

Exercice de simulation

dans un établissement résidentiel pour adultes à l'intention des médecins au Nouveau Brunswick

mis à jour: 23 Octobre, 2020

Jour 1 – vendredi

Il est vendredi après-midi, 16 h. Vous recevez un appel du médecin-hygiéniste régional (MHR) signalant qu'une éclosion a été déclarée dans un établissement résidentiel pour adultes (ERA) dans votre zone. L'équipe provinciale de gestion rapide des éclosions (EPGRE), dont vous faites partie à titre de médecin en disponibilité assurant la couverture des éclosions dans les ERA, a en conséquence été activée.

Une préposée aux soins de soutien à la personne (PSSP) de l'ERA vient tout juste d'obtenir un résultat positif pour la COVID-19. La PSSP en question a effectué plusieurs quarts de travail au cours des 72 heures précédentes. Il existe un risque marqué qu'elle ait transmis la maladie à d'autres membres du personnel et à des résidents de l'ERA. La PSSP n'a pas encore démontré de symptômes et elle s'isole actuellement chez elle. Personne d'autre dans l'ERA n'a présenté de symptômes de la COVID-19.

Le MHR vous avise que des infirmières du Programme extra-mural ont été dépêchées d'urgence à l'ERA pour soumettre tous les résidents et membres du personnel à un dépistage de masse. Les résidents des deux ailes de l'ERA seront tous admis au Programme extra-mural (PEM) et vous agirez comme médecin traitant. Suivant le protocole, vous devez également agir comme médecin prescripteur pour les tests de dépistage de la COVID-19 chez les membres du personnel afin d'accélérer le processus, et des copies des résultats doivent être transmises à leurs fournisseurs de soins de santé primaires.

Vous êtes convoqué à une réunion urgente par Skype qui débutera dans une heure et comprendra un rapport sur la situation et une séance de planification avec le reste de l'EPGRE.

Savez-vous comment fonctionne Skype et pouvez-vous facilement l'utiliser pour participer à une réunion?

[Skype](#)

Savez-vous comment fonctionne Zoom et pouvez-vous facilement l'utiliser pour participer à une réunion?

[Zoom pour télésanté](#)

Êtes-vous au courant de la composition de l'EPGRE et de votre rôle au sein du groupe?

Vous pouvez vous familiariser avec la [démarche](#) et la [composition](#) de l'EPGRE, et [votre rôle](#) et [responsabilités](#) au cas d'une éclosion.

La réunion visant à faire le point sur la situation est dirigée par le chef d'intervention de l'EPGRE. Vous apprenez que l'ERA est un foyer de 50 lits. Il est composé de deux ailes : une

unité de soins pour les personnes atteintes de troubles de la mémoire de niveau 3B comptant 18 lits et une unité « foyer de soins spéciaux » de niveau 2 comptant 32 lits. L’aile 3B est remplie, bien qu’un lit soit vide parce qu’une patiente a été hospitalisée il y a sept jours à la suite d’une fracture de la hanche. Cinq lits sont vides dans l’aile de niveau 2. Il s’agit d’un foyer âgé. La plupart des chambres sont des chambres à deux lits, divisées par un mur de séparation et pourvues d’une salle de bains commune. Les corridors sont étroits. Les deux ailes sont séparées par une porte, qui est fermée et munie d’une alarme, mais qui ne peut pas être verrouillée par mesure de sécurité incendie. Aucun endroit n’a été déterminé à l’avance pour le regroupement des résidents en cohorte au cours d’une éclosion.

Savez-vous ce que représentent ces désignations de niveaux de soins?

Tableau résumant les niveaux de soins pertinents pour les médecins travaillant dans un ERA

Niveau de soins	Âge	Ratio personnel/résident	Fragilité des résidents	Mobilité	Professions agréées
Foyer de soins spéciaux de niveau 2	19+	1/6	EFC jusqu’à 6	Indépendants	Aucune n’est nécessaire.
	Résidents n’ayant pas besoin d’une surveillance continue 24 heures sur 24. La plupart ont besoin d’un certain degré d’aide avec leurs soins personnels. Personnes dépendantes en ce qui a trait aux AIVQ.				
Soins pour personnes atteintes de troubles de la mémoire de niveau 3B	65+	1/3	EFC jusqu’à 7	Personnes indépendantes (qui pourraient avoir besoin d’incitation)	Le personnel doit compter 1 I.I. ou IAA
	Résidents ayant besoin d’une surveillance continue 24 heures sur 24, ayant besoin d’aide pour les activités de la vie quotidienne ou ayant des besoins complexes en matière de démence (p. ex. errance, agitation vespérale), mais n’ayant pas de besoins médicaux complexes.				
Foyer de soins de niveau 3	65+	3,1 h de soins par pensionnaire/jour	EFC 7 à 9	N’importe quel degré	Soins infirmiers sur place 24 heures sur 24
	Résidents ayant besoin d’une surveillance continue 24 heures sur 24, de tous les niveaux de fonctionnement et de mobilité, stables sur le plan médical, mais ayant des besoins médicaux complexes nécessitant au moins des soins infirmiers quotidiens.				
Nota – EFC = échelle de fragilité clinique					

Savez-vous ce qu'est le concept du regroupement en cohorte des résidents infectés au cours d'une éclosion et quels facteurs influent sur la capacité de l'établissement d'effectuer un tel regroupement?

Le regroupement en cohorte des résidents en fonction du risque d'infection ou de contact est une mesure prise pour maîtriser la propagation. La COVID-19 est très infectieuse et peut se propager même parmi les résidents d'un foyer de soins qui sont isolés. C'est particulièrement le cas dans les établissements âgés dotés de chambres communes et de corridors étroits, ainsi que dans les unités de soins des personnes atteintes de démence où les soins directs sont fréquents et les résidents se promènent et touchent constamment des choses. Le regroupement en cohorte s'est avéré fructueux au cours de certaines éclosions, mais son efficacité est limitée par le potentiel de transmission présymptomatique, par l'aménagement de l'établissement et par le risque d'exposition accru que présente le déplacement des personnes infectées. Le regroupement en cohorte est surtout efficace si un plan et un processus ont été établis à l'avance, car il est le plus avantageux au début d'une éclosion lorsque le nombre de personnes atteintes et exposées est encore faible.

Les infirmières de la santé publique sont en train d'effectuer une recherche des contacts du personnel et des résidents. On croit que la PSSP qui a été déclarée positive a été exposée par son mari, qui est camionneur et qui a lui aussi été déclaré positif. On pense que son exposition est survenue il y a cinq à six jours pendant qu'il se trouvait à l'extérieur de la province; il est retourné chez lui il y a quatre jours. La PSSP a effectué trois quarts de travail depuis le retour de son mari et elle portait de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) : un quart dans l'unité de niveau 2 et deux quarts dans l'unité de niveau 3B.

Le MHR est en train de réaliser une évaluation approfondie du risque. On a demandé au personnel classé dans la catégorie des contacts étroits de s'isoler durant 14 jours et tous les résidents de l'ERA ont été placés en isolement par mesure de précaution contre la transmission par gouttelettes. L'écouvillonnage nasopharyngé est en cours. Le MHR a déterminé que cinq résidents et cinq membres du personnel ayant été jugés comme des contacts à risque particulièrement élevés de la PSSP feront tous l'objet de tests rapides GeneXpert. On n'en a pas encore obtenu les résultats.

On a regroupé le personnel de manière qu'il travaille dans une seule des deux ailes, sans contact entre les deux groupes. Une entreprise de nettoyage privée a été embauchée pour commencer la désinfection de l'ensemble du foyer trois fois par jour, les équipes du personnel de nettoyage étant affectées à une aile ou l'autre. Le ministère du Développement social (MDS) a dépêché des travailleurs sociaux afin qu'ils aident à la communication avec les familles et les mettent au courant de la situation. Les visites à l'établissement ont été interrompues.

Des experts en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) ont inspecté l'établissement et ont déterminé que l'isolement est possible : tous les résidents seront en conséquence gérés dans l'ERA lorsqu'une telle approche s'inscrit dans leurs objectifs de soins. Le MHR et les experts en matière de PCI ainsi que le propriétaire de l'établissement explorent des options pour créer une unité improvisée de COVID-19 où seraient regroupés en cohorte les résidents déclarés positifs, mais l'inspection initiale des lieux a révélé que cela sera difficile sur le plan logistique en raison de l'aménagement du foyer et de la possibilité limitée qui s'offre d'effectuer des modifications structurales en ce moment.

Le personnel en place est suffisant pour la nuit grâce à l'addition du personnel infirmier du PEM.

Une liste des numéros de téléphone de tous les membres de l'EPGRE a été dressée et distribuée à tous les membres en cas de besoins de communication urgents. Un registre se trouve à l'unique entrée de l'ERA et tous les membres du personnel et les autres personnes entrant dans l'établissement doivent répondre à des questions de dépistage et s'inscrire chaque fois qu'ils entrent dans l'établissement.

À ce stade, avez-vous des questions qui pourraient vous aider à prévoir les besoins médicaux des résidents de l'ERA?

Le directeur opérationnel du PEM vous avise que tous les résidents du foyer ont été préalablement évalués et possèdent un « [Passeport santé](#) » rempli au moyen de renseignements obtenus de l'ERA. À votre demande, les documents en question vous sont envoyés par télécopieur afin que vous puissiez en prendre connaissance. Sans surprise, un certain nombre de patients ont des antécédents de MPOC, d'ICC, de diabète et d'hypertension. Vous remarquez que la plupart des patients reçoivent des médicaments quatre fois par jour.

Tous les patients de l'unité 3B souffrent à tout le moins d'un stade modéré de démence et tous peuvent se déplacer. La plupart d'entre eux se promènent considérablement sans but et ont besoin de soins directs pour les activités de la vie quotidienne (AVQ). Environ la moitié des patients de l'aile de niveau 2 souffre de démence à un stade précoce. L'errance représente moins un problème dans cette unité.

Une patiente de l'aile de niveau 2 assiste à des séances d'hémodialyse les lundis, mercredis et vendredis. Elle a subi une dialyse ce matin et est de retour depuis. Le MHR a demandé qu'elle subisse un écouvillonnage en vue d'une analyse GeneXpert (rapide).

Quatre patients sont connus comme « code complet » (ont des ordonnances de réanimer) et le statut de trois autres demeure indéterminé. Les autres possèdent des plans de soin préalables documentés indiquant qu'ils ne souhaitent pas être réanimés ni transférés dans un hôpital s'ils peuvent avoir un séjour confortable dans l'ERA.

Seuls deux patients de l'aile de niveau 2 utilisant normalement un appareil de VPCC la nuit pour une apnée obstructive du sommeil bénigne font l'objet d'interventions médicales générant des aérosols. Le MHR recommande que vous cessiez temporairement ce traitement dans le cas des deux patients pour la durée de l'éclosion dans la mesure du possible. Le responsable des opérations de l'EPGRE vous rappelle qu'un inhalothérapeute du PEM est disponible pour aider à la surveillance des résidents nécessitant absolument un appareil de [ventilation en pression positive continue \(VPPC\)](#) et vous offrir des conseils à cet égard.

Vous déterminez la nécessité d'établir des plans de soin préalables pour les trois patients de « statut de code inconnu » et vous estimez qu'il serait avantageux de revoir les plans de soin préalables des quatre patients de « code complet » dans le contexte de l'éclosion. Comment pouvez-vous le mieux aider les patients et les familles à avoir des attentes réalistes en matière de traitement actif compte tenu de la fragilité des patients durant une éclosion de la COVID-19? Quels outils pouvant vous aider à ce faire, avez-vous à votre disposition?

Votre approche à cet égard dépendra de votre style et de votre pratique personnels. Il est presque certain que la communication à ce sujet se fera [virtuellement](#). Vous pourriez songer à utiliser un appareil permettant la vidéocommunication (p. ex. Zoom) si l'autre partie et vous êtes en mesure d'utiliser un tel outil, bien que la majorité des conversations de ce type se dérouleront par téléphone. Vous pourriez également décider de faire appel à l'aide du médecin de famille du patient (dans la mesure du possible), car sa relation préexistante avec le patient pourrait s'avérer avantageuse dans une telle situation.

Pour ce qui est du contenu de la discussion, de nombreux outils ont été mis au point pour fournir une orientation précise dans un tel scénario. Vous pourriez prendre connaissance des documents sur l'harmonisation des soins palliatifs et thérapeutiques de la Nouvelle-Écosse (PATH) afin de discuter des objectifs des soins dans le contexte de la fragilité. Les documents en question comprennent des [guides](#) et des [renseignements](#) à l'intention du médecin, ainsi que du [patient et de la famille](#), et ils renferment des suggestions de textes à suivre pour la discussion.

Comme les rondes fréquentes de distribution de médicaments (moments où sont administrés des médicaments) accroissent la possibilité de transmission virale entre le personnel et les résidents, et augmentent la charge de travail du personnel, qui, d'après ce que vous prévoyez, sera extrêmement occupé et « en manque de personnel » que pouvez-vous faire pour réduire le nombre de rondes de distribution de médicaments? Connaissez-vous des outils qui peuvent vous guider en ce sens?

Une [feuille de travail](#) a été adaptée à de telles fins. L'objectif est de simplifier et de rationaliser le traitement pour réduire les rondes de distribution de médicaments. Il est toutefois préférable de l'utiliser à l'avance, car certaines modifications de l'administration des médicaments poseront un risque de créer plus de travail que la réduction de travail obtenue si le patient réagit différemment au changement à ce qui

était prévu. Par conséquent, si l'on entame cet exercice au milieu d'une éclosion, les modifications devraient se limiter à celles présentant la plus faible probabilité de déstabilisation d'une maladie contrôlée ou de réapparition de symptômes contrôlés (p. ex. suppléments, médicaments préventifs).

Quelles mesures conseilleriez-vous au sujet de la patiente en hémodialyse?

Dans ce scénario, le MHR est déjà au courant de la situation et il a déjà commandé son test de la COVID-19. Le MHR aura aussi communiqué avec l'unité de dialyse au sujet de la procédure de prévention des infections et de recherche des contacts. Chaque fois que vous apprenez l'existence d'une source possible de propagation virale de ce genre, vous devriez aviser le MHR dans les plus brefs délais.

Votre rôle à titre de médecin traitant est de déterminer s'il y a lieu de poursuivre les procédures médicales ou investigations en cours (p. ex. dialyse, chimiothérapie, transfusion, etc.) obligeant un pensionnaire à sortir de l'établissement ou obligeant l'entrée de quelqu'un d'autre. Il faudrait discuter de ces questions avec les patients ou les familles, et possiblement avec les spécialistes concernés. Dans ce cas-ci, la dialyse constitue un traitement vital et elle devrait se poursuivre à moins que les objectifs de soins de la patiente ne changent. Il serait recommandé de communiquer avec son néphrologue. L'unité d'hémodialyse locale devra prévoir la nécessité de prendre des arrangements spéciaux pour l'isolement durant le transfert ainsi qu'à l'unité d'hémodialyse. Les arrangements seront faits suivant les conseils du MHR et ils obligeront probablement la patiente à se rendre à l'unité d'hémodialyse à la fin de la journée en demeurant rigoureusement isolée. Si elle développe des symptômes marqués de la COVID-19, il pourrait falloir revoir ses objectifs de soins, car une hospitalisation pourrait s'avérer nécessaire si elle choisissait de poursuivre la dialyse.

La réunion prend fin et le groupe prévoit de se réunir à nouveau le matin suivant.

Vous recevez ultérieurement deux appels.

1^{er} appel : Le MHR vous avise que les trois tests (rapides) GeneXpert ont livré des résultats positifs (1 PSSP et 2 résidents de l'unité 3B). Les autres résultats des tests de dépistage de la COVID-19 devraient être communiqués le lendemain.

2^e appel : L'I.I. du PEM sur place décrit l'état d'une résidente de l'aile 3B appelée Anne, qui est devenue légèrement délirante et qui a une fièvre de 38,1 °C. Ses autres signes vitaux sont normaux et stables. Elle ne souffre d'aucun autre symptôme apparent. Son dossier révèle qu'elle souffre de démence à un stade modéré et qu'elle a des antécédents d'ICC. Son plan de soin prévoit le « confort seulement ». Elle ne figure pas parmi les résidents choisis pour un test rapide : son état par rapport à la COVID-19 demeure inconnu pour le moment. Vous confirmez que le MHR a été avisé de ses symptômes afin qu'il puisse accélérer son test. Tous les résidents sont actuellement rigoureusement isolés.

De quelle façon les symptômes d'une légère infection par la COVID-19 devraient-ils être gérés?

Le [traitement de la COVID-19](#) est un traitement de soutien. Des publications au début de la pandémie ont classé la maladie respiratoire de la COVID-19 selon les catégories d'affections suivantes soit bénigne, sévère et critique. La COVID-19 présentant des symptômes bénins ne nécessitant pas d'oxygène d'appoint.

La prise d'acétaminophène pour réduire la fièvre est le principal traitement utilisé lorsque la maladie est bénigne. La réduction de la fièvre peut aider à améliorer le confort, réduire les pertes hydriques et réduire le délire.

Le délire peut constituer le symptôme initial ou le seul symptôme de l'infection par la COVID-19 chez les patients fragiles. Les autres causes de délire accompagné de fièvre devraient toutefois être considérées, à tout le moins lorsque le statut du malade par rapport à la COVID-19 demeure non confirmé, selon les objectifs de soins du patient et le degré de présomption clinique. Dans ce cas-ci, le risque semble élevé; il semble par conséquent raisonnable d'attendre le résultat du test de la COVID-19 avant de se lancer dans une intervention complète face à une crise de délire. Il est possible de maîtriser une agitation marquée liée au [délire](#) à l'aide d'une faible dose de médicaments antipsychotiques au besoin.

Des aérosols-doseurs peuvent être utilisés si l'on soupçonne des bronchospasmes, mais il faudrait éviter les aérosols en raison du risque de mettre à l'état d'aérosol le virus.

Jour 2 - samedi

Le matin suivant, vous assistez à la réunion de l'EPGRE. L'équipe discute de la situation à la lumière de la confirmation de la propagation auprès de résidents et d'autres membres du personnel. L'un des deux résidents confirmés positifs qu'on vous a signalés hier soir a maintenant une légère toux. Anne a elle aussi été déclarée positive. Ayant joint l'I.I. du PEM dans l'ERA avant la réunion de l'EPGRE, vous pouvez donner un compte rendu clinique signalant que la fièvre de la dame en question a été maîtrisée grâce à l'acétaminophène et que tous les autres patients se sentent bien jusqu'ici.

On a par ailleurs reçu les résultats des tests de dépistage de l'aile de niveau 2 et tous sont heureusement négatifs. Aucun résident de cette aile ne présente de symptômes. Les mesures d'isolement visant l'ensemble des résidents seront maintenues, car le risque d'exposition demeure élevé. L'équipe discute de stratégies visant à réduire le risque de transmission de la COVID-19 entre les deux ailes.

Le responsable des opérations de l'EPGRE aborde la question des pénuries de personnel.

Un personnel œuvrant sous la direction du responsable de la PCI de l'EPGRE est sur place dans l'ERA pour veiller à ce qu'on rappelle au personnel la bonne façon d'utiliser l'ÉPI, ainsi que pour superviser la procédure lorsque le personnel enfile et retire l'ÉPI et cela afin de réduire les erreurs.

Vu le nombre de cas positifs confirmés, l'ensemble de l'unité de 3B a été désigné « zone chaude » et tous les patients demeurent isolés dans la mesure du possible. Le personnel a pu réduire l'errance des résidents dans une certaine mesure en les réorientant et les distrayant fréquemment, mais il semble de plus en plus futile d'essayer de maintenir un isolement rigoureux dans cette aile.

Que peut-on faire pour réduire l'errance? Est-il possible de réduire l'errance au moyen de médicaments et, le cas échéant, quels sont les risques?

Aucun médicament ne réduit l'errance liée à la démence. Si l'errance est due à d'autres symptômes (p. ex. anxiété, douleur, hallucinations), les médicaments ciblant ces symptômes peuvent être utiles. Autrement, l'emploi de sédatifs pour réduire l'errance (p. ex. benzodiazépines, antipsychotiques) fonctionne seulement si l'on plonge les patients sous sédation suffisamment profonde pour les rendre simplement incapables de se lever. Une telle mesure pose d'autres risques (p. ex. douleur, perte permanente de mobilité, lésion cutanée) qu'il faut soupeser minutieusement contre les risques de permettre la poursuite de l'errance.

Les moyens de contention causent de la douleur, de l'indignité, de la peur, de l'agitation et du délire, ainsi que les risques médicaux associés à l'immobilité. Il n'est jamais

acceptable d'utiliser des moyens de contention sans mesures adéquates de réduction de la douleur et de sédation.

Les moyens les plus efficaces d'atténuer l'errance sont les interventions non pharmacologiques, notamment offrir des endroits sécuritaires où se promener, des mesures visant à réduire l'ennui et canaliser l'énergie physique dans d'autres activités. Cela est, pour des raisons évidentes, extrêmement difficile pendant une éclosion, mais certaines [approches non pharmacologiques](#) sont possibles pour réduire l'errance dans un établissement de soins de longue durée durant une éclosion.

Il est fort probable qu'une certaine errance continue à avoir cours, peu importe les mesures prises. Une dotation adéquate en personnel permettra à tous le moins un désencombrement de l'environnement des objets qui pourraient devenir contaminés après avoir été manipulés, une désinfection fréquente des surfaces souvent touchées, une utilisation appropriée de l'ÉPI et des mesures visant à assurer une errance plus sécuritaire des résidents ou à les faire participer à d'autres activités.

Il pourrait s'avérer que les risques que pose le confinement des résidents qui errent (si même c'était possible) sont aussi nuisibles que l'acceptation des risques liés à l'errance et la poursuite d'un certain niveau d'errance. Une telle [décision](#) sera prise conjointement avec le MHR en fonction des particularités de la situation. Un gériatre pourrait par ailleurs fournir de l'aide dans les cas difficiles à résoudre et pour soupeser les risques et les avantages de différents degrés de confinement. Il est aussi important, dans de tels cas, de communiquer avec les familles au sujet des risques et des avantages.
<https://dementiaisolationtoolkit.com>

Jour 3 – dimanche

L'éclosion a été annoncée aux médias hier après-midi. L'I.I. du PEM en service vous appelle ce matin. Elle vous avise que le fils d'un patient est à la porte de l'ERA et demande de parler « au médecin » parce qu'il veut que son père, Robert, lui soit confié. Le personnel attend que le MHR le rappelle pour fournir son aide face à la situation. Le fils a obtenu une procuration de Robert. Ce dernier est un résident de l'aile de niveau 2 qui n'a pas été touchée (jusqu'ici). Il est âgé de 91 ans et souffre de démence modérée, mais il n'a pas de besoins médicaux complexes. Même s'il demeure toujours dans l'unité de niveau 2, il figure sur une liste d'attente en vue de déménager dans l'aile 3B. Il peut se déplacer par lui-même à l'aide d'une marchette. Il se lève fréquemment durant la nuit, souffre d'incontinence urinaire et a une ou deux fois par semaine des « journées difficiles » où il a besoin d'une certaine aide pour se lever du lit et se mettre au lit, ainsi que pour aller aux toilettes et en revenir. On vous demande de discuter de la situation avec son fils pour résoudre la question.

Qui peut décider si Robert ira chez lui en compagnie de son fils?

La décision de quitter un foyer de soins revient, dans des circonstances normales, au patient, à moins qu'il ne soit pas en mesure de prendre une telle décision. Pour être apte à le faire, la personne doit pouvoir comprendre de façon raisonnable ses besoins de soins et l'aide qui sera requise pour y répondre. Elle devra de plus faire preuve de sa capacité de comprendre et d'évaluer les risques que pose l'absence de soins adéquats et faire part de son choix d'accepter de tels risques.

Si Robert n'est pas en mesure de prendre une telle décision (c.-à-d. s'il est incompetent), son mandataire spécial (MS) légalement désigné prendra les décisions requises au sujet de ses soins. Dans le cas qui nous occupe, il s'agirait de son fils, qui a obtenu une procuration. Ce point pourrait déjà avoir été déterminé et documenté, ou il pourrait devoir être déterminé maintenant. Si vous êtes incapable de déterminer le niveau de capacité de l'intéressé, il pourrait être utile de faire appel à un gériatre.

Dans un cas de ce genre, la première mesure à prendre serait de [consulter le MHR](#). La Santé publique réalisera une évaluation du risque pour vérifier si un retrait temporaire constitue une option. Si le résident se trouve dans une section d'un ERA considérée comme un lieu « d'éclosion de la COVID-19 active », le MHR donnera très vraisemblablement l'ordre en vertu de la Loi sur la santé publique qu'il demeure dans l'ERA. L'ordre prévaut sur la volonté du résident ou de son procureur. Dans ce scénario particulier, comme il se trouve dans l'aile non affectée, il est possible que le MHR n'ait pas de motifs suffisants pour l'obliger à rester.

Avec l'aide du personnel de l'ERA, vous obtenez la confirmation que Robert a déjà été jugé incompetent par suite de sa démence et que son fils est effectivement son procureur. Le MHR décide que le risque pour le résident est insuffisant pour permettre l'invocation de la *Loi sur la*

santé publique en vue de le maintenir dans l'ERA, mais s'il quitte les lieux en compagnie de son fils, l'ensemble du ménage devra [obligatoirement s'isoler](#).

De quoi voudriez-vous discuter avec son fils avant qu'il amène Robert chez lui?

Comme dans le cas de n'importe quelle décision, la personne prenant la décision devrait être adéquatement informée de la décision en question. Dans ce cas-ci, le fils devrait être mis au courant des besoins substantiels de son père en matière de soins et des risques s'il omet d'y répondre. Un [formulaire d'évaluation](#) pourrait s'avérer utile pour regrouper et résumer ses besoins et ses risques, et aider la famille à comprendre la situation dans laquelle elle s'engage.

Il faudrait également discuter de la possibilité réelle qu'il ait déjà été exposé à la COVID-19 et que les soins dont il aura besoin augmentent s'il devenait malade et avait éventuellement besoin d'une hospitalisation. Il est de plus risqué qu'il transmette la COVID-19 aux autres membres du ménage, et qu'il mette en danger la santé de sa famille et de ses proches aidants, limitant ainsi leur capacité de s'occuper de lui. L'auto-isolement obligatoire signifierait par ailleurs que les soignants de l'extérieur ne pourraient pas entrer chez lui durant 14 jours.

Assurez-vous de plus que son fils a des attentes réalistes au sujet de la durée probable du séjour de son père chez lui. Une éclosion est seulement déclarée terminée lorsque deux périodes d'incubation complètes se sont écoulées après le rétablissement de la dernière personne (c.-à-d. $2 \times 14 = 28$ jours). Le MDS peut normalement réserver son lit durant 30 jours après son départ, et peut-être plus longtemps dans des circonstances atténuantes (une éclosion pourrait être reconnue à ce titre). La famille devrait toutefois savoir qu'on pourrait ne pas nécessairement retenir le lit pour le résident; le cas échéant, il aurait à soumettre une nouvelle demande de placement. Un travailleur social du MDS est à la disposition des intéressés et devrait fournir son aide à la communication, à l'évaluation du risque et à la détermination des lacunes des soins dans une situation de ce genre.

Si vous redoutez sérieusement que les besoins de Robert ne soient pas comblés à son retour à la maison, ce qui le mettrait à risque de souffrir de négligence ou de préjudices, qui devriez-vous joindre pour assurer un suivi?

Vous pourriez communiquer avec les [Services de protection des adultes](#) (SPA) afin qu'ils enquêtent et interviennent éventuellement en obtenant une ordonnance de garde préventive. Vous pouvez, vous ou n'importe quel membre de l'équipe de soins, demander une enquête des SPA. Il est évident qu'il s'agit d'une solution de dernier recours qu'il est préférable d'éviter dans la mesure du possible.

Jour 4 - lundi

Vous avez effectué deux rondes virtuelles par jour, interagissant par téléphone avec le personnel infirmier sur place. Tous les patients sont demeurés stables jusqu'à maintenant. Les résultats de la première ronde de tests ont confirmé que trois résidents sont positifs, en plus de deux PSSP (y compris le cas original). La patiente en dialyse est négative. De nouveaux tests de tous les membres du personnel et des résidents doivent encore avoir lieu aujourd'hui.

Quel est l'intervalle optimal de réalisation des tests de dépistage des résidents au cours d'une écloison?

On ne le sait pas de façon certaine et il reviendra au MHR de le déterminer. Les meilleures pratiques semblent prévoir un dépistage environ deux fois par semaine de tous les résidents et membres du personnel n'ayant pas encore obtenu des résultats positifs. Le dépistage des personnes asymptomatiques a deux buts :

- 1. déceler les cas devant être regroupés en cohorte et être isolés pour réduire la propagation;*
- 2. surveiller l'ampleur de l'éclosion afin de prévoir les ressources qui pourraient rapidement s'avérer nécessaires (oxygène, médicaments, personnel...).*

Selon l'ampleur de l'éclosion et l'aménagement géographique de l'ERA, le MHR pourrait décider de modifier l'intervalle des tests ou mettre fin au dépistage courant s'il est déterminé que celui-ci n'aura désormais plus d'impact marqué sur l'un ou l'autre de ces facteurs. Votre opinion, à titre de médecin traitant, à ce sujet sera attentivement prise en considération.

Même s'il peut sembler intuitivement que les personnes âgées fragiles bénéficiant de soins de longue durée développeront toujours des symptômes lorsqu'elles sont infectées, des taux de porteurs asymptomatiques variant entre 25 et 40 % ont été signalés chez les patients des milieux de soins de longue durée. De plus, un délai pouvant atteindre jusqu'à sept jours entre un résultat positif et la manifestation de symptômes a été signalé chez les résidents bénéficiant de soins de longue durée. Il est par conséquent insuffisant de se fonder uniquement sur les symptômes pour déterminer les tests requis.

Rappelez-vous également que l'écouvillonnage nasopharyngé est un acte relativement effractif et peu confortable, et qu'un écouvillonnage répété peut s'avérer pénible et inconfortable tant pour la personne qui effectue le prélèvement que pour le patient. Ce fait est particulièrement pertinent dans un milieu où nombre de personnes ont opté pour « des mesures de confort seulement ». Le présent document décrit des stratégies permettant un dépistage plus fructueux chez les personnes ayant un déficit cognitif.

Pendant que vous vous entretenez au téléphone avec l'infirmière ce matin, une PSSP l'interrompt et vous apprenez qu'un pensionnaire âgé de 68 ans de l'aile 3B n'a pas pu être réveillé durant les rondes du matin. Il a finalement réagi, mais il est extrêmement somnolent. Il ne fait pas de fièvre, mais il est tachycardique et tachypnéique, et son taux de saturation en oxygène est de 80 %. Il ne prend pas de médicaments qui pourraient diminuer son niveau de conscience. Il se sentait bien au moment du coucher le soir précédent. Vous vous rappelez avoir discuté avec son épouse quelques jours plus tôt pour revoir ses objectifs de soins et celle-ci avait catégoriquement indiqué qu'il devait demeurer sous un « code complet ».

Quelles options s'offrent à vous pour l'administration d'oxygène d'appoint dans un tel milieu?

Suivant la procédure de l'EPGRE, des concentrateurs d'oxygène devront être accessibles sur les lieux dès qu'une éclosion est déclarée. De tels concentrateurs peuvent fournir jusqu'à cinq litres/minute d'oxygène par canule nasale, ce qui n'est pas considéré comme une [mesure générant des aérosols](#). Du personnel infirmier et un inhalothérapeute seront présents sur les lieux pour aider à l'administration et à la surveillance.

Vous prescrivez immédiatement de l'oxygène à raison de cinq litres par minute (L/min) au moyen d'un concentrateur sur trouvant sur les lieux. Vous demandez à l'infirmière d'évaluer le patient, puis de vous faire immédiatement part des données cliniques.

Pendant que vous attendez, vous réfléchissez à vos options pour évaluer cet homme plus directement au besoin.

Disposez-vous d'un compte de soins de santé Zoom? Avez-vous vérifié la connexion? Maîtrisez-vous l'utilisation du logiciel? Avez-vous vérifié vos connexions Internet habituelles? Avez-vous vérifié vos connexions avec l'ERA avant de devoir vous connecter de façon urgente?

[Zoom pour télésanté](#)

Veuillez également noter que le personnel infirmier du PEM a reçu une formation sur l'utilisation du [mini-outil RESTORE2](#), qui est validé pour la reconnaissance, l'observation et la communication relative à une maladie aiguë au sein d'un milieu de soins de longue durée. Vous pourriez souhaiter vous [familiariser](#) avec cet outil pour optimiser la communication, et plus précisément la réception, pendant la prestation de soins virtuels. Voyez aussi <https://westhampshireccq.nhs.uk/restore2/>

L'infirmière vous rappelle. L'homme est effectivement très malade. Elle vous avise qu'il a toujours du mal à respirer et qu'il est hypoxique (saturation en oxygène de 84 %) et reçoit 5 L/min d'oxygène. Sa température est de 36,1 °C. Sa pression artérielle est de 110/50 et son

pouls est de 115 battements/min. Actuellement, il ne peut pas s'asseoir dans son lit sans aide et il est très somnolent. Il n'a pas d'appétit. Il présente une incontinence d'urine et de selles, ce qui est inhabituel dans son cas. Il peut normalement se déplacer par lui-même, est très alerte et a un bon sens de l'humour.

L'apparition d'hypoxémie est un indicateur d'affection respiratoire sévère liée à la COVID-19. Une gestion de soutien de ce stade demeure souvent possible au sein du milieu d'un ERA. Quelles autres mesures de soins actifs pourriez-vous considérer dans le cas de cet homme?

[Ordres Cliniques Covid-19 Horizon](#)

Outre l'oxygène, les patients souffrant d'une affection respiratoire sévère liée à la COVID-19 pourraient bénéficier

- *d'acétaminophène pour la fièvre;*
- *de fluides (par voie intraveineuse/perfusion sous-cutanée) à des fins de déshydratation;*
- *d'antibiotiques en cas de surinfection bactérienne ou de présumée sepsie (probablement <10% des cas);*
- *de sédation si des symptômes d'agitation liés au [délire](#) se développent.*

(Tous ces médicaments peuvent être fournis dans un ERA avec l'aide du PEM.)

Pouvez-vous respecter les objectifs de soins de cet homme dans l'ERA?

Non. Il est toujours hypoxique et son état se détériore malgré la thérapie maximale accessible. Il doit être transféré à l'hôpital pour avoir accès à l'éventail complet de soins qu'il a choisis. Vous savez que vous ne pourriez pas lui offrir plus d'intervention ou de traitement plus poussés dans l'ERA, de sorte que son évaluation sur place ne changera pas la nécessité de son transfert à l'hôpital et pourrait éventuellement retarder son accès à des soins critiques essentiels.

Quelle est la marche à suivre pour organiser un transfert à l'hôpital?

Obtenez toujours les conseils du MHR avant de transférer un patient durant une éclosion. Le processus de transfert à l'hôpital sera précisé au cours d'une réunion de l'EPGRE au début de l'éclosion, mais il est important de s'assurer que d'autres facteurs n'ont pas changé depuis.

Lorsqu'un transfert est nécessaire, il est primordial de communiquer directement avec le ou les médecins de l'établissement d'accueil pour assurer un transfert adéquat des soins et réduire le risque de transmission à l'arrivée. Il faudrait probablement commencer par le directeur médical local, en particulier au début d'une éclosion lorsque le processus n'a pas encore été terminé. Une fois la destination initiale du patient déterminée, vous devriez également communiquer directement avec le médecin accueillant le patient.

Comme le personnel de l'ERA ne dispose normalement pas d'un accès à des services de consultation médicale et d'évaluation sur place, il est habitué à composer lui-même le 911 lors des urgences médicales. Il ne devrait pas le faire au cours d'une éclosion, car il est crucial que le processus de transfert soit planifié avec soin avant qu'il ait lieu. Ambulance Nouveau-Brunswick sera, comme membre de l'EPGRE, au courant du fait que l'ERA est en proie à une éclosion de COVID-19 et l'organisme sera prêt à prendre les précautions nécessaires lorsqu'il interviendra auprès de l'établissement.

Le patient est transféré en toute sécurité au service d'urgence local (SU) par ambulance, les intervenants utilisant les mesures de PCI indiquées. Il subit un test rapide GeneXpert à son arrivée grâce à des arrangements préalables du MHR, dont le résultat est positif par rapport à la COVID-19. Après l'évaluation, il est intubé et transféré à l'USI.

Vers la fin de la journée, vous joignez l'I.I. sur place dans l'ERA et le MHR pour un autre compte rendu. Plusieurs autres patients de l'unité 3B présentent maintenant des symptômes qui s'aggravent laissant supposer la COVID-19 : deux ont une faible fièvre, un a une toux, quatre sont visiblement plus léthargiques, mais ne présentent pas d'autres signes et un patient est plus agité que normalement. Tous les résidents et membres du personnel ont de nouveau subi un écouvillonnage ce matin dans le cadre du protocole ordonné par le MHR. On attend les résultats.

Supposant que sept autres cas symptomatiques de la COVID-19 pourraient être présents, ce qui pourrait porter le nombre total de personnes touchées à dix dans l'aile affectée, vous anticipez que plusieurs pourraient avoir besoin de mesures palliatives actives durant les jours à venir.

Quels médicaments et autres fournitures nécessaires sur place devriez-vous commander pour vous assurer que vous êtes en mesure de répondre aux besoins d'une hausse du nombre de patients malades?

Regardez à la [documentation](#) de la trousse sur les médicaments palliatifs ainsi que la [liste des fournitures de soins palliatifs nécessaires](#). Le PEM a établi des protocoles pour s'assurer que des fournitures adéquates pour l'administration des médicaments sont disponibles, mais il est toujours utile de s'assurer qu'on dispose sur les lieux les stocks adéquats de seringues, d'aiguilles, de papillons adhésifs, etc.

Vous pouvez également utiliser [l'outil de calcul des médicaments pour soins palliatifs](#) (Excel) pour estimer la quantité de médicaments qui pourraient s'avérer nécessaires au cours d'une période donnée face à une éclosion d'une ampleur donnée. L'outil peut vous aider à commander les fournitures requises. Si les stocks communautaires sont adéquats et que les articles sont disponibles de la pharmacie, il est probablement sécuritaire de prévoir initialement des réserves de 24 heures et de rajuster les calculs en fonction des taux de consommation de médicaments.

Comment pouvez-vous obtenir des médicaments palliatifs à l'avance dans un ERA?

Des trousse de médicaments palliatifs peuvent être commandées au moyen du [formulaire](#) du PEM. Les médicaments doivent être commandés pour un patient particulier, mais vous pouvez subséquemment les administrer à n'importe quel patient en ayant besoin à la suite de votre prescription. Dans le cas des patients du PEM, les trousse de médicaments palliatifs proviennent de la Pharmacie Mapleton à Moncton. La livraison est assurée le même jour à l'échelle de la province, mais vous pourriez souhaiter rajuster vos attentes en fonction de l'endroit où vous vous trouvez dans la province. Au début de l'éclosion, vous voudrez vous assurer d'avoir des quantités adéquates de médicaments à portée de la main, car l'état des patients déclarés positifs par rapport à la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée peut se détériorer soudainement. Des rapports anecdotiques ont fréquemment rapporté une détérioration de l'état environ cinq jours après l'apparition de la maladie.

Jour 5 - mardi

Comme on le craignait, on apprend lors de la réunion de compte rendu de l'équipe du matin que neuf autres résidents ont obtenu des résultats positifs, ce qui porte le nombre total de personnes infectées à 12 (11 dans l'ERA, une à l'hôpital). Tous se trouvent dans l'aile 3B. Deux autres membres du personnel travaillant dans l'aile de la COVID-19 ont également obtenu des résultats positifs et se sont isolés, ce qui accentue la pénurie de personnel. On avait songé à construire une barrière temporaire et à regrouper les résidents positifs séparément en cohorte à l'intérieur de l'aile 3B, mais une telle mesure s'est avérée irréalisable au cours de l'intervalle dont on disposait et le nombre de cas positifs est maintenant trop élevé pour un regroupement en cohorte de toute façon.

Tous les résidents de l'aile de niveau 2 ont à nouveau obtenu des résultats négatifs aux tests de dépistage.

Vous informez l'équipe que jusqu'à présent, huit des 11 cas positifs demeurant dans l'ERA présentent des symptômes attribuables à la COVID-19. La fièvre dont quatre souffrent est traitée à l'aide d'acétaminophène. Deux reçoivent de l'oxygène d'appoint, mais sont stables. Le délire hypoactif constitue un problème plus important que l'agitation, la majorité des patients symptomatiques ayant tendance à être léthargiques et à demeurer au lit. D'autres problèmes médicaux vous ont obligé à apporter des rajustements mineurs aux médicaments, mais la situation générale est relativement stable.

Le responsable des opérations, qui assume désormais la direction de l'EPGRE, explique que la dotation en personnel demeure très fragile, mais qu'un appel à l'aide à l'échelle de la province

a procuré plusieurs PSSP supplémentaires qui effectuent des quarts de travail de jour et demeurent dans une aile isolée d'un hôtel local. L'anxiété du personnel s'est accrue avec la montée des cas positifs. Le personnel de PCI demeure présent chaque jour pour guider l'utilisation de l'EPI et l'isolement, et pour résoudre les problèmes qui surgissent, ce qui aide dans une certaine mesure. On a obtenu des miroirs pleine longueur et on les a installés à l'entrée et aux sorties de l'unité touchée afin de faciliter le processus d'enfiler et de retirer l'ÉPI. On a également recours au « jumelage » pour aider le personnel à déceler les erreurs de PCI, lesquelles sont inévitables au sein d'une équipe de soin épuisée.

Jour 6 – mercredi

Vous recevez un appel de l'I.I. du PEM sur place. L'état d'une résidente positive se détériore rapidement. Elle avait précédemment mentionné souhaiter des soins de confort seulement et ne voulait pas être transférée à l'hôpital. Elle est somnolente et visiblement inconfortable, et elle ne peut plus sortir de son lit. Elle est dyspnéique, mais elle enlève la canule nasale chaque fois que le personnel essaie de lui mettre. Elle n'a pas d'appétit et prend seulement des gorgées d'eau occasionnellement. Sa tension artérielle (TI) est de 120/80, son rythme cardiaque est de 90, sa température est normale (elle reçoit de l'acétaminophène toutes les quatre heures), sa fréquence respiratoire est de 20 et son taux de saturation en oxygène est de 88 % à l'air ambiant.

Quelle est la marche à suivre pour lui prescrire des médicaments palliatifs?

La marche à suivre sera le processus habituel prévu pour les patients du PEM. Les ordonnances peuvent être rédigées sur un formulaire de communication du PEM et être transmises par télécopieur à l'I.I. de l'ERA. Si vous ne pouvez pas accéder immédiatement à un télécopieur, des ordonnances verbales peuvent être fournies et l'I.I. les notera sur un formulaire de communication du PEM, puis vous les enverra par télécopieur afin que vous apposiez votre signature ultérieurement.

Quelle est la gestion palliative recommandée dans le cas des symptômes de la COVID-19?

Les groupes cliniques des soins palliatifs d'[Horizon](#) et de [Vitalité](#) ont préparé des algorithmes pour la gestion initiale des symptômes de fin de vie de la COVID-19. Les spécialistes des soins palliatifs sont de plus à votre disposition par le truchement des canaux habituels de votre région si vous avez besoin de conseils ou d'une consultation supplémentaire.

Jour 8 – vendredi

Vous recevez un appel d'un chirurgien orthopédiste de l'hôpital régional le plus proche. La dame de 79 ans qui s'était fracturé la hanche plusieurs semaines avant l'éclosion est prête à recevoir son congé après 28 jours d'hospitalisation. Elle demeure dans l'aile 3B. Le chirurgien explique que ces congés sont habituellement coordonnés directement auprès de l'ERA, mais que compte tenu de l'éclosion, il a été avisé de vous consulter directement en premier lieu. La patiente est désormais stable sur le plan médical, elle se déplace par elle-même à l'aide d'une marchette et elle est de retour à son état cognitif initial de démence de stade modéré.

Devriez-vous accepter le retour de cette dame dans l'ERA au milieu d'une éclosion de COVID-19?

Il faudrait toujours consulter le MHR avant les transferts d'accueil ou de sortie d'un foyer au cours d'une éclosion active. Il ne permettra absolument pas le retour de la dame en question en ce moment. Son retour la placerait à un risque élevé d'exposition et compliquerait le travail d'un personnel déjà surchargé. Vous pouvez, à titre de médecin traitant, refuser un transfert à n'importe quel moment si vous estimez que le transfert s'avérerait dangereux ou qu'il serait impossible de soigner un nouveau patient.

Jour 15

Trois autres résidents de l'unité 3B ont obtenu des résultats positifs, ce qui porte le nombre total de personnes infectées à 15 patients sur 18. Deux sont décédés paisiblement en bénéficiant de bonnes mesures palliatives. Heureusement, aucun résident n'a été déclaré positif dans l'unité de niveau 2. Au total, cinq membres du personnel ont obtenu des résultats positifs et s'isolent chez eux, souffrant d'une affection légère ou moindre. L'EPGRE est parvenue à réunir suffisamment d'employés pour maintenir des soins adéquats dans le foyer. Même si tous les membres du personnel sont épuisés, le moral est raisonnablement bon, car le nombre de nouveaux cas a diminué et certains résidents qui étaient positifs ont commencé à se rétablir.

Qui doit être notifié lorsqu'un patient positif meurt?

Les décès liés à la COVID-19 doivent être signalés à la Santé publique. Le MHR devrait toujours être directement notifié dans les plus brefs délais.

Deux des résidents en train de se rétablir ont passé une vaste partie de leur maladie au lit et sont maintenant très déconditionnés. Le personnel a du mal à gérer leurs soins, car ils sont désormais beaucoup plus dépendants qu'ils l'étaient auparavant. Leurs besoins dépassent désormais le niveau de soins pouvant normalement être gérés dans un milieu de niveau 3B.

Quelles options s'offrent pour la réadaptation de ces résidents?

On peut faire appel aux services de physiothérapie et d'ergothérapie du PEM afin qu'ils les évaluent et assurent un traitement. C'est la première étape recommandée. Pour des raisons évidentes, déplacer ailleurs des résidents qui pourraient être infectieux n'est pas une bonne option. On devrait idéalement faire appel à du personnel supplémentaire si les besoins en matière de soins sont trop élevés.

Une fois que les patients sont déclarés rétablis par la Santé publique, l'offre de services de réadaptation sous hospitalisation pourrait constituer une option si de tels services existent et si les objectifs de soins des patients prévoient un transfert pour une telle raison. La faisabilité d'une telle mesure devra être explorée avec soin conjointement avec le MHR.

Jour 17

Les résidents continuent à se rétablir lentement. Beaucoup sont revenus à leur état initial. Le personnel thérapeutique du PEM effectue des visites quotidiennes pour aider à la réadaptation. Aucun résultat positif n'a été obtenu durant la dernière ronde de tests de dépistage de la COVID-19. Le MHR détermine que d'autres tests seront effectués seulement si des symptômes surgissent.

Vous recevez un appel d'un médecin de l'hôpital régional. L'homme atteint de la COVID-19 qui souffrait d'insuffisance respiratoire et était allé à l'USI s'est remarquablement bien rétabli et il a été extubé il y a quatre jours. Il est stable et se trouve au sein d'une unité de médecine. Il demeure très faible, il a besoin d'aide pour se déplacer et il demeure incontinent. Il a cessé de demander sa femme de façon répétée maintenant qu'il peut se rappeler qu'elle n'est pas autorisée à effectuer une visite en personne. D'après des entretiens au téléphone et les comptes rendus du personnel infirmier, elle trouve qu'il s'améliore, mais qu'il n'est pas tout à fait revenu à son état cognitif initial. L'hôpital est presque rempli au maximum et les pénuries de personnel infirmier ont accru la pression pour que le maximum de patients obtienne leur congé. On vous demande s'il serait possible que l'ERA reprenne cet homme afin qu'il poursuive son rétablissement et sa réadaptation dans l'établissement en compagnie du personnel thérapeutique du PEM.

Vous discutez de la situation avec le responsable de l'établissement. L'homme en question séjourne dans l'établissement depuis plusieurs années et il est très populaire auprès du personnel. Son retour pourrait remonter le moral du personnel et l'établissement estime être en mesure de gérer ses besoins en fait de soins avec l'aide des services thérapeutiques du PEM d'après la description ci-dessus.

Faut-il satisfaire à certaines exigences spéciales avant qu'un patient positif par rapport à la COVID-19 puisse revenir dans un établissement de soins de longue durée?

Selon la note de service n° 37 du groupe de travail sur la pandémie (24 août 2020), lorsque la collectivité se trouve dans la phase JAUNE, les résidents reconnus comme patients rétablis de la COVID-19 par un médecin-hygiéniste n'ont pas besoin d'obtenir un résultat négatif avant d'être admis dans un établissement de soins de longue durée. Même si les exigences peuvent être différentes au cours des phases ORANGE ou ROUGE, dans le cas d'un établissement de soins de longue durée se trouvant déjà au milieu d'une éclosion de la COVID-19, l'état de l'homme en question par rapport à la COVID-19 ne devrait pas constituer un facteur pertinent dans la décision relative à son transfert. Dans le cas actuel, tout dépendra de la possibilité ou non pour le personnel de s'occuper de lui en toute sécurité, une question qui nécessitera l'avis de l'établissement.

Jour 21

Le personnel de l'ERA rapporte que les résidents des deux ailes éprouvent de la difficulté à faire face à la situation en raison de l'isolement prolongé. C'est particulièrement le cas pour les personnes atteintes de démence. L'errance devient de plus en plus difficile à maîtriser. Les résidents résistent plus aux soins quotidiens. Les crises d'agressivité sont fréquentes. De nombreux résidents sont anxieux et certains pleurent régulièrement. Les soirées sont chaotiques en raison de l'agitation vespérale accrue. Les familles effectuent des visites virtuelles à l'aide d'outils modernes, mais comme le personnel de l'ERA doit conjuguer cette tâche à ses autres responsabilités, les visites sont courtes et peu fréquentes.

De quelles ressources disposez-vous pour aider l'équipe à gérer les symptômes comportementaux et psychologiques de démence (SCPD)? Quels symptômes parmi ce genre de problèmes peuvent être atténués au moyen de médicaments et quels sont les risques?

Il est difficile de traiter les SCPD dans des circonstances normales. Il est extrêmement difficile de le faire dans un établissement en confinement. Les approches non pharmacologiques, lorsqu'on y a recours adéquatement, sont plus efficaces et beaucoup plus sécuritaires que les médicaments dans le cas de la majorité des comportements, et les médicaments n'agissent pas du tout sur nombre de comportements. Les gériatres du Nouveau-Brunswick ont préparé des algorithmes ([Vitalité](#), [Horizon](#)) pour fournir de l'aide. Vous pouvez également obtenir des conseils d'un gériatre ou d'un psychiatre gériatrique directement par le truchement des canaux de communication habituels.

Jour 49

Vingt-huit jours (deux périodes d'incubation) se sont maintenant écoulés depuis que le dernier résident atteint de la COVID-19 a été reconnu « rétabli » par la Santé publique. Aucune autre infection n'a été relevée. De nombreux résidents ont subi des tests de dépistage de la COVID-19 à la suite de manifestations imprécises, comme du délire ou des chutes, mais les résultats se sont avérés négatifs et d'autres explications plausibles de leurs problèmes ont été fournies. Au total, 15 des 18 résidents de l'aile 3B ont obtenu des résultats positifs. La majorité d'entre eux ont présenté des symptômes, quatre ont eu besoin d'oxygène, deux sont décédés, sept ont eu besoin de services de physiothérapie pour se rétablir, trois n'ont pas retrouvé leur mobilité indépendante et ils attendent maintenant une réévaluation pour passer à un niveau de soins supérieur.

Le MHR déclare l'éclosion terminée. Le PEM congédie les patients de l'ERA de sa charge de travail. Vos collègues et vous êtes libérés de vos responsabilités de couverture à l'ERA et vous redevenez en disponibilité au cas où une autre éclosion surgirait à l'intérieur de la zone.

D'autres ressources:

[Prise en charge des résidents en soins de longue durée \(SLD\) durant la pandémie COVID-19 : Un guide pour la gestion des symptômes et les soins en fin de vie](#) (Horizon/Vitalité - document bilingue au complet)

<https://respectingchoices.org/covid-19-resources/>

[PPE Donning/Doffing Video](#) (Capital Health, Nouvelle Écosse)

<https://ltccovid.org>

<https://canadiangeriatrics.ca/covid-19-resources/>

<https://www.rgptoronto.ca/resources/covid-19/>

Fichiers et liens collectés (la majorité déjà mentionnés ci-dessus)

https://drive.google.com/drive/folders/1bLfm8nc6v2K3j8jj_CiFjTNPnuNoVN6A?usp=sharing