

17 septembre 2020

Élise Boulanger

Médecin de famille CHSLD  
Father Dowd

Médecin conseil Direction  
régionale de santé publique  
de Montréal

# Éclosion de COVID<sub>19</sub> en CHSLD et RPA

Une approche efficace pour les  
médecins de famille

[www.cpmchsld.ca](http://www.cpmchsld.ca)

# Déclaration de conflits d'intérêts

## Aucun conflit d'intérêts

- Rôles divers qui ont influencé cette présentation:
  - ✓ Médecin de famille CHSLD Father Dowd
  - ✓ Médecin conseil avec la DRSP de Montréal auprès de la Brigade PCI-Biosécurité qui fait des interventions sur le terrain en CHSLD
  - ✓ Co-présidente de la communauté de pratique de médecins en CHSLD du Québec

# Note

## Deux éléments clé à retenir aujourd'hui...

- Le médecin peut prendre un rôle clé dans la gestion d'éclosion et faire une différence au delà du traitement médical
- Des outils concrets ont été créés et sont disponibles pour vous supporter si jamais vous deviez faire face à ce genre de situation...

# Objectifs

1. Comprendre les **rôles du médecin** lors d'une éclosion en CHSLD ou RPA
2. Effectuer un **survol de la prise en charge médicale** en CHSLD pour les patients atteints de la COVID 19
3. Revoir les grands principes qui permettent **d'enrayer la propagation** du virus et de **mettre fin à une éclosion**



# 1. Le rôle du médecin

# Une situation changeante en CHSLD lors d'une éclosion de COVID19



- L'intensité des soins en CHSLD augmente en temps de pandémie
- Les CHSLD ont été conçus pour être des milieux de vie... mais deviennent parfois de mini-hôpitaux lors d'éclosion de COVID
- Le personnel régulier peut manquer à l'appel – complique l'évaluation des résidents
- Les déplacements de chambres entraînent de la confusion et grugent beaucoup d'énergie au personnel avec des réu

# Besoin d'une présence médicale accrue lors d'éclosions



- Pic d'éclosion – prévoir surplus d'effectifs
  - 1 MD pour 15 patients en zone rouge
  - **Augmenter le ratio zone jaune/verte**
- Pic passé et plusieurs résidents guéris
  - Transition à l'équipe régulière mais prévoir backup si maladie/retrait
- Pour les MD dépanneurs non habitués en MVA – jumelage, ressource au téléphone, assignation fixe
  - Document d'orientation

**Parler aux infirmières ET aux PAB!!!**



# Le télétravail en soutien au terrain

- Si MD en retrait
  - Trouver un remplacement pour les gardes assignées ou solliciter un collègue pour les déplacements
- Tâches potentielles pour MD à distance
  - Répondre aux appels pour ses patients – avec support de MD qui peut aller sur place – attention aux dédoublements
  - Gardes téléphoniques soirs/nuits/weekend
  - Assistance administrative
- Se rapporter à son système local pour avoir de l'aide rapidement au besoin

**Le télétravail seul n'est pas suffisant même sur des étages ou pas de cas actifs**

# Signes et symptômes **typiques**, oui, mais... (1/2)



Fièvre / Toux / Fatigue / Difficultés respiratoires



Myalgies /arthralgies / maux de tête / frissons



Nausée / vomissements / congestion nasale / diarrhée / douleur cardiaque



Perte du sens de l'odorat / altération du goût

...signes et  
symptômes  
souvent  
**atypiques**  
chez les aînés  
(2/2)



↓ Appétit (les préposés sont la meilleure source d'information)



Détérioration de l'état général / Faiblesse



Tachypnée (↑ fréquence respiratoire, sans détresse respiratoire)



Tachycardie / Hypotension



Hypoxie silencieuse



Délirium / Chutes



Diarrhée



Mieux vaut  
**agir** que guérir  
dans ce cas!

“Mme Untel, est-ce qu’elle mange comme d’habitude?”

- Si la moindre suspicion de Covid-19 existe – AGIR – **30-40% de mortalité en CHSLD**
  - Tester, isoler précautions gouttelettes plus pour 24 heures jusqu’au résultat
  - Si symptômes persistent 24-48 heures après résultat négatif et suspicion demeure élevée (pas d’autre Dx plausible) ou exposition significative – **RÉPÉTER le test!**
  - L’isolement rapide d’un cas peut faire toute la différence en CHSLD
- Peut mener au **dépistage et isolement précoce** qui permettra de contrôler rapidement une éclosion



# Participer activement à la cellule de crise locale



- Cellule de crise locale doit inclure les personnes ou rôles suivants
  - Infirmière chef/coordonnateur local
  - Chef d'unité si grand centre
  - Infirmière PCI et expert biosécurité
  - Responsable hygiène et salubrité
  - Responsable maintenance immeuble
  - Médecin responsable
- Si la cellule de crise n'existe pas – **il faut la créer**
  - Une prise de leadership rapide peut encore une fois faire toute la différence
  - Le médecin peut devenir ce leader en temps d'éclosion

**La cellule de crise existe tant et aussi longtemps que l'éclosion n'est pas terminée**



## 2. Survol de la prise en charge médicale

# Prise en charge médicale des résidents



- Surveillance des symptômes et SV de tous les résidents du centre tous les jours
  - Seuil de 37.6 ou elevation de 0.5 degré T de base<sup>1</sup> versus 1.1 degré



- NIM rediscuté en contexte de pandémie
- Liste de patients électronique à jour



- List runner, google sheets
- Solution teams qui arrivera prochainement du MSSS

- Tournée quotidienne + communication



- selon l'expérience de l'équipe infirmière en place, #de cas, intensité de la maladie
- Si par exemple le personne régulier est malade, tournée quotidienne médicale requise

<sup>1</sup>Rudolf J., et al, Temperature in nursing home residents systematically tested for SARS-CoV-2, JAMDA, 2020, 895-899

## Les labos

- FSC
- Créatinine / électrolytes
- Bilan hépatique (perturbé chez 40% des COVID+)
- Protéine C réactive
- D-dimères
- Pro-BNP : suggestif d'insuffisance cardiaque aiguë et surcharge

# Déshydratation



- ↓ des apports oraux
  - L'anosmie fréquemment rapportée n'aide pas
- Ne pas sous-estimer la déshydratation comme cause de faiblesse chez les résidents atteints de la COVID19
  - En cas de ↓ des apports oraux, considérer débuter l'hydratation IV ou dermoclyse (perfusion de liquides sous-cutanée) au besoin
  - Encourager hydratation PO +++
  - Prévoir matériel; sacs de NS, D5W 1/2NS, tubulures, IV...
  - \*Pompes pré-programmées peuvent être une bonne idée – s'en procurer si non dispo
  - Considérer bolus pour les résidents avec démence et agitation

# Pneumonie



- Surinfection bactérienne de 10-15% chez les résidents COVID-19
  - Bémol sur la mauvaise utilisation des antibiotiques
- Considérer la possibilité d'une pneumonie d'aspiration
  - Si suspicion de pneumonie d'aspiration, éviter la Ceftriaxone, car couverture limitée des anaérobies
- Bronchospasme
  - Salbutamol, Atrovent et Combivent respimat - OK
  - Nébulisation à éviter (risque d'aérosols)

# Thrombo- prophylaxie

- La thromboprophylaxie en CHSLD?
  - La COVID-19 est une maladie très thrombogénique
  - Bien qu'il ne soit pas usuel de prescrire de la thromboprophylaxie en CHSLD/RI/RPA, il semble prudent de la prescrire au moins durant la phase inflammatoire/infectieuse de la maladie – à évaluer en fonction du niveau de soin

Si fièvre : Acétaminophène 650 mg PO ou IR Q6hrs PRN

Si désaturation : O<sub>2</sub> pour viser saturation de 88 à 92 % (max 4L/min)

Si suspicion de pneumonie

Ceftriaxone 1 g IM die (7 jours)

Si surpoids/BMI>30 donner 2g IM die (7 jours)

Moxifloxacin 400 mg PO die (7 jours) (couvre les germes atypiques)

Amoxicilline-acide clavulanique (Clavulin®) 875-125 mg PO BID (7 jours)

Si clairance <30 mL/min donner 500mg PO BID (7 jours)

Si clairance <10 mL/min donner 500mg PO die (7 jours)

Avec Ceftriaxone et Clavulin® : Considérer couverture des atypiques

Doxycycline 100 mg PO BID (5 jours)

Azithromycine 500mg PO 1 dose puis 250 mg PO die (4 jours)

Attention au risque de prolongation du QTc

Si bronchospasme

Salbutamol 100 mg 4 inh Q2hrs PRN

Atrovent 20 mg 4 inh QID PRN

Combivent Respimat 2 inh QID PRN

Si déshydratation

Dermoclyse 40 cc/hr 1/3 2/3 (0.3 NaCl avec 3.3% dextrose)

Bolus de 500cc NS ou D5 1/2 NS IV sur 2h



\*SM02414\*



\*HOPITAL06C\*

## ORDONNANCE MÉDICALE

|                                                            |                                                 |                                                  |                                                                   |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Hôpital Royal-Victoria | <input checked="" type="checkbox"/> Hébergement | <input checked="" type="checkbox"/> Réadaptation | <input checked="" type="checkbox"/> Programmes USPA, UCDG et URFI |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

Poids : \_\_\_\_\_ kg    Taille : \_\_\_\_\_ cm    Clearance de la créatinine : \_\_\_\_\_

Allergie (s) : \_\_\_\_\_ Aucune connue : ☐    Réactions indésirables aux médicaments : \_\_\_\_\_

|                                                  |            |
|--------------------------------------------------|------------|
| <b>CAS COVID-19 – MILIEUX EXTRA-HOSPITALIERS</b> | <b>1/2</b> |
|--------------------------------------------------|------------|

**CRITÈRES D'UTILISATION DU PROTOCOLE**

☐ Cas confirmé en zone chaude ou sur l'unité de soins

☐ Cas hautement suspect

**NIVEAU DE SOINS**

☐ Feuille de niveau de soins (NIM) remplie et mise à jour (obligatoire) :

NIM : ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D    Si NIM D, passer directement en soins de fin de vie (voir protocole)

☐ Avec intubation    ☐ Avec RCR

**CRITÈRE DE SÉVÉRITÉ**

☐ Besoins O<sub>2</sub> à plus de 4 L (lunettes nasales ou ventimask) pour saturation ≥ 90 %

☐ Détresse respiratoire aiguë

☐ TA systolique < 90 mmHg malgré une réanimation liquidienne adéquate

☐ Tout critère jugé sévère par le clinicien (ex : altération de l'état de conscience)

Si présence d'un critère de sévérité ou plus :

☐ Transfert à l'urgence si NIM A ou B avec intubation

☐ Considérer soins palliatifs pour les autres NIM (voir protocole)

**BILAN INITIAL**

☒ Dépistage COVID-19

☒ FSC, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, créatinine, ALT, bilirubine, D-dimère, CRP, pro-BNP

☐ Autres : \_\_\_\_\_

**TRAITEMENTS DE SUPPORT**

Si fièvre et/ou douleur :

☐ Acétaminophène PO ou IR q6h PRN (Max : 3 g/jour pour personne âgée ≥ 75 ans et 2 g/jour si insuffisant hépatique)

☐ 650 mg    ☐ 975 mg

Si dyspnée et/ou désaturation :

☐ Oxygène via lunette nasale

☐ Si MPOC, viser 88-92%

☐ Pour tous les autres patients, viser saturation 90-94%

Selon évolution, considérer opiacés ou benzodiazépines pour le confort respiratoire (ajouter dans Autres prescriptions)

Nom du prescripteur (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_

Signature du prescripteur : \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_

Signature de l'infirmière : \_\_\_\_\_ Numérisation (date et heure) : \_\_\_\_\_

ORDONNANCE MÉDICALE



\*SM02414\*



\*HOPITAL06C\*

## ORDONNANCE MÉDICALE

|                                                  |            |
|--------------------------------------------------|------------|
| <b>CAS COVID-19 - MILIEUX EXTRA-HOSPITALIERS</b> | <b>2/2</b> |
|--------------------------------------------------|------------|

**TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE**

Initier un traitement antibiotique seulement si présence de signe de surinfection bactérienne :

☐ Amoxicilline-clavulanate 875 mg PO BID x 7 jours

☐ Clcr < 30 mL/min : Amoxicilline-clavulanate 500 mg PO BID x 7 jours

☐ Clcr < 10 mL/min ou hémodialysé : Amoxicilline-clavulanate 500 mg PO DIE x 7 jours

+ Azithromycine 500 mg PO x 1 dose, puis 250 mg PO DIE x 4 jours

Si allergie non-sévère aux bêta-lactames :

☐ Céfuroxime axétil 500 mg PO BID x 5 jours

+ Azithromycine 500 mg PO x 1 dose, puis 250 mg PO DIE x 4 jours

Si allergie sévère aux bêta-lactames :

☐ Moxifloxacine 400 mg PO DIE ☐ x 5 jours ☐ x 7 jours

Si PO non toléré :

☐ Ceftriaxone 2 g IV DIE + Azithromycine 500 mg IV DIE x 5 jours

☐ Ceftriaxone 2 g IM DIE + Azithromycine 500 mg IV DIE x 5 jours

- Lidocaïne 1 % 6,6 mL pour dilution de la fiole de ceftriaxone IM
- Administrer la ceftriaxone IM en deux sites d'injection

**TRAITEMENT DE BRONCHOSPASME**

Si bronchospasme léger à modéré :

☐ Salbutamol 100 mcg 4-8 inh q2h PRN

☐ Ipratropium (Atrovent) 20 mcg 4-8 inh QID PRN

Si bronchospasme sévère :

☐ Salbutamol 100 mcg 4-8 inh q 20 min x 3 puis q 4h régulier + q1h PRN

☐ Ipratropium (Atrovent) 20 mcg 4-8 inh QID PRN

**THROMBOPROPHYLAXIE**

Si indiqué selon le NIM, le bilan risques-bénéfices et le jugement clinique :

☐ Enoxaparine (Lovenox) 40 mg SC DIE

☐ Clcr < 30 mL/min ou faible poids (40 kg) : Enoxaparine 30 mg SC DIE

Autres prescriptions

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom du prescripteur (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_

Signature du prescripteur : \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_

Initiales de l'infirmière : \_\_\_\_\_ Numérisation (date et heure) : \_\_\_\_\_

Entérinée par l'exécutif du CMDP du CIUSSS le XXXX 2020

ORDONNANCE MÉDICALE  
CAS COVID-19 – MILIEUX EXTRA-HOSPITALIERS

# Soins de fin de vie

- Mettre un protocole de détresse respiratoire d'emblée à tous les NIM D
  - La détresse respiratoire aiguë soudaine est très fréquente en COVID
  - La disponibilité d'un protocole permet un soulagement rapide
  - Si vous voulez être avisé dès l'administration d'un protocole, le prescrire
- Vidéo sur Caducée – Dr Marjorie Tremblay

# Soins de fin de vie



\*SM02412\*



\*HOPITAL06C\*

## ORDONNANCE MÉDICALE

|                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |                                                  |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hôpital                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Hébergement | <input checked="" type="checkbox"/> Réadaptation | <input checked="" type="checkbox"/> Hôpital Royal Victoria |
| Poids : _____ kg      Taille : _____ cm                                                                                                                                                                             |                                                 |                                                  |                                                            |
| Allergie (s) : _____ Aucune connue : <input type="checkbox"/> Réactions indésirables aux médicaments : _____                                                                                                        |                                                 |                                                  |                                                            |
| <b>Soins de fin de vie pour usagers dans le contexte de la pandémie COVID-19 – Hébergement et réadaptation 1/2</b>                                                                                                  |                                                 |                                                  |                                                            |
| Clientèles visées : Usager hébergé en CHSLD ou hospitalisé (UCDG, URFI, USPA situé en CHSLD, IRGLM et Hôpital Royal Victoria) en soins de fin de vie                                                                |                                                 |                                                  |                                                            |
| Attention : Ne remplace pas le protocole de détresse respiratoire (Voir OPI prévue à cet effet). Référer à un collègue expérimenté en soins palliatifs ou au pharmacien pour toute question sur le choix des doses. |                                                 |                                                  |                                                            |
| <b>Opiacés en PRN</b>                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                                  |                                                            |
| Indication: PRN si dyspnée/tachypnée (RR>28) ou douleur                                                                                                                                                             |                                                 |                                                  |                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                     | <b>HYDROmorphone<br/>(Privilégier en IRC)</b>   | <b>Ou</b>                                        | <b>Morphine</b>                                            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                            | 0,25 mg SC q1h PRN                              | <input type="checkbox"/>                         | 1,25 mg SC q1h PRN                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                            | 0,5 mg SC q1h PRN                               | <input type="checkbox"/>                         | 2,5 mg SC q1h PRN                                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                            | Autre dose : _____ mg SC q1h PRN                | <input type="checkbox"/>                         | Autre dose: _____ mg SC q1h PRN                            |
| Exemples                                                                                                                                                                                                            |                                                 |                                                  |                                                            |
| Usager frêle, âgé et naïf aux opiacés                                                                                                                                                                               |                                                 |                                                  |                                                            |
| Usager non frêle naïf aux opiacés                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                                  |                                                            |
| Usager corpulent ou déjà sous opiacés                                                                                                                                                                               |                                                 |                                                  |                                                            |
| Si usager déjà sous opiacés, l'entre-dose (ED) devrait représenter environ 10 % de la dose quotidienne                                                                                                              |                                                 |                                                  |                                                            |
| Important : si usager reçoit plus de 3 ED par 24 h, aviser le médecin et réviser l'ordonnance (Ajuster la dose PRN ou initier/ajuster des doses régulières)                                                         |                                                 |                                                  |                                                            |
| <b>Opiacés en régulier (si requis, sinon passer à la section suivante)</b>                                                                                                                                          |                                                 |                                                  |                                                            |
| Information pour le prescripteur : si l'usager nécessite des doses régulières, il y a deux options                                                                                                                  |                                                 |                                                  |                                                            |
| <b>Option1 - Doses SC régulières</b>                                                                                                                                                                                |                                                 |                                                  |                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                     | <b>HYDROmorphone<br/>(Privilégier en IRC)</b>   | <b>ou</b>                                        | <b>Morphine</b>                                            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                            | 0,5 mg SC q4h régulier                          | <input type="checkbox"/>                         | 2,5 mg SC q4h régulier                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                            | 1 mg SC q4h régulier                            | <input type="checkbox"/>                         | 5 mg SC q4h régulier                                       |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                            | Autre dose : _____ mg SC q _____ h régulier     | <input type="checkbox"/>                         | Autre dose : _____ mg SC q _____ h régulier                |
| Équivalence estimée à titre comparatif<br>(Dose SC environ 50 % dose PO)                                                                                                                                            |                                                 |                                                  |                                                            |
| Morphine 30 mg PO/24h OU<br>HYDROmorphone 6 mg PO /24h                                                                                                                                                              |                                                 |                                                  |                                                            |
| Morphine 60 mg PO/24h OU<br>HYDROmorphone 12 mg PO/24 h                                                                                                                                                             |                                                 |                                                  |                                                            |
| Nom du prescripteur (en lettres moulées) : _____ N° permis : _____                                                                                                                                                  |                                                 |                                                  |                                                            |
| Signature du prescripteur : _____ Date et heure : _____                                                                                                                                                             |                                                 |                                                  |                                                            |
| Signature de l'infirmière : _____ Numérisation (date et heure) : _____                                                                                                                                              |                                                 |                                                  |                                                            |



### 3. Les grands principes du contrôle d'éclotions

# Prévention et contrôle des infections



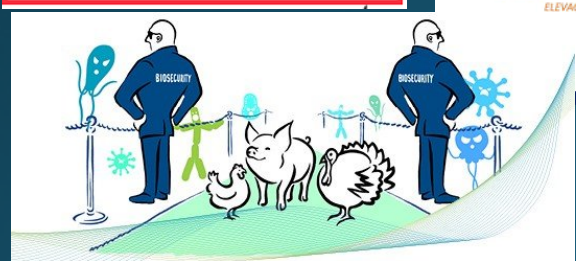
- **La pierre angulaire du contrôle d'éclosion**
- Différents aspects à considérer: compréhension des modes de transmission de la COVID, s'assurer d'avoir les bonnes directives pour le port d'ÉPI – quelles précautions adopter, procéder à la formation du personnel...
- ...mais doit être combiné aux principes de **biosécurité**



Trousse d'activités éducatives



# Biosécu-quoi?... ou stratégies d'aménagement et aspects logistiques



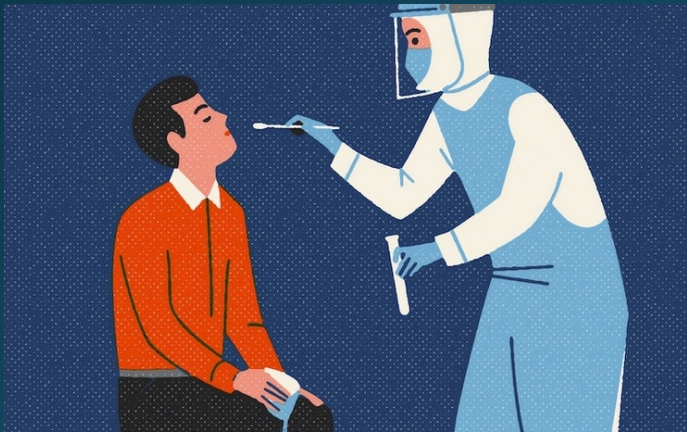
## 3 grands principes de biosécurité

1. Isolement en centre dédié ou zone dédiée
2. Définition de trajectoires ou circuits clairs
3. Équipement de protection individuel

Nomenclature recommandée pour les zones (voir votre réalité locale et le [MSSS](#))

- **Zone chaude** : 100% COVID+
- **Zone tiède** : unité COVID négatif mais en éclosion, où il y a déjà eu au moins un cas confirmé il y a <28 jrs (mais ceux-ci ont tous été transférés en zone chaude)
- **Zone froide** : unité COVID négatif où il n'y a jamais eu de cas confirmé ou le dernier cas confirmé date d'il y a > 28 jrs
- **Zone tampon** : unité avec des vaches guéris et des admissions **Zone mixte** : unité avec un mélange de cas négatifs, suspects et confirmés \*\*\**scénario non idéal de dernier recours*

# Dépistage systématique

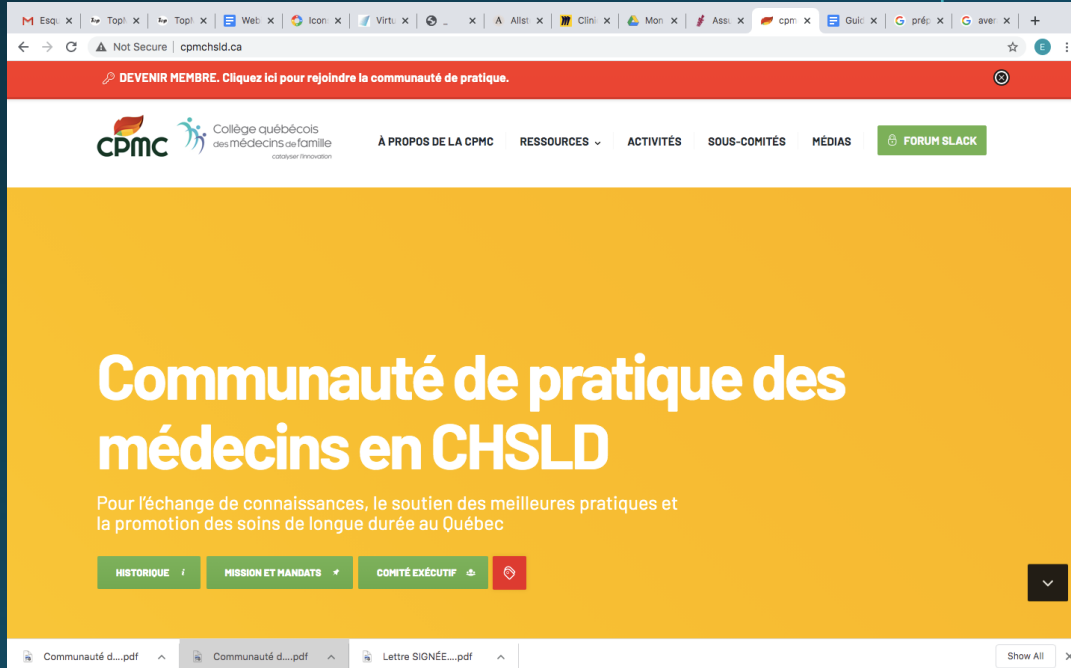


- Dépistage systématique en situation d'éclosion (considérer le centre en éclosion dès qu'un cas est présent)
  - Employés et résidents
  - La clé du succès pour le contrôle d'éclosions à Montréal
  - Cas de Grace Dart
- Différentes stratégies selon le CIUSSS – q semaine jusqu'à la maîtrise de l'éclosion, puis q 2 semaines lorsque plus de nouveaux cas

# Outils et références

Pour s'inscrire:

[www.cpmchslid.ca](http://www.cpmchslid.ca)



- **Communauté de pratique** pour médecins en CHSLD
  - Lancement prochain –Plateforme TEAMS, en collaboration avec le Collège québécois des médecins de famille
  - Comité directeur: Sophie Zhang, Catherine Richer, Quoc Nguyen, Neb Kovacina, Andrée Robillard, Julia Chabot, Élise Boulanger
- **Guide COVID pour les médecins en CHSLD**
- **Guide COVID CHUM - Particularités gériatriques** – Gériatrie
- **Formation biosécurité:** CIUSSS Centre-Sud MTL  
[karine.gingras.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:karine.gingras.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)
- **Trousse de préparation aux éclosions** et de gestion d'éclosion de la DRSP de Montréal
- Soins de fin de vie
  - Ordonnance médicale pour les soins de fin de vie
  - Ressources disponibles dans le Guide covid
  - Formation soins palliatifs sur Caducée (Dre Marjorie Tremblay)

# Conclusion



- Si un cas de COVID19 survient dans votre milieu...
  - Impliquez-vous!
  - Demander de l'aide
  - Participer à la cellule de crise
- La rapidité d'action est clé – moindre suspicion – ISOLER ET DÉPISTER
- Biosécurité... s'informer
- Inscrivez-vous à la communauté de pratique en CHSLD qui sera lancée sous peu



Des questions?

**eliseboulanger@gmail.com**

# Réadaptation post covid

- Signes de stabilisation de l'épidémie et indications pour « re-conditionnement »
  - Levée des éclosions et vagues de guérison
  - Diminution de l'intensité du suivi médico-infirmier requis
  - Retour du personnel régulier malade/délesté et disponibilité accrue de tous
    - Infirmier(e)s et PAB pour les interventions de base quotidiennes
    - Technicien(ne)s en réadaptation physique, ergothérapeutes, nutritionnistes pour les interventions spécialisées
- Voir plan de reconditionnement dans le guide pour les médecins
- Plan à offrir à tous les COVID guéris qui ne sont plus en isolement
  - Sauf si instabilité ou fin de vie
  - Facteurs de déconditionnement : hypoxie, immobilisation, confinement
- Exemples d'interventions possibles
  - Aide à la mobilisation dié, idéalement tid (ex : marche dans la chambre)
  - Stimuler à bouger à chaque entrée dans la chambre
  - Lever du lit autant que possible, repas au fauteuil
  - Privilégier utilisation de la salle de bain si possible (vs bassine ou culotte)
  - Faire participer pour hygiène et routine du matin
  - Permettre l'errance dans les zones chaudes
  - Accessoires pour exercices : pédalier, bandes élastiques, poids libres