

Organiser les soins médicaux en temps de COVID dans les RI / RPA

La première ligne (in)existante en RI / RPA

Les patients vivant en RI ou RPA ont parfois un médecin de famille qui les suivent en cabinet. Or, lors de décompensations aiguës ou lors de contexte de soins palliatifs, ces médecins de famille ne font habituellement pas de visites à domicile et vont référer ces patients ou bien à l'urgence ou bien aux équipes médicales de soins à domicile du territoire.

Il y a certaines résidences privées qui ont des médecins attirés. Par expérience, ces médecins ne sont pas de garde pour leurs patients, et ne font ni soins palliatifs ni soins aigus. (Il se peut que dans certaines régions du Québec, la réalité soit toute autre.) Toujours est-il qu'il serait naïf de penser que parce que ces malades ont un médecin de famille en cabinet ou attiré à leur résidence, qu'il n'y ait pas d'enjeu d'accès aux soins.

Comme les RI / RPA sont des milieux propices à la propagation du virus¹, et comme les bénéficiaires des RI / RPA sont souvent malades et frêles, il faut s'attendre à ce qu'il y ait non seulement des éclosions de covid, mais *beaucoup de soins de fin de vie à mettre en place*.

En temps de pandémie, nous ne pouvons plus fonctionner de la même façon. Les CLSC ne doivent pas attendre que des références soient faites aux équipes médicales à domicile. Ces médecins doivent aller au-devant des choses.

Problématique : manque de médecins à domicile basés en CLSC

Il y a un manque chronique et criant de médecins dans les équipes de soins à domicile en CLSC au Québec. Pourtant, les programmes de soutien à domicile sont présents dans tous les CLSC de la province. Les infirmières qui ont l'expertise des soins de fin de vie à domicile sont déjà à pied d'œuvre sur le terrain, et elles n'attendent que d'être épaulées par une équipe médicale pour répondre à la demande sans cesse croissante. Nous avons donc, dans certains RLS, des déserts médicaux, sans aucun docteur dans les équipes SAD.

Bien avant la pandémie, nous étions en urgence sanitaire. Nous vivions un vieillissement accéléré de la population, avec un nombre sans cesse grandissant de malades chroniques terminaux qui requéraient des soins à domicile, à défaut de quoi ils se retrouvaient encore hospitalisés. Nos urgences débordaient déjà de patients gériatriques et frêles qui auraient été mieux soignés à domicile que sur une civière d'urgence.

¹ En raison de leurs troubles cognitifs ou troubles de comportement, nombreux sont les bénéficiaires des RI / RPA qui ne respectent pas la consigne de confinement.

Soins de fin de vie en RI / RPA : un défi

Il est déjà difficile, "en temps normal", de permettre une fin de vie en RI et en RPA. La raison étant que les RI et les RPA n'ont pas le mandat d'offrir les soins *intensifs* que requièrent les soins palliatifs. Même si les patients sont sur un étage avec des soins, avec du personnel 24h/24, il n'y a aucune infirmière habilitée sur place le soir et la nuit pour administrer de la médication à un patient en fin de vie. Les RI / RPA ne pourvoient pas non plus un service privé au chevet du mourant pour s'assurer en tout temps de son confort. Il faut donc considérer le patient en fin de vie qui réside en RI / RPA *comme une personne vivant seule*.

Pour permettre le mourir à domicile, il faut alors faire appel à la famille pour avoir un proche au chevet. Le médecin peut prescrire une perfusion sous-cutanée continue qui rend plus simple la gestion des symptômes pour la famille impliquée. Lorsqu'aucune famille n'est disponible, le CLSC offre traditionnellement une ou deux nuits de service privé au chevet du patient, via une agence privée ou un organisme communautaire.

Il va sans dire que chaque fin de vie en RI / RPA était déjà un casse-tête important, bien avant la pandémie.

Par ailleurs, il est important de noter que certaines RPA se prononcent "contre" le mourir à domicile au sein de leur établissement, et refuse carrément que le CLSC vienne donner des soins à leurs bénéficiaires dans un contexte de fin de vie. Ces RPA encouragent leurs locataires à aller mourir ailleurs, en maison de soins palliatifs ou à l'hôpital, même si cela va contre le souhait du patient et de sa famille.

Comment s'organiser en temps de pandémie COVID pour faire face aux éclosions dans les RI/RPA

Premièrement, il faut une équipe médicale basée en CLSC pour faire des soins à domicile, en collaboration étroite avec les infirmières du SAD.

L'équipe médicale doit avoir une ligne directe pour rejoindre un médecin de garde en tout temps.

Pour les territoires où il n'y a aucun médecin à domicile, il faut vite monter une équipe de médecins de famille, qui idéalement sont *habitués avec les soins de fin de vie et le débit*. Par ailleurs, il faut optimiser le temps des médecins déjà impliqués dans des équipes SAD pour qu'ils puissent y travailler à temps plein. Ces rares et précieux médecins devraient déléguer leurs autres tâches (bureau, urgence) à des collègues afin que leur expertise puisse être utilisée pleinement.

Chaque jour, l'ICASI (l'infirmière clinicienne assistante au supérieure immédiat) des équipes COVID sort une liste de tous les patients covid suspects sur le territoire. Dès qu'un cas suspect est rapporté en RI ou RPA, il est primordial d'alerter un médecin de l'équipe. Il faut alors s'assurer que le patient en question est connu de l'équipe médicale et que son niveau de soins est clarifié au dossier. Mais également, il faut vérifier que tous les voisins sur le même étage sont également connus de l'équipe médicale. Dans le scénario idéal où tous les patients d'une RI/RPA sont connus de l'équipe médicale du CLSC et dont tous des niveaux de soins à jour, la gestion de l'éclosion COVID génère moins d'appréhension et d'imprévus.

Néanmoins, le scénario qui survient le plus fréquemment est que ni le patient covid suspect/prouvé ni ses voisins du même étage ne sont connus de l'équipe médicale.

Il faut agir vite. Bientôt, il y aura plusieurs patients instables chez qui des décisions rapides devront être prises. Transférer à l'hôpital ? Faire livrer de l'oxygène ? Débuter des soins de confort ? En fonction du nombre d'usagers dans la résidence, ces questions vont peut-être se poser pour une dizaine ou une vingtaine d'usagers *par jour*.

Un médecin de l'équipe doit aller sur place pour évaluer le degré d'instabilité des malades et discuter des objectifs de soins avec ces derniers. Le médecin doit également, mais brièvement, rencontrer les autres usagers de l'étage pour en connaître leur profil, "les fichier", car ce seront les prochains atteints.

Théoriquement, il est prévu par le MSSS que les cas COVID positifs sont sortis des RI / RPA pour éviter de contaminer les autres résidents. Cette stratégie n'est pas toujours possible puisque les lits prévus à cet effet deviennent rapidement pleins.

On devrait néanmoins tenter le plus possible de sortir les 2 catégories de patients suivants :

- 1- Les patients qui ont des IMGA qui ne peuvent être cessées, puisque la majorité des soignants ne disposent pas de N95;
- 2- Les patients qui font de l'errance, qui sont très mobiles, qui ont des troubles de comportement et qui ne respectent pas la consigne d'isolement.

'Prise en charge' d'une éclosion COVID en RI/RPA étape par étape

- 1- Ouverture du dossier médical :
 - a. Si utilisation d'un DME : Faire venir la liste de tous les usagers de la résidence et procéder à l'ouverture des dossiers médicaux pour tous ces patients. Lier leur pharmacie et y inscrire le nom et numéro de téléphone d'un proche.
 - b. Si on n'utilise pas de DME : utiliser le dossier de la RI/RPA pour y faire ses notes.
- 2- Prévoir un ou des médecins qui font les visites.
 - a. Si effectif médical réduit, ne voir que les patients malades, soit les suspects ou COVID prouvés.
 - b. Si effectif médical suffisant, voir tous les patients de la résidence.
- 3- Gestion du dossier médical
 - a. Si utilisation d'un DMÉ : Prévoir un médecin ou des médecins qui font les notes à distance, en communication étroite avec le médecin en visite, et qui s'occupent des prescriptions à la pharmacie et au nursing. Utilisation des gabarits pour prescription des trousse et perfusions pour rendre travail plus rapide. Utilisation gabarit des feuilles de NIM.
 - b. Si utilisation du dossier de la résidence : prévoir un médecin (sans EPI) qui suit le médecin qui fait les visites (avec EPI) et qui rédige en temps réel la note médicale.

Prévoir des formulaires papiers sur place : feuilles de NIM, feuilles d'ordonnances, etc.

- 4- Prévoir un médecin qui fait des appels aux familles pour clarifier les NIM et leur donner des nouvelles.
- 5- Assurer un suivi de tous ces patients, au jour le jour, en prévoyant d'autres visites médicales, pour parachever les conduites à tenir et supporter les infirmières sur place.
- 6- Pour les patients chez qui on se prépare pour une éventuelle fin de vie (Niveau C / D)
 - a. Parler rapidement avec la famille pour s'assurer que les objectifs de soins du patient sont respectés;
 - b. Vérifier avec les proches la faisabilité d'assurer une présence 24h / 24 au chevet, lorsqu'en fin de vie, après avoir fait counseling sur risques de contracter la COVID;
 - c. Prescrire perfusion sous-cutanée continue et trousse de médicaments au chevet (même si patient encore relativement stable car on ne veut pas être pris à court de médicaments la fin de semaine);

Transformation d'une RI / RPA en hôpital

Il s'agit d'un contexte exceptionnel. Plusieurs décès en peu de temps sont à prévoir.

Nos RI/RPA doivent donc se métamorphoser, très rapidement, en véritables petits hôpitaux dédiés principalement aux soins palliatifs. Voici les étapes en 6 points.

- 1- L'équipe SAD du CLSC doit investir la résidence

Le CLSC doit envoyer des équipes d'infirmières et d'auxiliaires à temps plein pour prodiguer tous ces soins : monitoring des signes vitaux, encourager l'hydratation, soins d'hygiène, soins palliatifs, etc. Les professionnels du CLSC doivent travailler main dans la main avec les employés de la résidence. Une tournée quotidienne de tous les usagers est réalisée.

- 2- Équipe prévention contrôle des infections impliquée

L'équipe de la PCI doit également venir pour établir des consignes claires devant chaque porte de chambre et aussi s'assurer que le nécessaire pour le retrait de l'EPI est en place (poubelles, gel antiseptique, consignes écrites, etc.). Dans certaines résidences, selon les lieux physiques, des zones chaudes et froides peuvent être délimitées.

Il faut prévoir des dépistages systématiques de tous les résidents pour avoir un portrait clair de la situation.

- 3- S'organiser

Un local doit être réquisitionné pour en faire un quartier général. Une infirmière-chef doit orchestrer tous les soins et diriger toute l'équipe sur place. L'équipement de protection y est distribué. Des dossiers médicaux avec des plans de soins sont mis à jour et partagés. Des tableaux de bord nous permettent de suivre visuellement les patients COVID +, leurs NIM, ceux en attente de résultats, ceux instables / en fin de vie, etc.

- 4- Présence médicale régulière

Il est primordial qu'un médecin soit présent tous les jours sur place pour faire le suivi des malades. C'est comme une tournée hospitalière. Selon la grosseur des résidences et le nombre de malades, des tournées régulières faites par des médecins sont de mise. Les patients, isolés dans leur confinement, sont souvent inaptes à aller se chercher de l'aide. Beaucoup exacerbent leur TNC et se déconditionnent. Ces patients nécessitent des visites fréquentes bienveillantes autant par les infirmières que les médecins.

5- Infirmières de soir et de nuit

Il faut combler des quarts de travail de soir et de nuit par des infirmières (nouveau en RI /RPA qui n'ont habituellement aucune infirmière sur place passée 16h) pour assurer des soins de confort en tout temps, et aussi être capable de monitorer les autres patients NIM A-B qui pourraient avoir besoin d'une hospitalisation.

6- Garde médicale

Le soir et la nuit, il y a toujours un médecin de garde de l'équipe pour répondre aux nombreuses demandes des infirmières car les patients sont instables. Il y a aussi malheureusement plusieurs constats de décès à faire, et donc se préparer en conséquence (avoir plusieurs SP3, canaux communication avec maisons funéraires via application numérique ou autre).

7- Gestion de la médication

Il est essentiel que chaque patient malade NIM C-D ait une trousse livrée à la résidence. Ces médicaments sont conservés dans une armoire sous clé. Le local quartier général doit aussi avoir un frigo pour y conserver les pompes élastomères de tous les patients. Aucun médicament n'est jeté, et les pompes peuvent servir pour plus d'un patient. Les pompes se conservent également pour une période de 14 jours.

RI / RPA : plusieurs feux à éteindre

La société Québécoise se démarque par son haut taux de "placement" d'aînés en résidences. Sur l'île de Montréal, le nombre élevé de RI / RPA donne le vertige. Si chaque RI / RPA connaît une éclosion majeure de COVID, et que les usagers n'ont pas accès rapidement à des soins à domicile, nos hôpitaux vont s'effondrer, car ce raz-de-marée de malades ne peut être absorbé par les urgences. La COVID est particulièrement meurtrière chez les patients de plus de 80 ans, et ces patients devraient pouvoir bénéficier de soins de confort dans leur domicile. En temps de pandémie, les médecins en soins à domicile sont appelés à jouer le rôle de pompiers dans ces résidences où trop d'aînés tombent malades en même temps. Soyons prêts.