, avec les patients pouvant verbaliser leurs symptômes

Traitements:

- Idem

Stratégies pharmacologiques de la douleur:

- Si possible favoriser plus longue durée d'action (ne pas initier, mais faire transition rapidement)
 - Acétaminophène TID à préférer à QID (dose maximale DIE de 3g)

Gestion du risque de chute

Généralités

- Une personne âgée sur trois chute par année
- Les résidents en CHSLD sont à risque très élevé de chuter
- Une maladie aigüe et une hospitalisation chez la personne âgée augmentent le risque de faire une chute
- La présence d'un trouble de mobilité connu (équilibre ou marche) et un antécédent de chute sont des facteurs de risque de faire une nouvelle chute

Prise en charge usuelle

Pour minimiser le risque de chute

- Aide technique au chevet (e.g. marchette, canne)
- Demander l'avis de la physiothérapie
- 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)
 - Rarement indiquées, et non indiquées pour diminuer le risque de chute ou les comportements d'errance plus particulièrement
 - Situations où elles peuvent être envisagées :
 - 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 utilisées (consentement du patient ou consentement substitué)

Risque de blessures reliées aux solutés et sonde urinaire

- Réévaluer l'indication de ces soins :
 - Favoriser hydratation et ATB PO plutôt que IV
 - Tenter sevrage de la sonde



Prise en charge COVID+

Pour minimiser le risque de chute

- Aide technique au chevet et à la vue en tout temps
- Laisser les objets importants à porter de main du patient pour qu'il n'ait pas besoin de se lever
- Baisser la ridelle de lit du côté où le patient se lève habituellement
- Pad de mobilité envisageable sur unité COVID
 - Tenter d'octroyer des chambres près des postes infirmières pour les patients âgés (afin de bien entendre les alarmes)
- 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
- Soins continus au chevet impossibles si COVID+ ou suspecté

Prescriptions

Généralités

- Utiliser les protocoles institutionnels prévus pour les patients COVID+. Prescriptions qui prévoient:
 - Types et fréquences des SV, des glycémies, des prises de sang
 - Type d'oxygénothérapie (favoriser lunettes nasales 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.
 - Attention: risque de QTc ↑ si patient sous Azithromycine, antipsychotiques et antidépresseurs (ISRS)
 - Thromboprophylaxie:
 - De routine, peu importe les paramètres de coagulation. Adéquate si PLT > 20 000.
 - Enoxaparine 40 mg sous-cutanée die ou daltéparine 5 000 unités sous-cutanée die
 - Si présence d'obésité et dès IMC > 30, considérer une augmentation de la dose habituelle (soit énoxaparine 30 ou 40 mg sous-cutanée bid ou daltéparine 7 500 unités die ou 5 000 unités bid, par voie sous-cutanée)
 - Si insuffisance rénale avec ClCr < 30 mL/min, privilégier daltéparine 5 000 unités die aux soins intensifs ou héparine 5 000 unités bid, par voie sous-cutanée
 - En présence d'un risque thrombotique élevé (soins intensifs, d'obésité ou d'antécédents de TEV), certains experts recommandent une thromboprophylaxie majorée. Efficacité non démontré. À considérer selon le jugement clinique. [Blais et al. Conférence du 7 avril 2020]
 - Gestion du CPAP/BiPAP (à cesser en général, avis pneumologie 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 ans+
 - Vitamine D, calcium, vitamine B12
 - Cesser certains médicaments en prévention secondaire si possible (arrêt temporaire sans conséquence)
 - Ex. médicaments pour l'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 les visites à la chambre pour les Rx avec les SV, si possible
 - Ex. Metformine BID, bisoprolol plutôt que métoprolol, etc.
- Considérer l'autogestion des médicaments chez les patients autonomes
- Pour les patients en niveau de soins 3:
 - Prévoir opioïdes pour soulager dyspnée si détérioration aiguë en attendant évaluation médicale (dilaudid 0,5 à 1 mg SC PRN)
 - Prévoir d'emblée protocole de détresse respiratoire au cas où changement du niveau de soins 3 → 4.

Pour les médicaments les plus fréquents

- Éviter médicament PRN. Réévaluer attentivement et tenter de cesser ou de prescrire régulièrement selon évaluation
 - Médicaments analgésiques (acétaminophène, pregabaline, gabapentine, amitriptyline - attention sevrage pour certains Rx)
 - Relaxants musculaires (effet anticholinergique modéré, à éviter)
 - Antiacides
 - Crèmes si patient incapable de les appliquer seul
- Gestion du diabète mellitus
 - 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 antiparkinsoniens
 - Envisager consultation en pharmacie (ou neurologie // trouble du mouvement) pour simplification du régime
- Gestion des somnifères
 - Évaluer si diminution dose possible ou non, garder idem est acceptable pour éviter Sx sevrage (insomnie rebond)
 - Ne pas donner si altération de l'état d'attention (e.g., somnolence) et/ou détresse respiratoire (e.g., bradypnée, désaturation)
- Conserver les médicaments suivants:
 - Gouttes ophtalmologiques (ex. glaucome). Les larmes artificielles pourraient être suspendues ou remplacées par des formes à plus longue action (ex. : onguent, gel ou pommade)
 - Antidépresseurs, stabilisateurs de l'humeur et antipsychotiques, inhibiteurs de l'acétylcholinestérase

Soins palliatifs

Généralités

- Souffrance psychologique des patients et proches, en situation pandémie:
 - Par la maladie elle-même
 - Par les mesures d'isolement/confinement
- Diminution de l'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
- Tout médecin a la capacité d'offrir des 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
- Aucun patient avec COVID suspecté ou confirmé n'est accepté sur les unités de soins palliatifs afin de les garder "froides" (CH, CHSLD et MSP)
- 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
 - Si patient conscient, lui demander de porter son masque avant entrée dans la chambre
 - Si patient inconscient, lui installer un masque et le laisser en tout temps
- « Les visites régulières dans tous les CHSLD du Québec sont interdites, sauf pour des raisons humanitaires, comme lors de situation de fin de vie imminente. » [MSSS]
- 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/infirmières
- En cas de triage-USI
 - S'assurer que MD traitant (et SP) ne soient pas membres de l'équipe de triage.
 - Patient en CHSLD ou à domicile: discuter avec patient des bénéfices limités d'un transfert à l'hôpital et offrir des soins PRN

Soins palliatifs - suite

Prise en charge usuelle

Protocole de soins de fin de vie

Pour éviter que la fréquence respiratoire continue d'augmenter, débiter doses d'entretien dès que fréquence respiratoire entre 20-24/min

- Tenter cible Saturation O₂ > 90% avec LN max 4L
- Favoriser opioïdes courte action réguliers (e.g., Dilaudid 4 à 5 mg/24h ou Morphine 20 à 30 mg/24h)
- Éviter opioïdes en PRN

Rôle bronchique:

- Glycopyrrolate 0,4 mg SC ou Scopolamine 0,4 mg SC q 4h régulier
- Lasix 40 à 60 mg SC possible si rôle persistant (administration en 2 à 3 sites injections SC, avec max de de 20 mg SC par site)

Douleur non soulagée:

- Favoriser opioïdes courte action réguliers initialement et, lorsque patient bien soulagé, convertir en longue action

Agitation ou anxiété:

- Éliminer globe vésical et fécalome
- Benzodiazépine et antipsychotique PRN
 - Ativan 1 mg SC PRN ou Versed 5 mg SC PRN
 - Haldol 1 mg SC PRN ou Nozinan 5 mg SC PRN: favoriser Haldol plutôt que Nozinan car charge anticholinergique moins grande
- Benzodiazépine et antipsychotique réguliers si sédation régulier requise
 - Ativan 1 mg SC q 4 à 6h ou Versed 5 mg SC q 4h reg
 - Haldol 1 mg SC q 4 à 6h
 - Ajouter scopolamine 0.4 mg SC q q4h régulier à ce point-ci pour prévenir les râles

Convulsion:

- Ativan 2 mg SC PRN ou Versed SC PRN

Sécrétions bronchiques*

- Robinul ou Scopolamine (Robinul : anticholinergique, mais ne traverse pas la barrière hémato-encéphalique)

Protocole de perfusion SC continue:

- Perfusion régulière recommandée; éviter pousse-seringue si délirium / TNC
- Dilaudid > Morphine, Versed ou Ativan, Haldol > Nozinan
- Dilaudid 2 mg + Versed 5 mg ou Ativan 1 mg + Haldol 1 mg dans 100 mL ; débiter à 4 mL/h, puis doubler débit PRN

Protocole de détresse respiratoire*

Indications:

- En présence de détresse respiratoire, présence d'un des signes suivants: agitation, dyspnée sévère, tachypnée > 27/min, tirage, sécrétions bronchiques et cyanose

Protocole:

- 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

*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.

** Dose minimale pour ralentir la tachypnée: si patient naïf, morphine 5 mg SC ou dilaudid 1 mg SC (même si patient âgé, frêle ou IRA/IRC) // si patient non naïf, 25% de la dose totale d'opioïdes pris sur 24h



Prise en charge COVID+

Protocole de soins de fin de vie

Pour éviter que la fréquence respiratoire continue d'augmenter, débiter doses d'entretien dès que fréquence respiratoire entre 20-24/min

- Pour limiter visites à la chambre:
 - Considérer perfusion SC continue précocement

Râles bronchiques:

- Idem

Douleur non soulagée:

- Pour limiter visites à la chambre:
 - Considérer perfusion SC continue précocement
 - Utilisation d'opioïdes à courte action régulière moins réaliste si patient COVID; favoriser longue action (morphine LA, hydromorphone LA ou Fentanyl Patch), mais titration peut être longue

Agitation ou anxiété:

- Envisager sonde urinaire d'emblée pour prévenir inconfort
- Idem, mais favoriser administration régulière et lorazépam SC plutôt que midazolam SC, car plus longue demi-vie
- Considérer perfusion SC continue

Convulsion

- Idem, mais favoriser lorazépam SC plutôt que midazolam SC, car plus longue demi-vie

Sécrétions bronchiques*

- Idem

Protocole de perfusion SC continue

- Idem, possibilité d'augmenter le débit initial et de titrer plus rapidement PRN
- Si pénurie de perfusion SC, utiliser infuseurs (biberon)

Protocole de détresse respiratoire*

Indications:

- Idem

Protocole:

- 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.

** Dose minimale pour ralentir la tachypnée: si patient naïf, morphine 5 mg SC ou dilaudid 1 mg SC (même si patient âgé, frêle ou IRA/IRC) // si patient non naïf, 25% de la dose totale d'opioïdes pris sur 24h

Soins palliatifs - suite

Sédation palliative continue

- Protocole de sédation palliative envisageable pour les patients COVID.
- *Prérequis:*
 - Pronostic de moins de 2 semaines;
 - Tableau réfractaire de souffrance;
 - Consentement écrit requis si sédation palliative continue (plutôt que intermittente). Consentement substitué possible pour la sédation palliative (contrairement à aide médicale à mourir):
 - Consentement écrit à obtenir avec le patient, après discussion avec celui-ci, si celui est apte à consentir;
 - Consentement écrit à obtenir du représentant en cas d'inaptitude du patient, après discussion;
 - Dans le contexte actuel (pas de visite possible à l'hôpital), une autorisation verbale (i.e., par téléphone) est possible avec le représentant du patient inapte, pour autant que les démarches et justifications de la non-obtention d'un consentement écrit soient documentées au dossier. (Ceci n'est valide que pendant la pandémie du COVID-19).
- *Indications:*
 - Délirium 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 réfractaire qui compromet gravement le confort
 - Autre état réfractaire

Protocole de sédation continue en sous-cutané

- Médications et concentrations standards proposées :
 - Morphine 50 mg ou hydromorphone 10 mg + midazolam 25 mg dans NaCl 100 mL (volume total)
 - Si patients déjà sous opioïdes, augmenter de 25% la dose d'opioïde reçue habituellement sur 24h
- Débuter la perfusion avec :
 - Dose de charge « uniformisée » :
 - Morphine 5 mg ou hydromorphone 1 mg + midazolam 2,5 mg s/c.
 - Débit de départ de la perfusion s/c :
 - 3 mL/h pour la majorité des patients.
 - 2 mL/h pour un patient frêle.
 - La perfusion prend quelques heures à agir; important de donner dose de charge. Équilibre atteint en 24h
- Augmenter de 0,5 à 1,0 mL/h q 4h PRN (et doser entre-dose SC aux changements de dose, de 10% de la dose quotidienne)
 - PRN si dyspnée, inconfort ou tachypnée > 28/min
- L'halopéridol peut être considérée en co-administration dans la perfusion, soit Haldol 3 mg dans NaCl 100 mL

Syndrome d'immobilisation / déconditionnement aigu

Généralités

- La maladie aiguë et l'alitement en milieu hospitalier sont associés à une immobilisation prolongée ayant des conséquences multisystémiques (cardiovasculaire, respiratoire, digestive, métabolique, locomoteur, etc.)
- En général, 1 journée d'alitement nécessite 3 jours pour récupérer
- La COVID-19, par l'inflammation systémique, le catabolisme important et l'hypoxémie qu'elle cause, est associée à un syndrome d'immobilisation et un déconditionnement aigu sévère chez les personnes âgées atteintes

Prise en charge usuelle

- Traitement rapide de la maladie précipitant l'alitement
- Re-mobilisation rapide dès que patient tolère et collabore aux séances
- Prise en charge interdisciplinaire avec notamment physiothérapeute, ergothérapeute, infirmière, nutritionniste, etc.
- Positionnement adéquat et mobilisation dans le lit initialement
- Séances au fauteuil (verticalisation) avec le temps et selon tolérance
- Prévention et traitement des complications secondaires (e.g., plaie de lit, délirium, dénutrition, constipation, rétention urinaire, etc.)
- Réadaptation intensive post-hospitalisation si patient candidat



Prise en charge COVID+

- Traitement de support pour l'hypoxémie
- Éviter sonde urinaire et solutés qui peuvent restreindre la mobilité si possible
- Éviter l'alitement et stimuler le patient à être au fauteuil si possible durant la journée
- Donner un programme d'exercices pouvant se faire sans l'aide d'une tierce personne
 - Exercices au lit, en décubitus
 - Exercices assis au fauteuil
 - Marcher dans la chambre
- Pour les visites médicales/nursing nécessaires, ajouter des interventions pour favoriser/stimuler la mobilité

Dénutrition

Généralités

- La maladie aiguë, l'hospitalisation, un trouble d'adaptation/d'humeur et les diètes hospitalières sont associés à l'inappétence, à la perte de poids et à la dénutrition per-hospitalisation chez la personne âgée.
- Les personnes âgées perdent majoritairement des muscles lorsqu'elles perdent du poids, ce qui cause une atteinte de la mobilité, de l'autonomie et peut engendrer de la dysphagie, des plaies et des chutes.

Prise en charge usuelle

- Favoriser et stimuler les apports per os de nourriture et d'eau à chaque visite.
- Donner le temps au patient de manger (i.e., respecter son rythme).
- Adapter les repas selon les préférences et goûts du patient:
 - Éviter les restrictions en sucre, en sel, en gras, si possible
 - Éviter les restrictions hydriques si possible
 - Par exemple en insuffisance cardiaque, le patient peut boire à sa soif et le lasix est titré en conséquence des apports naturels du patient
 - Adapter les textures et les liquides selon le risque de dysphagie/d'aspiration
- Consultation en nutrition
- Les repas peuvent être enrêchis (riche en beurre, en crème) pour augmenter le nombre de calories des bouchées
- Considérer des suppléments (par exemple, Boost, Ensure) pour compléter les repas (et non pour remplacer)
- Le soluté pour l'hydratation IV et la nutrition parentérale sont à considérer seulement en dernier recours
- Les vitamines peuvent être prescrits en cas de déficits aux laboratoires (e.g., vitamine B12, folate, etc.)



Prise en charge COVID+

- La majorité des interventions nutritionnelles peut être faites sans à être en contact direct avec le patient.
- Le gavage pourrait être considéré comme une intervention agressive pour la majorité des personnes âgées atteints hospitalisés ou en CHSLD et devrait seulement être considéré après avoir peser les risques et bénéfices et après avoir discuté avec un expert.

Appendices I : Revue de la littérature

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 8 avril 2020)
- [MSSS Hospitalisation - Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19 - Professionnels de la santé](#)
- ASPC - Définition nationale de cas provisoire : Maladie à coronavirus (COVID-19) (mis à jour le 2 avril 2020)
- MSSS - Définition de cas pour le coronavirus COVID-19 - Québec (mis à jour le 8 avril 2020)
- INSPQ - Recommandations de santé publique - Consignes à suivre pour la personne malade en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19 (mis à jour le 6 avril 2020)
- INSPQ- Recommandations de santé publique - Consignes à suivre pour la personne atteinte de COVID-19 en isolement à la maison (mis à jour le 6 avril 2020)
- INSPQ- COVID-19 Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires (mis à jour le 6 avril 2020)
- INSPQ - Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie : recommandations intérimaires (mis à jour le 31 mars 2020)
- INSPQ- Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue (mis à jour le 7 avril)
- INSPQ- Interventions médicales générant des aérosols (mis à jour le 1er avril 2020)
- INSPQ- Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaire (mis à jour le 9 avril)

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.
- Sanders JM, Monogue ML, Jodlowski TZ, Cutrell JB. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review [published online ahead of print, 2020 Apr 13]. JAMA. 2020;10.1001/jama.2020.6019. doi:10.1001/jama.2020.6019

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%20Rlj-SG.pdf>

Prise en charge globale

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

Niveau de soins // Pronostic

- Kimball A, Hatfield KM, Arons M, et al. Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility — King County, Washington, March 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:377–381. DOI: [http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6913e1external icon](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6913e1external%20icon).
- Jones, Andrew MD, FRCP1,2; Toft-Petersen, Anne P. PhD1; Shankar-Hari, Manu MSc, PhD1,2,3; Harrison, David A. PhD1; Rowan, Kathryn M. PhD1 Demographic Shifts, Case Mix, Activity, and Outcome for Elderly Patients Admitted to Adult General ICUs in England, Wales, and Northern Ireland, *Critical Care Medicine*: April 2020 - Volume 48 - Issue 4 - p 466-474 doi: 10.1097/CCM.0000000000004211
- 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, Nallamotheu 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>
- Fédération des médecins spécialistes, Niveaux de soins : comment amorcer la discussion avec ses patients? https://www.youtube.com/watch?v=9Ct1und-7Lg&feature=youtu.be&fbclid=IwAR2E4al_w4c7Gi4u86L8lXoYxxeldKshxjHf7RVR0Qp74amWuKMMg87eC0E
- Shahid Z, Kalayanamitra R, McClafferty B, et al. COVID-19 And Older Adults: What We Know [published online ahead of print, 2020 Apr 7]. *J Am Geriatr Soc.* 2020;10.1111/jgs.16472. doi:10.1111/jgs.16472

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 II : Ressources et outils utiles

Sites web

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/>
2. Institut national de santé publique
<https://www.inspq.qc.ca/>
3. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) <https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html>
4. Santé Montréal <https://santemontreal.qc.ca/en/professionnels/drsp/sujets-de-a-a-z/coronavirus-sars-cov-2-ou-covid-19/maladie-a-coronavirus-copie-1/>

Outils et échelles cliniques

Pour les professionnels

- Société canadienne de gériatrie <https://canadiangeriatrics.ca/covid-19-resources/>
- Intensive Care National Audit & Research Centre (ICNARC) <https://www.icnarc.org/Our-Audit/Audits/Cmp/Reports>
- Protéger sa famille au temps du COVID-19
<https://drive.google.com/file/d/1PBi2T041BTmVont8HCujTRoSoGVr1j4N/view>
- Mini-guide Palli-Science soins palliatifs <http://pdf.palli-science.com/books/zdeq/>
- EPI <https://www.inspq.qc.ca/nouvelles/covid-19-procedure-d-habillage-deshabillage-en-milieu-soin>
- Guide pour la prise en charge des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 https://www.sqgeriatrie.org/dl.php?file=2020-04_guide_pour_la_prise_en_charge_des_residents_en_chsld_dans_le_con.pdf
- Webinaires sur l'éthique clinique en contexte de la COVID-19 Université de Montréal
<https://www.dpcmed.umontreal.ca/event/covid-19/>
- Webinaires Covid-19 Université de Sherbrooke
<https://www.usherbrooke.ca/cfc/formations/?dateFacette%5B%5D=2020-01-31T23%3A59%3A59Z#acc-publicCible,acc-dateFacette>
- Éthique clinique : Un guide pour aborder la pratique https://ethiqueclinique.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/14/2020/04/Éthique_clinique_chap.-7.pdf

Pour le patient et leurs proches

- Le délirium chez la personne âgée Information pour les proches <https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2020-04/477-2-delirium-chez-la-personne-agee.pdf>
- Guide autosoins MSSS https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/19-210-30FA_Guide-autosoins_francais.pdf?1584985897

Appendices III : Définitions

Définitions selon l'Agence de la santé publique du Canada (dernière mise à jour le 2 avril 2020)

Critères d'exposition

- Au cours des 14 jours qui ont précédé le début des symptômes:
 - Déplacement dans une région touchée (y compris à l'intérieur du Canada) **ou**
 - Contact étroit avec une personne atteinte d'une maladie respiratoire aiguë qui s'était rendue dans une région touchée (y compris à l'intérieur du Canada) au cours des 14 jours précédant le début des symptômes **ou**
 - Participation un rassemblement de masse établi comme étant une source d'exposition (p. ex. conférence) **ou**
 - Exposition en laboratoire à du matériel biologique qu'on savait contenir du COVID-19

Critères de contact étroit

- Personne qui a prodigué des soins au patient (y compris les travailleurs de la santé, les membres de la famille ou d'autres personnes soignantes) **ou**
- Personne ayant eu un contact étroit physique avec un cas probable ou confirmé alors que ce dernier était malade **ou**
- Personne ayant vécu avec le cas probable ou confirmé alors que ce dernier était malade **ou**
- Personne ayant eu un contact étroit prolongé avec un cas probable ou confirmé alors que ce dernier était malade

Cas suspect

critères A + B ou C présents

- A. Personne présentant au moins deux des symptômes suivants :
- Fièvre (signes de fièvre)
 - Toux (apparition ou exacerbation de la toux chronique)
 - Mal de gorge
 - Écoulement nasal
 - Céphalée
- B. Personne qui répond aux critères d'exposition **ou**
- C. Personne qui a été en contact étroit avec un cas probable de la COVID-19

Cas probable

Personne ayant subi un test de laboratoire

critères A + B + C présents

- A. Personne présentant une fièvre (plus de 38°C) ou montrant l'apparition d'une toux (ou exacerbation de la toux chronique) **et**
- B. Qui correspond aux critères d'exposition **et**
- C. Pour laquelle le diagnostic de laboratoire pour la COVID-19 n'est pas décisif (équivoque)

Personne n'ayant pas subi de test de laboratoire

critères A + (B ou C) présents

- A. Personne présentant une fièvre (plus de 38°C) ou montrant l'apparition d'une toux (ou exacerbation de la toux chronique) **et**
- B. Ayant été en contact étroit avec un cas confirmé de la COVID-19 **ou**
- C. Ayant vécu ou travaillé dans un établissement fermé où il y a une écloison connue de cas de COVID-19 (p. ex. établissement de soins de longue durée, pénitencier).

Cas confirmé

critères A + (B ou C) présents

- A. Confirmation du coronavirus causant la COVID-19 par un laboratoire dont les tests ont été éprouvés **et**
- B. Tests positifs d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur au moins deux cibles génomiques spécifiques **ou**
- C. Test positif d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur une seule cible positive avec séquençage des acides nucléiques.

Définitions nosologiques au Québec (dernière mise à jour le 8 avril 2020)

Cas confirmé

Cas confirmé par détection d'acides nucléiques du SARS-CoV-2

- Patients vivants
 - Détection d'acides nucléiques du SARS-CoV-2
- Patients décédés
 - Manifestations cliniques compatibles observées avant le décès **et**
 - Détection d'acides nucléiques du SARS-CoV-2

Cas confirmé par lien épidémiologique ("contact à risque élevé")

- Patients vivants
 - Symptômes cliniques compatibles avec la COVID-191 **et**
 - Exposition à risque élevé avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité **et**
 - Aucune autre cause apparente
- Patients décédés
 - Manifestations cliniques compatibles observées avant le décès **et**
 - Exposition à risque élevé avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité **et**
 - Aucune autre cause apparente

→ Au Québec, il est possible de confirmer un cas par lien épidémiologique (sans détection d'acides nucléiques du SARS-CoV-2).

Manifestations cliniques compatibles

- Symptômes:
 - Fièvre (plus de 38°C) **ou**
 - Toux (récente ou chronique exacerbée) **ou**
 - Difficulté respiratoire **ou**
 - Anosmie brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie
- Signes:
 - Signes radiologiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie **ou**
 - Syndrome de détresse respiratoire **ou**
 - Examen pathologique compatible

INSPQ

Critères d'exposition potentielle (dernière mise à jour le 6 avril 2020)

Risque élevé: isolement à domicile x 14 jours à partir de la fin de l'exposition

- *Personne vivant sous le même toit qu'un cas confirmé ou probable, alors que le cas n'appliquait pas les mesures recommandées d'isolement ou que ce contact n'appliquait pas les mesures requises*
- *Partenaire intime (ex. : relations sexuelles) avec cas confirmé ou probable.*
- *Personne prodiguant des soins corporels dans un cadre non médical (ex. : à domicile) à un cas confirmé ou probable sans utiliser les précautions recommandées pour les soins à domicile et l'isolement à domicile.*
- *Personne ayant eu un contact direct avec des liquides biologiques infectieux (ex. : avoir reçu des gouttelettes dans le visage lors de toux ou d'éternuements, s'être touché le visage après avoir touché à main nue un mouchoir rempli de sécrétions, sans s'être lavé les mains etc)*

Risque modéré: isolement à domicile x 14 jours à partir de la fin de l'exposition

☑ *Personne n'ayant aucune exposition répondant à la définition d'exposition à risque élevé, mais avec la présence de l'une des conditions suivantes :*

- *Personne vivant sous le même toit qu'un cas confirmé ou probable alors que ce cas appliquait les mesures recommandées d'isolement et que ce contact appliquait les mesures requises.*
- *Personne aidant prodiguant des soins corporels dans un cadre non médical (ex. : à domicile) à un cas confirmé ou probable en utilisant systématiquement les précautions recommandées pour les soins à domicile et l'isolement à domicile. (isolement du conjoint/aidant naturel x 14 jours, qui débute après le dernier jour d'isolement du cas confirmé)*
- *Personne ayant eu un contact prolongé (au moins 15 minutes ou selon l'évaluation du risque) à moins de 2 mètres avec cas confirmé ou probable alors que ce cas n'appliquait pas les mesures recommandées d'isolement ou que ce contact n'appliquait pas les mesures requises.*

Risque faible : distanciation sociale

- *Personne n'ayant aucune exposition répondant à la définition d'exposition à risque modéré ou élevé,*

Maladie sévère

- *Fréquence respiratoire ≥ 24 /min*
- *Détresse respiratoire aiguë*
- *Besoin de $> 4L$ en oxygène (lunettes nasales ou VM) pour saturation $\geq 90\%$.*
- *TA systolique < 90 mmHg malgré une réanimation liquidienne adéquate.*
- *Tout critère jugé sévère par le clinicien (ex. : altération de l'état de conscience)*

Interventions médicales générant des aérosols (IMGA) (dernière mise à jour le 1er avril 2020)

Risque reconnu

- Bronchoscopie
- Intubation et extubation trachéales
- Réanimation cardio-pulmonaire
- Ventilation manuelle avant l'intubation
- Aspiration des sécrétions trachéales en circuit ouvert chez un usager intubé ou trachéotomisé
- Induction d'expectorations
- Aspiration nasopharyngée (ANP) chez l'enfant
- Autopsie
- Toute intervention chirurgicale par voie naso ou oro-pharyngée chez un cas confirmé de COVID-19

Risque possible

- Ventilation non invasive en pression positive via masque facial (ex. : BiPAP, CPAP)

Risque incertain ou non documenté

- Oxygénothérapie par voie nasale à haut débit (ex. : optiflow)
- Procédures d'endoscopie digestive
- Échographie transoesophagienne
- Insertion d'un drain thoracique
- Interventions en ophtalmologie
- Laryngoscopie

Risque peu probable

- Oxygénothérapie conventionnelle avec masque facial (ex. : ventimask)

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

- Au moins 14 jours se sont écoulés depuis le début des symptômes
- Afébrile depuis 48 heures
- Pas de symptôme aigu depuis 24 heures (sauf toux résiduel qui peut persister, et anosmie)
- PCR négatif x 2 q 24h après la résolution de la maladie si indiqué :
 - Maladie sévère ayant nécessité soins intensifs
 - Immunosuppression
 - Corticostéroïde

Les patients traités à domicile ou les patients hospitalisés ayant reçu un congé avant la fin de leur période d'isolement n'ont pas besoin d'un test de confirmation pour lever les mesures d'isolement.