

Guide clinique à l'intention du médecin traitant à l'Unité COVID-19

Réseau de santé Vitalité

18 janvier 2021

Table of Contents

Préambule	3
1. Préparation initiale (en tout temps).....	4
2. Équipement de protection individuelle.....	4
3. Fonctionnement étage COVID-19.....	5
4. Procédure d'admission d'un patient	7
5. Procédure de transport et déplacement à l'extérieur de l'unité.....	8
6. Procédure de prise en charge des voies aériennes - cas suspects COVID sévères	9
7. Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire	10
8. Prélèvements et laboratoires	13
9. Pharmacothérapie.....	13
10. Éthique - Allocation de ressources - Fin de vie	14
11. Critères de congé.....	14
12. Critères de cessation des mesures d'isolement du patient atteint de la COVID-19	15

Préambule

Le présent document est destiné aux hôpitaux régionaux de la région de santé Vitalité susceptibles de prendre en charge des patients atteints ou suspectés porteurs d'une infection à COVID-19. Le document s'est inspiré du guide de procédures techniques préparé pour le ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Il s'agit d'un document générique qui ne saurait se substituer aux travaux adaptés par les équipes de soins critiques et de prévention de contrôle des infections (PCI) de tous les centres individuels. La situation pandémique évoluant sur une base quotidienne, il est probable que ces lignes directrices devront être adaptées en fonction de l'évolution de la situation. Nous vous invitons à demeurer au fait de l'actualisation de ces données.

**En tout temps, la sécurité du personnel
hospitalier est la priorité.**

1. Préparation initiale (en tout temps)

Une chambre à pression négative est gardée libre en tout temps et préparée à accueillir un patient très instable prouvé SARS-CoV-2 (COVID-19) pour toute procédure à haut risque d'aérosolisation (intubation, stabilisation si lit aux soins intensifs pas immédiatement disponible).

- Le personnel vérifie quotidiennement la préparation adéquate des chambres à pression négative ou désignées, incluant :
 - Système à pression négative fonctionnel avec porte fermée.
 - Système de communication sans-fil disponible et fonctionnel (exemple: moniteur de bébé ou téléphone portable).
 - Solution hydroalcoolique disponible à l'intérieur de la chambre, dans l'entre-chambre et à la sortie.
- L'équipement d'appoint de protection individuelle pour l'aérosolisation (N95) est disponible à l'entrée de la chambre.

2. Équipement de protection individuelle

Une **protection gouttelette + contact + oculaire** (affiche MRS-CV) est requise pour tous les **cas suspects ou prouvés de SARS-CoV-2 (COVID-19)**.

- Le personnel en place devrait être vêtu d'uniformes qui sont fournis et lavés par le centre hospitalier et les chaussures portées devraient être utilisées seulement dans les unités de travail et l'hôpital.
- L'équipement doit être installé sous la supervision d'une personne apte à revêtir ce type de protection.
- Voici des vidéos supplémentaires, au besoin, pour assurer un habillage et déshabillage sécuritaire :
 - Vidéo : [Mettre et enlever l'ÉPI](#).
 - Site vitalité : Onglet Médecins sous [Formations et soutien aux employés](#).
- Si possible, un membre du personnel devrait être présent pour surveiller la procédure du de revêtement et de déshabillage du personnel impliqué dans la procédure.

- L'équipement de protection individuelle minimal inclut :
 - Blouse jetable niveau 2
 - Masque chirurgical (N95 pour procédure à risque d'IMGA)
 - Gants longs (qui recouvrent manches des blouses)
 - Protection oculaire (visière)

3. Fonctionnement étage COVID-19

On débutera l'hospitalisation des patients atteints en commençant par les chambres d'isolation, ensuite en plaçant les patients, un par chambre, afin de respecter la distance recommandée de 2 mètres entre les cas.

Les patients qui sont déjà hospitalisés qui développent des symptômes de COVID-19 et qui testent positifs seront transférés aux unités qui offriront les soins à cette clientèle. Ceci inclut les patients pédiatriques, psychiatriques et les patients nécessitant des monitorings cardiaques.

Les seules admissions dans l'unité COVID seront des patients avec un test confirmé positif. Les patients en attente de résultats ne seront pas admis à l'unité COVID.

Zone de l'étage

Zone chaude (indiquer cette zone à l'aide d'une affiche)

- Unité au complet où l'équipement de protection est toujours nécessaire.
- Les employés qui entrent dans cette zone porteront en tout temps l'équipement de protection.
- Entre chaque patient, retirer vos gants et laver vous les mains. Replacer une paire de gant propre par la suite.

Exceptions changement EPI complet :

- Si un patient COVID-19 + et C. difficile +, placer le patient dans une chambre individuelle, si possible une chambre avec une anti- chambre. L'ÉPI devra être changé à la sortie de la chambre et le lavage des mains avec de l'eau et du savon devra être fait.
- Si ÉPI souillé, aller à la zone tiède pour retirer l'ÉPI.
- Dossier du patient reste dans la zone chaude, au congé, le dossier papier est placé dans un sac de plastique hermétique, désinfecter et sortie de l'unité. Le dossier papier peut être sorti du sac après 7 jours.

Zone tiède - (indiquer cette zone à l'aide de ruban et d'une affiche)

- Endroit où on enlève l'équipement de protection avant de quitter l'unité.
- On utilise le gel antiseptique lors du retrait de l'ÉPI.

Zone froide

Zone propre en dehors de l'unité où l'équipement de protection n'est pas nécessaire.
Endroit que l'on place l'équipement de protection individuel avant d'entrée dans l'unité
zone chaude

- Le port de scrubs d'hôpital doit être retiré au vestiaire des employés à la fin de la journée.
- Aucun scrub de l'unité dédiée COVID-19 et de l'hôpital ne doit être porté à l'extérieur de l'hôpital.
- On recommande une moyenne d'environ 10 patients / médecins traitant
- Médecin sera disponible sur l'étage le jour et de garde à domicile en soirée et la nuit, avec possibilité de faire une garde en établissement selon l'état et la sévérité des cas et le nombre de patient admis.
- Faire débriefing avec équipe à la fin de chaque relais et au besoin.
- Si patient admis avec monitoring cardiaque disponible à l'unité, ceci doit être utilisé pour des patients cliniquement stable nécessitant aucune perfusion de médicaments intraveineuse (ex: diltiazem, bêtabloqueur). Le personnel infirmier à l'unité COVID ne sera jamais responsable d'un monitoring relié à l'administration de médicament intraveineux tel que mentionné.

4. Procédure d'admission d'un patient

a. Critères d'admission patient unité COVID

Le critère d'admission principal est un patient qui a testé positif pour le COVID-19, qui est toujours considéré contagieux, et qui nécessite une hospitalisation. Les critères admission à l'unité COVID peuvent inclure :

- résultats positif COVID nécessite hospitalisation pour toute raison
- nécessite aide respiratoire (besoin oxygène)
- selon score NEWS-2 (cf: annexes)

b. Critères d'admission soins intensifs

Les critères d'admission proposés aux soins intensifs sont les suivants :

- FiO₂ ³ 40 % pour saturation > 90 %
- Détresse respiratoire significative ou RR > 24
- Instabilité hémodynamique persistante malgré une réanimation volémique adéquate
- Altération de l'état de conscience
- Tout patient intubé

c. Considérations pédiatriques

Les patients pédiatriques instable ou intubés doivent être transférés dans les centres désignés. (ex : IWK, Halifax ou CHUL, Québec)

5. Procédure de transport et déplacement à l'extérieur de l'unité

- Comme il constitue un risque de transmission, le transport des patients devrait être réduit au minimum.
- Conséquemment, la décision de procéder à des examens devrait être réfléchié :
 - Est-ce que l'examen a une haute probabilité de répondre à une question clinique changeant la conduite?
 - Avant le départ, considérer l'ensemble des imageries potentiellement nécessaires à la prise en charge du patient.
- Une procédure de transport pour les patients COVID-19 devrait être mise en place dans chaque centre pour diminuer l'exposition au personnel et à la communauté hospitalière.
- Déterminer le personnel nécessaire pour accompagner le patient hors de l'unité : Infirmière, inhalothérapeute, préposé au besoin (tous avec équipement de protection Individuelle).
- Examen radiologique comme la radiographie et l'ultrason seront faite à l'étage dans la mesure du possible.
- Lors des déplacements à l'extérieur de l'étage:
 - Le patient devra pratiquer l'hygiène des mains avant de sortir de la chambre si possible.
 - Le patient doit porter un masque de procédure. Si le patient a besoin d'oxygène et ne peut porter un masque de procédure, l'oxygène est administré à l'aide du masque d'oxygène à filtre virale.
 - Les travailleurs de la santé responsables de transporter le patient doivent porter l'EPI approprié (un écran facial, un masque chirurgical/de procédure, une jaquette et des gants).
 - Tous transports doivent être escortés par les gardiens de sécurité afin de minimiser les contacts et s'assurer que le trajet est libre et sécuritaire.
 - Aucune autre personne n'est permise dans l'ascenseur sauf s'ils portent EPI approprié.
 - Après le départ du patient, le personnel doit entreprendre des démarches pour faire nettoyer et désinfecter la salle par l'entretien ménager.
 - À l'arrivée du patient à sa chambre, le personnel doit : nettoyer et désinfecter la civière/le fauteuil roulant avant de le retirer de l'unité.
 - L'ascenseur utiliser pour le transport doit être placé hors de service jusqu'au le nettoyage est fait par le service d'environnement.

6. Procédure de prise en charge des voies aériennes - cas suspects COVID sévères

- La ventilation non-invasive (VNI) et la ventilation à haut débit par canules nasales (Optiflow, Airvo) **ne sont pas encouragées comme traitement**. Cet énoncé ne s'applique pas en pédiatrie aussi longtemps qu'une chambre à pression négative est disponible.
 - **Éviter l'auscultation avant, pendant et après l'intubation.**
- **Considérer précocement l'intubation : Une intubation urgente augmente les risques de transmission en exposant le personnel soignant et les autres patients à des aérosols.**
- Un chariot d'intubation dédié aux infections à SARS-CoV-2 devrait être mis en place à l'intérieur de la chambre à pression négative de l'unité.
- L'ensemble du matériel doit être disponible à proximité, incluant le matériel nécessaire pour gérer un grade d'intubation difficile.
- Pour les intubations difficiles les équipes répondantes au code (intensivistes et urgentologues) devront apporter leur équipement si ces derniers ne sont pas disponible à l'étage.
- Cf note [Guide régional - Prise en charge protégées des voies aériennes](#).
- Se référer à la liste de vérification avant d'entrer dans la chambre.

- L'intubation doit :
 - Être réalisée dans une chambre à pression négative ou en isolement aérien strict si non disponible.
 - Être réalisée avec l'équipement de protection individuelle pour tous, tel qu'il est décrit plus haut.
 - Être réalisée par l'intensiviste ou l'urgentologue ou la personne la plus expérimentée disponible.
 - Pré-oxygénation FiO2 100% (Ventimask réservoir) x 5 minutes si la situation le permet.
 - La ventilation au masque (Bagmask) devrait être évitée autant que possible avant l'intubation. Si une ventilation au masque est administrée, placer un filtre viral, ventiler à deux personnes et utiliser une canule oropharyngée (canule de Guedel) et ventiler à petits volumes courants.
 - Personnel dans la chambre réduit au minimum :
 - Infirmière responsable du patient
 - Inhalothérapeute
 - Professionnel qui intube
- Une intubation à séquence rapide doit être favorisée (limite le risque de toux et d'aérosols).
- Le port d'un respirateur N95 est obligatoire pour rentrer dans la chambre pendant la durée de renouvellement d'air (d'après le nombre d'échange d'air l'heure).

7. Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire

Les manœuvres de réanimation sont considérées à haut risque de propagation d'aérosols et le risque potentiel pour le personnel soignant sont à balancer avec les bénéfices escomptés pour le patient.

Sauf rares circonstances, les arrêts cardiaques intra-hospitaliers ont un mauvais pronostic. Dans de rares circonstances ciblées (exemple : arythmie qui pourrait amener à une défibrillation ou cardioversion), des manœuvres pourraient être justifiables. Dans toutes les autres circonstances, la décision et l'intensité de la réanimation doivent être modulées en fonction du risque pour le personnel et le reste de la clientèle.

L'intensité des soins doit être réévaluée sur une base régulière et rediscutée avec les patients et/ou leurs proches.

Principes sous-jacents :

- L'ordonnance de réanimation doit être déterminée ou validée pour chacun des patients, dès l'admission à l'unité COVID-19, par les médecins traitants.
- Éviter les procédures produisant des aérosols (ventilation manuelle, etc.).
- Exposer le minimum de personnel.
- Utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle.
- Les codes bleus aux unités COVID-19 sont gérés par les équipes de réanimation qui sont responsables des codes bleus pour le reste de l'hôpital (le plus souvent l'urgentologue). Quant à la participation des équipes de soins infirmiers et de thérapie respiratoire, on recommande que ceci soit déterminé selon les pratiques locales.
- Si un patient devient instable, on appelle l'intensiviste pour l'aviser de l'état du patient et discuter d'un transfert aux Soins intensifs. Si le transfert aux Soins intensifs se fait attendre, on recommande de transférer le patient dans une chambre à pression négative à l'unité COVID-19, s'il y en a une qui est disponible, au cas où une intubation serait requise à l'unité COVID-19. Cependant, si le patient fait un arrêt cardiaque dans sa chambre, on recommande de le transférer dans une chambre à pression négative de l'unité COVID-19, s'il y en a une qui est disponible, de procéder à l'intubation et de procéder à la réanimation dans cette chambre.
- Le personnel qui répond aux codes bleus, comme les technologues en ECG, les phlébotomistes ou autres, devrait se rendre disponible à l'extérieur de l'unité COVID-19 et ne pas entrer à l'unité à moins d'une demande explicite.
- Lorsqu'un patient est instable, on recommande que l'intensiviste aille prêter main-forte à l'équipe de l'unité COVID-19 en attendant le transfert aux Soins intensifs; sinon, on recommande que ce soit un membre de l'équipe de médecine interne de garde, selon les arrangements locaux.
- Il faut comprendre que les chances de succès de réanimation cardiorespiratoire seront possiblement réduites en raison des retards liés à l'ÉPI/intubation.
- Tout le personnel doit prendre le temps de mettre l'équipement de protection individuelle avant d'entrer dans la chambre.

Prise en charge initiale du RCR (voir guide code bleu et voie aérienne)

Transférer le patient dans la chambre à pression négative



**Mettre l'équipement de protection individuelle
(incluant N95)**



Défibrillation (si appropriée et personne habilité à le faire)



Massage cardiaque en attendant l'équipe de code



Intubation protégée par l'équipe de code



Poursuivre la réanimation

8. Prélèvements et laboratoires

- Limiter les prélèvements à ceux urgents et qui changeront votre conduite.
- Les prélèvements seront manipulés selon les procédures institutionnelles en place.
- Chez les patients à risque de développer œdème pulmonaire cardiogénique, on recommande un dosage de BNP à l'admission, et également si détérioration respiratoire au cours de l'hospitalisation qui pourrait être expliqué par un œdème pulmonaire cardiogénique. Voici certains facteurs de risques prédisposant à développer un œdème pulmonaire qui pourraient être considérés dans la décision de faire un dosage de BNP au début de l'hospitalisation :
 - Age avancé
 - Sexe féminin
 - ATCD surcharge pulmonaire de toute cause
 - Dysfonction systolique ou diastolique du VG
 - Hypertrophie ventriculaire gauche à ECG ou écho
 - Hypertension mal contrôlée
 - Valvulopathie sévère (surtout aortique et mitrale)
 - Fibrillation auriculaire
 - Interruption de traitement de diurétique

9. Pharmacothérapie

Dans l'état actuel des connaissances en la matière, le traitement de la COVID-19 est un traitement de support. Il n'y a pas de littérature de soutien à une approche pharmacologique standardisée. Veuillez vous référer au document [Prise en charge pharmacologique – Covid-19](#) disponible sur le site web de Vitalité avec la version la plus à jour au moment de la prescription.

- Médicaments par nébulisation sont interdit chez patient COVID.
- Si un traitement par nébulisation doit absolument être administré (ex: vaponéphrine ou antibiotique), ceux-ci doivent être faite dans une chambre à pression négative, et idéalement donnés sur la recommandation d'un spécialiste.
- Éviter AINS, cependant ne pas cesser aspirine a faible dose.
- Hydratation intraveineuse doit être faite de façon conservatrice.

10. Éthique - Allocation de ressources - Fin de vie

- Consulter la politique éthique et principe directeur section 1G; extrait du plan régional de pandémie- - Covid-19 pour les considérations éthiques.
- Les modalités de soins de fin de vie doivent représenter une décision partagée qui tient compte de la dignité du patient, des volontés de la famille, du risque contagieux et des ressources disponibles.
- Il est fortement suggéré de discuter des soins de fin de vie avec les patients au début de l'hospitalisation ou même auparavant si possible.
- SVP vous rapporter au protocole de détresse respiratoire et des expertises des soins palliatifs.

11. Critères de congé ([Guide régional : Consignes pour le congé de l'hôpital du patient atteint de la COVID-19](#))

Coordonnées de Santé publique Réseau de santé Vitalité :

Location	Téléphone	Télécopieur
Bathurst	506-547-2062	506-547-7459
Campbellton	506-789-2266	506-789-2349
Caraquet	506-726-2025	506-726-2493
Dalhousie	506-789-2266	506-789-2349
Edmundston	506-735-2065	506-735-3142
Grand-Sault	506-735-2065	506-735-3142
Jacquet River	506-789-2266	506-789-2349
Kedgwick	506-735-2065	506-735-3142
Moncton	506-856-2401	506-856-2623
Richibucto	506-856-2401	506-856-2623
Sackville	506-856-2401	506-856-2623
Shediac	506-856-2401	506-856-2623
Shippagan	506-336-3061	506-336-3068
Tracadie-Sheila	506-394-3888	506-394-3858

- Établir une procédure pour la sortie de l'hôpital et retour à domicile qui minimise le risque d'infection à faire en collaboration avec les agents sécurités pour accélérer le tout, et prévenir de la contamination en sortant de l'hôpital et l'unité.

Isolation à la maison

1. Poursuivre 2 semaines d'isolation après le congé à la maison.
 2. Conditions pour isolement à la maison ;
 - a. Endroit seul bien ventilé et avec désinfection fréquente.
 - b. Éviter le contact avec les personnes âgées et les personnes immunosupprimés.
 - c. Patient et sa famille doit porter des masques et se laver les mains fréquemment.
 - d. Vérifier température deux fois par jour (matin et soir)
- Possibilité de changement de critères selon l'évolution de la pandémie.
 - On suggère suivi un téléphonique à 48 heures après le congé.

12. Critères de cessation des mesures d'isolement du patient atteint de la COVID-19

****Les recommandations suivantes pourraient changer au cours de la pandémie****

Afin de cesser l'isolement d'un patient COVID-19 hospitalisé et de permettre le transfert du patient vers une autre unité de soins, l'ensemble des facteurs suivants doivent être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles de prévention des infections :

Notez que le transfert doit être approuvé par le personnel de la prévention des infections ou le médecin traitant

- Une période d'au moins 14 jours s'est écoulée depuis le début de la maladie aiguë (CIDRAP, 2020);
- Une absence de fièvre depuis 48 heures ;
- Une absence de symptômes aigus depuis 24 heures.