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

Dernière mise à jour: 2020.05.03

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

Remerciements

Merci à Sylvain G. Bélisle pour son expertise en design graphique et pour son aide à la mise en page de ce guide. Merci également au docteur Frédérick Duong pour ses commentaires, suggestions et corrections ainsi qu'au Dre Marie-Andrée Bruneau, gériopsychiatre, pour ses recommandations de références en santé mentale et en SCPD.

**Nous dédions ce guide au docteur Huy-Hao Dao, à Victoria Salvan, préposée
aux bénéficiaires, ainsi qu'aux autres intervenants et professionnels de la
santé ayant donné leur vie pour lutter contre la COVID-19.**



Pour citer le document:

Leblanc, J., Marchand, L., Vu, M. T.T., Latour, J., Nguyen, P. VQ., Nguyen Q. D., Desmarais, P. (2020). *COVID-19 – Particularités gériatriques – Guide de soins et revue de la littérature (version 2020.05.03)*. Montréal (Qc) : Service de gériatrie du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM).

Objectifs du guide

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

- 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 de la médecine interne, des soins intensifs et des soins palliatifs 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 2020.05.03

- Section sur la gestion du patient qui ne se conforme pas aux mesures de PCI;
- Section sur l'allocation des ressources;
- Ajouts de ressources pertinentes:
 - Outils pour la gestion des SCPD et pour la santé mentale;
 - Protocole de prévention de l'immobilisation et du déconditionnement, et programme de réadaptation autonomisé des patients COVID-19 hospitalisés;
 - [Guide COVID-19 pour les médecins en CHSLD \(Version du 30 avril 2020\)](#);
- Corrections et précisions faites à travers le guide.

Version du 2020.04.26

- Section sur l'insomnie ajoutée;
- Section sur la santé mentale ajoutée;
- Fiches AINÉES et Plan d'interventions thérapeutiques pour patient dépisté à haut risque de déclin fonctionnel per-hospitalisation COVID+ ajoutées au guide (voir Appendices II);
- Points sur l'utilisation de l'aérochambre chez les patients COVID+ ajoutés;
- Corrections et précisions faites à travers le guide.

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 appropriée 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 ajoutées;
- 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	16
Transition et congé	17
Patients en CHSLD-RI-RPA	18
Syndromes gériatriques et situations particulières à la gériatrie	19
Principes généraux	19
Prise en charge AÎNÉES adaptée à la personne âgée	20
Délirium	21
Patient âgé agité (délirium ou SCPD).....	23
Contentions pharmacologiques - antipsychotiques	25
Prescription gériatrique d'antipsychotiques	26
Stratégies pharmacologiques pour l'agitation en délirium ou SCPD.....	27
Gestion de la douleur.....	28
Gestion du risque de chute.....	29
Prescriptions	30
Soins palliatifs	31
Syndrome d'immobilisation / déconditionnement aigu.....	35
Dénutrition aiguë.....	37
Santé mentale (anxiété, dépression, trouble d'adaptation).....	39
Insomnie	42
Appendices I : Revue de la littérature	44
Général	44
Personnes âgées.....	45
Appendices II : Ressources et outils utiles	48
Institutions savantes	48
Journaux scientifiques	48
Outils pour les professionnels.....	48
Échelles	48
Outils pour le patient et leurs proches	49
Appendices III : Définitions	52

Messages clés

1- Diagnostic:

- Les présentations cliniques de problèmes médicaux courants 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.
- Une culture d'urine devrait être réalisée seulement en présence de symptômes afin d'éviter de traiter une bactériurie asymptomatique.
- Il ne faut pas oublier le diagnostic différentiel usuel pour toutes les manifestations rencontrées.
- L'âge seul ne saisit pas avec précision la variabilité des capacités fonctionnelles et de la réserve physiologique observée chez les personnes âgées.

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.
- LA COVID-19 peut causer une importante dénutrition aigue chez la personne âgée.
- 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, glucides ou en gras.
- 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.
- L'Échelle de fragilité clinique peut être utilisée pour aider à décider de l'accès à des ressources de soins de santé limitées telles que l'admission à une unité de soins intensifs et / ou l'intubation pendant la pandémie de COVID-19.

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 (c.-à-d., 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 en 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 et coll. NEJM 2020]
- Affecte au Québec F > H (60,8 / 39,2 %) et mortalité F > H (52,9 / 47,1 %) [[INSPQ 2020.04.28](#)]
- Pour les plus récentes données à jour :
 - Montréal : [Santé Montréal](#)
 - Québec: [INSPQ](#)
 - Canda: [Santé Canada](#)
 - International: [Johns Hopkins University](#), [Worldometers](#)
 - Soins intensifs: [Intensive Care National Audit and Research Center](#)
- FR de mortalité:
 - Âge avancé (pas de seuil précis)
 - Polymorbidité, indépendante de l'âge [Guan et coll. ERJ 2020]
 - Défaillance d'organe multiple [Zhou et coll. Lancet 2020]
 - D-dimères $\geq 1 \mu\text{g/ml}$ [Zhou et coll. Lancet 2020]
- Modes de transmission:
 - Gouttelettes et contact (le plus important), gouttelettes majoritairement ad 2 mètres du patient
 - Possible aérosolisation avec certaines interventions médicales (p. ex., IMGA)
 - 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 et coll. 2020]
 - Les titres d'anticorps sont variables chez les patients. Étude chez 175 patients : 30 % ont des titres très faibles, peu protecteurs [Wu et coll. 2020] Le niveau d'anticorps semble corrélér 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 et coll. NEJM 2020], pas nécessairement sensible)
- Myalgie
- Possibilité Sx gastro-intestinaux rapportés comme symptômes précoces (10%) [Wang et coll. 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 buccale x1 ou 37,2°C buccale x2 ou augmentation \uparrow 1,2°C par rapport à la valeur basale usuelle
 - Possibilité d' \uparrow la température corporelle moindre chez la personne âgée
- 50 % des personnes âgées sont asymptomatiques (aucun ou très peu de symptômes) et sont également à risque de transmettre le virus. [Kimball MMWR 2020]
- 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
 - Labilité des symptômes (ex. : hyperthermie/hypothermie, hypertension/hypotension)

Contagiosité

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

Atteintes et évolution naturelle

Trajectoires

- Pour la population en général, 80% des cas ont une évolution bénigne, voire asymptomatique
- Selon données de la Chine: 20% hospitalisations, 5% USI [Guan et coll. NEJM 2020; Wu et coll. 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]
- Co-infection avec influenza rapportée 0,5% [Malone et coll., 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
 - Pour des données à jour relatives aux soins intensifs se référer au rapport hebdomadaire de [l'Intensive Care National Audit and Research Center](#) (ICNARC) [dernier rapport 2020.04.24]

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 coll. Conférence du 7 avril 2020]
- Thrombose veineuse. Incidence mal connue. Cas sévères sous prophylaxie standard non publiés [Blais et coll. Conférence du 7 avril 2020]

Neurologique

- Cas rapportés de méningite/encéphalite virale [Moriguchi Inter J of Infect Dis 2020], de Guillain-Barré [Zhao Lancet Neuro 2020] et d'AVC chez des patients < 50 ans [Oxley TJ et coll. NEJM 2020]

Diagnostic

Généralités

- Communiquer avec les proches aidants 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]
- Test RT-PCR SARS-Cov-2 sur prélèvement naso-pharyngé
 - Doit être effectué minimalement 24 à 48 heures post début des symptômes
 - 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'ÉPI (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 suspectés 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).
 - Équipe multidisciplinaire : Les professionnels qui peuvent évaluer le patient sans contact direct (pharmacie, TS) peuvent le faire par téléphone. Si le patient nécessite une évaluation en physiothérapie, n'hésitez pas à les impliquer. Plusieurs outils sont développés pour minimiser la fréquence des visites tout en diminuant le risque de déconditionnement. [Guide d'accueil unité COVID-H 2020.04.28]
 - 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 \(13 avril 2020\)](#) » [MSSS]
- Isolement gouttelettes-contact avec protection oculaire si patient hospitalisé 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 dans les [Appendices III](#)
- Les patients à risque d'IMGA sont ceux qui présentent des critères de sévérité et dont le niveau de soins 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

Suivi

- 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
- Suivi des syndromes gériatriques, voir deuxième partie du guide sur les syndromes gériatriques
 - Signes vitaux **AÎNÉES** dans la mesure du possible:
 - **A**utonomie, **I**ntégrité peau, **N**utrition, **É**limination, **É**tat cognitif-conscience/comportement, **S**ommeil
→ Voir fiche [AÎNÉES pour patient dépisté à haut risque de déclin fonctionnel per-hospitalisation COVID+ CHUM](#) (Appendices II)
 - Évaluation/dépistage pour le délirium, déconditionnement, la perte fonctionnelle, etc.

Prise en charge - suite

Traitement

- Aucun traitement prouvé efficace [Sanders et coll. JAMA 2020]
- Principalement un traitement de support
- Hydratation, soulagement de la fièvre, thromboprophylaxie
- Évaluer pour ddx usuels ou complications (surinfection, embolie pulmonaire, dysfonction cardiaque, etc.)
- Les corticostéroïdes PO ne sont pas recommandés à moins qu'ils soient nécessaires pour une autre condition médicale. [Sanders et coll. JAMA 2020]
- L'oseltamivir est inefficace. [Sanders et coll. JAMA 2020]
- La littérature actuelle ne supporte pas l'arrêt des IECA et des ARA. [Sanders et coll. 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]
- Présentement à l'étude: transfusion de plasma de convalescent; remdesivir (nouveau Rx antiviral)

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. 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

Points importants sur l'aérochambre pour l'administration des médicaments en inhalation

- L'utilisation des aérochambres chez les patients COVID+ est permise pour autant que ceux-ci soient en isolement gouttelettes-contact+ et que l'aérochambre soit utilisée uniquement par le même patient (c.-à-d., pas de nettoyage, de décontamination, de recyclage de l'aérochambre dans le but de le réutiliser plus tard, possiblement avec un autre patient).
- À noter que la chambre d'inhalation utilisée par le patient COVID+ est une source potentielle et importante de contamination indirecte et qu'il faut la nettoyer comme il faut nettoyer tous les objets dans la chambre du patient (p. ex., le téléphone).

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

Mortalité

- Taux de mortalité* - tous groupes d'âge confondus: 7% Italie, 3% Chine, 0.8% Corée
- Taux de mortalité* - groupe des 70-79 ans : 13% Italie, 8% en Chine, 3% Corée
- Taux de mortalité* - groupe des 80+ ans : 20% Italie, 15% en Chine, 9% Corée
- Au Québec, répartition des décès selon le groupe d'âge [[INSPQ 2020.05.01](#)]
 - 30-49 ans: 0,9 %
 - 50-69 ans: 7,9 %
 - 70-79 ans: 17,8 %
 - 80-89 ans: 41,5 %
 - 90 ans+: 32,0 %
- En date de 17 avril, sur les 688 morts au Québec, 511 sont des aînés vivant dans les centres de soins de longue durée (soit 74 % des décès). [[Gouvernement du Québec](#)]

* Les taux de mortalité sont des estimations grossières puisque le réel nombre de personnes infectées n'est pas connu.

Si nécessité triage USI – Allocation des ressources

- L'âge à lui seul ne devrait pas guider les décisions d'allocation des ressources de soins de santé.
- Les décisions sur l'allocation des ressources de soins de santé doivent tenir compte des préférences du patient et de ses objectifs de soins.
- Les décisions concernant l'accès aux soins intensifs ou à la ventilation mécanique pour les personnes âgées devraient être individualisées.
- S'il est utilisé pour aider à prendre des décisions concernant l'accès à des ressources de soins de santé limitées, le score de fragilité clinique* doit être basé sur le statut de la personne deux semaines avant l'apparition des symptômes COVID, et non sur la façon dont ils se présentent actuellement.
- S'il est utilisé pour aider à prendre des décisions concernant l'accès à des ressources de soins de santé limitées telles que l'admission à une unité de soins intensifs et / ou l'intubation pendant la pandémie de COVID-19, un score de 5 ou plus du score de fragilité clinique devrait être utilisé. Voir tableau ci-dessous pour les recommandations du MSSS selon l'étape en cours. [Traduction libre de Montero-Odasso et coll., 2020]

* Il est important de bien connaître l'échelle de fragilité et de l'utiliser adéquatement. Se référer au [Top Tips to Help you use the Clinical Frailty Score](#)

La décision d'allocation des ressources ne doit **aucunement reposer uniquement** sur le score de fragilité clinique, autres variables d'intérêts :

- Qualité de vie et objectifs de vie
- Trouble neurocognitif majeur sévère ou avec opposition aux soins
- Trouble neurocognitif majeur terminal (avec dysphagie importante; alitement, etc.)
- Espérance de vie
- Comorbidités cardio-pulmonaires sévères
- Dénutrition sévère / cachexie

Principes éthiques en situation COVID [Emanuel NEJM, 2020; White JAMA, 2020]

- 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, 2020]
- Ne devrait pas reposer sur l'exclusion d'une catégorie nette (p. ex. âge, comorbidités, etc.)

Si nécessité triage USI – Allocation des ressources (suite)

Directives du MSSS (S'assurer de se référer aux directives les plus à jour)

Critères d'exclusion pour l'admission aux SI du MSSS en cas de ressources insuffisantes seulement

Pour être admissible aux soins intensifs, l'utilisateur ne doit répondre à AUCUN de ces critères:

Étape 1 de triage

(Visant à exclure les personnes ayant ≥ 80 % de mortalité prévue)

Toute personne ayant un score de fragilité clinique ≥ 7 en raison d'une condition ou atteinte progressive sous-jacente qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.

Étape 2 de triage

(Visant à exclure les personnes ayant ≥ 50 % de mortalité prévue)

Toute personne ayant un score de fragilité clinique ≥ 5 en raison d'une condition ou atteinte progressive sous-jacente qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.

Étape 3 de triage

(Visant à exclure les personnes ayant ≥ 30 % de mortalité prévue)

Toute personne ayant un score de fragilité clinique ≥ 4 en raison d'une condition ou atteinte progressive sous-jacente qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.

[Tiré du Formulaire triage des soins intensifs pour les adultes en situation de pandémie du MSSS]

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
 - Les patients admis aux soins intensifs qui présentent un Score de fragilité de 5 ou plus
 - Ont un plus grand risque de mortalité hospitalière;
 - Ont un plus grand risque de mortalité à long terme;
 - Sont moins susceptibles de retourner à la maison au congé [Muscedere et coll., 2017]
 - Une étude canadienne réalisée après de 1200 personnes âgées hospitalisées aux soins intensifs a révélé que le risque de mortalité augmentait en fonction de la fragilité. Les personnes âgées ayant un Score de fragilité clinique de 5 ou plus avaient une survie de 50 % à 1 an [Bagshaw et coll., 2014]
 - 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-observant à la réadaptation

En COVID+

- Survie post-IET (ARDS) tous âges confondus <50% [Wu JAMA IM 2020]
- 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
 - ÉPI à enfileur par le personnel
 - Ordre des manœuvres modifié (protection des voies respiratoires avant début des compressions)
- Outils : [Niveaux d'intervention médicales \(NIM\) : Parlons-en dans le contexte de la pandémie COVID-19. Coffre à outils pour la conversation avec les personnes vivant dans la communauté](#) [MSSS 2020.04.24]

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 ≥ 24 h d'intervalle après la résolution de la maladie aiguë (ou selon d'autres recommandations de la santé publique)
 - Critère qui pourrait être modifié étant donné que les PCR peuvent demeurer positifs longtemps et que la contagiosité soit toutefois peu probable 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 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, habiter 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 du MSSS aux patients qui doivent s'isoler à domicile et qui n'habitent pas seuls:
 - Le MSSS 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
 - Feuillet d'information à remettre au patient : [Les symptômes à suivre au congé](#) [MSSS 2020.04.16]
- Toujours faxer les prescriptions à la pharmacie (éviter le papier - contact physique)

Congé vers SPA / RFI ou CHSLD

- Les nouvelles admissions en CHSLD en provenance des centres hospitaliers ont été cessées jusqu'à nouvel ordre le 8 avril 2020 [[MSSS 2020.04.11](#)]
- 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.
- Demander l'avis de la travailleuse sociale pour aider avec l'orientation post-hospitalisation.

Patients en CHSLD-RI-RPA

Éclosions en CHSLD-RI-RPA

- Définition (CHSLD) : Présence d'un cas sur l'unité (à des fins d'application des mesures) [[INSPQ 2020.04.09](#)]
- Définition (milieu de soins aigus) : Présence de deux cas nosocomiaux chez les usagers en 14 jours avec lien épidémiologique selon le résultat de l'enquête épidémiologique [[INSPQ 2020.04.09](#)]
- Bilan au Québec
 - En date du 14 avril, 2 262 cas les CHSLD (soit 16 % des cas de la province),
 - En date du 30 avril, 544 milieux de vie pour aînés au Québec ont au moins un employé ou un résident infecté par la COVID-19 [[Gouvernement du Québec](#)]
 - À Montréal, 129 CHSLD et RPA publics avec au moins un cas confirmé de COVID-19 [[Santé Montréal 2020.04.29](#)]

Facteurs de risque et pistes de solution [Dosa et coll., JAMDA 2020]

Facteurs de risque	Pistes de solution
Reconnaissance tardive des cas : Patients avec symptômes atypiques et 50% d'asymptomatiques potentiellement contagieux, disponibilité et rapidité des tests limités	Enseignement au personnel Seuil de suspicion plus bas : isolement + test au moindre changement de l'état Dépistage des patients « asymptomatiques » de l'unité lors d'éclosion
Milieu de vie : Infrastructures non adaptées à la prévention des infections	Arrêt des admissions Sorties de certains patients (ex. : retour dans la famille)
Non-observance des patients aux consignes PCI (troubles cognitifs, troubles psychiatriques)	Regrouper les patients non observant sur une unité Utiliser judicieusement les contentions si bénéfiques > risques
Incapacités fonctionnelles augmentent les contacts étroits et prolongés entre personnel et résidents	Équipe dédiée Regroupement des soins
Pénurie sévère de personnel	Recrutement, valorisation du travail
Difficultés avec PCI/ÉPI : Manque de ressources matérielles et formation, Personnel qui travaille malgré des Sx légers Port du masque de procédure en continu pour tous les travailleurs de la santé qui donnent des soins et qui sont à moins de 2 mètres d'un usager instauré en date du 2020.04.07 [INSPQ]	Utiliser matériel selon recommandations Formation Surveillance des symptômes et fièvre, et retrait PRN
Admission de patients d'un autre milieu	Isolement gouttelettes/contact x 14 jours Surveillance quotidienne des symptômes respiratoires et de la fièvre

[Plusieurs éléments tirés du Guide COVID-19 pour les médecins en CHSLD - 30.04.2020]

Transfert vers CHSGS

- « Les résidents ayant des niveaux de soins A et B (NIM de l'INESSS) consignés au dossier doivent être transférés en CH suite à l'évaluation médicale et si leur condition le nécessite. Les transferts de résidents CHSLD vers les CH doivent être évités si les traitements requis peuvent être dispensés en CHSLD.
- Les résidents ayant des niveaux de soins C et D (NIM de l'INESSS) consignés au dossier doivent demeurer en CHSLD et recevoir toutes les mesures de traitement et confort requis.
- Tout résident doit être évalué par un MD avant le transfert vers le CH » [[MSSS 2020.04.09](#)]

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 persistante 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

- Déterminer le niveau fonctionnel antérieur à l'hospitalisation ainsi que celui actuel
 - Voir fiche [AÎNÉES pour patient dépisté à haut risque de déclin fonctionnel per-hospitalisation COVID+ CHUM](#) (Appendices II)
 - Voir fiche [Plan d'interventions thérapeutiques pour patient dépisté à haut risque de déclin fonctionnel per-hospitalisation COVID+ CHUM](#) (Appendices II)
- 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
 - Possibilité de s'inspirer du [Protocole précoce de réadaptation du patient COVID-19 hospitalisé](#)
- 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 du patient
- Profiter des interventions médicales/infirmières 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 acceptables (créatinine, Sx)
- Traitement pharmacologique agressif de la constipation (p. ex., 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
 - Niveaux 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 suivi

- 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 (p. ex., 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 (p. ex. 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 acceptables (Créatinine, Sx)

Si agitation, considérer des approches non-pharmacologiques et/ou pharmacologiques

→ voir section Contention pharmacologiques

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 aigue
- 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.
- Désescalade 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 si possible)
- Outils pertinents pour la prise en charge des SCPD [Processus clinique visant le traitement des SCPD](#) et [Approche non pharmaco visant le traitement des SCPD](#)



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 pour le patient inapte ne respectant pas les mesures de la PCI

- Soupeser les risques et les bénéfices des différentes approches pour le patient, les autres patients et les employés.
- Établir un plan en interdisciplinarité. Impliquer la gériatrie (ou la gérontopsychiatrie) au besoin.
- Informer les proches ou le représentant légal de la situation et des risques et bénéfices des interventions possibles. Les impliquer dans la recherche de solutions.
- Un consentement substitué est nécessaire pour utiliser une manœuvre de contention (physique, chimique ou environnementale). Documenter les communications liées à la contention.

Démarche par étapes

- Approches centrées sur la personne telles que décrites ci-haut pour les cas non COVID-19
 - S'assurer que les besoins de base soient répondus.
- Si le patient présente toujours un comportement qui le met à risque dans le contexte de COVID-19:
 - Envisager des mesures pour tenter de restreindre la sortie de la chambre
 - Ex. : Autocollant au sol, bande STOP à l'entrée de la chambre
 - Voir l'Annexe II du document [Gestion des usagers inaptes présentant des troubles neurocognitifs majeurs qui ne respectent pas les mesures d'isolement dans un contexte de COVID-19 suspecté ou confirmé en CHSLD](#)
 - Demander un soin continu de la part d'un PAB à la porte pour recadrer le patient s'il tente de sortir.
 - S'assurer qu'il n'y a pas de risque de blessures en lien avec les mesures.
- Si l'utilisation des mesures de restrictions ne suffit pas ou que le patient présente un trouble grave du comportement (agressivité sévère, agitation sévère avec dangerosité pour soi ou autrui)
 - Envisager contentions chimiques, physiques ou de barrer la porte de la chambre
 - Utiliser la contention la moins restrictive
 - Réévaluer fréquemment le patient et la nécessité de poursuivre la contention
 - Surveillance étroite requise (visuelle)
- Documenter au dossier l'efficacité des mesures préalablement tentées. Utiliser une grille d'observation des comportements. [[CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal 2020.04.21](#)]



Approches pharmacologiques

- Voir section sur contentions pharmacologiques

Contentions pharmacologiques - antipsychotiques

Les interventions non-pharmacologiques demeurent l'approche recommandée dans le traitement du délirium et des SCPD. L'utilisation des antipsychotiques n'est pas recommandée dans le traitement du délirium selon les standards usuels de soins et ne devraient être utilisés que dans certaines circonstances.

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.

* Ces molécules ont des profils d'effets secondaires peu intéressants chez la personne âgée et devraient être évitées en générale. Advenant l'échec des antipsychotiques de première ligne, il ne faut pas hésiter de demander l'avis du pharmacien, du gériatre ou du psychiatre.

Prescription gériatrique d'antipsychotiques

	Halopéridol (Haldol)	Rispéridone (Risperdal)	Olanzapine (Zyprexa)	Quétiapine (Seroquel)	Aripiprazole (Abilify)	Loxapine (Laxapac) ²	Levomepromazine (Nozinan) ²	Chlorpromazine (Largactil) ²
Voies¹	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	12,5 à 25 mg BID ou TID	2 mg DIE	à éviter en régulier	à éviter en régulier	à éviter en régulier
Doses gériatriques maximales par 24hrs³	à éviter en régulier	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

1. Il faut privilégier la voie per os le plus possible, si la collaboration du patient le permet.

2. Ces molécules ont des profils d'effets secondaires peu intéressants chez la personne âgée et devraient être évitées en général. Advenant l'échec des antipsychotiques de première ligne, il ne faut pas hésiter de demander l'avis du pharmacien, du gériatre ou du psychiatre.

3. Il faut minimiser l'utilisation de PRN en titrant lentement et progressivement l'antipsychotique en régulier. Il faut arrêter la titration à la hausse lorsque la dose totale en 24hrs permet de contrôler suffisamment les comportements perturbateurs (i.e., utiliser la plus petite dose efficace seulement). Il ne faut pas hésiter de demander l'avis du pharmacien, du gériatre ou du psychiatre avant d'atteindre la dose gériatrique maximale permise.

Stratégies pharmacologiques pour l'agitation en délirium ou SCPD

- Tenter autres classes de médicaments si possible avant d'utiliser des antipsychotiques (p. ex., 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 (p. ex., q3-4jrs) selon le contexte (c.-à-d., 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 (c.-à-d., > 3-6 mois).
- Éviter deux antipsychotiques concomitants outre PRN (p. ex.: 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 (p. ex., délirium): sevrer rapidement (q4-5jrs)
 - Si médicament titrer lentement (p. ex., SCPD): sevrer lentement (q2-4semaines)
- Tenter si possible de sevrer les antipsychotiques avant le congé (surtout si congé à domicile).

Toujours utiliser des approches non-pharmacologiques préalablement à l'approche pharmacologique et aussi concomittants à l'approche pharmacologique.

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 (p. ex. échelle de 1 à 10)
- Échelle visuelle (p. ex. 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 (p. ex., 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 aiguë 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 (p. ex. 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 liées 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
- Tapis 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)
 - Si CPAP/BiPAP à domicile (demander avis pneumologie si prescription souhaitée)
 - Choix des bronchodilatateurs (nébulisation à éviter)
 - ATB si indiqué, choix de l'ATB, fréquence d'administration et temps de perfusion si IV.
 - [Lignes directrices d'antibiothérapie contexte COVID-19 CHUM \(version 26 mars 2020\)](#)
 - 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 SC die ou daltéparine 5 000 unités SC die
 - Si présence d'obésité et dès IMC > 30, considérer une augmentation de la dose habituelle (soit énoxaparine 30 ou 40 mg SC BID ou daltéparine 7 500 unités SC DIE ou 5 000 unités SC BID
 - Si insuffisance rénale avec ClCr < 30 mL/min, privilégier daltéparine 5 000 unités SC DIE ou héparine 5 000 unités SC BID
 - En présence d'un risque thrombotique élevé (soins intensifs, d'obésité ou d'antécédents de TEV), certains experts recommandent une thromboprophylaxie majorée. Efficacité non démontrée. À considérer selon le jugement clinique. [Blais et coll. Conférence du 7 avril 2020]
 - Protocole de constipation PRN
- Minimiser le nombre de prescriptions : association à une contamination des patients et du personnel et risques/bénéfices différents en temps de COVID.
 - Cesser tous les médicaments non essentiels:
 - Statines et aspirine en prévention primaire chez les 75 ans+
 - Vitamine D, calcium, vitamine B12, fer, multivitamine, biphosphonate
 - Privilégier les médicaments avec une longue durée d'action pour éviter une administration répétée
 - Changer la posologie de certains Rx pour diminuer la fréquence d'administration
 - Si profil pharmacologique complexe ou polymédication, avis pharmacie pour optimisation (pour réduire la fréquence d'administration Rx)
- Considérer l'autogestion des médicaments et/ou insuline chez les patients autonomes
- Réévaluer la sécurité des antihypertenseurs si IRA/hypotension/choc
- Pour les patients en niveau de soins 3:
 - Prévoir opioïdes pour soulager dyspnée si détérioration aiguë en attendant évaluation médicale (hydromorphone 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. Tenter de cesser ou de prescrire régulièrement selon évaluation :
 - Analgésiques (acétaminophène, pregabalin, gabapentin, 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 de type 2
 - Suspendre les hypoglycémifiants oraux pour les patients souffrant d'IRA ou qui ne mangent pas
 - Si insuline : Selon jugement clinique, diminuer l'insuline à action prolongée et l'insuline rapide prandiale de 50% à l'admission. Si le patient ne mange pas : diminuer l'insuline à action prolongée de 50%, cesser l'insuline prandiale et mettre une échelle insuline s/c QID d'insuline rapide (Novorapid ou Humalog)
 - Éviter échelle d'insuline dans d'autres circonstances ou synchroniser avec dose d'insuline régulière
- Gestion des antiparkinsoniens
 - Envisager consultation en pharmacie (ou neurologie // trouble du mouvement) pour simplification du régime
- Gestion des somnifères
 - Évaluer si ↓ dose possible ou non, garder idem est acceptable pour éviter Sx sevrage (insomnie rebond)
 - Ne pas donner si altération de l'état d'attention (p. ex., somnolence) et/ou détresse respiratoire (p. ex., 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 d'entrer 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 (p. ex., hydromorphone 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 PRN
- Furosemide 40 à 60 mg SC aux 30 minutes x 3 PRN possible si râles persistants (administration en 2 à 3 sites injections SC, avec max de 20 mg SC par site) Considérer sonde urinaire pour éviter l'inconfort lié à la miction.

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
 - Lorazépam 1 mg SC PRN ou midazolam 5 mg SC PRN
 - Halopéridol 1 mg SC PRN ou methotrimeprazine 5 mg SC PRN: favoriser halopéridol plutôt que methotrimeprazine, car charge anticholinergique moins grande
- Benzodiazépine et antipsychotique réguliers si sédation régulier requise
 - Lorazépam 1 mg SC q 4 à 6h ou midazolam 5 mg SC q 4h reg
 - Halopéridol 1 mg SC q 4 à 6h
 - Ajouter scopolamine 0.4 mg SC q4h régulier à ce point-ci pour prévenir les râles

Convulsion:

- Lorazépam 2 mg SC PRN ou midazolam SC PRN

Sécrétions bronchiques*

- Glycopyrrolate ou Scopolamine (glycopyrrolate: anticholinergique mais ne traverse pas la barrière hématoencéphalique)

Protocole de perfusion SC continue:

- Perfusion régulière recommandée; éviter pousse-seringue si délirium / TNC
- Hydromorphone > Morphine, midazolam ou lorazépam, halopéridol > methotrimeprazine
- Hydromorphone 2 mg + midazolam 5 mg ou lorazépam 1 mg + halopéridol 1 mg dans 100 mL ; débiter à 4 ml/h, puis doubler débit PRN Protocole CHUM : Augmenter le débit de 1 ml/hr q 2 h prn si symptômes non soulagés ou prise de 2 entredoses en 8 h (débit maximal 6 ml/hr)

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, hydromorphone > Morphine, Scopolamine
- Midazolam 5 mg SC + hydromorphone 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 hydromorphone 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 diminuer la contagion : 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 les pompes pour perfusion ne sont pas disponible dans le milieu, vous pouvez utiliser des infuseurs élastomériques (biberon).
 - Attention toutefois aux enjeux de perte de médicaments, car les volumes nécessaires sont fixes et les concentrations nécessaires plus élevées
- Voici des exemples d'ordonnances :
 - [Protocole perfusion SC continue fin de vie moins de 24 h COVID-19 CHUM](#)
 - [Protocole perfusion SC continue fin de vie plus de 24 h COVID-19 CHUM](#)

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
- Le midazolam est préféré au lorazépam, surtout quand la voie sous-cutanée est disponible [CMQ, 2016]. Envisager lorazépam en contexte de pénurie de midazolam [INESSS 2020, Protocole CHUM 2020].
- Voici un exemple d'ordonnance : [Protocole de détresse respiratoire COVID-19 CHUM](#)

Si contexte de pénurie de médicaments, consulter un pharmacien et le document suivant de l'INESSS : [COVID-19 et les soins palliatifs en contexte de pénuries pendant la pandémie](#)

**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 hydromorphone 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 (c.-à-d., 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 coadministration dans la perfusion, soit halopéridol 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.)
- Une personne âgée peut perdre 1 à 5% de sa masse musculaire chaque jour si elle n'est pas physiquement active [Hazard 1993]
- En général, 1 journée d'alitement nécessite 3 jours pour récupérer, 1 semaine au lit nécessite 3 semaines de récupération [Lacombe 2001]



Causes

- La COVID-19, par l'inflammation systémique, le catabolisme important, les myalgies et l'hypoxémie qu'elle cause, est associée à un syndrome d'immobilisation et un déconditionnement aigu sévère chez les personnes âgées atteintes
- L'isolement, l'anxiété, la dépression, la peur de chuter (syndrome post chute), le délirium hypoactif peuvent contribuer à l'immobilisme
- Les médicaments qui entraînent une sédation excessive, un parkinsonisme (ex.: antipsychotiques, métoclopramide), une hypotension orthostatique
- L'oxygénothérapie, les solutés et les sondes rendant la mobilisation difficile
- Un environnement physique non adapté

Prise en charge usuelle

- Traitement rapide de la maladie précipitant l'alitement
- Retirer les solutés si possible ou installer un bouchon membrane.
- Retirer la sonde vésicale dès que possible ou installer un sac à la cuisse.
- 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
- Demander au patient s'il a peur de chuter
- Prévention et traitement des complications secondaires (p. ex., plaie de lit, délirium, dénutrition, constipation, rétention urinaire, thromboembolie, atélectasie, hypotension orthostatique, amyotrophie, anorexie, etc.)
- Réadaptation intensive post-hospitalisation si patient candidat

Prise en charge COVID+

- Traitement de support pour l'hypoxémie
- Renforcer les conseils pour augmenter la mobilité en impliquant la famille par téléphone ou par visioconférence.
- Lors des visites à la chambre pendant la journée
 - Encourager la personne âgée à faire le plus de choses possibles par elle-même lors des soins d'hygiène et d'habillage.
 - Inciter le patient à se mobiliser au lit, à effectuer ses transferts et à se lever si sécuritaire.
 - Encourager le patient à manger au fauteuil.
 - Faire marcher le patient dans sa chambre ou mobiliser le patient selon ses capacités.
 - Aider le patient à aller à la toilette ou sur la chaise d'aisance.
 - Féliciter le patient pour ses efforts.
- Si sécuritaire, mettre la canne, la marchette ou le déambulateur et des souliers antidérapants à la portée du patient.
- Ne pas hésiter à impliquer la physiothérapie malgré les mesures d'isolement.
- 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
 - Feuilles d'exercices qui peuvent être remis aux patients :
 - [Trucs et conseils pour les aînés : Manger sainement, bouger et maintenir une routine durant la pandémie de COVID-19](#)
 - [Rester actif à l'hôpital - Pour récupérer, il faut bouger!](#)
- Il est possible de mettre en place un protocole de prévention de l'immobilisation ou un programme de réadaptation. Voir exemples Appendice II, outils pour professionnels.

Dénutrition aiguë

Généralités

Prévalence

- Très variable et probablement sous-estimée: en communauté 5-30%; en milieu hospitalier 12-72%; CHSLD 20-40% [Lafleur, M. et Presse, N. 2017]

Facteurs de risque

- La maladie aiguë, l'hospitalisation, un trouble d'adaptation/d'humeur, l'isolement et les diètes hospitalières sont associés à l'inappétence, à la perte de poids et à la dénutrition per-hospitalisation chez la personne âgée.
- L'anosmie et l'agueusie associées à la COVID pourraient contribuer à l'inappétence et à l'anorexie chez la personne âgée atteinte.
- Le délirium peut provoquer une apraxie à l'alimentation et/ou de la dysphagie.
- La COVID-19 augmente la dépense énergétique et le catabolisme.

Complications

- 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.
- Autres complications : ↓ de l'immunoefficacité, exacerbation des conditions de santé sous-jacente, ↑ complications intrahospitalières, ↑ durées de séjour, réadmissions et institutionnalisation, ↑ mortalité, ↓ qualité de vie et ↑ coûts de santé [Lafleur, M. et Presse, N. 2017]



Diagnostic

- Selon l'ASPEN, pour poser un diagnostic de malnutrition, il faut au moins 2 des 6 critères présents (voir tableau ci-dessous)

Seuils diagnostiques de « perte de poids significative »

	Conditions aiguës		Conditions chroniques	
	Non sévère (modérée)	Sévère	Non sévère (modérée)	Sévère
Perte de poids	1 -2 % en 1 semaine	> 2% en 1 semaine	5% en 1 mois	> 5% en 1 mois
	5% en 1 mois	> 5% en 1 mois	7.5% en 3 mois	> 7.5% en 3 mois
	7.5% en 3 mois	> 7.5% en 3 mois	10% en 6 mois	> 10% en 6 mois
Apports énergétiques ↓	< 75% en > 7 jours	< 50% en > 5 jours	< 75% en > 1 mois	< 75% en > 1 mois
Gras sous-cutané ↓ (à l'examen physique)	↓ légère	↓ modérée	↓ légère	↓ sévère
Masse musculaire ↓ (à l'examen physique)	↓ légère	↓ modérée	↓ légère	↓ sévère
Oedème	Léger	Modéré à sévère	Léger	Sévère
Force de préhension ↓	Non applicable	Non recommandé	Non applicable	↓ pour âge / sexe

[Tiré de ASPEN 2013]

- Les apports sont parfois plus faciles à estimer que la perte de poids de poids pour les patients ou leur proche, surtout quand changements récents de l'alimentation et que perte de poids pas encore visible à l'œil (ex. manger moins de 50 à 75% de leurs repas x 5 à 7 jours).
- Protéines sériques (albumine et transthyréline) très peu sensibles et peu spécifiques à l'état nutritionnel:
 - Affectées par l'état inflammatoire, maladies hépatiques et rénales
 - Plutôt des indicateurs de morbidité et pronostic
- L'IMC n'est pas un indicateur de malnutrition en gériatrie.
- Un patient obèse peut être dénutri et sarcopénique. [Lafleur, M. et Presse, N. 2017]

Dénutrition aiguë - suite

Prise en charge usuelle

- S'assurer que le patient lave ses mains avant de manger.
- Favoriser et stimuler les apports per os de nourriture et d'eau à chaque visite.
- Créer un climat agréable aux repas et positionner le patient de manière optimale.
- Aider les patients à ouvrir les contenants/préparer leur cabaret et aider le patient à manger si nécessaire.
- Donner le temps au patient de manger (c.-à-d., respecter son rythme).
- Prescrire une diète riche en énergie et en protéines.
- Considérer des suppléments (par exemple, Boost Plus Calories, Ensure Plus Calories) pour compléter les repas (et non pour remplacer)
- 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
- Inviter le patient à consommer le repas principal avant la soupe.
- Offrir des collations nutritives entre les repas.
- Optimiser les apports lors des périodes où le patient se porte le mieux.
- Servir les médicaments avec un liquide riche en calories (par exemple : Boost Plus Calories, Ensure Plus Calories, lait 3,25%, pouding enrichi)
- S'assurer que le patient n'ait pas un dentier mal ajusté ou une candidose buccale qui limiteraient ses apports. Offrir des soins dentaires optimaux.
- Le soluté pour l'hydratation IV et la nutrition entérale sont à considérer seulement en dernier recours.
- Ne pas offrir d'alimentation entérale (gavage) à des personnes atteintes de démence avancée.
 - La nutrition entérale (gavage) ne prolonge pas l'espérance de vie des patients atteints de démence et n'améliore pas leur qualité de vie. [Choisir avec soin Canada]
- Les vitamines peuvent être prescrites en cas de déficits aux laboratoires (p. ex., vitamine B12, folate, etc.)
- Impliquer l'équipe de nutrition clinique.
- Dépister la dysphagie et impliquer l'orthophonie si suspicion.
- **Attention** : Les patients ayant perdu beaucoup de poids ou qui présentent des apports très faibles ou nuls depuis 5 à 10 jours sont à risque de syndrome de réalimentation (hypomagnésémie, hypophosphatémie, complications cardiaques et convulsions).

Prise en charge COVID+

- Les interventions nutritionnelles per-hospitalisation devraient être débutées aussitôt que le patient présente une malnutrition aiguë ou une malnutrition chronique à domicile (car plus susceptible d'exacerbation)
- La majorité des interventions nutritionnelles peut être faite sans être en contact direct avec le patient.
- Le suivi pondéral est à éviter considérant le risque de propagation de l'infection et le contexte de ressources humaines limitées.
- S'assurer que le patient se lave les mains avant de manger.
- Laisser un pichet d'eau et un verre d'eau à proximité du patient en tout temps.
- Faire boire un verre d'eau au patient à chaque visite à la chambre.
- Renforcer les conseils nutritionnels en impliquant la famille par téléphone ou visioconférence.
- La nutrition entérale (gavage) pourrait être considérée comme une intervention agressive pour la majorité des personnes âgées hospitalisées ou en CHSLD et devrait seulement être considérée après avoir pesé les risques et bénéfices et après avoir discuté avec un expert.

Santé mentale (anxiété, dépression, trouble d'adaptation)

Généralités

- La pandémie de la COVID-19 est propice au développement ou à l'exacerbation de l'anxiété, du trouble d'adaptation et de la dépression.



Manifestations cliniques générales

Sur le plan physique

- Maux de tête, tensions dans la nuque, problèmes gastro-intestinaux, etc.
- Difficultés de sommeil
- Diminution de l'appétit
- Diminution de l'énergie, sensation de fatigue

Sur les plans psychologique et émotionnel

- Inquiétudes et insécurité en lien avec le virus
- Sentiment d'être dépassé par les événements, impuissance
- Avoir un discours intérieur n'étant pas toujours le reflet de la réalité
- Vision négative des choses ou des événements quotidiens
- Présence de sentiments de découragement, d'insécurité, de tristesse, de colère

Sur le plan comportemental

- Difficultés de concentration
- Irritabilité, agressivité
- Pleurs
- Isolement, repli sur soi
- Difficulté à prendre des décisions [MSSS 2020.04.09]



Diagnostic

Éliminer les conditions médicales pouvant engendrer des symptômes similaires

- Hyperthyroïdie, hypoglycémie, etc.
- Médicaments : corticostéroïdes, pseudoéphédrine, stimulants, levothyroxine en excès
- Sevrage médicamenteux : alcool, benzodiazépine, ISRN, ISRS
- Surconsommation de caféine

Trouble de stress aigu et trouble stress post traumatique [DSM-V]

En résumé:

- Exposition à un ou des événements / témoin ou victime
- Rêves répétitifs / flash-back
- Détresse / humeur négative
- Symptômes d'évitement
- Sommeil perturbé
- Accès de colère
- Symptômes d'hypervigilance
- Sursaut exagéré
- Durée des symptômes
 - Trouble de stress aigu : au moins 3 jours à 1 mois après l'exposition aux traumatismes
 - Trouble stress post traumatique : les symptômes perdurent plus d'un mois

Santé mentale - suite

Trouble d'adaptation [DSM-V]

A. Survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables dans les 3 mois suivant l'exposition au(x) facteur(s) de stress.

B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoigne un ou les deux éléments suivants :

1. Détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation.
2. Altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. La perturbation causée par le facteur de stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement une exacerbation d'un trouble mental préexistant.

D. Les symptômes ne sont pas ceux d'un deuil normal.

E. Une fois que le facteur de stress ou ses conséquences sont terminés, les symptômes ne persistent pas au-delà d'une période additionnelle de 6 mois.» [Mini DSM-5 Critères diagnostiques]

Dépression

[Échelle de dépression gériatrique](#) (EDG-15)

- Test de dépistage de l'atteinte dépressive chez la personne âgée
- Interprétation :
 - 0 à 4 : absence de dépression
 - 5 à 9 : état légèrement dépressif
 - 10 à 15 : état modérément ou gravement dépressif
- Sensibilité : 80,5 %; spécificité 75 % [Clément et coll., 1997]

Questionnaire sur la santé du patient QSP-2 et QSP-9

- Outil recommandé par INSPQ pour repérer la présence des symptômes dépressifs en première ligne
- Population visée : patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre trouble neurocognitif (TNC)
- QSP-2
 - Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous présenté une perte d'intérêt ou de plaisir à faire les choses?
 - Au cours des 2 dernières semaines, vous êtes-vous senti triste, déprimé, désespéré?
- Si le patient répond + à une question, une évaluation plus approfondie pourrait être faite à l'aide du [QSP-9](#)

Prise en charge usuelle



Approche non pharmacologique

- Tenter d'assigner le même personnel au même patient le plus régulièrement.
- Demander l'intervention des soins spirituels si disponible.
- Demander l'intervention du service de bénévolat si disponible.
- Inviter le patient à faire les exercices de relaxation suivants pour mieux gérer le stress : [La relaxation pour mieux gérer le stress](#)



Traitement pharmacologique

- En cas de détresse importante qui menace la santé physique du patient et/ou symptômes qui satisfont les critères diagnostics pathologiques.
 - Trouble d'anxiété généralisée et dépression : ISRN (venlafaxine) ou ISRS (sertraline), envisager mirtazapine si inappétence et trouble du sommeil
 - Trouble stress post traumatique : sertraline
 - Éviter antidépresseur tricyclique (amitriptyline) en raison des effets secondaires anticholinergiques
 - Éviter des doses supérieures à 20 mg pour le citalopram chez les personnes de plus de 60 ans, car risque d'allongement du QTc
 - Risque d'hyponatémie associée aux ISRN et aux ISRS à surveiller.
- Consulter la psychiatrie au besoin.

Prise en charge COVID+

- Mettre les patients en contact avec la famille le plus souvent possible s'ils ont de la difficulté à utiliser un téléphone.
- Pour les personnes âgées capables d'utiliser un téléphone, inscrire les coordonnées de la famille près du téléphone et mettre le téléphone à leur disposition.
- Prendre le temps de demander des nouvelles au patient, de l'écouter.
- Éviter de nier ou de minimiser ce qu'ils ressentent et expriment.
- Demander aux soins spirituels ou à l'équipe de bénévolat d'intervenir auprès du patient par téléphone.
- Si possible, mettre une radio à leur disposition en préconisant une chaîne essentiellement musicale.
- Offrir des crayons et du papier au patient pour qu'ils puissent dessiner ou écrire son [histoire personnelle](#).
- Offrir au patient d'écrire une lettre à leur proche qu'il sera possible de prendre en photo et d'envoyer au destinataire.
- Offrir à la famille d'écrire une lettre électronique au patient qu'il sera possible d'imprimer et de remettre au patient.
- Inviter le patient à limiter le temps alloué au suivi de l'actualité COVID-19, car une surexposition peut contribuer à augmenter les réactions de stress, d'anxiété ou de déprime.
- Pour les patients isolés, offrir la possibilité de téléphoner aux organismes suivants :
 - Tél-Ainés 1 877 353-2460 : Ligne d'écoute pour les personnes âgées et les proches aidants. Les lignes sont ouvertes de 10h à 22h.
 - « Tel-Aide : Centre d'écoute offert 24/7 aux gens qui souffrent de solitude, de stress, de détresse ou qui ont besoin de se confier : 514 935-1101 ;
 - Écoute entraide : Organisme communautaire qui soutient les personnes aux prises avec de la souffrance émotionnelle : 514 278-2130 ou 1 855 EN LIGNE ;
 - Service d'intervention téléphonique 1 866 APPELLE (277-3553) » [MSSS 2020.04.02]
- Il est également possible de remettre au patient la documentation suivante :
 - [Gestion du stress pour les personnes âgées pendant la pandémie liée à la COVID-19 \(5 avril 2020\)](#)

Insomnie

Généralités

Épidémiologie [Dang-Vu, 2019]

- Plaintes d'insomnie : jusqu'à 40 % de la population générale
- Insomnie chronique : 10 % de la population générale
- Prévalence augmente avec l'âge : jusqu'à 50% des > 65 ans ont des symptômes d'insomnie

Conséquences

- Impact majeur sur santé physique et mentale
- Relation bidirectionnelle avec l'anxiété et la dépression

Symptômes d'insomnie chez la personne âgée [Dang-Vu, 2019]

- Difficultés d'endormissement : latence de sommeil > 30 min
- Difficulté de maintien du sommeil : durée totale des réveils nocturnes > 30 min
- Réveil matinal précoce : réveil final > 30 min avant l'heure désirée
- Plaintes diurnes : fatigue, malaise; trouble d'attention, de concentration ou de mémoire; impact négatif sur le fonctionnement, trouble de l'humeur, irritabilité, somnolence diurne; troubles comportementaux (p. ex., hyperactivité, impulsivité, agressivité); baisse de motivation et d'énergie; propension à faire des erreurs/accidents; inquiétudes ou manque de satisfaction par rapport au sommeil.

Diagnostic d'insomnie chronique

- Nécessité de plaintes diurnes en association avec les symptômes d'insomnie
- Difficultés de sommeil et plaintes diurnes surviennent au moins 3 fois par semaine et sont présentes depuis au moins 3 mois
- Important, car seule l'insomnie chronique nécessite un traitement spécifique

Facteurs de risque associés à la pandémie

- Diminution de l'exposition à la lumière
- Diminution des activités physiques durant le jour
- Anxiété, dépression (ex. : peur de mourir, sentiment d'abandon)
- Éléments favorisant des siestes (ex. : alitement, diminution de la stimulation, fatigue)
- Hospitalisation, douleur, symptômes viraux (toux, dyspnée)
- Environnement bruyant

Autres conditions médicales perturbant le sommeil

- Apnées du sommeil, nycturie, syndrome des jambes sans repos, douleur, médicaments (ex. : diurétiques, corticostéroïdes, psychostimulants, pseudo éphédrine, inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, bêtabloqueurs, antidépresseurs)

Prise en charge usuelle



Approche non pharmacologique

- Recommandations pour le patient
 - Éviter les siestes durant le jour
 - Maximiser l'exposition lumineuse pendant la journée
 - Tenter d'être le plus possible actif durant le jour
 - Éviter la caféine
 - Éviter de boire de l'eau après le souper.
 - Éviter toute exposition à la télévision ou au cellulaire une heure avant le coucher
 - Éteindre les alarmes du cellulaire durant la nuit
 - Sortir du lit si l'on reste éveillé pendant plus de 20-30 minutes
 - Consulter la documentation suivante : [Insomnie](#)
- Recommandations pour les soignants
 - Amener la personne à la toilette avant qu'elle se couche
 - Installer le patient confortablement
 - Offrir des bouchons pour les oreilles et un masque pour couvrir les yeux
 - Fermer les stores ou les rideaux de la chambre au coucher
 - Limiter les interventions médicales la nuit
 - Respecter le sommeil le matin



Traitement pharmacologique

- Traiter les conditions médicales perturbant le sommeil (p. ex., douleur)
- Planifier de préférence les diurétiques en matinée ou 4 h (au maximum) avant le coucher
- Préconiser doses minimales et durée aussi courte que possible. Évaluer l'efficacité.
- Mélatonine à libération prolongée
 - Pour insomnie initiale
 - Dose initiale : 2 mg (1-2 heures avant le coucher et après avoir mangé)
 - Privilégier action prolongée
- Agonistes des récepteurs aux benzodiazépines*
 - Améliore la qualité subjective du sommeil, diminution du sommeil lent profond
 - Zopiclone (Imovane) 3,75-5 mg, insomnie initiale ou mixte
 - Zolpidem (Sublinox) 5 mg comprimé sublingual à dissolution orale, insomnie initiale
- Effets secondaires des agonistes et des benzodiazépines
 - Tolérance et perte d'efficacité avec l'usage prolongé (> 2 semaines consécutives)
 - Sédation résiduelle, confusion
 - Augmentation du risque et de la sévérité des apnées du sommeil
 - Dépendance et insomnie rebond si arrêt brusque
 - Augmentation du risque de chute

* À éviter chez la personne âgée: les risques sont généralement supérieurs aux bénéfices (benzodiazépines et z-drugs).

Appendices I : Revue de la littérature

Général

Ressources officielles

- ASPC - [Définition nationale de cas provisoire : Maladie à coronavirus \(COVID-19\)](#) (mis à jour le 2 avril 2020)
- INSPQ- Interventions médicales générant des aérosols (mis à jour le 23 avril 2020)
- INSPQ- Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaires (mis à jour le 10 avril)
- INSPQ- Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie : recommandations intérimaires (mis à jour le 24 avril 2020)
- INSPQ- Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires (mis à jour le 19 avril 2020)
- 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 9 avril 2020)
- INSPQ- Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue (mis à jour le 7 avril)
- MSSS- 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 17 avril 2020)
- MSSS- [Définition de cas pour le coronavirus COVID-19 - Québec](#) (mis à jour le 8 avril 2020)
- MSSS- Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19
- MSSS- Recommandations de santé publique - Consignes à suivre pour la personne atteinte de COVID-19 en isolement à la maison (mis à jour le 17 avril 2020)

Descriptions de cas

- 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.
- Oxley TJ, Mocco J, Majidi S, et al. Large-Vessel Stroke as a Presenting Feature of Covid-19 in the Young [published online ahead of print, 2020 Apr 28]. *N Engl J Med*. 2020;10.1056/NEJMc2009787. doi:10.1056/NEJMc2009787
- 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

Prise en charge

- Luong, M-L., Desjardins, M., Falcone, L., Kaufman, D., Morency-Potvin, P. et Chapados, S. (2020). [Lignes directrices d'antibiothérapie contexte COVID-19 CHUM \(version 26 mars 2020\)](#). Montréal (Qc). CHUM.
- 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

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.
- GTA Ethicists. Ethical considerations for managing residents who lack the cognitive ability to adhere to IPAC protocols in long-term care settings. April 17, 2020
- Montero-Odasso, M., Hogan, D. B., Lam, R., Madden, K., MacKnight, C., Molnar, F., & Rockwood, K. (2020). Age Alone is not Adequate to Determine Healthcare Resource Allocation during the COVID-19 Pandemic. *Canadian Geriatrics Journal*, 23(1), 152-154. <https://doi.org/10.5770/cgj.23.452>
- MSSS. (2020). *Formulaire triage des soins intensifs pour les adultes en situation de pandémie*.
- 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.

Personnes âgées

Urgence et transition

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

Niveau de soins // Pronostic

- Bagshaw SM, Stelfox HT, McDermid RC, Rolfson DB, Tsuyuki RT, Baig N, et al. Association between frailty and short- and long-term outcomes among critically ill patients: a multicentre prospective cohort study. *CMAJ*. 2014;186(2):E95–E102.
- 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
- 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
- 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
- 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).
- Muscedere J, Waters B, Varambally A, et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med* 2017; 43(8) 1105-1122.
- 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
- 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>.

Milieus 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.
- AMDA – The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine. (2020). [AMDA Update on COVID-19](#). PALTC.
- CDC. (15 avril 2020). [COVID-19 Nursing Homes and Long-Term Care Facilities](#). CDC.
- CDC. (20 mars 2020). [COVID-19 Guidance for Retirement Communities](#). CDC.
- 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.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et la socialisation à distance entre les personnes hébergées et les proches aidants en contexte d'interdiction de visite. Québec, Qc : INESSS; 2020. 17 p.
- International Long-Term Care Policy Network. LTC responses to COVID-29. (2020). [Resources to support community and institutional Long-Term Care responses to COVID-19](#). Itcovid.

Prise en charge globale

- MSSS. (2011). [Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier](#). Montréal (Qc). La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- British Geriatrics Society, Coronavirus: Managing delirium in confirmed and suspected cases
- 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

SCPD

- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2020). [Gestion des usagers qui ne respectent pas les mesures d'isolement dans un contexte de COVID-19 suspecté ou confirmé en CHSLD](#) (21 avril 2020). Montréal (Qc)
- Contentieux du CCSMTL. (2020). [Cadre de référence juridique santé publique et état d'urgence sanitaire \(9 avril 2020\)](#). CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- Direction régionale de santé publique de Montréal, Équipe de géronto-psychiatrie IUGM, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2020) *Consignes intérimaires destinées aux responsables des milieux de vie collectifs pour aînés avec des troubles neurocognitifs (12 avril 2020)*. Montréal (Qc), MSSS
- 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

- Collège des médecins du Québec. (août 2016). *La sédation palliative en fin de vie*.
- Downar J, Seccareccia D. Palliating a Pandemic: "All Patients Must Be Cared For". *J Pain & Symptom Management* 2010; 39(2): 291-5.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). [COVID-19 et les soins palliatifs en contexte de pénuries pendant la pandémie](#). Québec, Qc : INESSS; 2020. 19
- 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.
- 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>
- 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
- 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

Immobilisation

- Peter Thomas et coll. Prise en charge en physiothérapie des patients de soins intensifs atteints de la COVID-19: Recommandations pour guider la pratique clinique. *Journal of Physiotherapy.* Version 1.0. 23 mars 2020. Open access: https://physiotherapy.ca/sites/default/files/physiotherapie_et_covid-19_version_francaise_finale.pdf

Nutrition

- Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr.* 2019;38(1):1-9. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.002
- Lafleur, M. et Presse, N. (2017). *Prise de position de la Société québécoise de gériatrie : Le diagnostic, l'investigation, la prise en charge et le dépistage de la malnutrition chez la personne âgée.* Québec, SGQ
- Malone A, Hamilton C. The Academy of Nutrition and Dietetics/the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition consensus malnutrition characteristics: application in practice. *Nutr Clin Pract.* 2013;28(6):639-650. doi:10.1177/0884533613508435

Insomnie

- Dang-Vu, TT et M. Morin, C. (2019). *Prise de position de la Société québécoise de gériatrie sur l'évaluation et la prise en charge de l'insomnie chez la personne âgée.* Montréal (Qc). SGQ.

Appendices II : Ressources et outils utiles

Institutions savantes

- [Académie canadienne de gérontopsychiatrie](#)
- [AMDA – The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine](#)
- [CDC](#)
- [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux \(INESSS\)](#)
- [Institut national de santé publique \(INSPQ\)](#)
- [International Long-term Care Policy Network](#)
- [International Psychogeriatric Association](#)
- [Ministère de la Santé et des Services sociaux \(MSSS\)](#)
- [OMS](#)
- [Santé Montréal](#)
- [Société canadienne de gériatrie](#)

Journaux scientifiques

- [JAMA COVID-19](#)
- [Journal of the American Geriatrics Society](#)
- [Lancet COVID-19](#)
- [NEJM COVID-19](#)
- [Veille scientifique INSPQ](#)

Outils pour les professionnels

- **CHSLD** : [Guide COVID-19 pour les médecins en CHSLD \(version du 30 avril 2020\)](#)
- **CHSLD** : [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 \(13 avril 2020\). MSSS](#)
- **Éthique** : [Éthique clinique : Un guide pour aborder la pratique](#)
- **Niveaux de soins** : [Comment amorcer la discussion avec ses patients?](#) Vidéo produit par la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)
- **Niveaux de soins** : [Niveaux d'intervention médicales \(NIM\) : Parlons-en dans le contexte de la pandémie COVID-19. Coffre à outils pour la conversation avec les personnes vivant dans la communauté \(Version 24 avril\)](#)
- **PCI** : [Protéger sa famille au temps du COVID-19](#)
- **Réadaptation** : [Protocole de prévention de l'immobilisation et du déconditionnement et programme de réadaptation autonomisé des patients COVID-19 hospitalisés au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, site Hôtel-Dieu et site Fleurimont](#)
- **SCPD** : [40 idées d'activités-moments plaisants](#)
- **SCPD** : [Capsules SCPD](#)
- **SCPD** : [Gestion des usagers qui ne respectent pas les mesures d'isolement dans un contexte de COVID-19 suspecté ou confirmé en CHSLD](#)
- **SCPD** : [Processus clinique visant le traitement des SCPD](#), [Approche non pharmaco visant le traitement des SCPD](#) et [Approche pharmaco visant le traitement des SCPD](#)
- **Soins palliatifs** : [Mini-guide Palli-Science soins palliatifs](#)
- **Webinaires** : [Webinaires Covid-19 Université de Sherbrooke](#) et [Webinaires sur l'éthique clinique en contexte de la COVID-19 Université de Montréal](#)

Échelles

- [Échelle de dépression gériatrique \(EDG-15\)](#)
- [Échelle de fragilité clinique](#) et [Top Tips to Help you use the Clinical Frailty Score](#)
- [Questionnaire sur la santé du patient QSP-2 et QSP-9](#)

Outils pour le patient et leurs proches

Général

- [Guide autosoins MSSS](#)
- [Trucs et conseils pour les aînés : Manger sainement, bouger et maintenir une routine durant la pandémie de COVID-19](#)

Délirium

- [Le délirium chez la personne âgée Information pour les proches](#)

Réadaptation

- [Rester actif à l'hôpital - Pour récupérer, il faut bouger!](#)

Santé mentale

- [Gestion du stress pour les personnes âgées pendant la pandémie liée à la COVID-19 \(5 avril 2020\)](#)
- [Relaxation pour mieux gérer le stress](#)
- Tél-Aînés 1 877 353-2460 : Ligne d'écoute pour les personnes aînées et les proches aidants. Les lignes sont ouvertes de 10h à 22h.

Insomnie

- [Insomnie](#)

Fiche AINÉES pour patient dépisté à haut risque de déclin fonctionnel per-hospitalisation COVID+

Date: _____

Bonjour, je m'appelle _____

Je suis _____

J'habite présentement _____

Mes intérêts sont _____

Mon niveau de soins désiré est _____

ÉTIQUETTE D'IDENTIFICATION
- CHUM -

	Mon niveau fonctionnel <u>antérieurement</u> à cette hospitalisation était :	Mon niveau fonctionnel <u>présentement</u> à l'hôpital est :	Pour m'aider à récupérer pendant cette hospitalisation :
A Autonomie			
I Intégrité peau			
N Nutrition			
E Élimination			
E État cognitif			
S Sommeil			

2020.04.23 – V2

- Fiche AINÉES -
Équipe GériSQUAD - Service de Gériatrie - CHUM

1/1

Plan d'interventions thérapeutiques pour patient dépité à haut risque de déclin fonctionnel per-hospitalisation COVID+

Date: _____
Bonjour, je m'appelle _____
Je suis _____
J'habite présentement _____
Mes intérêts sont _____
Mon niveau de soins désiré est _____

ÉTIQUETTE D'IDENTIFICATION
- CHUM -

Lorsque vous rentrez dans la chambre du patient, veillez à :

Interventions générales

À la première visite du matin et pendant le jour:

- Allumer la lumière et ouvrir les stores dans la chambre.
- Se présenter et réorienter le patient.
- S'assurer que le patient porte ses lunettes et ses appareils auditifs.

Lors des visites à la chambre pendant la journée:

- Orienter le patient dans le temps et dans l'espace.
- Changer la position du patient dans le lit.
- Si possible, assoir le patient au fauteuil.
- Encourager le patient à bouger.

Lors des visites pour les besoins de base:

- Encourager le patient à boire et à manger à chaque repas.
- Aider le patient à aller à la toilette ou sur la chaise d'aisance.
- Inciter le patient à participer à son hygiène et à son habillage.

Ergothérapeutes : *Karine Meunier et Camille Roellinger*

2020.04.23 – V2

- Plan d'interventions thérapeutiques -
Équipe GérisQUAD - Service de Gériatrie - CHUM

1/1

Interventions spécifiques pour le patient

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

→ Présence du critère A + Présence du critère B ou C

- 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
 - Céphalées
- 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 (mais dont le résultat est non décisif)

→ Présence du critère A + Présence du critère B ou C

- 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

→ Présence du critère A + Présence du critère B ou C

- 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 éclosion connue de cas de COVID-19 (p. ex. établissement de soins de longue durée, pénitencier).

Cas confirmé

→ Présence du critère A + Présence du critère B ou C

- 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-19 **et**
 - Exposition à risque élevé (selon critères de l'INSPQ) 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 (selon critère de l'INSPQ) 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

Critères d'exposition potentielle

Risque élevé:

- 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)

Mesures si exposition potentielle à risque élevé:

- Isolement à domicile x 14 jours à partir de la fin de l'exposition
- Patient devient symptomatique et contact avec cas confirmé par laboratoire présentant des symptômes du groupe A :
 - Confirmation par lien épidémiologique
 - PCR COVID non indiqué en général
- Patient devient symptomatique et contact avec cas confirmé par lien épidémiologique ou contact avec un cas confirmé par laboratoire présentant des symptômes du groupe B :
 - PCR COVID si parmi un groupe prioritaire (P2 à P5, par exemple si travailleur de la santé)

Risque modéré :

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.

Mesures si exposition potentielle à risque modéré:

- Isolement à domicile x 14 jours à partir de la fin de l'exposition
- Patient devient symptomatique et présentent des symptômes du groupe A ou B :
 - PCR COVID si groupe prioritaire (P2 à P5, par exemple si travailleur de la santé)

Risque faible : distanciation sociale

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

Mesures si exposition potentielle à risque modéré:

- Distanciation sociale habituelle
- PCR COVID non indiqué

Cas confirmé

- INSPQ réfère à définition nosologique du MSSS

Cas suspect

- Contact avec une personne symptomatique avec exposition à risque élevé et modéré **et**
- Qui ne rencontrent pas les critères d'un cas confirmé par lien épidémiologique **et**
- Qui présentent les symptômes suivants
 - Symptômes du groupe A :
 - Un des symptômes suivants
 - Fièvre (> 38 °C)
 - Toux récente ou toux chronique exacerbée
 - Difficulté respiratoire
 - Anosmie d'apparition brutale sans congestion nasale avec ou sans agueusie.
 - Symptômes du groupe B :
 - Au moins 2 des symptômes suivants :
 - Un symptôme général : douleurs musculaires, céphalée, fatigue intense ou importante perte d'appétit
 - Mal de gorge
 - Diarrhée

Critères pour lever les mesures de protection additionnelles

Patients symptomatiques:

- Au moins 14 jours se sont écoulés depuis le début des symptômes
- Afébrile depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique)
- Pas de symptôme aigu depuis 24 heures
 - Fièvre résolue
 - Amélioration du tableau respiratoire (toux résiduelle et anosmie peuvent persister)
- PCR de contrôle si indiqué :
 - Patient congédié vers un milieu de vie regroupant des personnes vulnérables (RPA, RI-RTF, CHSLD)
 - Patient congédié vers une unité froide en CH

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.

- Poursuivre l'isolement à domicile x 14 jours, sauf exception (ci-dessous)
- Poursuivre l'isolement à domicile x 21 jours si :
 - Maladie sévère ayant nécessité IET
 - Maladie sévère ayant nécessité séjour aux soins intensifs (avec ou sans IET)
 - Immunosuppression

Patients asymptomatiques :

- Les cas confirmés asymptomatiques doivent poursuivre les mesures d'isolement x 14 jours.
- Si ces patients développent des symptômes, poursuivre l'isolement x 14 jours après le début des symptômes (et non à partir de la journée où leur test a été fait).

« Pour les patients qui ne sont pas en mesure de respecter les consignes d'isolement (ex. troubles cognitifs, démence) ; l'obtention de PCR négatif sur 2 échantillons respiratoires consécutifs prélevés à au moins 24 heures d'intervalle devrait être considérée. » [[DRSP de Montréal 2020.04.04](#)]

Maladie sévère

- Fréquence respiratoire ≥ 24 /min
- Détresse respiratoire aiguë
- Besoin de > 4L en oxygène (lunettes nasales ou VM) pour saturation ≥ 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 23 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)
- Trachéotomie et soins de trachéostomie

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.