



## **BIENVENUE**

# L'impact de la COVID-19 sur les soins palliatifs au Québec

*Une collaboration entre Pallium Canada et Palli-Science.*

Hôte: Jeffrey B. Moat

Modératrice: Dre Geneviève Dechêne

Présentatrices:

Dre Eveline Gaillardetz

Dre Danielle Grandmont

Dre Marie-Hélène Marchand

Commanditaires principaux



Caisse de dépôt et placement  
du Québec



Boehringer  
Ingelheim



# Directives pour le webinaire

- Vos microphones sont désactivés.
- Utilisez la fonction Q&R au bas de votre écran pour soumettre des questions. Veuillez ne pas utiliser la fonction de chat pour les questions.
- Ce webinaire sera enregistré et sera disponible dans quelques jours sur le site web [pallium.ca](http://pallium.ca).

# Présentateurs

## Hôte

### **Jeffrey B. Moat CM**

Président-Directeur Général, Pallium  
Canada

## Modératrice

### **Geneviève Dechêne, MD**

Professeur adjoint, Département de  
Médecine Familiale, Université de  
Montréal.

Équipe médicale palliative à  
domicile, SIAD du CLSC Verdun  
Directrice scientifique du site de  
Palli-Science

# Présentateurs

## Panélistes

### **Eveline Gaillardetz, MD**

Médecin de famille, Soins à domicile, Verdun  
Médecin, bureau au GMF du Sud-Ouest et de  
l'Urgence, Hôpital Verdun  
Chef-adjoint, Soins à domicile, CIUSSS Centre-Sud de  
Montréal

### **Danielle Grandmont, MD, CFMC (SP)**

Service de Soins Palliatifs de l'Hôpital Sacré-Coeur de  
Montréal maintenant intégré au CIUSSS du Nord-de-  
l'Île-de-Montréal depuis 2007.  
Membre associée, Service de Soins Palliatifs de  
l'Institut de Cardiologie de Montréal, depuis 2018  
Membre du CA de la SQMDSP depuis 2018

### **Marie-Hélène Marchand, MD, CFMC (SP)**

Soins palliatifs à domicile CLSC Rosemont et  
Hochelaga ainsi qu'à l'Hopital Maisonneuve Rosemont,  
Montréal  
Membre du comité scientifique de Palli-science  
Médecin Conseil en soins palliatifs pour la Régie  
Régionale du Nunavik

# Déclaration de conflits

## **Pallium Canada**

- Organisme à but non-lucratif
- Génère des fonds pour soutenir les opérations et la R&D à partir des frais d'inscriptions aux cours et des ventes du livre de poche palliative.
- Partiellement financé par une contribution de Santé Canada.
- Ces webinaires sont soutenus par une subvention à l'éducation inconditionnelle de Boehringer-Ingelheim (Canada) Inc.

## **Présentatrices**

- Dre Geneviève Dechêne
- Dre Eveline Gaillardetz
- Dre Danielle Grandmont
- Dre Marie-Hélène Marchand

# Objectifs d'apprentissage

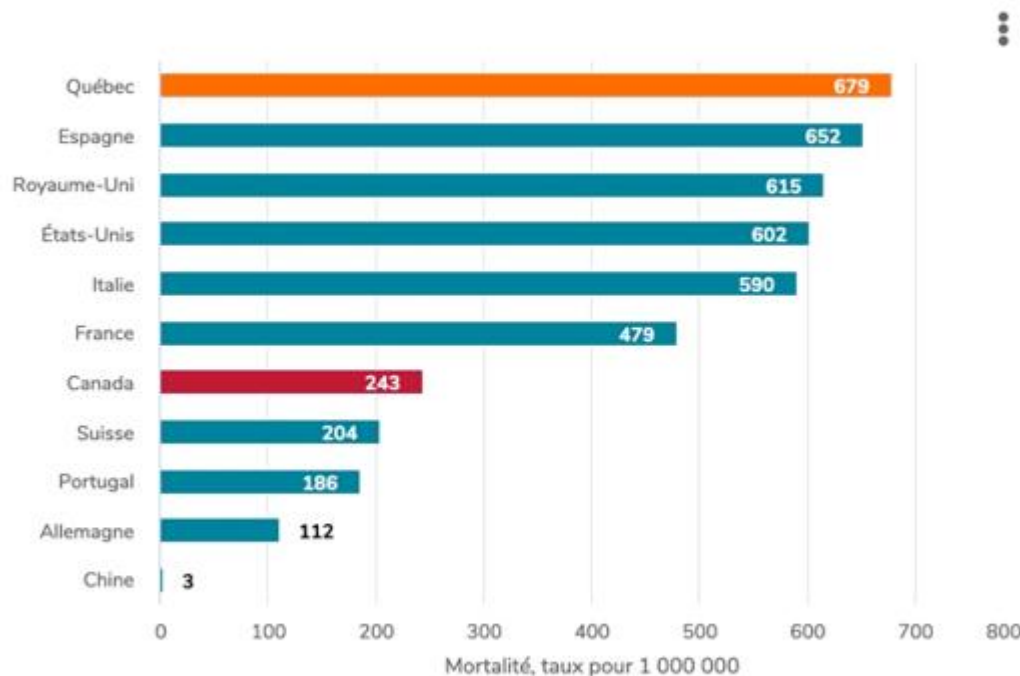
**À la fin de ce webinaire, vous devriez être en mesure de:**

- Comprendre pourquoi la COVID-19 a affecté plus fortement les résidences pour personnes âgées;
- Identifiez les différentes présentations de la COVID-19;
- Remarquez les obstacles au traitement des patients COVID-19 à l'hôpital et à domicile, ainsi que les solutions.

# Province de Québec Covid-19

Un des taux de mortalité par Covid-19 les plus élevés au monde (INSPQ)

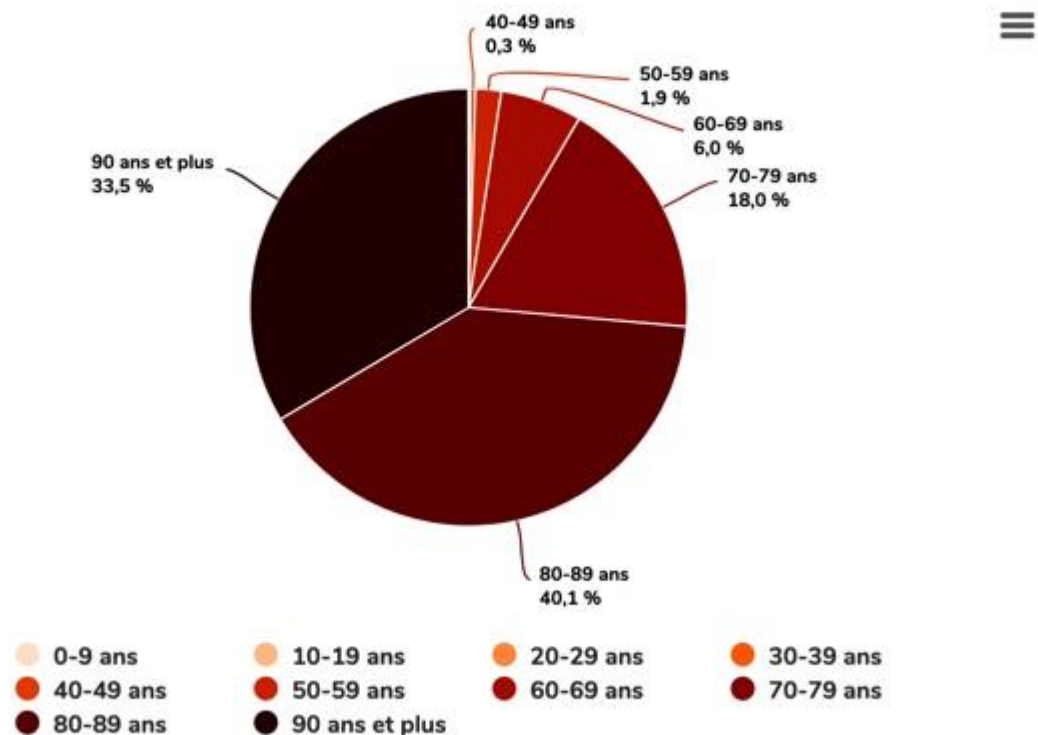
5.4 - Décès selon certains pays sélectionnés, taux pour 1 000 000



Les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence puisque la méthode d'enregistrement des décès peut différer entre les pays. Certaines sources officielles fournissent des données provisoires qui peuvent être ajustées dans le temps. Les données sont extraites chaque matin.

# Un tsunami chez les 80 ans et plus (majorité en résidences)

2.3 - Répartition des décès liés à la COVID-19 au Québec selon le groupe d'âge





# Les résidences pour personnes âgées au Québec: un maillon faible du réseau de santé de la province

Pour éviter les acronymes nous allons regrouper ces établissements sous le terme “***résidences pour personnes âgées***”

# Pourquoi cette hécatombe dans nos résidences? Les personnes âgées sont plus fragiles, mais surtout:

**Pas de mesures épidémiques\*** en place en mars/avril 2020 dans nos établissements (hôpitaux et résidences)

- 1) \*Pas d'unités d'isolement interne ou externe
- 2) \*Équipement insuffisant, pas de moniteur ("*coach*") d'équipement
- 3) \*Mouvements de personnel entre les unités chaudes/froides et entre les établissements
- 4) \*Absence de ventilation rehaussée des chambres avec Covid-19
- 5) \*Pénurie de personnel au départ, décuplée par leur contamination massive (16 000 en 4 mois)

## Ministère de la santé

- 1) Pas de plan pour les résidences de personnes âgées publiques ou privées
- 2) Pas d'accès 24 heures à des équipes médicales et infirmières dans les résidences privées

# Covid-19: une maladie multi-système complexe

## Se présente différemment selon l'âge

### **Personnes de moins de 65 ans (candidats à l'hospitalisation et aux soins intensifs):**

Anosmie, agueusie, fatigue, toux sèche, dyspnée, fatigue, faiblesse, fièvre, céphalée

Diarrhée, nausées, vomissements, douleurs abdominales

Douleurs thoraciques, désaturation, dyspnée tardive en proportion de la désaturation en oxygène

Thromboses multiples (pulmonaires, coronariennes, cérébrales, rénales, hépatiques, etc.), habituellement après la 1<sup>e</sup> semaine (et plus tard)

Insuffisance organique aiguë dans les cas sévères (rénale, cardiaque, pulmonaire, hépatique, cérébrale)

5-10 % de Covid-19 persistant ("*Covid long*"), 4 à 5 % d'hospitalisation dans ce groupe d'âge

# Présentation sévère de la Covid-19 chez la personne âgée (65 ans et plus)

20% au moins d'hospitalisation (selon la gravité et le niveau de soins)

**Diminution rapide (heures, jours) de l'état général:** certains mouraient sans avoir toussé ni eu de la fièvre

Moins de détresses respiratoires aiguës: plus de symptômes généraux

**Troubles neurologiques prédominants:** cognitifs, délirium, confusion, perte d'autonomie résiduelle

Déshydratation rapide et sévère (insuffisance rénale aiguë ?)

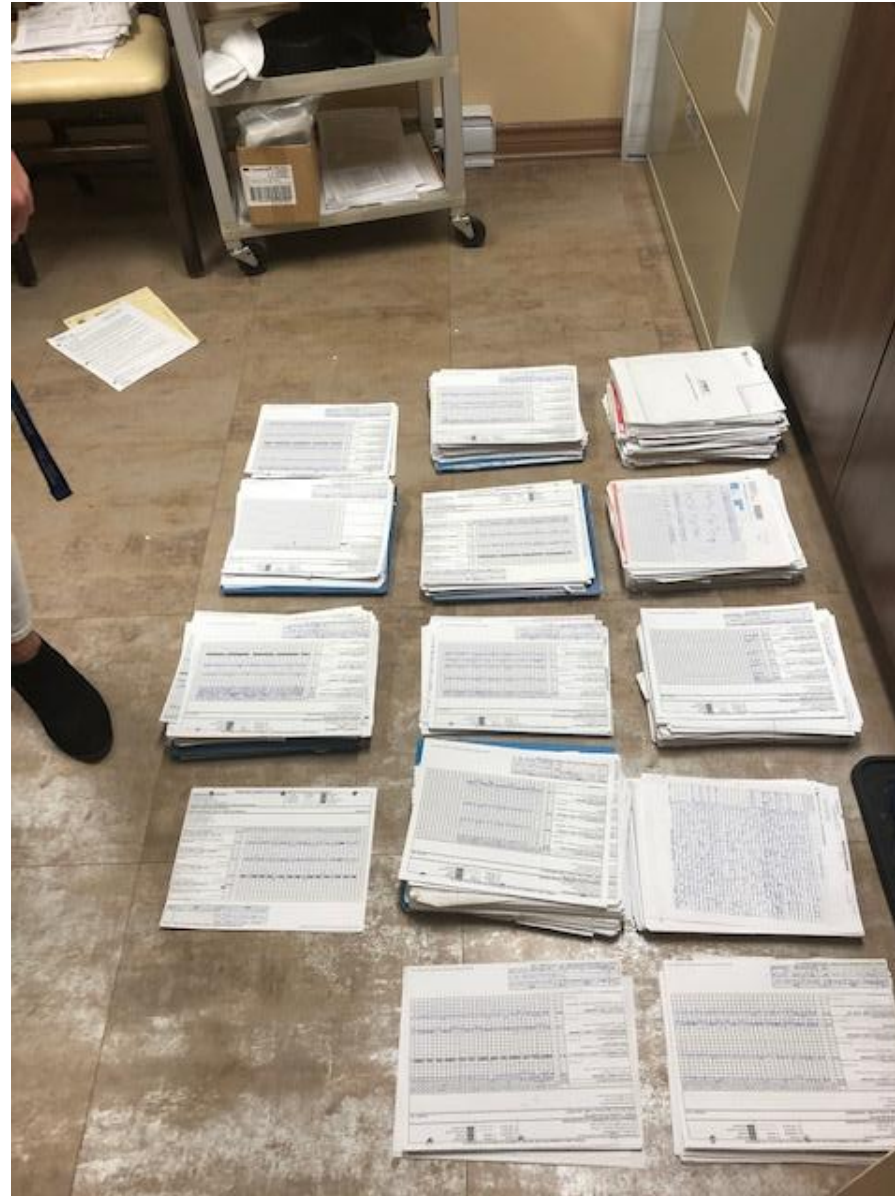
Insuffisance cardiaque d'emblée sévère, trouble du rythme cardiaque potentiellement mortel

# L'équation parfaite pour l'incendie

Dre Marie-Hélène Marchand



Trop peu, trop tard



# L'impact de la pandémie sur les soins palliatifs

1. Mise à nu des vulnérabilités du système
2. Le palliatif oublié devant le curatif
3. L'humain éclipsé par l'urgence d'agir

# En attendant la vague

Dre Danielle Grandmont

- Élaboration et diffusion de protocoles aux équipes traitantes en zone chaude
- Planification et intensification du corridor de services vers notre unité satellite (18 lits à l'intérieur d'un CHSLD)
- Planification et intensification des contacts avec les équipes de soins à domicile pour notre clientèle suivi en clinique externe
- On cède notre unité hospitalière qui devient zone chaude



# La vague arrive...

- Éclosion intra-hospitalière touchant toutes les unités. Les zones chaudes augmentent et les zones froides sont très restreintes.
- Infirmièr.e.s possédant l'expertise de soins palliatifs ont été affectées en zone chaude, plusieurs ont été infectées et sont parties en congé de maladie.
- Les équipes médicales doivent travailler en silo en respect des différentes zones (froide et tiède).
- Nous sommes restés consultants pour les zones chaudes.
- Pendant ce temps... les patients meurent seuls.

# Au cœur de la vague

- Perte de notre unité intra-hospitalière et de notre unité satellite
- Gestion des épisodes de soins de nos patients non-Covid: un labyrinthe



# Pendant la vague

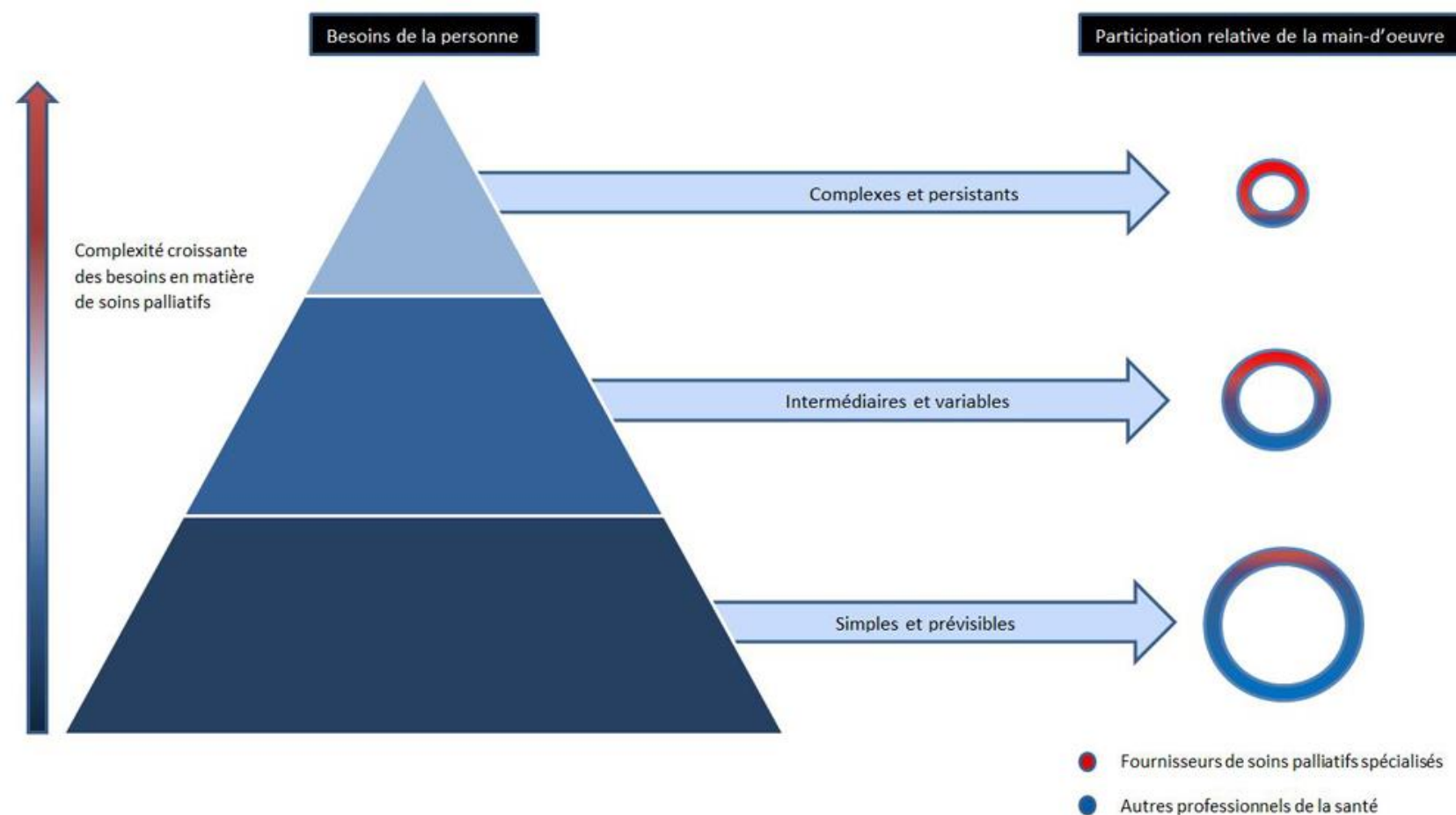
- Improvisation suite à notre désarticulation...



# Bilan de la première vague

- Nos protocoles ont aidé à apaiser les symptômes des patients.
- Les équipes en zones chaudes ont fait face à beaucoup d'impuissance: les plans de traitement à visée curative basculaient bien souvent vers des visées palliatives... Parfois un peu tard.
- Les équipes ont été des témoins trop souvent impuissants devant la mort... et encore bien pire, de la mort dans la solitude.
- Le deuil des familles et des équipes n'a pas eu de place pour être déposé.
- Pour les survivants de la Covid, arrivait une longue période de convalescence et un labyrinthe pour retrouver un milieu de vie en mesure d'accueillir ces gens en très grande perte d'autonomie. L'hôpital se trouve à gérer beaucoup de patients avec une grande fragilité gériatrique.
- Les objectifs de soins C et D deviennent parfois plus difficiles à établir.
- C'est alors que sont arrivés à l'hôpital ceux qui ont attendu la fin de la première vague pour consulter.

# Consultations/références



# Équipe médicale intensive à domicile de Verdun

## Préparation active dès février, avant la crise

### Dre Eveline Gaillardetz

**Au moins 2 à 3 médecins présents chaque jour, 7 jours sur 7** avec garde téléphonique 24 heures: niveau de soins établi rapidement pour de nombreux patients inconnus. Un médecin dans la résidence et un médecin “scribe” qui note et fait les appels, surtout aux proches qui n’étaient pas autorisés à rentrer.

Prescriptions d’urgence aux pharmacies et au personnel.

Grâce au support de l’administration locale, rajout de préposés et d’infirmières de soir/nuit/week-end alors que cela ne fait pas partie des services habituels: un grand nombre d’hospitalisations de patients de niveau de soins C et D (3 ou 4) ont été ainsi évitées.

L’équipe suivait 500 patients en fin de vie de toutes conditions et gériatriques au départ: se sont ajoutés 280 patients Covid-19 en résidences, la plupart inconnus, sans médecin ou dont le médecin ne pouvait pas assumer les soins intensifs/palliatifs de Covid-19 (ex-médecin âgé solo).

# Pompes SC d'opiacés simples: intermate (“biberons”)

Préparation avec les pharmaciens spécialisés dans les solutions injectables stériles à domicile de nombreuses pompes intermate d'avance:

Système non coûteux et simple pour des infirmières débordées et non formées: **pompes élastomériques à débit fixe** comme pour les antibiothérapies à domicile. Commande de centaines de pompes, livrables en quelques heures le jour même.

**Gabarits de prescriptions** à cocher rapidement par le médecin (pompes, ampoules, protocole de détresse): voir Palli-Science Onglet Covid-19.

Pénuries intermittentes de médicaments palliatifs injectables: alternatives de l'APES (*Association des pharmaciens en établissement*) et Ide 'INESSS (*Institut national d'excellence en santé*) incluses dans les gabarits.

# Témoignage

Dre Eveline Gaillardetz



S'adapter très rapidement aux pénuries (médication, personnel, proches-aidants): “médecine de vitesse”

- **Jelco SC posé à l'abdomen supérieur**, ligne infra-mammaire pour **garder les infirmières loin de la bouche** (les patients mourants excrètent +++ le Covid-19), technique facile pour des infirmières non formées (*Schéma Palli-Science*).
- Prescriptions pour au moins 4 jours d'opiacés car la fin de vie pouvait être longue, **avec contenu résiduel utilisable sur un autre patient** (on change le jelco) au besoin.
- Réserve médicamenteuse dans les résidences des solutions injectables pour les fins de vie précipitées.

# On peut éviter l'hospitalisation en fin de vie Covid-19 chez les personnes âgées frêles

Environ 50% des patients dans certaines de nos résidences ont été infectés

25-30 % environ de décès parmi eux

Décès le plus souvent rapides. Patients bien soulagés pour la majorité

Constats de décès à distance par l'application REACTS (photo et courriels)

Appels aux familles/proches régulièrement, ainsi qu'après le décès ("*soins palliatifs à distance*")

Peu d'hospitalisations de nos patients avec Covid-19 sévères avec niveaux C ou D de soins (3 et 4) lorsque l'équipe médicale intensive fut impliquée à Verdun. La déception de ne pas avoir pu diffuser ce service dans les autres régions touchées nous a habité.

# Message clés

Dre Marie-Hélène Marchand

Toujours garder les proches aidants, proche!

Si transfert nécessaire penser à organiser des unités de soins palliatifs «chaudes»!

Ne pas sous estimer l'impact des soins à domicile sur:

- La qualité de vie et le confort
- La dignité
- Le désengorgement du système
- L'économie

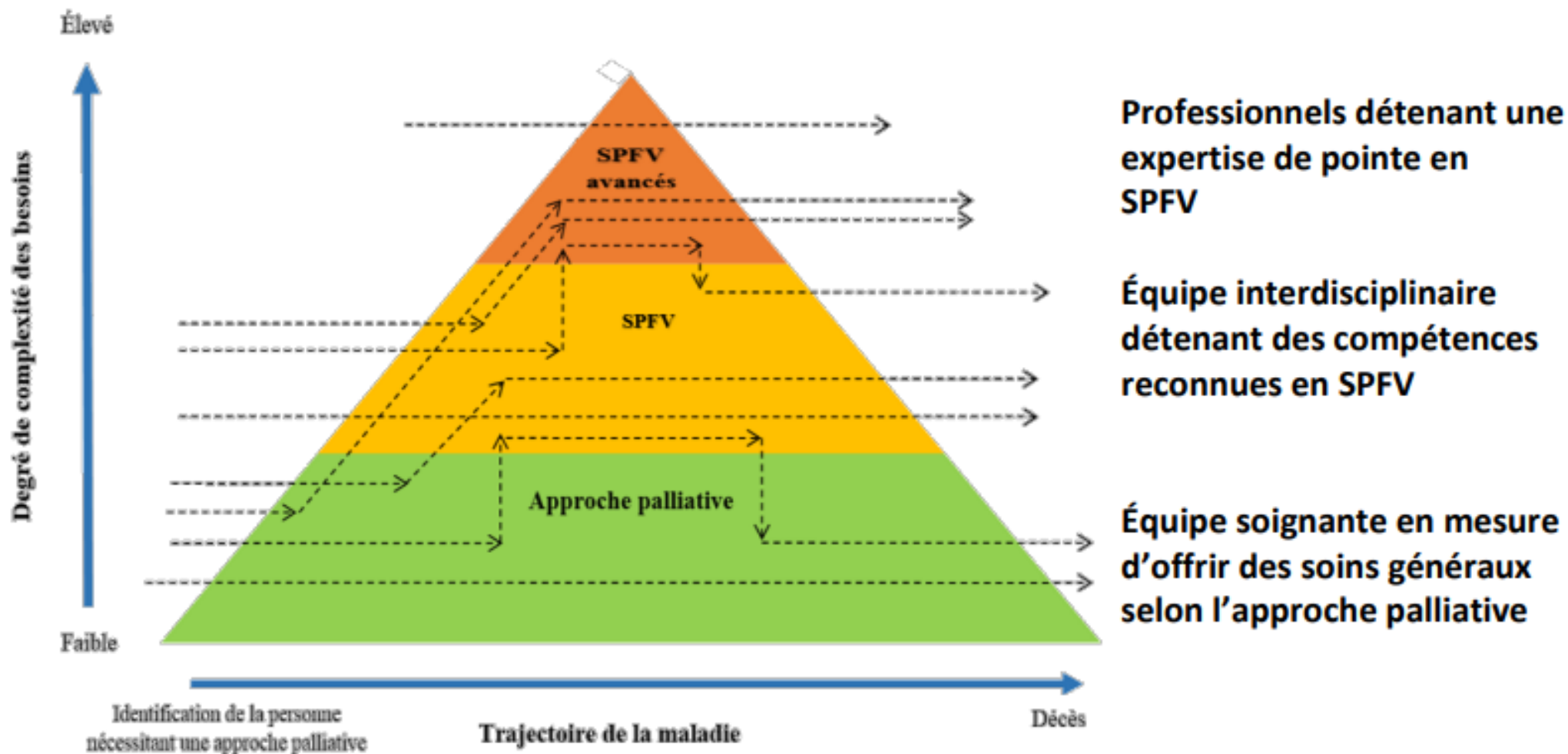
Et cela, voir surtout, en temps de pandémie.

# Des solutions

Dre Danielle Grandmont

- Implantée une trajectoire de soins claire et fluide qui respecte une approche palliative intégrée.
- Une première ligne forte et des corridors d'accès aux soins plus spécialisés dans une fluidité qui transcende les zones chaudes, froides et tièdes...
- Prioriser la formation du personnel hospitalier afin qu'ils (elles) acquièrent un ensemble de compétences de base pour fournir des soins palliatifs de meilleure qualité et en temps opportun.

# Message clés



# Messages clés

Dre Eveline Gaillardetz

## 1. Les patients malades avec des NIM C et D

- Qu'ils vivent dans leur maison ou dans une résidence
- Doivent avoir accès rapidement à des soins palliatifs à domicile, via leur CLSC
- Doivent avoir accès facilement à une garde médicale 24/7

## 2. Chaque CLSC ou regroupement de CLSC doit être dotée d'une équipe médicale intensive

- Prête à intervenir, agile
- Capable de prendre rapidement les références qu'on lui fait
- Offrir une garde *territoriale*

## 3. La réponse des CLSC doit être uniforme à travers la province.

- La capacité d'offrir des soins palliatifs doit être pareille d'un milieu à l'autre, s'inspirer des meilleures pratiques
- Question d'équité pour les citoyens.

## 4. Les résidences privées doivent participer à la mission des soins palliatifs

- Besoin de directives ministérielles claires
- Il faut encourager les résidences à maintenir à domicile les personnes en fin de vie
- Encourager les résidences à collaborer avec les CLSC

# Questions et réponses

Veillez utiliser la fonction Q&R  
au bas de votre écran.

# MERCI

