RAPPORT D'ÉVÉNEMENT SUR L'ÉTAT D'URGENCE SANITAIRE LIÉ À LA PANDÉMIE DE LA COVID-19

ANNEXE 3

DIRECTIVES COVID-19 DU MSSS • AVRIL 2020

Votre gouvernement

Québec

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 1er avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Considérant les préoccupations émises à l'égard de la réaffectation de la travailleuse enceinte, le ministère de Santé et de Service sociaux (MSSS) a jugé nécessaire de préciser l'orientation liée à l'application des recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

L'INSPQ a émis les premières recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieu de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent, dans un avis émis le 13 mars dernier. Le 27 mars, une deuxième version était diffusée, apportant des précisions, notamment, dans un contexte de contamination communautaire.

L'avis de l'INSPQ est basé sur une approche de réaffectation dans le milieu de travail en appliquant les mesures nécessaires pour réduire au minimum les risques relatifs à la COVID-19. Même lorsque la direction de santé publique régionale (DSPublique) estime que la transmission communautaire est soutenue, la réaffectation peut se faire en respectant les mesures de distanciation physique auprès de collègues et de la clientèle.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Il appartient au milieu d'organiser ses soins et services en conséquence. Nous rappelons qu'au-delà la question des travailleuses enceintes, il est impératif de s'assurer dans tous les milieux que les services essentiels soient maintenus. Au besoin, pour l'appréciation de l'avis, nous vous invitons à discuter avec votre DSPublique.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M. Horacio Arruda, MSSS
M. Vincent Lehouillier, MSSS
M. Richard Massé, MSSS
M^me^ Lucie Opatrny, MSSS
PDGA des établissements publics du RSSS

N/Réf. : 20-MS-02502-12

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 2 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous informer des nouvelles orientations concernant la stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures requis, prévue par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour contrer la pandémie COVID-19. À cet effet, vous trouverez ci-joint une mise à jour de la note d'information au réseau de la santé et des services sociaux, **en date du 2 avril 2020**.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arrata, ACMDPQ
M. Horacio Arruda, MSSS
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M^me^ Louise Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux
Chefs de DRMG

N/Réf. : 20-MS-00496-51

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Santé et Services sociaux Québec

NOTE D'INFORMATION – CORONAVIRUS

Stratégie d'approvisionnement

Le 2 avril 2020

Dans ses orientations stratégiques pour contrer la pandémie COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prévoit une stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures requis. Cette stratégie prévoit notamment :

1. La détermination d'une liste formelle des produits essentiels à la prestation de soins et de services et la catégorisation de ceux-ci en produits critiques ou produits essentiels.
2. La réalisation d'ententes d'approvisionnement avec des fournisseurs et la constitution des réserves de produits critiques nécessaires pour la pandémie. Ces réserves pourront être localisées chez les fournisseurs ou dans des entrepôts centraux du réseau de la santé et des services sociaux.
3. La constitution des règles de distribution (allocation des équipements de protection individuelle (EPI)) de réserves locales des produits essentiels et critiques nécessaires :
   - pour le démarrage et le fonctionnement des centres désignés déterminés par le MSSS;
   - pour le démarrage et le fonctionnement des cliniques d'évaluation désignées déterminées par le MSSS;
   - pour le fonctionnement et le maintien des activités du réseau.
4. La mise en place, le 25 mars dernier, des cliniques désignées d'évaluation (CDE) pour les milieux de première ligne.

L'approvisionnement aux différents organismes mentionnés aux priorités 3 et 4, ainsi que le préhospitalier (priorité 1), est sous la responsabilité de l'établissement public de leur territoire.

Voici donc la liste des priorités :

Priorité 1

- Cliniques désignées de dépistage (CDD), CDE, centres désignés, préhospitalier, établissement avec des cas confirmés hospitalisés.

Priorité 2

- Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et centres intégrés de santé et de services sociaux, établissements, établissements non fusionnés, instituts, centres d'hébergement de soins de longue durée (établissements publics et privés), cliniques d'avortement, Héma-Québec[1].

[1] Pour Héma-Québec, il sera approvisionné au même titre qu'un établissement public.

Priorité 3

Groupes de médecine de famille, cliniques médicales, résidences privées pour aînés, ressources intermédiaires, garderies, organismes communautaires, milieux carcéraux, refuges, cliniques privées.

Notes :

La stratégie de répartition peut être ajustée par les établissements en fonction de la criticité.

En cette période de pandémie, nous prions les établissements de ne pas surconsommer, de s'en tenir aux besoins normaux ou à une consommation moyenne de leurs fournitures, produits d'entretien, denrées et équipements. Commander en quantités raisonnables permettra aux fournisseurs de rationaliser leurs livraisons à tous les établissements. Adoptez un approvisionnement réfléchi.

Par ailleurs, si des projets de remplacement d'équipement peuvent être retardés sans mettre en péril la continuité des opérations des établissements, ce serait une voie à privilégier pour que les canaux d'acquisition soient priorisés pour la pandémie.

À compter d'aujourd'hui, le MSSS vous informe qu'il fera l'allocation des quantités des fournitures médicales des EPI ainsi que toutes les fournitures à risque de pénurie dans le contexte actuel. Par conséquent, la distribution du stock est maintenant sous la gouverne du MSSS. Les établissements n'ont plus à faire de suivi avec les distributeurs à ce sujet. Ils recevront la confirmation de leur expédition seulement. Aucune autre information ne sera donnée par les distributeurs.

Nous vous demandons également de poursuivre les actions pour réduire la consommation d'EPI.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 2 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET DES HÔPITAUX DE RÉADAPTATION

Mesdames,
Messieurs,

Afin d'assurer un accès simplifié et rapide aux appareils suppléant à une déficience physique (ASDP), d'éviter le bris de services aux personnes ayant une déficience et d'alléger les démarches cliniques et administratives des établissements, le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Régie de l'assurance maladie du Québec se sont concertées pour surseoir aux articles 26, 29, 53 3e paragraphe du 1er alinéa, 68 et 71 du Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre. A-29, r. 4), (règlement ASDP). Cette directive est temporaire et sera suivie du dépôt d'un projet de révision du règlement ASDP aux autorités d'ici l'automne 2020.

D'ici là, voici les nouvelles orientations à mettre en place dès maintenant :

- **Reconnaissance des médecins internistes pour attester d'une atteinte de la capacité cardiorespiratoire**

Afin d'assurer un meilleur accès aux médecins spécialistes, il a été reconnu par le Collège des médecins du Québec qu'un médecin interniste possède les compétences nécessaires pour attester d'un déficit cardiorespiratoire et recommander une aide à la locomotion. Conséquemment, vous pouvez accepter les ordonnances de ces spécialistes pour l'attribution d'un fauteuil roulant à propulsion motorisée, selon les critères établis dans le règlement ASDP. Par extension, cette mesure est aussi applicable pour l'attribution d'un ambulateur ou d'un quadriporteur en vertu des critères établis dans les guides de gestion de ces programmes ministériels.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- **Attestation médicale de la déficience physique pour l'attribution d'aides à la marche, d'aides à la locomotion et de prothèses**

Le règlement ASDP actuel stipule qu'une ordonnance médicale d'un médecin spécialiste reconnu est requise pour l'attribution de tout appareil suppléant à une déficience physique. Afin de simplifier les démarches d'accès pour l'usager, de limiter les démarches pour la reconnaissance de médecins omnipraticiens dans l'octroi de privilèges spécifiques d'ordonnance médicale et afin de reconnaître également les compétences des ergothérapeutes et des physiothérapeutes qui recommandent la majorité de ces aides, il est dorénavant autorisé d'attribuer les appareils ciblés en titre sans ordonnance médicale. Ainsi, pour l'attribution d'une aide à la marche ou d'une aide à la locomotion (avec ou sans aide à la posture), le rapport d'évaluation du professionnel (ergothérapeute ou physiothérapeute) et ses recommandations sont maintenant suffisants dans la mesure où une attestation du diagnostic confirmant la déficience physique est consignée dans le dossier médical de l'usager.

De même, pour l'attribution d'une prothèse, un rapport médical ou un plan d'intervention dans le dossier médical de l'usager suffit pour attester de la recommandation de l'appareillage.

- **Précisions sur le passage des services d'aides techniques (SAT) en activités principales**

Le passage des SAT vers le mode de financement en activités principales s'inscrit dans la vision qu'il s'agit d'un service au même titre que les autres services d'adaptation et de réadaptation offerts aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Le nouveau centre d'activités créé, le C/A 7940, vise uniquement les services associés au Règlement sur les aides auditives (chapitre A-29, r.2), au Règlement sur les aides visuelles (chapitre A-29, r.3) et au règlement ASDP.

Conséquemment, tous les autres types de services que les SAT offriraient à une clientèle autre que celles comprises dans ces règlements ne peuvent être associés au C/A 7940, par exemple l'attribution d'orthèses plantaires.

... 3

Enfin, nous vous rappelons que le C/A 0700 regroupe les activités reliées à l'opération commerciale de vente de fournitures et d'articles divers. Ainsi, les ventes de bas de compression ou autres fournitures auparavant inscrites dans les activités complémentaires des SAT (C/A 0350) devront dorénavant être consignées dans le C/A 0700.

Pour toute information, nous vous invitons à communiquer avec la Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique, par courriel, à l'adresse dpditsa@msss.gouv.qc.ca.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

c. c. M. Alain Bibeau, OEQ
Dre Diane Francoeur, FMSQ
Dr Mauril Gaudreault, Collège des médecins
Dr Louis Godin, FMOQ
Mme Chantal Maltais, MSSS
M. Denis Pelletier, OPPQ
M. Marco Thibault, RAMQ
PDGA des CISSS et CIUSSS du RSSS

N/Réf. : 20-MS-02413-01

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 2 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Dans le contexte actuel de la pandémie, nous vous transmettons des directives concernant le transfert et le transport interétablissements des clientèles psychiatriques.

Sur le territoire montréalais, Urgences-santé Québec assure toujours le transport interétablissements des clientèles vivant une décompensation psychiatrique, alors que les services d'urgence sont extrêmement sollicités dans le cadre de la crise sanitaire. De plus, la protection de la clientèle et des équipes d'urgence constitue une préoccupation, puisque le déplacement des personnes, d'un établissement à l'autre, augmente les risques de propagation dans le cadre de la pandémie à la COVID-19.

À cet égard, nous demandons dès maintenant et ce, pour une période indéterminée, l'arrêt des transferts interétablissements, par Urgences-santé Québec, de la clientèle psychiatrique amenée dans les salles d'urgences psychiatriques ou dans les unités internes des établissements de l'île de Montréal, pour des raisons d'appartenance et d'itinérance. Dorénavant, le transfert d'un patient testé négatif à la COVID-19 ne pourra s'effectuer que si les deux établissements s'entendent au préalable et qu'un mode de transport autre que l'ambulance, mais adapté et jugé sécuritaire, soit disponible.

À noter que cette directive exclut l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel qui, à cause des ordonnances de la Cour criminelle, doit transférer les patients jugés non criminellement responsables avec détention hospitalière dans les secteurs d'appartenance.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Par ailleurs, à la lumière de la réflexion ayant mené à une directive pour la région de Montréal, il est à noter que les orientations évoquées à l'égard du transfert de la clientèle psychiatrique COVID-19 négatif s'appliquent à l'ensemble des établissements concernés dans toutes les régions du Québec.

Conséquemment, nous vous demandons de vous assurer que ces directives, qui visent à minimiser la propagation de la pandémie à la COVID-19 et à dégager la charge des équipes d'urgence, soient transmises à l'ensemble du personnel concerné de votre établissement.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. Chefs de départements SMDI des établissements publics du RSSS
Directeurs SMDI des établissements publics du RSSS
PDGA des établissements publics du RSSS

N/Réf. : 20-MS-02502-11

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 2 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Dans le contexte d'une anticipation de pénurie de travailleurs de la santé «critiques», c'est-à-dire requis pour éviter un bris de services, vous trouverez en pièce jointe la mise à jour des recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé en date d'aujourd'hui le 2 avril 2020.

Celles-ci sont également disponibles sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec : https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid-19.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-20

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e^ étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC



Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

2 avril 2020
Version 2.0

Catégories de travailleurs de la santé	Tous les travailleurs de la santé en général	Travailleurs de la santé « critiques » c.-à-d. requis pour éviter un bris de services
1) Cas COVID-19 (avec test positif)	Isolement à la maison pour 14 jours après le début des symptômes et : ▪ absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique). ▪ absence de symptômes aigus depuis 24 heures (excluant une toux résiduelle qui peut persister). ▪ PCR négatif sur 2 échantillons respiratoires (selon recommandations émises). Si possible au retour, affecter le travailleur aux soins des cas de COVID-19.	
2) Voyageurs	**Asymptomatique** ▪ Isolement à la maison jusqu'à 14 jours après le retour de voyage (obligatoire). **Symptomatique : test COVID-19**[1] ▪ Positif = appliquer les recommandations d'un cas. ▪ Négatif = maintenir l'isolement à la maison jusqu'à 14 jours après le retour.	**Asymptomatique** ▪ Isolement jusqu'à 7 jours après le retour, puis peut rentrer au travail avec respect des mesures[2]. **Symptomatique : test COVID-19**[1] ▪ Positif = appliquer les recommandations d'un cas. ▪ Négatif = isolement jusqu'à 7 jours après le retour de voyage, et si absence de symptômes[3], retour au travail avec respect des mesures[2].
3) Contacts d'un cas confirmé en milieu de soins ET selon le niveau d'exposition[4]	**Asymptomatique** ▪ Isolement à la maison jusqu'à 14 jours après le contact. **Symptomatique : test COVID-19**[1] ▪ Positif = appliquer les recommandations d'un cas. ▪ Négatif = maintenir l'isolement à la maison jusqu'à 14 jours après le retour.	**Asymptomatique** ▪ Isolement jusqu'à 7 jours après le dernier contact, puis retour au travail avec respect des mesures[2]. En cas de rupture sévère de service, il est possible de retourner au travail avant en respectant les mesures[2]. **Symptomatique : test COVID-19**[1] ▪ Positif = appliquer les recommandations d'un cas. ▪ Négatif = isolement jusqu'à 7 jours après le dernier contact, puis si absence de symptômes[3], retour au travail avec respect des mesures[2]. Advenant un risque imminent de rupture de service et si résolution des symptômes[3] avant la fin de la période d'isolement de 7 jours, retour au travail avec respect des mesures[2].

1 Le test COVID-19 doit être effectué 24 heures post début des symptômes.

2 Mesures : port du masque de procédure, hygiène des mains stricte et autosurveillance des symptômes + prise de température deux fois par jour pour compléter le 14 jours.

3 Absence de symptômes = 48 heures sans fièvre (sans prise d'antipyrétique) et 24 heures sans symptômes aigus (sauf toux résiduelle).

4 Référer : https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-evaluation-risque-travailleurs-covid19.

Québec

Catégories de travailleurs de la santé	Tous les travailleurs de la santé en général	Travailleurs de la santé « critiques » c.-à-d. requis pour éviter un bris de services
4) Contact domiciliaire d'un cas confirmé	**Asymptomatique** ▪ Isolement jusqu'à 7 jours après le dernier contact, puis retour au travail avec respect des mesures[5]. **Symptomatique : test COVID-19[6]** ▪ Positif = appliquer les recommandations d'un cas ▪ Négatif = isolement jusqu'à 7 jours après le dernier contact, puis si absence de symptômes[7], retour au travail avec respect des mesures[5].	
5) Contacts au domicile	▪ Contact d'un contact (asymptomatique) : peut rentrer au travail sans mesures particulières. ▪ Contact d'un voyageur (asymptomatique) : peut rentrer au travail sans mesures particulières. ▪ Contact d'une personne sous investigation (en attente du résultat) : peut rentrer au travail sans mesures particulières.	

6) Aucune exposition identifiée et transmission communautaire	**Asymptomatique :** aucune mesure
	Symptomatique : test COVID-19[6] (isolement à la maison en attendant les résultats)
	▪ Positif = appliquer les recommandations d'un cas
	▪ Négatif = lors de l'appel pour donner le résultat du test, vérifier les symptômes :
	  ▪ si amélioration des symptômes : retour au travail avec masque pour la durée des symptômes (étiquette respiratoire).
	  ▪ si augmentation des symptômes, répéter le test 48-72 heures post dernier test et poursuivre isolement à la maison en attendant les résultats.	

7) Déplacement d'un travailleur de la santé dépanneur ou contrat en région visée par l'arrêté ministériel	Limiter les travailleurs de la santé qui se déplace d'une région à l'autre (sauf si bris de services).	À adapter selon le niveau d'exposition du travailleur de la santé, l'épidémiologie de la région de provenance et les décisions locales ou régionales. **Asymptomatique** ▪ Rentrer au travail avec respect strict des mesures[5] ▪ Maintenir une distanciation sociale ▪ Rentrer à son lieu d'hébergement dès la fin du quart de travail et éviter la circulation dans la communauté **Symptomatique** ▪ suivre les consignes selon le contact (case 1 à 6)

[5] Mesures : port du masque de procédure, hygiène des mains stricte et autosurveillance des symptômes + prise de température deux fois par jour pour compléter le 14 jours après le dernier contact.

[6] Le test COVID-19 doit être effectué après 24 heures post début des symptômes.

[7] Absence de symptômes = 48 heures sans fièvre (sans prise d'antipyrétique) et 24 heures sans symptômes aigus (sauf toux résiduelle).

Discuté au Comité sur les infections nosocomiales

30 mars 2020

Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé

AUTEURS
Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : http://www.inspq.qc.ca.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec (2020)
N° de publication : 2904

Institut national de santé publique
Québec

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 3 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

CONSIDÉRANT l'impératif de protection des patients et du personnel soignant;

CONSIDÉRANT que la prise en charge de la pandémie demande un équilibre entre les capacités de traitement assignées pour la COVID-19 et les capacités de traitement pour les autres pathologies;

CONSIDÉRANT que le contexte de pénurie d'équipements de protection individuelle se poursuit, mais qu'une certaine disponibilité permet un rehaussement partiel du niveau d'activités chirurgicales;

CONSIDÉRANT une pénurie mondiale des médicaments anesthésiques :

Les établissements sont autorisés à reprendre un niveau d'activités selon les consignes qui étaient prescrites dans la correspondance du 17 mars et des précisions apportées le 23 mars (voir ci-joints).

Ce fonctionnement doit permettre de couvrir les besoins chirurgicaux des patients urgents et semi-urgents, particulièrement ceux atteints de cancer, tout en tenant compte de l'impact des activités chirurgicales sur les plans de pandémie.

Le niveau d'activités chirurgicales que réalise chaque installation doit lui permettre, selon sa situation, de passer à son niveau d'alerte supérieur à l'intérieur d'un délai de 24 heures.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Nous vous demandons d'appliquer ces directives avec grande vigilance et d'ajuster l'applicabilité de celles-ci en fonction des régions, de l'épidémiologie qui prévaut et selon les recommandations publiées par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Une vigie continue doit être maintenue pour assurer une utilisation judicieuse des équipements.

Nous vous rappelons l'importance d'analyser les cas qui étaient annulés depuis le 17 mars, de manière à valider si leur statut a pu changer de *semi-électif* à *semi-urgent.*

Ces consignes sont valides du 6 au 10 avril 2020. Nous vous transmettrons ultérieurement des consignes pour les semaines suivantes.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M[me] Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-33

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 17 mars 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET AUX DIRECTRICES, DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Chers collègues,

Voici, en date du 17 mars, les éléments adoptés par le ministère de la Santé et des Services sociaux en suivi des travaux effectués par le **Sous-comité COVID-19 sur le bloc opératoire**. Nous vous précisons que ceux-ci sont également appuyés par le Comité clinique directeur COVID-19 sur lequel siègent, entre autres, le Collège des médecins du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Les directives suivantes doivent être mises en place dès ce jour, et ce, pour une période indéterminée :

- Mise en place, dans chaque établissement, d'un comité de surveillance des activités chirurgicales. Ce comité doit être **décisionnel sur la production d'un programme opératoire restreint** en cohérence avec les autres directives et il doit se rencontrer de façon quotidienne. La composition du comité doit, au minimum, comprendre les personnes suivantes et se rapporter à la Direction des services professionnels de l'établissement :
    - Un chirurgien;
    - Un anesthésiologiste;
    - Un gestionnaire du bloc opératoire;
    - Un obstétricien-gynécologue;
    - Gestionnaire de la planification chirurgicale;
    - Coordonnateur médical du bloc, si applicable;

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- Pour les cas suspectés ou confirmés de COVID19, il est demandé d'établir un protocole pour la prestation sécuritaire de soins chirurgicaux pour les patients et le personnel soignant;
- De reporter toutes procédures électives pour pathologies bénignes;
- De continuer à opérer les urgences chirurgicales et obstétricales;
- De limiter au maximum la prestation chirurgicale pour les cas jugés semi-urgents, incluant l'oncologie;
- De cesser toutes activités dans les centres de chirurgies hors établissements en lien avec des ententes;
- **Il est demandé à tous les blocs d'utiliser les équipes minimales requises pour les interventions qui sont maintenues et de <u>diminuer autant que possible la rotation du personnel pendant les interventions</u>. Ceci dans le but d'avoir un souci constant d'économies de matériel et équipements de protection**.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, chers collègues, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

c. c. M. Martin Arrata, ACMDP
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M Louis Godin, FMOQ
M. Horacio Arruda, MSSS
M. Yves Robert, CMQ
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux non fusionnés

N/Réf. : 20-MS-00496-30

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 23 mars 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET AUX DIRECTRICES, DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Chers collègues,

Voici, en date du 23 mars, les éléments adoptés par le ministère de la Santé et des Services sociaux en suivi des travaux effectués par le **Sous-comité COVID-19 sur le bloc opératoire** qui sont également appuyés par le Comité clinique directeur COVID-19.

Ceci est une deuxième correspondance pour préciser les éléments transmis le 17 mars 2020.

Les directives suivantes doivent être mises en place dès ce jour, et ce, pour une période indéterminée :

- Mise en place, dans chaque établissement, d'un comité de surveillance des activités.
    - Chaque établissement doit mettre en place un mécanisme de vigie pour gérer les patients oncologiques qui ne pourront pas être opérés, et identifier les alternatives thérapeutiques ou une nouvelle date de chirurgie. Ce mécanisme listera les patients, et transmettra cette liste au directeur du programme de cancérologie qui en assurera le suivi.

- Chaque établissement doit s'assurer de pouvoir maintenir un niveau de services chirurgicaux essentiels, permettant d'éviter de créer de la morbidité ou de la mortalité secondaire par non-réalisation de chirurgies.
    - Pour ce faire il faut pouvoir conserver et idéalement identifier l'expertise des ressources et prévoir un plan de suppléance de ces ressources critiques. Nous parlons des ressources médicales, infirmières et inhalothérapeutes, qui ne peuvent pas toutes être transférées dans les secteurs d'hospitalisation.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, chers collègues, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M. Martin Arrata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Luc Mathieu, OIIQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-00496-30

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 3 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICE SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

En lien avec la directive que je vous ai fait parvenir le 1er avril sur la réaffectation des travailleuses enceintes, je vous demande de prendre connaissance et de mettre œuvre les modalités suivantes.

Considérant de nouvelles préoccupations soulevées à l'égard des travailleuses enceintes, nous vous demandons de faire en sorte qu'elles ne soient plus en contact étroit avec des patients ou des usagers.

Ainsi, nous vous demandons de réaffecter les travailleuses enceintes dans les plus brefs délais en respectant les mesures de distanciation physique ou de leur proposer d'effectuer du télétravail si cela s'avère possible.

... 2

1005, chemin Sainte-Foy, 4e étage
Québec (Québec) G1S 4N4
Téléphone : 418 266-8400
Télécopieur : 418 266-8406
www.msss.gouv.qc.ca

Advenant que l'une ou l'autre de ces options ne soient pas réalisables, la travailleuse enceinte sera retournée chez elle en retrait préventif et elle bénéficiera du programme de maternité sans danger.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M. Horacio Arruda, MSSS
M. Vincent Lehouillier, MSSS
M. Richard Massé, MSSS
M[me] Lucie Opatrny, MSSS
PDGA des établissements publics du RSSS

N/Réf. : 20-MS-02502-37

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec le 4 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES, DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Le Directeur national de la santé publique a confirmé en point de presse hier, la transmission communautaire du SRAS-CoV-2, agent de la COVID-19, sur tout le territoire du Québec. En conséquence, nous demandons à tous les établissements d'appliquer les recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) figurant à son avis intitulé : « Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue ». Ce document est disponible sur le site Internet de l'INSPQ (https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19).

Nous recommandons d'assurer une disponibilité adéquate de cet équipement pour les travailleurs et usagers concernés, tout en assurant une utilisation raisonnée des masques. À cet effet, des recommandations spécifiques sur l'usage des masques seront diffusées par la Direction générale de la santé publique et la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 5 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES, AU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL, À LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK ET AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES,

Mesdames,
Messieurs,

Dans le contexte de la pandémie actuelle, il est possible qu'un proche souhaite accueillir chez lui une personne qui est hébergée en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou qui réside dans une résidence privée pour aînés (RPA). Certaines informations doivent être communiquées aux familles :

- Les familles qui prennent la décision d'accueillir un proche devront le garder avec eux jusqu'à la fin de la pandémie compte tenu du risque que le résident rapporte le virus à l'intérieur du CHSLD ou de la RPA lors de son retour.
- L'établissement devra à ce moment bien informer le proche des implications d'une telle décision (implication sur la vie familiale et professionnelle des personnes qui accueillent une personne en perte d'autonomie ou ayant des incapacités), par exemple :
    - Il n'est pas possible de recevoir des services à domicile à la même hauteur des soins et services offerts en CHSLD.
    - Le retour en CHSLD devra se faire par le biais du mécanisme d'accès à l'hébergement (ce qui implique que la chambre de la personne pourrait avoir été attribuée à un autre résident).
    - La personne résidant en RPA demeure soumise à la réglementation en vigueur concernant son bail.

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- De plus, les éléments concernant la couverture pharmaceutique liée à la sortie du CHSLD devront être pris en considération. Dans le cas où les personnes proches aidantes veulent tout de même procéder, il faut s'assurer d'un arrimage optimal sur le plan pharmacologique pour éviter une rupture de service.
- Pour éviter les déplacements à l'intérieur du milieu de vie, le résident doit se rendre ou être amené à l'entrée du CHSLD ou de la RPA et les proches doivent organiser le transport.
- Si une éclosion de la COVID-19 est présente dans le CHSLD ou la RPA de la personne à ce moment-là, il est interdit aux proches de venir chercher un résident, qu'il présente ou non des symptômes. Le risque de propagation est alors trop élevé.
- Si des besoins importants de services de soutien à domicile sont nécessaires, l'établissement pourrait refuser la sortie de la personne dans l'intérêt de sa sécurité, compte tenu de la limite de capacité actuelle des équipes de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie.
- Dans le cas d'un usager inapte, l'établissement doit s'assurer d'obtenir le consentement du représentant légal avant d'autoriser la sortie de la personne hébergée.
- Enfin, si le proche doit se rendre dans une région confinée pour aller chercher son proche hébergé, ceci pourrait être considéré comme un déplacement interrégional pour motif humanitaire. Une confirmation écrite de l'établissement pourrait faciliter la transition aux contrôles routiers.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

c. c. Mme Martine Alfonso, Centre universitaire de santé McGill
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des centres intégrés et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02502-40

Émission :	24-11-2020	Mise à jour :	-

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-011

Catégorie(s) :
- ✓ Dépistage
- ✓ Service d'évacuations aéromédicales (ÉVAQ)
- ✓ Transports interétablissements

Directive sur les tests de dépistage ÉVAQ

Première diffusion

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) – Direction des services préhospitaliers d'urgence**
Destinataire :	– Tous les CISSS et les CIUSSS et les établissements non fusionnés – Coordonnateurs des activités hospitalières

Directive	
Objet :	La présente directive vise à préciser les mesures concernant les tests de dépistage pour les patients asymptomatiques de la COVID-19 en provenance des régions éloignées, qui ont recours au service d'évacuations aéromédicales (ÉVAQ) et qui seront admis dans les unités de soins aigus (M8). Une exception sera faite pour les régions ayant un recours restreint aux tests et qui ne peuvent obtenir les résultats dans les délais. Le questionnaire et la prise de température avant l'embarquement seront alors maintenus.
Mesures à implanter :	✓ Tests de dépistage en régions éloignées 48 h avant l'embarquement ÉVAQ, lorsque possible.

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources	
Direction ou service ressource :	Direction des services préhospitaliers d'urgence
Documents annexés :	✓ Tableau 20-MS-02502 – priorités TAAN

Nous ne pouvons vous garantir que vous avez en main la dernière version de la présente directive. Pour consulter les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux, visitez le :
msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
Vincent Lehouillier pour
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Émission :	24-11-2020	Mise à jour :	-

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-011

Directive

Lors des transferts interétablissements (M8, voir Tableau 20-MS-02502 – priorités TAAN en annexe) réalisés par le service d'Évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ), les tests de dépistage doivent être réalisés 48 heures avant l'embarquement, lorsque possible, et ce, pour les patients asymptomatiques de la COVID-19 admis ou qui seront transférés dans les unités de soins aigus : chirurgie (incluant la chirurgie d'un jour), soins intensifs, médecine, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, obstétrique, etc.

Cette mesure s'applique pour les patients n'ayant pas reçu de résultat positif à la COVID-19 dans les 3 mois précédant le transfert et qui proviennent ou retournent vers les régions éloignées. Dans un tel cas où un patient aurait reçu un résultat positif dans les 3 mois précédant le transfert, un questionnaire validera la réponse aux critères de guérison définis par l'Institut national de santé publique du Québec.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 5 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Dans le contexte d'urgence sanitaire, il a été demandé de mettre en place différentes mesures visant à protéger la population. Une des mesures consiste à contrôler les accès et les sorties dans les résidences privées pour aînés (RPA), dans les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans les organismes à but non lucratif (OBNL) d'habitation qui ne sont pas visés par la certification.

Malgré les mesures déjà en application, certains milieux rencontrent des difficultés dans le contrôle des accès et des sorties, dû notamment à un manque de ressources financières pour embaucher un agent de sécurité ou encore au non-respect par certains résidents ou propriétaires des règles établies.

Afin de soutenir ces milieux, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de la Sécurité publique (MSP) ont développé une stratégie d'intervention qui permet le déploiement d'agents de sécurité le jour et le soir, sept jours par semaine. Il est également possible d'assurer un contrôle la nuit, si la situation le requérait. Cette stratégie d'intervention comporte notamment les étapes suivantes :

- Les centres intégrés et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) recueillent l'information sur les milieux problématiques de leur territoire et transmettent les besoins de surveillance au MSSS selon la forme prescrite en pièce jointe à l'adresse suivante : dgapa-covid-19@msss.gouv.qc.ca. Parmi les informations transmises, il doit se retrouver les coordonnées d'une seule personne-contact pour le CISSS/CIUSSS.
- Les informations reçues sont validées par le MSSS et transmises au MSP.

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- Le MSP fait l'appel d'intérêt afin de solliciter les agences de sécurité intéressées et disponibles pour offrir le service rapidement dans les milieux problématiques.
- La liste des agences de sécurité ayant signifié leur intérêt est transmise par le MSP à la personne-contact du CISSS/CIUSSS.
- Le CISSS/CIUSSS contacte la ou les agences de sécurité identifiées afin de conclure rapidement une ou des ententes avec celles de son choix pour assurer le contrôle des accès et des sorties dans les milieux problématiques identifiés.
- Le CISSS/CIUSSS confirme au MSP le nom des agences qui offriront des services de sécurité pour chacun des milieux problématiques ciblés, à l'adresse suivante : securite.covid19@msp.gouv.qc.ca.

Il est à noter que des budgets additionnels seront acheminés par le MSSS aux CISSS/CIUSSS concernés afin de couvrir les coûts reliés aux ententes conclues avec les agences de sécurité privées pour l'ajout d'agents dans les milieux problématiques identifiés. Les modalités de reddition de comptes vous seront précisées sous peu.

Le document ci-joint, intitulé « *Stratégie d'intervention pour contrôler les accès et les sorties dans les milieux de vie pour personnes aînées ou vulnérables en contexte de pandémie de la covid-19* », fournit l'ensemble des informations nécessaires au déploiement de ces actions.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. M. Pierre-Albert Coubat, MSSS
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des centres intégrés et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
Mme Brigitte Pelletier, MSP
Mme Natalie Rosebush, MSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02502-41

STRATÉGIE D'INTERVENTION POUR CONTRÔLER LES ACCÈS ET LES SORTIES DANS LES MILIEUX DE VIE POUR PERSONNES AÎNÉES OU VULNÉRABLES

EN CONTEXTE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE ET

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

AVRIL 2020

CONTEXTE

En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 dans le monde et de l'évolution rapide des cas d'infection au Québec, le ministère de la Sécurité publique (MSP) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont mis en place différentes mesures et émis des directives visant à protéger la population, particulièrement les personnes aînées ou vulnérables dans les différentes communautés du Québec.

Une grande majorité de personnes aînées vit à domicile, mais certaines sont dans des milieux plus communautaires, comme les résidences privées pour aînés (RPA) et les organismes à but non lucratif (OBNL) d'habitation. Pour les aînés qui sont en plus grande perte d'autonomie ou encore pour les personnes qui ont des incapacités, il existe des milieux de vie alternatifs répondant mieux à leurs besoins, comme les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Au Québec, environ 140 000 aînés ou personnes vulnérables vivent dans une RPA, près de 10 000 sont en RI-RTF, et 40 000 sont en CHSLD.

Ainsi, dans ce contexte d'urgence sanitaire et des différentes réalités des personnes aînées ou vulnérables, une stratégie conjointe est mise en œuvre pour améliorer le contrôle des accès et des sorties dans les milieux de vie qui rencontrent des difficultés afin de protéger les aînés et les personnes vulnérables, peu importe leur milieu de vie.

RÔLE ET RESPONSABILITÉS

MSSS

Le MSSS a la responsabilité notamment de donner des orientations concernant l'organisation de soins de santé et des services sociaux. Dans le contexte de la pandémie, le MSSS a émis plusieurs directives visant à protéger les personnes aînées ou vulnérables et le personnel et à favoriser une organisation des services permettant aux personnes suspectées ou atteintes de la COVID-19 de recevoir les soins requis. Il assure également un suivi de la mise en œuvre de ces orientations et du respect des directives inhérentes. En ce sens, il doit effectuer des suivis quotidiens auprès des centres intégrés et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS), et travailler en étroite collaboration avec les différents partenaires concernés, dont le MSP.

MSP

Dans le contexte de cette stratégie, le MSP collabore avec les agences de sécurité privées afin de permettre aux CISSS/CIUSSS de déployer des agents de sécurité dans les milieux de vie qui rencontrent des difficultés. Une collaboration étroite est établie avec le MSSS pour la mise en œuvre de la stratégie.

CISSS/CIUSSS

Les CISSS/CIUSSS sont responsables de l'organisation des soins et des services sur leur territoire, en collaboration avec les différents partenaires des réseaux territoriaux de services. Ils doivent mettre en œuvre les orientations et directives émises par le MSSS sur leur territoire. Ils ont aussi la responsabilité de la certification des RPA et d'assurer la qualité des soins et services auprès des résidents qui le requièrent, et ce, tant en OBNL d'habitation, en RPA, en RI-RTF qu'en CHSLD. Pour le contrôle des accès et des sorties de ces milieux de vie, ils doivent identifier les milieux problématiques et faire les actions nécessaires pour déployer un agent de sécurité afin d'améliorer le respect des directives.

GESTION DES ACCÈS ET DES SORTIES

Depuis le 23 mars 2020, selon l'arrêté numéro 2020-009 de la ministre de la Santé et des Services sociaux, le MSSS a émis des directives qui incluent le contrôle des accès et des sorties dans les différents milieux de vie des aînés et des personnes vulnérables, soit en RPA, en RI-RTF et en CHSLD. Ces directives sont mises à jour selon l'évolution de la situation. Ainsi, des indications précises ont été données, soit :

- L'interdiction des visites régulières et des sorties dans les RPA, les RI-RTF et les CHSLD, à l'exception :
    - des visites qui sont nécessaires à des fins humanitaires comme en situation de fin de vie;
    - des visites pour obtenir des soins ou des services requis par l'état de santé des résidents;
    - des sorties extérieures supervisées;
    - des visites jugées nécessaires pour assurer les réparations et l'entretien requis pour la sécurité des unités de vie.
- Les exploitants de ces milieux sont tenus de mettre en place un mécanisme permettant d'assurer un contrôle des accès et des sorties, et de faciliter la livraison sécuritaire de produits ou de biens pour les résidents.

Sensibilisation et soutien

Les actions suivantes ont été mises en place dans la majorité des CISSS/CIUSSS avec les RPA de leur territoire :

- Transmission de l'information aux RPA en continu.
- Visites réalisées dans les RPA pour renforcer les mesures mises en place auprès des résidents.
- Service téléphonique disponible tous les jours pour les exploitants ayant des questions ou des besoins.
- Appels téléphoniques préventifs réguliers auprès des RPA, permettant de s'assurer de la compréhension des consignes, repérer les résidents présentant des symptômes probables du coronavirus ou de l'anxiété, et repérer les situations problématiques.
- Vigie assurée par les intervenants des équipes de soutien à domicile et interventions ciblées pour des situations problématiques.

De plus, les inspecteurs du MSSS iront rencontrer les exploitants de certaines RPA et RI-RTF qui font face à des difficultés dans la province du Québec afin de contribuer au respect de certaines directives émises par le gouvernement du Québec, en collaboration avec les forces policières, lorsque requis.

Surveillance additionnelle

Malgré les mesures déjà en application, certains milieux rencontrent des difficultés dans le contrôle des accès et des sorties, dû notamment à un manque de ressources financières pour embaucher un agent de sécurité ou encore au non-respect par certains résidents des règles établies.

À cet effet, pour les milieux problématiques, préalablement identifiés par les CISSS/CIUSSS, des agents de sécurité seront déployés pour assurer le contrôle des accès et des sorties, le jour, le soir, sept jours par semaine. Il est également possible d'assurer un contrôle la nuit si la situation le requérait.

Les agents de sécurité déployés devront s'assurer du respect des consignes d'accès et de sorties des milieux concernés et feront un suivi à leur agence et au CISSS/CIUSSS concerné de l'évolution de la situation. De même, les agents de sécurité devront appliquer les mesures de prévention et de contrôle des infections identifiées au volet 2. Ils informeront leur agence et le CISSS/CIUSSS du non-respect par les résidents ou les responsables du milieu de vie des mesures de prévention et de contrôle des infections.

Rappelons que la Loi sur la sécurité privée définit l'activité de gardiennage comme étant « la surveillance ou la protection de personnes, de biens ou de lieux principalement à des fins de prévention de la criminalité et de maintien de l'ordre ». En ce sens, les agents de sécurité peuvent contribuer à assurer le respect et l'application des consignes aux accès et aux sorties des milieux de vie qui rencontrent des difficultés afin de protéger les aînés et les personnes vulnérables. La seule présence d'un agent de sécurité est habituellement suffisante pour faire respecter les règles et dissuader les contrevenants potentiels. En l'absence de la collaboration d'individus visés par la présente stratégie, les agents de sécurité privés pourraient alors faire appel aux services des corps policiers.

Modalités de mise en œuvre et de suivi des mesures de surveillance (schéma en annexe)

Réception des demandes et ententes

- Les milieux problématiques sont identifiés par les CISSS/CIUSSS et sont acheminés au MSSS. Le MSSS recueille et tient à jour ces renseignements en collaboration étroite avec le MSP.
- Le MSP sollicite les agences intéressées et achemine au CISSS/CIUSSS la liste de celles qui ont signifié leur intérêt et qui peuvent déployer rapidement des agents de sécurité dans les milieux problématiques du territoire concerné.
- Le CISSS/CIUSSS contacte les agences identifiées afin de conclure rapidement une entente avec l'agence de son choix pour renforcer le contrôle des accès et des sorties dans les milieux identifiés.
- Le CISSS/CIUSSS confirme au MSP le nom des agences qui offriront des services de sécurité pour chacun des milieux problématiques ciblés.

Coordination et suivi MSP et MSSS

- Le directeur et le personnel désigné du MSP prévoient des échanges réguliers à toutes les semaines avec les personnes responsables au MSSS pour assurer les suivis des mesures de surveillance mises en place dans certains milieux et pour trouver des solutions aux difficultés rencontrées.
- Un tableau de suivi est produit et mis à jour en continu en collaboration avec le MSP.
- Les CISSS/CIUSSS font un suivi hebdomadaire, ou plus souvent si requis, au MSSS sur l'amélioration du contrôle des accès et des sorties dans les milieux identifiés.

Financement

- Des budgets additionnels seront acheminés par le MSSS aux CISSS/CIUSSS concernés afin de couvrir les coûts supplémentaires reliés aux ententes conclues avec les agences de sécurité privées pour l'ajout d'agents de sécurité dans les milieux problématiques identifiés.
- Les CISSS/CIUSSS produisent une reddition de comptes au MSSS sur les dépenses encourues dans le cadre de cette mesure.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Afin d'assurer la protection des personnes aînées et des personnes vulnérables ainsi que du personnel, des informations sur la prévention et le contrôle des infections ont été incluses dans les directives émises pour les différents milieux de vie, soit le domicile, les RPA, les RI-RTF et les CHSLD.

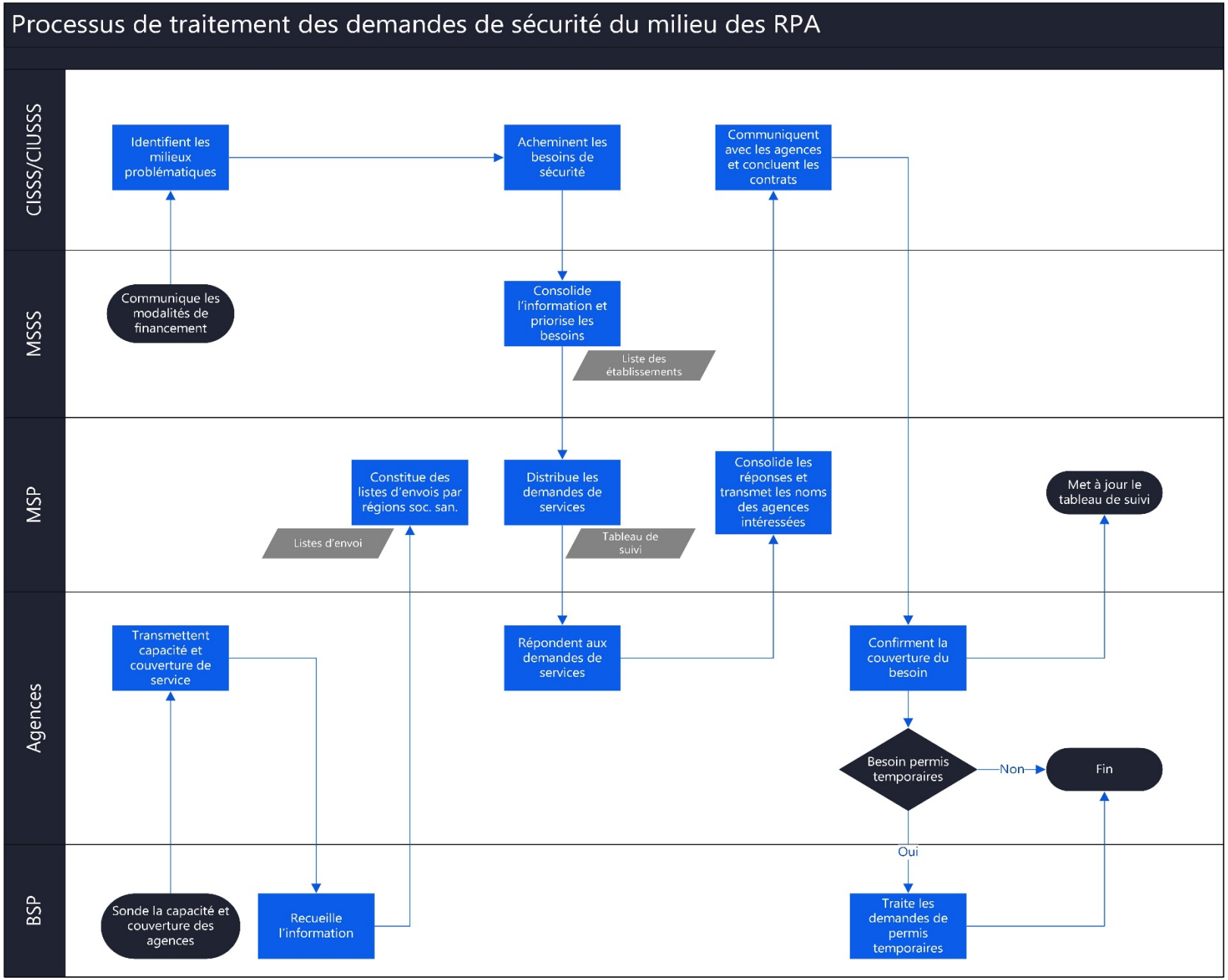
En plus des grands messages donnés à la population sur le lavage des mains, l'étiquette respiratoire et autres, des indications précises ont été données dans les directives pour favoriser la distanciation sociale dans les différents milieux de vie. À cet effet, les activités de groupe sont interdites. Des activités individuelles doivent être privilégiées ou celles qui n'impliquent pas de rassemblement, dans le respect des normes de distanciation sociale.

La prise des repas doit être favorisée dans les unités locatives ou les chambres, pour tous les résidents. Si l'organisation du milieu ne permet pas toujours les repas aux chambres, il est alors requis de limiter à 50 % la capacité de la cafétéria et prévoir plusieurs périodes de repas, si requis. Une distance de deux mètres entre les résidents doit être respectée. Pour les RPA, les frais de livraison de cabaret aux résidents ne sont plus permis durant la crise de la COVID-19.

Des mesures sont également demandées pour prévoir la présence de stations d'hygiène et d'affiches sur la technique de l'hygiène des mains aux entrées et dans les cafétérias.

De plus, il est précisé que toute personne qui revient de l'étranger, ou qui a été en contact étroit avec une personne confirmée ou en investigation pour la COVID-19, doit s'isoler obligatoirement pendant 14 jours. Ces mesures s'appliquent pour les travailleurs, les bénévoles ou les résidents.

ANNEXE


Processus de traitement des demandes de sécurité du milieu des RPA
CISSS/CIUSSS
MSSS
MSP
Agences
BSP
Identifient les milieux problématiques
Acheminent les besoins de sécurité
Communiquent avec les agences et concluent les contrats
Communique les modalités de financement
Consolide l'information et priorise les besoins
Liste des établissements
Constitue des listes d'envois par régions soc. san.
Listes d'envoi
Distribue les demandes de services
Tableau de suivi
Consolide les réponses et transmet les noms des agences intéressées
Met à jour le tableau de suivi
Transmettent capacité et couverture de service
Répondent aux demandes de services
Confirment la couverture du besoin
Besoin permis temporaires
Non
Fin
Oui
Sonde la capacité et couverture des agences
Recueille l'information
Traite les demandes de permis temporaires

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Nouvelle priorité[1]	Ancienne priorité	Descriptions de la priorité[2] Version du 1er juin 2020
M1	**G1**	Les patient(e)s ayant des symptômes compatibles de la COVID-19[3] en milieu de soins aigus (par exemple à l'urgence, hospitalisés, hémodialysés).
M2	**G3**	Les usagers ayant des symptômes compatibles de la COVID-19 des milieux d'hébergement (CHSLD, RPA) et les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF).
M3	**G2**	Les travailleurs de la santé ayant des symptômes compatibles de la COVID-19.
M4		Les personnes **sans symptômes** compatibles avec la COVID-19 qui **subiront une greffe**, dans la préadmission et à l'admission ainsi que leurs donneurs.
M5	**G3**	**En présence d'une éclosion**, **le personnel en contact avec les usagers** (avec ou sans symptômes compatibles avec la COVID-19) dans une unité fonctionnelle en milieu de soins ou de réadaptation, d'un milieu carcéral, d'un lieu d'hébergement pour personnes itinérantes ou d'un lieu d'hébergement accueillant des personnes à risque de complications de la COVID-19, sur recommandation d'un directeur de santé publique, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un officier de prévention et de contrôle des infections.
M6	**G3**	**En présence d'une éclosion**, **les usagers** d'une unité fonctionnelle en milieu de soins ou de réadaptation, d'un milieu carcéral, d'un lieu d'hébergement pour personnes itinérantes ou d'un lieu d'hébergement accueillant des personnes à risque de complications de la COVID-19, sur recommandation d'un directeur de santé publique, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un officier de prévention et de contrôle des infections.
M7	**G4/G5**	Toutes les autres personnes ayant des symptômes compatibles de la COVID-19.
M8		Les patients **sans symptômes** compatibles de la COVID-19 admis ou qui seront admis dans les 48 prochaines heures dans les unités de soins aigus, notamment en chirurgie, en médecine (incluant la gériatrie), en pédiatrie, en psychiatrie ou en obstétrique[4].
M9	**G3**	Les usagers **sans symptômes** compatibles de la COVID-19 à l'admission ou à l'intégration dans certains milieux où des personnes à risque de complications de la COVID-19 (ou dont la prise en charge est complexe) vivent ou reçoivent des soins et des services de santé soutenus (CHSLD, RPA, Ri-RTF, soins de longue durée, palliatifs ou psychiatriques, réadaptation en santé physique ou en déficience physique)[4].
M10		Les personnes **sans symptômes** compatibles de la COVID-19 (autres que greffées) qui subiront une procédure immunosuppressive (radiothérapie, oncologie)
M11		Les personnes **sans symptômes** compatibles de la COVID-19 qui pourraient nécessiter une intubation dans les 48 prochaines heures.
M12		Les personnes **sans symptômes** compatibles de la COVID-19 qui pourraient nécessiter une bronchoscopie dans les 48 heures pour les milieux qui n'utilise pas systématiquement le N95.

1 Le code M est utilisé pour distinguer cette nouvelle classification des précédentes (P et G). Le choix de la lettre a été fait sur la base du mois de mai, de manière arbitraire. Les couleurs précisent dans quel ordre doivent être réalisées les analyses dans une situation où les demandes de tests dépasseraient les capacités du laboratoire : rouge en premier, jaune ensuite, puis les verts et les gris en dernier.

2 La catégorisation des priorités de dépistage doit tenir préalablement compte de la pertinence de tester ou non les individus qui appartiennent à cette catégorie.

3 Il est recommandé de se référer aux documents techniques pour les symptômes reconnus, qui peuvent varier selon les contextes.

4 Incluant les transferts entre établissements.

M13	**G6**	Les contacts étroits et prolongés de cas COVID-19 **sans symptômes** sur recommandation du directeur de santé publique.
M14	**G6**	Les personnes **sans symptômes** compatibles de la COVID-19 en milieu de travail (autre que travailleurs de la santé) en éclosion ou lors d'une étude de prévalence sur recommandation du directeur de santé publique.
M15	**G6**	Les personnes **sans symptômes** compatibles de la COVID-19 en milieu de garde ou scolaires en éclosion ou lors d'une étude de prévalence sur recommandation du directeur de santé publique.
M16	**G3**	Les personnes **sans symptômes** compatibles de la COVID-19 à l'admission ou à l'intégration en milieu de vie collectif avec hébergement (ex. : refuge pour personnes en situation de vulnérabilité sociale, milieu carcéral, centre jeunesse, RI-RTF, RAC, foyers de groupe, etc.).
M17	**G6**	Travailleurs de la santé **sans symptômes** compatibles de la COVID-19 dans le cadre d'un dépistage systématique.
M18	**G6**	Personne **sans symptômes** compatibles de la COVID-19 dans le cadre de l'application de programmes de gestion des entrées dans les régions isolées.
M19		Les personnes atteintes de la COVID-19 qui sont **considérées guéries** sur la base des critères cliniques, mais dont l'exigence de TAAN négatifs en fin de la COVID-19 est recommandée par l'INSPQ.
M20	**G6**	Travailleur de la santé/stagiaire/étudiant/médecin **sans symptômes** compatibles de la COVID-19 qui passe d'une région à forte endémicité vers une région à faible endémicité.
M21	**G6**	Autres indications à la discrétion des directeurs de santé publique, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un agent de prévention et de contrôle des infections.
M22		Tout autre indication non documentée.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 5 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré que l'éclosion de la COVID-19 est devenue une pandémie. La transmission interhumaine a été confirmée par l'OMS et constitue le mode prédominant dans l'épidémie actuelle. L'état d'urgence sanitaire a été déclaré le 13 mars 2020 par le gouvernement du Québec en vertu de l'article 118 de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2) et en vigueur jusqu'au moment où le gouvernement le détermine. Dans ce contexte, plusieurs mesures ont été ordonnancées par la ministre de la Santé et des Services sociaux, l'arrêté numéro 2020-009 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 23 mars 2020, interdit les visites régulières dans tous les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec, les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF) accueillant pour les personnes qui présentent des facteurs de vulnérabilité à la COVID-19 ainsi que dans les résidences privées pour aînés (RPA) sur l'ensemble du territoire québécois et l'interdiction de sortie extérieure pour les personnes hébergées ou prises en charge dans ces ressources, sauf pour exceptions.

CONTRIBUTION DES INSPECTEURS DU GOUVERNEMENT

Pour aider à l'application de ces consignes, à la suite d'un signalement, des inspecteurs du gouvernement pourront faire des interventions auprès des exploitants des RPA ainsi que des responsables des RI-RTF accueillant les personnes qui présentent des facteurs de vulnérabilité à la COVID-19.

Ils appelleront les ressources pour lesquelles les personnes se comportent possiblement de manière non conforme aux ordonnances de santé publique. De la sensibilisation sera faite selon le cas à l'exploitant de la RPA ou au responsable de la RI-RTF qui n'ont pas mis en place des mesures pour se conformer aux directives gouvernementales en leur envoyant des documents de rappel des mesures ou en leur faisant la lecture. Des résidents/usagers qui ne se conforment pas pourraient également être contactés par des inspecteurs. À ce moment-là, les interventions seront être adaptées selon des particularités des clientèles à contacter.

… 2

1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Si plusieurs résidents/usagers ne respectent pas les mesures, le document de rappel pourrait être envoyé à plusieurs personnes dans la ressource pour les sensibiliser sur le fait qu'ils font partie d'un groupe vulnérable et que le respect de la consigne est important pour sauver des vies.

La ressource ou le résident/usager pourrait également être contacté par téléphone par un inspecteur. Ce dernier ferait la lecture du rappel des mesures, tout en veillant à sensibiliser cette clientèle vulnérable en expliquant pourquoi il est nécessaire de respecter les consignes émises par le gouvernement.

Leur intervention se situera donc en amont de l'intervention policière, sans y être obligatoirement préalable.

MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE DÉPLOIEMENT DES INSPECTEURS DU GOUVERNEMENT

Les CISSS/CIUSSS ont la responsabilité de maintenir ou mettre en place un mécanisme de communication entre eux et les RPA et les RI-RTF de leur territoire afin de les soutenir dans le contexte de la crise sanitaire actuelle.

Dans le contexte où les signalements proviendront, notamment, des CISSS/CIUSSS, un nombre limité d'interlocuteurs doivent avoir cette responsabilité au sein des CISSS/CIUSSS. Ainsi, nous invitons le responsable de la certification des RPA ainsi que le responsable des RI-RTF de chaque établissement à signaler les RPA ou les RI-RTF qui nécessitent le soutien des inspecteurs du gouvernement pour faire respecter les consignes émises par ce dernier.

Tous les signalements devront être faits simultanément aux deux adresses courriel suivantes : inspection@msss.gouv.qc.ca ainsi qu'à dgapa-covid-19@msss.gouv.qc.ca.

Chaque signalement devra contenir toutes les informations requises afin de favoriser une intervention rapide, notamment, le motif d'intervention, le nom de la RPA ou de la RI-RTF concernée, son adresse, la région où elle est située ainsi qu'une adresse courriel, le cas échéant. Si une intervention doit être faite auprès d'un résident/usager en particulier, le signalement devrait comporter, si possible, son prénom, son nom, et son numéro de chambre, le cas échéant.

… 3

La liste des interlocuteurs de votre établissement devra être transmise aux adresses courriel identifiées précédemment, pour vérifier la source de l'information lors d'un signalement.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

c. c. Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des centres intégrés et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02502-42

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 6 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ÎLE DE MONTRÉAL

Mesdames,
Messieurs,

Dans le contexte actuel de la pandémie à la COVID-19, vous avez été convoqués à une rencontre, le 30 mars dernier, afin d'échanger quant aux enjeux anticipés, sur le territoire montréalais, en matière d'organisation des services d'urgence et d'hospitalisation dans les unités internes et d'hébergement pour la clientèle dont l'état mental conduit à une désorganisation et une inaptitude à recevoir des soins spécialisés en psychiatrie.

Lors de cette rencontre, trois scénarios ont été abordés :

1. La mise en place d'une urgence unique pour l'île de Montréal avec des unités internes du réseau montréalais pour les patients testés négatifs à la COVID-19;

2. Le maintien des responsabilités assumées actuellement par les établissements et des activités prévues en psychiatrie, par les réseaux territoriaux de services de santé et de services sociaux (RTS) et les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS), pour réagir au contexte de la crise sanitaire actuelle;

3. La mobilisation des urgences psychiatriques des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, du Nord-de-l'Île-de-Montréal, de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, et de l'Est-de-l'Île-de-Montréal pour la psychiatrie et l'orientation des patients testés positifs à la COVID-19 vers les instituts universitaires, excluant l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

À la lumière de vos rétroactions, à quelques nuances près, une grande majorité d'établissements privilégie le deuxième scénario. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) accueille ce signal, mais considérant qu'il est important de minimiser les risques pour les personnes présentant un problème psychiatrique de modéré à sévère, il nous apparaît essentiel de mettre en place un mécanisme de coordination afin d'assurer la réactivité, l'adéquation des ressources et des processus ainsi que les liens nécessaires avec les soins et services de santé physique.

Ainsi, le MSSS annonce la mise en place d'une Table de coordination, dès maintenant, sous la gouvernance du directeur national en santé mentale et en psychiatrie légale, D[r] Pierre Bleau. De plus, monsieur Daniel Corbeil agira à titre de chef de projet et assumera la coordination tactique et opérationnelle. Le mandat de la Table sera d'assurer une prise en charge adéquate de la clientèle atteinte d'un trouble mental et de la clientèle vulnérable nécessitant une hospitalisation sécuritaire ayant un diagnostic COVID-19 positif.

Plus précisément, la Table aura, notamment, pour objectifs de :

- dresser l'état des lieux au sein des établissements de l'île de Montréal et d'en faire une analyse;
- élaborer des mécanismes de référence et d'admission avec la santé physique;
- établir des procédures de transport pour la clientèle visée;
- évaluer la progression des admissions des patients présentant un diagnostic COVID-19 positif afin de planifier l'ajout de lits additionnels, lorsque requis.

La Table sera composée des chefs de département et des directeurs en santé mentale, dépendance et itinérance. Se joindront également à ces travaux, D[re] Lucie Poitras, directrice générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique, D[re] Élyse Berger Pelletier, directrice générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accueil clinique, monsieur Daniel Garneau, directeur général adjoint des programmes en déficience en trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique, ainsi que D[re] Diane Poirier, directrice de la coordination ministérielle 514-450. Aussi, des rencontres quotidiennes seront organisées afin de permettre une réponse rapide et efficace aux enjeux actuels et à venir, et ainsi favoriser une collaboration étroite entre les différents acteurs impliqués.

... 3

Compte tenu de l'urgence d'agir, nous vous demandons de vous assurer de la contribution de vos représentants aux travaux de la Table et de les inciter à s'inscrire en mode solution concertée et dans une vision globale de l'organisation des services en santé mentale pour le territoire montréalais. Leur implication permettra d'assurer une réponse optimale aux besoins de la clientèle dont l'état mental conduit à une désorganisation et une inaptitude à recevoir des soins spécialisés en psychiatrie.

Pour toute question relative à la mise en place de la Table, je vous invite à communiquer avec D[r] Pierre Bleau, par courriel, à l'adresse pierre.bleau@msss.gouv.qc.ca.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. Chefs de départements SMDI des établissements publics de l'île de Montréal
Directeurs SMDI des établissements publics de l'île de Montréal
PDGA des établissements publics de l'île de Montréal

N/Réf. : 20-MS-02502-35

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 6 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES, PRÉSIDENTS, DIRECTRICES GÉNÉRALES, DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ORDRES PROFESSIONNELS DU DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES RELATIONS HUMAINES

Mesdames,
Messieurs,

Le gouvernement du Québec a annoncé hier, lors de la conférence de presse quotidienne du premier ministre, la mise sur pied de mesures d'aide destinées aux petites et moyennes entreprises du Québec.

Les mesures annoncées par le ministre de l'Économie et de l'Innovation sont administrées par différentes organisations. Étant donné que plusieurs ordres professionnels des domaines de la santé et des services sociaux ont des membres qui opèrent une clinique ou une entreprise liée à leur profession, des mesures pourraient s'appliquer à ceux-ci en cas de besoin.

Nous avons le plaisir de vous informer qu'à compter d'aujourd'hui, vos membres concernés peuvent obtenir les renseignements nécessaires auprès d'Investissement Québec au 1 844 474-6367 qui sera en mesure de les orienter vers la meilleure mesure en fonction des besoins. Nous vous laissons le soin de transmettre l'information à vos membres selon vos mécanismes habituels.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

N/Réf. : 20-MS-02502-45

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 6 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Suivant l'évolution actuelle de la pandémie, et suivant également l'expérience européenne, il est nécessaire de revoir nos directives pour la prise en charge des patients hospitalisés, et notamment de clarifier la trajectoire de la clientèle obstétricale.

Ainsi, vous retrouverez en pièce jointe le tableau de classification des centres hospitaliers (CH) par région. Cette liste est évolutive et une mise à jour vous sera transmise au moment opportun. Les catégories doivent être interprétées selon les définitions suivantes :

- Centre désigné COVID : Centre de prise en charge hospitalière de patients confirmés à la COVID-19, tant au niveau local qu'à la suite des transferts d'autres CH.
- Centre sous tension en vue d'être désigné : Préparation à la prise en charge hospitalière de patients confirmés à la COVID-19 au niveau local; ne sont pas ouverts aux transferts d'autres CH.
- CH « froid » : CH conservé pour la prise en charge de patients hospitalisés Non-COVID-19. Transfère ses patients positifs vers les centres désignés. En contexte de transmission communautaire, il est nécessaire de désigner des zones tièdes pour les patients suspectés d'avoir contracté la COVID-19.

Nous vous rappelons que :

- Le centre demandant un transfert doit s'assurer que la condition médicale du patient nécessite des soins aigus en CH qui ne peuvent être dispensés à domicile ou en milieu alternatif avant d'en faire la demande

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- Les centres désignés ont l'**obligation d'accepter le transfert,** et ce, en cohérence avec le décret d'état d'urgence sanitaire.
- Tous les transferts de patients COVID-19 positifs sont coordonnés par le COOLSI, à l'exception de l'obstétrique, de la pédiatrie et de la néonatalogie qui sont coordonnées par le CCPQ.
- Une communication avec l'installation désignée doit obligatoirement avoir lieu avant tout transfert de personnes COVID-19 positives.

Comme indiqué dans le plan de contingence, au niveau d'alerte 4, toutes les installations pourront être interpellées pour hospitaliser des patients COVID-19 positifs. Ainsi, tous les établissements doivent se préparer en ce sens.

Nous vous rappelons que les centres désignés ou non désignés hospitalisant des patients COVID-19 positifs doivent avoir un protocole en vigueur pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant, notamment par la création de zones dédiées aux patients positifs.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. Plan de contingence provincial (v11)
Classification des CH par région

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-46

Santé et Services sociaux Québec

PLAN PROVINCIAL DE CONTINGENCE COVID-19 – Centres hospitaliers

Version 11
Mise à jour :
6 avril 2020

	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3a	Niveau d'alerte 3b	Niveau d'alerte 4
Activation selon • Lit de SI ou • Lit d'unité ou • Civière urgence • Matériel et RH	Dès la présence d'un critère parmi: • 50% des chambres à pression négative CD1 en SI • 50 de lits des CD 1 utilisés en hospitalisation gén. • Moins de 20% des visites totales à l'urgence sont associées au COVID-19 • < 20 % de taux d'absentéisme du personnel (CD1)	Dès la présence de 2 critères ou plus parmi: • 50% des chambres à pression négative CD1 et CD2 en SI • 50% de lits des CD1 et CD2 utilisés en hospitalisation gén. • 20 à 40% des visites totales à l'urgence sont associées au COVID-19 • Transmission communautaire • 20-30 % de taux d'absentéisme du personnel (CD1-2)	Dès la présence du critère suivant: • 50% des chambres à pression négative CD1, CD2, CD3 en SI • 30-40% de taux d'absentéisme du personnel (CD1-2)	Chambres à pression négative en SI saturées et passage en chambres à pression neutre	N/A

LE DÉCLENCHEMENT DES PHASES EST DÉCIDÉ PAR LE MSSS ET SE FAIT RÉGIONALEMENT ET PAR CLIENTÈLE ADULTE OU PÉDIATRIQUE

	Centres désignés 1(CD1) = 4 CH	Centres désignés 2(CD2) = CD1+ 7 CH	Centres désignés 3 (CD3) = CD1 + CD2 +		Tous les CH
Désignation et identification Établissement(s) désigné(s) pour Covid-19 confirmés	Hôp. Général Juif IUCPQ CHUS CHUM et CUSM HRV (seulement patients nécessitant soins tertiaires et quaternaires spécifiques) **Enfants:** CHU Ste Justine CMES-CHUQ CHUS	Hop. Sacré-Cœur CIUSSS de l'EST (HMR + SC) CHUQ-HEJ Hop. Charles-Lemoyne Hop. Pierre-Boucher Hop. Trois-Rivières **Enfants:** D'abord remplir les CD1 puis ajouter CUSM	***Se référer au tableau « Classification des CH par région » pour la liste à jour des centres désignés par clientèle (adulte, obstétrique, pédiatrie, néonatalogie).***		
Actions Tous les Établissements Toutes les régions	▪ Réduire les activités électives, non essentielles ou non urgentes: ambulatoires, chirurgicales, endoscopiques. ▪ Favoriser la téléconsultation. ▪ Envisager l'ouverture de cliniques de dépistage pour soulager les salles d'urgence. ▪ Planifier l'équipement/matériel nécessaire.	▪ Cesser les activités électives, non essentielles ou non urgentes: ambulatoire, chirurgicales, endoscopique. Comité d'évaluation par installation. ▪ Recevoir les usagers non COVID détournés des urgences des CD1 et CD2.	▪ Considérer suspendre certaines activités de transplantation selon la pression sur les ressources opératoires et de soins critiques et le risque infectieux populationnel. ▪ Rationaliser au maximum les activités chirurgicales (comité de pertinence de délestage).		▪ Maintien de toutes les actions du plan NSA Poursuite des transferts site alternatifs maximisés
Actions Établissements désignés	**Urgence** ▪ Plan de débordement à l'urgence - sectorisation ▪ Réviser et adapter les procédures du code Orange **Hospitalisation générale et Soins intensifs** ▪ Les CH gardent leurs patients suspects jusqu'à la confirmation du test +, sauf si le patient nécessite des soins ne pouvant être prodigués dans leur propre institution. ▪ Tous les CD2 se préparent immédiatement pour contingence – surcapacité (augmentation de la capacité de 100%) – Cohortage et sectorisation à considérer pour niveau 2 – Optimisation de la capacité en pression négative ▪ Débuter la relocalisation de certaines unités, Ex: Soins palliatifs **NSA et CHSLD** ▪ Déploiement du plan NSA séquencé ▪ CHSLD: Conserver les niveaux de soins 3-4 et créer des zones COVID +, COVID – et COVID suspect ▪ Les cas positifs de l'ICM et de l'INM doivent transférer aux CD2, incluant le CHUM et le CUSM, dans la perspective de protéger leur mission. **Obstétrique:** ▪ Les GARE positives doivent être transférées en CD. ▪ Les patientes positives à la maison doivent y demeurer jusqu'au travail actif puis être accouchées dans le centre prévu de leur territoire.	**Urgence** ▪ Ajout coordonnateur médical à l'urgence. ▪ Instaurer 3 zones de triage. ▪ Détourner les usagers non COVID vers autres urgences. **Hospitalisation générale et Soins intensifs** ▪ Tous les transferts COVID + sont coordonnés par le COOLSI. ▪ Tous les patients COVID+ doivent être transférés en centres désignés. ▪ Consignes de transfert pour les patients COVID+ hospitalisés pour raison suivante : – Obstétrique en travail actif: transférer après accouchement. – Psychiatrie non symptomatique: installer 3 zones et transférer en présence de symptômes – Soins palliatifs (niveaux de soins 3 & 4) en CH : transférer en centres désignés si ne peuvent retourner en milieu de vie. – Patients trop instables pour transport: transférer une fois stabilisés. ▪ Les CD1 doivent mettre en place une surcapacité à 200% et continuent de remplir leurs lits. ▪ Prioriser le dépistage d'abord des patients admis. ▪ Poursuite du plan NSA séquencé. ▪ Relocaliser certaines unités et créer des zones COVID +, COVID -, et COVID suspect. ▪ Transférer les clientèles COVID négatifs spécialisées vers centres spécialisés (ex: chir. cardiaque vers ICM) **CHUM et CUSM** ▪ Gardent leurs patients COVID + s'ils ont la capacité ▪ Les patients ayant besoin d'une chirurgie cardiaque ou neurologique seront transférés à l'ICM et INM **Enfants:** ▪ Le niveau d'alerte pour les enfants est déclenché spécifiquement et ne suit pas nécessairement le niveau à l'adulte. Chaque centre tertiaire pédiatrique dessert son RUIS. La pédiatrie ne fait pas partie du COOLSI mais plutôt du CCPQ. ▪ Les CD1 doivent être remplis avant transferts au CUSM.	▪ Les CD1 CD2 CD3 continuent de remplir leurs lits et poursuivent leur processus de surcapacité. ▪ Réalisation de toutes les actions du plan NSA selon le plan de déploiement et le niveau d'occupation ▪ Adapter le prétriage ▪ Réorientation systématique et sécuritaire Les CD2 ▪ Continuent de remplir leurs lits en pression négative. ▪ Poursuivre l'application des 3 zones: COVID+, COVID-, COVID suspect ▪ Doivent mettre en place une surcapacité à 200% en pression négative, si possible ▪ Se préparer à cohorter des patients COVID positif dans des salles à pression neutre ▪ Lorsque le COOLSI indique que CD1 et CD2 sont à pleine capacité, les CD3 doivent commencer à accepter les transferts. ▪ Autres CH : Continuent à envoyer les patients vers les CD1 ou 2 ou 3 via le COOLSI.	▪ Utiliser les chambres à pression neutre. ▪ Analyser et mettre en tension les lits de sites alternatifs NSA.	▪ Les critères de transfert ne sont plus basés sur la présence de COVID19, mais sur la capacité de prise en charge médicale globale. ▪ Tous les hôpitaux gardent leurs patients COVID19 + en respectant les 3 zones. S'ils atteignent leur capacité, ou selon la complexité du cas, ils les transfèrent, via le COOLSI. ▪ Ouverture des secteurs aérosols à l'urgence lorsque débordement des USI. ▪ Ouverture de sites non traditionnels au besoin sur autorisation ministérielle.
Actions MSSS	▪ Point de suivi au besoin avec les établissements ▪ Tenir un registre des cas dépistés et confirmés ▪ Suivi du tableau de bord des capacités réelles et de l'utilisation des lits ▪ Soutien pour l'équipement ▪ Favoriser le recrutement de main d'œuvre supp.	▪ Phase 1 + ▪ Identifier des centres désignés pour les clientèles spécialisées ▪ Coordination des sorties NSA avec responsables régionaux	▪ Phase 2 + ▪ Réévaluer les recommandations de chambre à pression négative	▪ Phase 2 + ▪ Mettre en place un comité de pertinence clinique de délestage	▪ Point de suivi quotidien

Santé et Services sociaux Québec

COVID: Classification des CH par région

6 avril 2020

LÉGENDE	
	Centre désigné COVID
	Centre sous tension en vue d'être désigné
	CH "froid"

Région	Établissement	Installation	Centre désigné en date du 6 avril 2020				Niveau de services Soins intensifs	Niveau de services Soins intensifs PED	Niveau de services Obstétrique
			Adulte	Obstétrique	Néonatalogie	Pédiatrie			
1	CISSS du Bas-Saint-Laurent	Hôpital régional de Rimouski	X	X			2A		2B
		Hôpital régional du Grand Portage (R-du-L)					2A		
		Hôpital de Matane					1		
		Hôpital d'Amqui					1		
		Notre-Dame-de-Fatima (Kamouraska)					1		
		Notre-Dame-du-Lac (Témiscouata)					1		
	Total région 1								
2	CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean	Hôpital de Chicoutimi	X	X			3A		2B
		Hôpital Alma					2A		
		Hôpital Roberval					1		
		Hôpital Jonquière					1		
		Hôpital Dolbeau					1		
		Hôpital La Baie							
	Total région 2								
3	CHU de Québec-Université Laval	CHUQ-Centre mère-enfant soleil	Soins intensifs **Mère**	X	X	X		3B	3C
		Hôpital de l'Enfant-Jésus	X				3B		
		Hôpital Saint-François-d'Assise					2A		
		Hôtel-Dieu de Québec					3B		
		Centre hospitalier université Laval (adulte)					2A		
		Hôpital St-Sacrement					1		
	CIUSSS Capitale-Nationale	Hôpital Baie St-Paul					1		
		Hôpital La Malbaie					1		
	Institut universitaire de pneumologie et cardiologie de Québec	IUCPQ	X				3B		
	Total région 3								
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CHAUR de Trois-Rivières	X	X			3A		2B
		Hôpital Haut-St-Maurice (La Tuque)					1		
		Hôpital Sainte-Croix (Drummondville)					2A		
		Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (Shawinigan)					2A		
		Hôtel-Dieu d'Arthabasca (Victoriaville)					2A		
	Total région 4								
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	CHUS Fleurimont	X	X		X	3B	3A	3B
		CHUS Hôtel-Dieu de Sherbrooke	X				3B		
		Hôpital de Memphrémagog					1		
		Hôpital de Granit					1		

		Hôpital de Granby					2A		
		Brome Missisquoi-Perkins					2A		
	Total région 5								
6	CHU Sainte-Justine	CHU Sainte-Justine		X	X	X		3B	3C
	CHUM	CHUM	X	X	X		3B		2B
	CUSM	Site Glen	X	X	X		3B		3C
		Hôpital Général de Montréal	X				3B		
		Hôpital Lachine					1		
		Insititut de neurologie de Montréal					3B		
	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	X						1B/2A
		Hôpital Jean-Talon							
		Hôpital Fleury							
	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	X	X			3B		3A
		Hôpital Santa-Cabrini	X				2A		
	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Hôpital Général Juif	X	X	X		3A		3A
	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Hôpital du Lakeshore	X				2B		
		Hôpital de Lasalle					1		
		Hôpital St-Mary's					2A		
	CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Hôpital Notre-Dame	X				2A		
		Hôpital de Verdun					2A		
	Institut de cardiologie de Montréal	ICM					3B		
	Total région 6								
7	CISSS de l'Outaouais	Hôpital de Hull	X				3A		
		Hôpital de Gatineau		X			2A		
		Hôpital de Papineau					1		
		Hôpital de Pontiac					1		
		Hôpital de Maniwaki					1		
	Total région 7								
8	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Hôpital de Rouyn-Noranda	X	X			2A		
		Hôpital d'Amos					2A		
		Hôpital de Lasarre					1		
		Hôpital de Val-d'Or					2A		
		Pavillon Sainte-Famille					1		
	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue								
9	CISSS de la Côte-Nord	Hôpital Le Royer (Baie Comeau)					1		
		Hôpital de Sept-Îles							
		Les Escoumins							
		Forestville							
		Fermont							
		Port-Cartier							
		Havre-Saint-Pierre							
		Blanc-Sablon							

	CISSS de la Côte-Nord									
10	CRSSS de la Baie-James	Hôpital de Chibougamau	X				1		
	CRSSS de la Baie-James									
11	CISSS de la Gaspésie	Hôpital de Maria					1		
		Hôpital de Gaspé					1		
		Hôpital de Chandler					1		
		Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts					1		
	CISSS des Îles	Hôpital de l'Archipel					1		
	CISSS de la Gaspésie et CISSS des Îles									
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	Hôtel-Dieu de Lévis	X				3A		2B
		Hôpital de Saint-Georges					2A		
		Hôpital de Thedford Mines					2A		
		Hôpital de Montmagny					1		
	Total région 12									
13	CISSS de Laval	Hôpital de la Cité-de-la-Santé	X	X	X		2B		2B
	Total région 13									
14	CISSS de Lanaudière	Hôpital Pierre-Legardeur	X	X	X		2A		2B
		Centre hospitalier régional de Lanaudière (Joliette)					2A		
	Total région 14									
15	CISSS des Laurentides	Hôpital de St-Jérôme	X				2B		2B
		Hôpital de St-Eustache					2A		
		CSSS Argenteuil					1		
		Hôpital Laurentien					1		
		Hôpital Rivière-Rouge					1		
		Hôpital de Mont-Laurier					1		
	Total région 15									
16	CISSS de la Montérégie-Centre	Hôpital Charles-Lemoyne	X	X	X		3A		1B
		Hôpital du Haut-Richelieu							
	CISSS de la Montérégie-Est	Hôpital Pierre-Boucher	X	X	X		2A		2B
		Hôpital Honoré-Mercier (Saint-Hyacinthe)					2A		
		Hôtel-Dieu de Sorel					1		
	CISSS de la Montérégie-Ouest	Hôpital Anna-Laberge							
		Hôpital Suroît							
		Barrie Memorial							
	Total région 16									
17	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik	CS Kuujjuaq de l'Ungava							
		CS Puvirnituq							
	Total région 17									
18	Conseil Cri de la santé et des services sociaux Baie James	CCSSS Baie James - Chisasibi							
	Total région 18									
Ensemble de la province										

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 7 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous informer des nouvelles orientations concernant la stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures requis, prévue par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour contrer la pandémie COVID-19. À cet effet, vous trouverez ci-joint une mise à jour de la note d'information au réseau de la santé et des services sociaux, **en date du 7 avril 2020**.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M. Horacio Arruda, MSSS
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M^me^ Louise Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Chefs de DRMG

N/Réf. : 20-MS-00496-51

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e^ étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Santé et Services sociaux Québec

NOTE D'INFORMATION – CORONAVIRUS

Stratégie d'approvisionnement

Le 7 avril 2020

Dans ses orientations stratégiques pour contrer la pandémie COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prévoit une stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures requis. Cette stratégie prévoit notamment :

1. La détermination d'une liste formelle des produits essentiels à la prestation de soins et de services et la catégorisation de ceux-ci en produits critiques ou produits essentiels.

2. La réalisation d'ententes d'approvisionnement avec des fournisseurs et la constitution des réserves de produits critiques nécessaires pour la pandémie. Ces réserves pourront être localisées chez les fournisseurs ou dans des entrepôts centraux du réseau de la santé et des services sociaux.

3. La constitution des règles de distribution (allocation des équipements de protection individuelle (EPI)) de réserves locales des produits essentiels et critiques nécessaires :
   - pour le démarrage et le fonctionnement des centres désignés déterminés par le MSSS;
   - pour le démarrage et le fonctionnement des cliniques d'évaluation désignées déterminées par le MSSS;
   - pour le fonctionnement et le maintien des activités du réseau.

4. La mise en place, le 25 mars dernier, des cliniques désignées d'évaluation (CDE) pour les milieux de première ligne.

5. En fonction des recommandations émises par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) recommande que, pour les régions où une transmission communautaire soutenue est documentée, il soit possible d'appliquer les actions suivantes. À noter que ces recommandations sont émises pour tous les milieux de soins[1] et ne concernent que les masques de procédure.

   a. Que les usagers se présentant pour une consultation (urgence, clinique médicale ou autre) portent un masque de procédure seulement s'ils présentent des symptômes compatibles ou ayant des facteurs de risque identifiés 2 pour la COVID-19;
   b. Que tous les travailleurs de la santé (hôpitaux, cliniques médicales, CHSLD, soins à domicile) qui donnent des soins et qui sont à moins de deux mètres d'un usager, portent un masque de procédure en continu (ils doivent le changer s'il est mouillé, souillé ou à la fin du quart de travail). Chaque milieu devrait aussi déterminer la nécessité de garder le masque lors de proximité entre les travailleurs de la santé eux-mêmes.

---

[1] Cet avis concerne tous les milieux de soins, soit les hôpitaux (soins aigus), les cliniques médicales (GMF, cliniques externes, cliniques médicales, cliniques désignées d'évaluation, etc.) et les milieux de soins de longue durée (CHSLD), ainsi que lors des soins à domicile.

L'approvisionnement aux différents organismes mentionnés aux priorités 3 et 4, ainsi que le préhospitalier (priorité 1), est sous la responsabilité de l'établissement public de leur territoire.

Voici donc la liste des priorités :

Priorité 1

- Cliniques désignées de dépistage (CDD), CDE, centres désignés, préhospitalier, établissements avec des cas confirmés hospitalisés.

Priorité 2

- Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et centres intégrés de santé et de services sociaux, établissements, établissements non fusionnés, instituts, centres d'hébergement de soins de longue durée (établissements publics et privés), cliniques d'avortement, Héma-Québec[2], groupes de médecine de famille, cliniques médicales, résidences privées pour aînés, ressources intermédiaires, cliniques privées.

Priorité 3

Garderies, organismes communautaires, milieux carcéraux, refuges.

Notes :

La stratégie de répartition peut être ajustée par les établissements en fonction de la criticité.

En cette période de pandémie, nous prions les établissements de ne pas surconsommer, de s'en tenir aux besoins normaux ou à une consommation moyenne de leurs fournitures, produits d'entretien, denrées et équipements. Commander en quantités raisonnables permettra aux fournisseurs de rationaliser leurs livraisons à tous les établissements. Adoptez un approvisionnement réfléchi.

Par ailleurs, si des projets de remplacement d'équipement peuvent être retardés sans mettre en péril la continuité des opérations des établissements, ce serait une voie à privilégier pour que les canaux d'acquisition soient priorisés pour la pandémie.

À compter d'aujourd'hui, le MSSS vous informe qu'il fera l'allocation des quantités des fournitures médicales des EPI ainsi que toutes les fournitures à risque de pénurie dans le contexte actuel. Par conséquent, la distribution du stock est maintenant sous la gouverne du MSSS. Les établissements n'ont plus à faire de suivi avec les distributeurs à ce sujet. Ils recevront la confirmation de leur expédition seulement. Aucune autre information ne sera donnée par les distributeurs.

Nous vous demandons également de poursuivre les actions pour réduire la consommation d'EPI.

[2] Pour Héma-Québec, il sera approvisionné au même titre qu'un établissement public.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 7 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Voici, en date du 7 avril, et dans le contexte de la réduction déjà annoncée des chirurgies électives et semi-urgentes, les dernières recommandations adoptées par le ministère de la Santé et des Services sociaux en suivi des travaux effectués par le **Sous-comité COVID-19 bloc opératoire** qui sont également appuyés par le Comité clinique directeur COVID-19.

Devant les constats suivants :

- Aucune étude ou rapport de cas de transmission de virus respiratoire au personnel soignant lors de chirurgies par laparoscopie n'a été identifié dans la littérature ;
- Selon certaines études récentes, l'ARN du virus responsable de la COVID-19 a été détecté dans des échantillons de sang et de selles de patients infectés. Toutefois, la viabilité du virus dans les échantillons extra pulmonaires et son potentiel infectieux demeurent inconnus ;
- L'évacuation rapide du dioxyde de carbone (CO2) de la cavité péritonéale en chirurgie par laparoscopie pourrait mener à des éclaboussures de sang et des aérosols contenant des particules de petites tailles, selon les résultats d'études observationnelles et expérimentales ;
- Une étude suggère l'aérosolisation possible de virus véhiculés par le sang en laparoscopie (virus de l'hépatite B) ;

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- Des études expérimentales suggèrent la présence de virus potentiellement viables dans les fumées chirurgicales, mais le risque de transmission au personnel soignant est incertain ;
- Les preuves disponibles ne permettent pas de déterminer si les fumées chirurgicales peuvent être un vecteur de transmission du SARS-CoV-2 en chirurgie par laparoscopie ;

- Plusieurs sociétés savantes recommandent de prendre en considération la possibilité d'une contamination du personnel au bloc opératoire par le SARS-CoV-2 et la mise en place de mesures de précaution additionnelles pour l'évacuation des fumées chirurgicales et lors de l'exsufflation du pneumopéritoine.

Ces différents constats suggèrent que le risque de transmission en salle d'opération du virus de la COVID-19 aux professionnels de la santé lors de la réalisation d'une chirurgie par laparoscopie est probablement faible. Étant donné le niveau d'incertitude qui demeure dans le contexte actuel, il semble raisonnable de mettre en place des mesures de précaution additionnelles pour l'évacuation des fumées chirurgicales et lors de l'exsufflation du pneumopéritoine.

Ainsi, à la lumière des informations disponibles et conscient de la nécessité de revoir régulièrement le sujet, le comité recommande :

- De retarder toute procédure jugée non urgente, en accord avec les recommandations déjà émises ;

- D'évaluer, selon la prévalence de la COVID-19 dans la communauté, les risques et bénéfices de toute intervention chirurgicale ;

- D'utiliser un système de filtration durant les procédures laparoscopiques et lors de l'évacuation du pneumopéritoine ;

- D'utiliser la pression d'insufflation la plus basse possible ;

- D'utiliser les réglages d'électrocautères les plus bas possible ;

- De s'assurer de l'étanchéité des trocarts durant la procédure ;

- De ne pas considérer, dans l'état actuel des connaissances, l'approche ouverte comme une option plus sécuritaire que l'approche laparoscopique dans les cas confirmés de COVID-19 ;

- D'envisager, dans les cas jugés à haut risque de transmission de la COVID-19, une approche alternative ou un traitement médical seul ;

- De mettre à jour l'ensemble de ces recommandations en fonction de l'évolution des connaissances et de la prévalence de la COVID-19 dans la communauté ;

Le comité émettra, dans les plus brefs délais, des recommandations concernant les risques associés aux liquides biologiques et ceux associés à la chirurgie ouverte dans le contexte de la pandémie actuelle.

Ces recommandations sont matière à changement ou à éclaircissement au fur et à mesure de l'évolution de la situation.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-52

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 8 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Dans le contexte de la pandémie à la COVID-19, le port du masque par le personnel soignant et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux prive les personnes malentendantes et sourdes d'une grande part de l'information qu'elles obtiennent normalement par la lecture labiale. Les services d'interprétation visuelle sont une bonne façon de soutenir la communication en pareille situation.

Afin de prévenir les infections à la COVID-19 et de faciliter l'accès aux services essentiels aux personnes sourdes et malentendantes, le ministère de la Santé et des Services sociaux encourage la pratique de l'interprétation visuelle à distance (IVD) dans son réseau, particulièrement dans les centres de dépistage, les centres désignés pour la prise en charge de personnes affectées par la COVID-19 et les milieux d'hébergement.

L'IVD s'actualise par l'utilisation d'un appareil portable muni d'une caméra, d'un micro, d'un haut-parleur et d'un accès à un réseau Internet à haute vitesse. Pour les usagers ayant un appareil personnel, nous demandons de privilégier son utilisation et que l'accès au réseau Internet à haute vitesse sans-fil (Wi-Fi) de votre établissement leur soit donné.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

En terminant, nous vous demandons de rendre cette information disponible à l'ensemble des sites de votre établissement et de vous référer au Service régional d'interprétation desservant votre territoire si des informations complémentaires étaient nécessaires. La liste des coordonnées des ressources d'interprétation est jointe à la présente.

Enfin, vous trouverez ci-joint un court document explicatif sur l'IVD. Il est également possible d'obtenir plus d'information à l'adresse https://sivet.ca/services/secteurs-dactivites/interpretation-video-distance/.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. PDGA des établissements de santé et de services sociaux
Mme Chantal Maltais, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02502-13

Coordonnées des Services d'interprétation visuelle et tactile

Ressources d'interprétation	Régions desservies
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec (SRIEQ) 9885, boulevard de l'Ormière Québec (Québec) G2B 3K9 Téléphone : **(418) 622-1037** Courriel : srieq@bellnet.ca Denise Thibault, directrice : denise.thibault@bellnet.ca	Bas-St-Laurent Saguenay-Lac-St-Jean Capitale-Nationale Mauricie-Centre-du Québec Côte-Nord Gaspésie Iles-de-la-Madeleine Chaudière-Appalaches
Services d'Interprétation pour les Personnes Sourdes de l'Estrie (SIPSE) 359, rue King Est, bureau 203 Sherbrooke (Québec) J1G 1B3 Téléphone : **(819) 563-4357** Courriel : administration@sipse.net M. Michel Brière, directeur : sipse.coordo@gmail.com	Estrie
Services d'interprétation visuelle et tactile (SIVET) 4315, rue Frontenac, suite 300, Montréal (Québec) H2H 2M4 Téléphone : **(514) 285-8877, poste 1** Courriel : info@sivet.ca Suzanne Laforest, directrice : slaforest@sivet.ca	*Desserte en LSQ** Montréal Laval Lanaudière Laurentides Montérégie
Centre de la Communauté Sourde du Montréal Métropolitain (CCSMM) 2200 Boul Crémazie Est, bureau 203, Montréal (Québec) H2E 2Z8 Téléphone : **(514) 903-2200** Gilles Read, directeur : ccsmm@videotron.ca	*Desserte en ASL** Montréal Laval Lanaudière Laurentides Montérégie
Interprétation signes et paroles inc. (ISEP) Casier postal 8274 Ottawa T CSC Ottawa (Ontario) K1G 3H7 Téléphone : (**613) 699 9101** Chantale Léonard et Stéphanie Rousseau, co-directrices : **info@isep.ca**	Outaouais
Service régional d'interprétariat de l'Abitibi-Témiscamingue (SRIAT) 380, rue Richard, Local 203 Rouyn-Noranda (Québec) J9X 4L3 Téléphone : **(819) 762-8116** ou **1-888-316-8116** Rémi Mailloux, directeur : rmailloux@laressource.org	Abitibi-Témiscamingue

*La langue signée du Québec anglophone est l'American Sign Language (ASL), alors que la plus répandue au Québec est la Langue des Signes Québécoise (LSQ)

GUIDE EXPLICATIF
INTERPRÉTATION VIDÉO À DISTANCE

L'INTERPRÉTATION VIDÉO À DISTANCE (IVD) EST MAINTENANT POSSIBLE GRÂCE À LA TECHNOLOGIE

POURQUOI UTILISER L'IVD?

Accessible
Procédure de réservation simple et service disponible sur l'appareil de votre choix

Économique
Tarification minimum de 30 min au lieu de 2h

Écologique
Réduction des déplacements



L'IVD est la technologie idéale pour les rencontres entre deux ou plusieurs personnes* qui se trouvent dans un même lieu ou différents lieux physiques*. L'IVD est une alternative à l'interprétation en présence dans divers secteurs du domaine sociocommunautaire.

COMMENT FONCTIONNE L'IVD?

L'interprète est devant une plateforme à distance de la personne sourde qui elle est en présence d'une ou de plusieurs personnes entendantes. Il est possible de faire de l'IVD multisite, c'est-à-dire que les personnes sourdes et entendantes peuvent se trouver dans différents lieux physiques et communiquer ensemble. Tout se passe alors comme si tous les participants étaient en présence.

À noter qu'il est important pour la qualité audio que la personne entendante soit dans le champ de réception du son selon l'appareil utilisé.

Les interprètes sont qualifiés et l'image vidéo est de haute qualité.

La plateforme est très facile d'utilisation et une assistance technique est fournie lorsque nécessaire. Une vidéo explicative est également disponible.

*Le nombre de personnes et le nombre de lieux physiques (multisite) peut varier selon le contexte.
Veuillez communiquer avec nous afin de valider si votre demande nous permet d'offrir l'IVD de façon optimale.

SIVET

GUIDE EXPLICATIF
INTERPRÉTATION VIDÉO À DISTANCE

QUELS SONT LES ÉQUIPEMENTS NÉCESSAIRES POUR L'IVD?

Un accès à un réseau sans fil (WiFi) haute vitesse ou une connexion internet.

Un ordinateur (muni d'une caméra vidéo, d'un micro et d'un haut-parleur), ou une tablette électronique ou un téléphone mobile.

Un lien (code) fourni par le SIVET pour vous brancher à la plateforme.

QUELS SONT LES SECTEURS D'ACTIVITÉ VISÉS POUR L'UTILISATION DE L'IVD?

- **Santé**
- **Travail et activités syndicales**
- **Services juridiques**
- **Services financiers**

D'autres secteurs peuvent également être autorisés. N'hésitez pas à en faire la demande au SIVET. Nous ferons tout en notre pouvoir pour vous accommoder.

COMMENT MAXIMISER LE BON FONCTIONNEMENT DE L'IVD?

- Installez-vous dans un endroit isolé et non bruyant.
- Assurez-vous d'avoir fermé les autres logiciels utilisant une caméra (SRV, Skype, etc.).
- La personne sourde doit se positionner face à l'écran et la personne entendante près du micro.
- La personne entendante regarde et parle directement à la personne sourde.
- Avant de commencer la rencontre, présentez à l'interprète chacune des personnes présentes et donnez-lui un aperçu du sujet qui sera discuté.

SIVET
SIGNEZ LE MOUVEMENT

sivet.reception
info@sivet.ca
514-285-8877
www.sivet.ca
www.facebook.com/sivetmm

SIVET

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 8 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX ET À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

Mesdames,
Messieurs,

Conformément aux directives concernant le soutien à domicile vous ayant été récemment transmises pour faire face à la pandémie actuelle de la maladie à coronavirus COVID-19, la prestation de certains services de soutien à domicile doit temporairement être suspendue ou réduite afin de diminuer les contacts avec les usagers (distanciation), éviter les risques de propagation du virus et s'assurer que les équipes de soutien à domicile soient disponibles pour répondre aux besoins essentiels de la population.

Par la présente, nous souhaitons réitérer les directives à l'égard des services de répit à domicile. Ainsi, en l'absence de facteurs de risque de contamination à la COVID-19, les services de répit à domicile jugés essentiels, qu'ils soient dispensés par les établissements, pour le compte des établissements par les prestataires externes de services ou par des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, doivent se poursuivre. En ce sens, nous souhaitons vous rappeler l'importance pour votre établissement de s'assurer que les services de répit à domicile soient disponibles pour les proches et les familles dont l'interruption risquerait de compromettre l'intégrité ou la sécurité des usagers ou des personnes proches aidantes et d'en assurer la poursuite, notamment, lorsqu'un risque d'épuisement pouvant occasionner une relocalisation ou placement d'un usager est présent.

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990

Pour les usagers ayant contracté la COVID-19 ou étant à haut risque de l'avoir contractée, tous les services de répit à domicile doivent être suspendus. Toutefois, l'établissement doit évaluer la pertinence de mettre en place un suivi à distance ainsi que de rehausser les services d'aide à domicile afin de soutenir les personnes proches aidantes.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

c. c. Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des CISSS et des CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-02502-54

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 8 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, AUX PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Étant donné que le directeur national de santé publique a déclaré, le 4 avril 2020, que le Québec connaît une transmission communautaire soutenue de la COVID-19, veuillez noter que de nouveaux avis ont été développés ou mis à jour par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur le port du masque de procédure.

Le premier intitulé **Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue**, concerne tous les milieux de soins, soit les hôpitaux (soins aigus), les cliniques médicales (groupes de médecine de famille, cliniques externes, cliniques médicales, cliniques désignées d'évaluation, etc.), les milieux de réadaptation et les milieux de soins de longue durée (centres d'hébergement de soins de longue durée), ainsi que lors des soins à domicile.

Le second intitulé **Avis port du masque pour protéger les personnes vulnérables dans les milieux de vie lors de transmission communautaire soutenue**, concerne toute personne offrant un service d'assistance personnelle, de soins corporels ou toute autre intervention à une personne vulnérable.

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Vous trouverez les documents ci-joints en version de travail et sous peu dans leur version officielle sur le site Web de l'INSPQ.

Nous rappelons l'importance aux établissements de fournir les équipements de protection nécessaires, tel que mentionné dans les guides, aux intervenants sur leurs territoires, notamment aux entreprises d'économie sociale.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. Sécurité civile, MSSS
Aux présidents-directeurs généraux des établissements publics du RSSS
Aux membres du CODIR

N/Réf. : 20-MS-02502-64

INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Avis port du masque pour protéger les personnes vulnérables dans les milieux de vie lors de transmission communautaire soutenue

7 avril 2020

Compte tenu que le Directeur national de santé publique a déclaré, le 4 avril 2020, que le Québec connaît une transmission communautaire soutenue de la COVID-19, l'INSPQ recommande des mesures supplémentaires afin de :

- Protéger les personnes les plus à risque complications face à la COVID-19 (personnes âgées de plus de 70 ans, personnes présentant des maladies chroniques, personnes immunosupprimées);
- Éviter l'introduction de la COVID-19 dans certains milieux d'hébergement non hospitaliers à risque d'éclosion.

À cet effet, l'INSPQ recommande le port d'un masque par toute personne offrant un service d'assistance personnelle, de soins corporels ou toute autre intervention à une personne non malade[1], dans les situations suivantes :

- Lorsqu'elle s'approche à moins de 2 mètres d'une personne à risque de complications (voir liste ci-haut) (à domicile, dans les RPA, RI, etc.) (priorité 1).
- Lorsqu'elle s'approche à moins de 2 mètres de toute personne hébergée dans un milieu fermé (milieu carcéral, centres jeunesse, etc.) (priorité 2).

Le port du masque de procédure (ou chirurgical) est à privilégier s'il est disponible; s'il n'est pas disponible, il peut être remplacé par un couvre-visage (masque non médical) en tissus.

Les personnes qui portent un masque ou un couvre visage doivent respecter les consignes suivantes :

- Pratiquer l'hygiène des mains avant de mettre le masque et après l'avoir retiré;
- Éviter de toucher le masque facial lorsqu'il est porté;
- Jeter ou remplacer les masques de procédure (ou chirurgicaux) dès qu'ils sont humides, souillés ou froissés :
  - jeter les masques correctement dans une poubelle doublée de plastique
  - ne pas laisser traîner les masques sur des tables, comptoirs, etc.
  - s'ils ne sont pas utilisés pour se protéger lors du contact avec une personne malade, le masque peut être réutilisé sur un même quart de travail; entre 2 utilisations, il peut être plié de façon à ce que l'extérieur du masque soit replié sur lui-même et placé dans un contenant non hermétique ou un sac en papier.

[1] SI la personne présente une infection, suivre les recommandations appropriées à la situation pour assurer sa protection personnelle.

Québec

- Changer le couvre-visage en tissu dès qu'il est humide ou souillé :
  - mettre le couvre-visage directement dans la machine à laver ou dans un sac qui sera vidé dans la machine;
  - le couvre-visage en tissus peut être lavé avec d'autres articles à l'eau chaude, puis séché à fond.
  - il doit être lavé quotidiennement.

Pour les mesures visant la protection des travailleurs, se référer aux recommandations spécifiques selon les milieux (SAT)
https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sante-au-travail

Pour les mesures visant les milieux de soins, se référer aux mesures recommandées par le CINQ.
https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections

AUTEURE

Louise Valiquette
Direction des risques biologiques et de la santé au travail,
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge
Direction des risques biologiques et de la santé au travail,
Institut national de santé publique du Québec

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 2973

Institut national de santé publique Québec

INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Port du masque de procédure en milieux de soins[1] lors d'une transmission communautaire soutenue

7 avril 2020

Analyse

La situation épidémiologique de la COVID-19 évolue au Québec. Ainsi, en date du 4 avril 2020, le Directeur national de santé publique du Québec, le Dr Horacio Arruda, annonçait qu'une transmission communautaire soutenue était confirmée dans toutes les régions du Québec.

Dans ce contexte de transmission communautaire soutenue sur tout le territoire québécois, il est nécessaire de réviser nos recommandations pour la protection des travailleurs de la santé. Celle-ci demeure prioritaire, particulièrement face à la possibilité de transmission par des personnes asymptomatiques.

Il est également important de tenir compte des facteurs suivants :

- Il demeure prioritaire de protéger les usagers ayant des conditions de santé à risque.
- Il faut éviter d'exposer les usagers à des travailleurs de la santé qui pourraient être des porteurs asymptomatiques de la COVID-19 en raison de tableau clinique variable; l'inverse étant également vrai.
- Il apparait pertinent de simplifier la gestion des suivis post-exposition.
- Il faut tenir compte de l'accessibilité aux équipements de protection individuelle.

Avis

En fonction des recommandations émises par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) recommande que, pour toutes les régions du Québec, il soit possible d'appliquer les actions suivantes. À noter que ces recommandations sont émises pour tous les milieux de soins[1] et ne concernent que les masques de procédure.

[1] Cet avis concerne tous les milieux de soins, soit les hôpitaux (soins aigus), les cliniques médicales (GMF, cliniques externes, cliniques médicales, cliniques désignées d'évaluation, etc.), les milieux de réadaptation et les milieux de soins de longue durée (CHSLD), ainsi que lors des soins à domicile.

1. Que les usagers se présentant pour une consultation (urgence, clinique médicale ou autre) portent un masque de procédure seulement s'ils présentent des symptômes compatibles ou ayant des facteurs de risque identifiés[2] pour la COVID-19.

[2] Facteurs de risques identifiés comme par exemple contact d'un cas connu. Le simple fait de se trouver dans une région avec transmission communautaire active n'est pas suffisant comme facteur de risque à retenir.

2. Que tous les travailleurs de la santé (hôpitaux, cliniques médicales, CHSLD, soins à domicile) qui donnent des soins et qui sont à moins de 2 mètres d'un usager portent un masque de procédure en continu (ils doivent le changer s'il est mouillé, souillé ou à la fin du quart de travail). Chaque milieu devrait aussi déterminer la nécessité de garder le masque lors de proximité entre les travailleurs de la santé eux-mêmes.

Il est nécessaire de permettre au personnel de soins d'avoir accès aux masques pendant leur travail pour une application sécuritaire des mesures de prévention et contrôle des infections recommandées, toute en assurant une gestion de la réserve pour éviter le gaspillage ou l'utilisation abusive.

Ces recommandations s'appliquent pour toutes les régions du Québec. Le port du masque pourrait localement être jugé non nécessaire pour certaines clientèles déjà hospitalisées pour une autre raison que la COVID-19 et ne présentant pas de symptômes compatibles ni de facteurs d'exposition.

À noter que cet avis porte sur les évidences scientifiques disponibles en date dudit avis.

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

AUTEUR
Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTEURS
Suzanne Leroux
Jasmin Villeneuve
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

© Gouvernement du Québec

N° de publication : 2968

Institut national de santé publique Québec

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 9 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

À LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK ET AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

Mesdames,
Messieurs,

La présente vise à vous informer des orientations déterminées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le contexte de la pandémie COVID-19, quant à l'ouverture de lieux d'hébergement temporaire jeunesse qui sont hors des installations déjà au permis de l'établissement.

En effet, il sera possible d'ouvrir des lieux d'hébergement temporaire jeunesse. Les jeunes visés sont actuellement hébergés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), de la Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1) ou de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (L.C. 2002, ch. 1). Pour ce faire, une demande de modification au permis de l'établissement doit être produite.

Afin de permettre une demande accélérée de modification de permis, une communication numérique sous la signature de la présidente-directrice générale, du président-directeur général, de la directrice générale ou du directeur général de l'établissement doit être acheminée à la Direction des relations institutionnelles du MSSS, par courriel, à permis@msss.gouv.qc.ca.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Ainsi, votre demande doit préciser le nom de la ressource, l'adresse complète, le nombre de places demandées ainsi que la date d'ouverture. La nature de la modification demandée devra être déterminée en fonction de la mission, de la classe et du type d'installation. Les changements apportés seront annulés au terme de la crise.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

c. c. Comité de direction du MSSS
PDGA des CISSS et CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-02502-55

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 9 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Voici, en date 9 avril 2020, les éléments adoptés par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour la gestion de la clientèle en soins palliatifs et fin de vie (SPFV) dans le contexte de la pandémie COVID-19. Nous précisons que ceux-ci sont également appuyés par le Comité directeur clinique COVID-19 et la Direction de la santé publique.

Nous vous invitons à consulter les directives indiquées dans le document COVID-19- SPFV ci-joint, et ce, dans un souci d'une gestion optimale de la clientèle en SPFV et d'éviter l'engorgement des urgences et des lits d'hospitalisation. Ces directives devront être mises en place dès le 9 avril 2020, et ce, pour une période indéterminée.

À noter que des précisions et un assouplissement des consignes concernant les visites ont été apportés.

Nous vous tiendrons informés de toute mise à jour qui pourrait survenir selon l'évolution de la présente situation.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-66

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e^ étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Coronavirus COVID-19

Mise à jour 2020-04-09

En raison de la progression de la maladie Coronavirus COVID-19 dans le monde, de l'évolution rapide des cas d'infection au Québec et de la transmission communautaire actuelle, nous vous transmettons des directives en regard de la gestion de la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV). Par décret 223-2020 du 24 mars 2020, les SPFV sont identifiés comme des services de santé et de services sociaux prioritaires.

DIRECTIVES POUR LES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Assurez-vous d'appliquer les directives suivantes pour l'ensemble de la clientèle en SPFV

NIVEAU DE SOINS

Toutes les personnes en SPFV doivent avoir un niveau de soins à jour. Le formulaire de niveau de soins doit être transféré dans le milieu de soins accueillant. Nous vous rappelons que le formulaire doit être signé par le médecin.

ADMISSION DANS LES UNITÉS DE SPFV ET RÉORIENTATION

Aucun cas de la COVID-19 confirmée, en investigation ou symptomatique avec de la fièvre OU de la toux OU des difficultés respiratoires n'est admis dans les unités de SPFV afin de maintenir ces unités en zone froide (CH, CHSLD, MSP). Ainsi, il y aura une réorientation des usagers vers les milieux identifiés ci-après avec les aires de confinement zone tiède ou zone chaude sur le territoire.

VISITEURS

Interdire les visites dans tous les milieux; centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) – résidence privée pour ainés (RPA) – ressource intermédiaire et de type familial (RI-RTF) – centre hospitalier (CH) et maisons de soins palliatifs (MSP), sauf pour des raisons humanitaires, comme en situation de fin de vie. (Arrêté ministériel 2020-009). Dans le cas de la fin de vie imminente, souvent annoncée par des signes non spécifiques telles l'agitation, la somnolence, l'angoisse, les modifications de la peau et aussi par l'apparition de signes de détresse respiratoire dans les derniers jours, les directives suivantes sont à appliquer :

- autoriser une personne à la fois, avec la présence maximale de 3 personnes à tour de rôle par période de 24 heures, en favorisant uniquement les personnes significatives identifiées par l'usager. Il en est de même pour les situations où l'usager reçoit une sédation palliative en continu ou l'aide médicale à mourir.

- effectuer un triage des visiteurs afin de s'assurer qu'aucun ne présente de symptôme(s) d'infection respiratoire. Aucun visiteur symptomatique n'est admis dans les milieux de soins.
- Les visiteurs asymptomatiques doivent porter un masque de procédure en tout temps pendant la visite.
- Un accompagnement individualisé des visiteurs doit être fait afin de s'assurer qu'ils respectent les mesures de prévention et de contrôle des infections. De plus, ces personnes ne doivent pas être autorisées à circuler dans le milieu de soins à d'autres endroits que ceux où se trouve leur proche qui est en fin de vie.

Utiliser les moyens technologiques afin de maintenir le contact entre l'usager et ses proches pour la période précédant la fin de vie.

Appliquer les mesures de protection de la santé publique l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) selon le milieu de soins.

CHSLD – RPA – RI-RTF – MSP : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2020-03-17_covid-19_mesurespci_interim_chsld_vf-1.pdf

CH : https://www.inspq.qc.ca/publications/2906-pci-soins-aigus-covid19

Domicile : Suivre les consignes transmises dans le document COVID-19 Directives_SAD _2020. Utiliser la dernière mise à jour.

DIRECTIVES POUR LES MAISONS DE SOINS PALLIATIFS (MSP)

- **Identifier un intervenant du CISSS ou CIUSSS pour le contact avec les MSP**. Les MSP sont considérées comme un **service prioritaire** et doivent être intégrées dans la ligne de communication du CISSS/CIUSSS afin de clarifier les trajectoires d'admission des clientèles.
- Ce service **prioritaire** implique :
    - Un accès aux garderies pour le personnel soignant selon les modalités présentées sur le site Web du ministère de la Famille : https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-auxpersonnes/services-de-garde-durgence/. Si vous avez des difficultés d'accès, communiquez avec l'intervenant de contact du CISSS ou CIUSSS assigné à la MSP;
    - Une accessibilité au matériel de protection – lunette - masque – gants – blouse de protection;
    - Une accessibilité au matériel nécessaire pour la gestion des symptômes des usagers ayant des maladies chroniques notamment pour le matériel à oxygène et à succion.
- À court terme, le **financement des MSP** est assuré par le 2e versement prévu en juillet, mais devancé en avril 2020.

ADMISSION

- Priorité d'admission :
    1. Admission des cas du domicile, de RPA et de RI-RTF;
    2. Admission des cas des CH selon le Plan provincial de contingence COVID-19.

- Clarifier la trajectoire d'admission avec le CISSS ou CIUSSS du territoire de la MSP en s'arrimant avec la gestion des lits du territoire :
    - La MSP doit aviser l'intervenant de contact lorsqu'un lit se libère en MSP. La priorité d'admission est pour l'usager provenant du domicile, d'une RPA ou d'une RI-RTF. Si toutefois il n'y a pas d'usager en provenance de la communauté, admettre un usager en provenance de CH répondant aux critères d'admission.
- Appliquer les **mesures de protection** de l'INSPQ suivantes : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2020-03-17_covid-19_mesurespci_interim_chsld_vf-1.pdf.
- Favoriser l'admission pour toute clientèle adulte : personnes ayant des maladies oncologiques ou les maladies non oncologiques (maladies chroniques).
- Si besoin de personnel, travailler en collaboration avec le CISSS ou CIUSSS des possibilités de recruter :
    - Les infirmières retraitées – infirmières auxiliaires et les préposés déjà formés;
    - Si besoin de bénévoles : examiner les possibilités de bénévolat chez les étudiants ou autres personnes disponibles.
- Si apparition des symptômes de la COVID-19 chez un patient admis, appliquer les consignes suivantes :
    - aviser l'intervenant de contact du CISSS ou CIUSSS afin de faire le dépistage de la COVID- 19 selon les directives de la santé publique;
        - https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/depistage/
    - appliquer les mesures de protection de la santé publique
        - Blouse – gants – masque et lunette pour le personnel de soins et d'entretien;
          https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2020-03-17_covid-19_mesurespci_interim_chsld_vf-1.pdf
    - Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre de l'usager pendant l'attente du résultat;
    - Si résultat positif de COVID-19 :
        - si mort imminente, appliquer le confinement de zone chaude dans la chambre de l'usager;
        - si l'usager n'est pas en mort imminente : appeler le mécanisme d'accès aux lits de votre territoire pour transférer l'usager vers un aire de confinement zone chaude d'un CHSLD.

DIRECTIVES POUR LES SPFV À DOMICILE

- Les usagers en SPFV sont maintenus à domicile : Suivre les consignes transmises dans le document COVID-19 Directives_SAD_2020. Utiliser la dernière mise à jour.
- Favoriser les suivis téléphoniques entre les visites.
- Si détérioration de l'usager (signes d'une détresse respiratoire difficile à gérer par les équipes SAD – accès difficile à une équipe de soins palliatifs et de fin de vie) et épuisement des proches aidants – transférer vers les lits de SPFV du territoire :
    - si COVID-19 confirmée ou suspecte ou en investigation, appeler le mécanisme d'accès aux lits de votre territoire pour transférer l'usager vers une aire de confinement zone chaude d'un CHSLD.
    - si COVID-19 négative ou asymptomatique – transférer vers les MSP ou les unités de soins palliatifs CHSLD selon la disponibilité des lits.

DIRECTIVES POUR LES SPFV EN RPA – RI-RTF

- Suivre les consignes transmises dans le document COVID-19 Directives_ RPA-RI-RTF 2020. Utiliser la dernière mise à jour.
- Si détérioration de l'usager connu en SPFV :
    - Aviser immédiatement le CISSS ou CIUSSS;
    - Transférer vers les lits de SPFV du territoire :
        - si COVID-19 confirmée ou suspecte ou en investigation, appeler le mécanisme d'accès aux lits de votre territoire pour transférer l'usager vers une aire de confinement zone chaude d'un CHSLD;
        - si COVID-19 négative ou asymptomatique, transférer vers les MSP ou les unités de soins palliatifs CHSLD.

DIRECTIVES POUR LES SPFV EN CENTRE HOSPITALIER

- Assurez-vous de suivre les consignes suivantes :
    - Pour les CH désignés :
        - Si usager en soins palliatifs et de fin de vie ayant la COVID-19 confirmée : transférer dans une zone chaude du CH;
        - Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre d'usager pendant l'attente du résultat.
    - Pour les CH non désignés :
        - Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre de l'usager pendant l'attente du résultat;
        - Si résultat positif de COVID-19 : appliquer le confinement de zone chaude dans la chambre de l'usager.
        - Si usager en soins palliatifs et de fin de vie (niveau de soins C ou D) ayant COVID-19 négative ou asymptomatique: l'usager demeure dans l'unité de soins palliatifs du CH.

DIRECTIVES POUR LES SPFV EN CHSLD

Suivre les consignes transmises dans le document COVID-19 Directives_ CHSLD_maj_2020. Utiliser la dernière mise à jour.

DIRECTIVES POUR LE SUIVI POST-MORTEM

Les établissements sont invités à mettre en place les mesures nécessaires pour accompagner les proches dans le suivi post-mortem tout en respectant les directives de l'INSPQ : httpx://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infection.

Annexe – Niveau d'interventions médicales (NIM) aussi appelé niveau de soins



Notes explicatives

- **Ce formulaire n'est pas un substitut au consentement aux soins qui doit toujours être obtenu *(sauf dans les circonstances exceptionnelles d'urgence).***
- **Ce formulaire doit être signé par un médecin.**

Description des niveaux de soins

La discussion sur les niveaux de soins est engagée avec l'usager ou, en cas d'inaptitude, avec son représentant dans un esprit de décision partagée sur des soins médicalement appropriés. Les explications et exemples fournis dans les descriptions suivantes ne présument pas de l'état d'aptitude de l'usager ni de son lieu de soins habituel.

Objectif A **Prolonger la vie par tous les soins nécessaires**	• Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert[1] si l'intervention n'est pas disponible sur place. • Toute intervention invasive peut être envisagée, y compris, par exemple, l'intubation et les soins intensifs. ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'intubation, l'assistance ventilatoire[2] et l'assistance respiratoire[3] sont incluses lorsqu'appropriées.
Objectif B **Prolonger la vie par des soins limités**	• Les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie. • Les interventions peuvent entraîner un inconfort qui est jugé acceptable par l'usager ou par son représentant dans le seul intérêt de l'usager, en fonction des circonstances et des résultats attendus. • Certains soins sont exclus, car jugés disproportionnés[4] ou inacceptables[4] par l'usager ou son représentant dans le seul intérêt de l'usager, compte tenu du potentiel de récupération et des conséquences indésirables *(par exemple : intubation à court ou à long terme, chirurgie majeure, transfert).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance ventilatoire[2] et l'assistance respiratoire[3] sont incluses; l'intubation est incluse sauf si non désirée sur le formulaire (cochée dans l'encadré soins préhospitaliers).
Objectif C **Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie**	• Les soins visent en priorité le confort de l'usager par la gestion des symptômes. • Des interventions susceptibles de prolonger la vie sont déployées au besoin pour corriger des problèmes de santé réversibles, par des soins jugés acceptables par l'usager ou par son représentant dans le seul intérêt de l'usager *(par exemple : antibiotiques par voie orale ou intraveineuse pour traiter une pneumonie).* • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort *(par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance respiratoire[3] est incluse; l'intubation et l'assistance ventilatoire[2] sont incluses sauf si non désirées sur le formulaire (cochées dans encadré soins préhospitaliers).
Objectif D **Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie**	• Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes *(par exemple : douleur, dyspnée, constipation, anxiété, etc.).* • Les interventions ne visent aucunement à prolonger la vie; la maladie est laissée à son cours naturel. • Un traitement habituellement donné à des fins curatives peut être utilisé, mais uniquement parce qu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort *(par exemple : antibiotiques par voie orale en cas d'une infection urinaire basse ou à C. difficile).* • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort *(par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, les protocoles d'oxygénation, de salbutamol, de nitroglycérine (douleur thoracique) et de glucagon sont applicables. En contexte de détresse respiratoire de l'usager conscient, l'assistance respiratoire[3] (CPAP) peut être utilisée si non refusée. L'intubation et l'assistance ventilatoire[2] sont exclues. Chez l'usager vivant, les manoeuvres de désobstruction des voies respiratoires (DVR) peuvent être effectuées.

Réanimation cardiorespiratoire (RCR)

La RCR fait partie de la même discussion que celle des niveaux de soins. La décision est précisée de façon distincte afin de permettre une décision rapide dans le cas d'un arrêt cardiorespiratoire. La décision concernant la RCR n'est applicable que dans le cas d'un arrêt cardiaque avec arrêt de la circulation. Dans le cas où une tentative de RCR est souhaitée, les mesures disponibles sur place seront entreprises dans l'attente des services d'urgence, selon le cas.

[1] Le terme « **transfert** » implique le déplacement de l'usager vers un lieu de soins différent de celui où il se trouve (départ du domicile, inter-établissement ou intra-établissement, etc.). Si un transfert n'est pas considéré, il faut passer à un objectif autre que A.
[2] **L'assistance ventilatoire** se fait par des techniques non invasives (type ballon-masque, Oxylaloi) chez l'usager inconscient.
[3] **L'assistance respiratoire** se fait par des techniques non invasives (CPAP) chez l'usager conscient.
[4] Le sens des termes « **disproportionné** » et « **inacceptable** » est basé sur des perceptions subjectives et des valeurs qui varient entre les personnes et dans le temps. Les termes utilisés par l'usager ou son représentant sont importants à consigner dans l'encadré prévu à cette fin.

AH-000 DT0000 (2016-01)

NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 9 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES, DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Depuis plusieurs semaines, ensemble, nous mettons en place un rehaussement important de la capacité des établissements en fonction des données et modélisations faites par les experts afin de faire face à un nombre plus important de cas hospitalisés et en soins critiques.

Toutefois, dans le but de se préparer à toute éventualité, le **Comité directeur clinique COVID-19** a mandaté un groupe d'experts indépendants afin d'établir un protocole de triage aux soins intensifs dans un contexte de pandémie. De plus, une correspondance conjointe de la FMSQ, la FMOQ et l'ACPM a été adressée à la ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Danielle McCann et à la ministre responsable des Institutions démocratiques, de la Réforme électorale et de l'Accès à l'information, madame Sonia Lebel, le 8 avril 2020 afin de demander qu'un tel protocole soit mis en place. Vous le trouverez en pièce jointe, de même que l'outil de triage pandémique.

Le recours éventuel au protocole doit être utilisé seulement dans le cas où toutes les ressources existantes auraient été utilisées, et que toutes les tentatives raisonnables auraient été faites pour déplacer les patients concernés vers les ressources disponibles. Rappelons également que celui-ci s'appliquerait à tous les patients, quelle que soit la cause de leur hospitalisation, et viserait à :

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- minimiser la mortalité et la morbidité pour l'ensemble de la population en contexte de pandémie;
- optimiser l'équité des soins;
- veiller à ce que les décisions soient conformes aux valeurs éthiques et procédurales de notre système de santé.

AUCUNE donnée prévisionnelle ne nous indique qu'il sera nécessaire d'utiliser cet outil de triage, mais plusieurs d'entre vous nous ont mentionné être important d'avoir la réflexion et les outils nécessaires au niveau national pour se préparer à cette éventualité aussi peu probable qu'elle le soit.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Version originale signée

Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. M[me] Danielle McCann, MSSS
M. Lionel Carmant, MSSS
M[me] Marguerite Blais, MSSS
M. Jonathan Valois, MSSS
M. Jérémie Casavant Dubois, MSSS
M[me] Pascale Fréchette, MSSS
M. Martin Arata, ACMDPQ
M[me] Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-66

Santé et Services sociaux Québec

TRIAGE POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS (ADULTES ET PÉDIATRIQUES) ET L'ALLOCATION DES RESSOURCES TELLES QUE LES RESPIRATEURS EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE

Pour Dre Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe

Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

Présidente du Comité directeur clinique COVID-19

Par: Marie-Eve Bouthillier, Ph.D.

01-04-2020

[1] Document traduit et adapté du Hamilton Health Science Critical Care Triage policy

Protocole de triage pour l'accès aux soins intensifs (adultes et pédiatriques) et l'allocation des ressources telles que les respirateurs en situation extrême de pandémie

Table des matières

1. Introduction 3
2. Buts et objectifs 4
3. Outils décisionnels 6
4. Politique 6
   4.1 Processus de triage des soins intensifs pour les adultes 6
   4.2 Processus de triage des soins intensifs pédiatriques 13
   4.3 Aperçu des processus de triage avant l'admission aux soins intensifs (pédiatrique ou adulte) 13
5. Procédure de triage des soins intensifs 16
   5.1 Objectif et structure de l'équipe de triage 16
   5.2 Qualifications des équipes de triage 17
   5.3 Rôle des médecins de soins intensifs dans les unités de soins intensifs 17
   5.4 Rôles du médecin de l'unité de soins intensifs au sein de l'équipe de triage 17
   5.5 Rôle du deuxième médecin et du non-médecin dans l'équipe de triage 18
   5.6 Rôle des médecins consultants 19
   5.7 Prise de décision de l'équipe de triage 19
   5.8 Conflits d'intérêts 20
   5.9 Communication des décisions de l'équipe de triage 20
   5.10 Soutien moral et psychosocial aux professionnels et au personnel lié au plan de pandémie 21
   5.11 Soutien psychosocial aux patients et familles lié au plan de pandémie 22
   5.12 Examen de la qualité 23
6. Documentation 23
   6.1 Documentation de l'état de triage du patient 23
7. Définitions 24
8. Plan provincial de contingence 24
9. Références 24
10. Annexes 27
   Annexe A : L'éthique du triage 27

Annexe B : Formulaire de triage des soins intensifs pour les adultes en situation de pandémie..... 30
Annexe C : Formulaire de triage des soins intensifs pédiatriques en situation de pandémie 31
Annexe D : Aspects juridiques 32

1. Introduction

Une pandémie est une épidémie présente sur une large zone géographique internationale. Elle touche une part particulièrement importante de la population mondiale. Les conséquences d'une pandémie non maîtrisée peuvent être très importantes sur les citoyens et le fonctionnement de la société. La pandémie risque d'augmenter considérablement les demandes d'accès aux soins intensifs et aux respirateurs. Dans ce cadre, si les lits et ressources de soins intensifs destinés aux patients pédiatriques et adultes venaient à être insuffisants, l'allocation de ces lits et ressources suit une logique différente. Les intérêts individuels, les obligations professionnelles et le bien commun entrent en tension[2]. L'objectif d'un triage pandémique en situation extrême est de maximiser les bénéfices. Toutefois, cette perspective peut se décliner de plusieurs manières. Il importe d'être vigilant afin de ne pas nuire et de protéger les populations vulnérables même dans un contexte de crise mondiale.

Ainsi, la perspective de soins et des soignants doit changer et la prise de décision au quotidien est difficile, car contre nature pour les soignants qui ne pourront plus soigner les plus malades, mais sauver le plus grand nombre. Cela peut même causer une souffrance morale chez les soignants en raison des choix déchirants auxquels ils seront confrontés quotidiennement en période de crise sociale. Pour la minimiser, six postulats guident le présent protocole :

- L'application de ce protocole de triage en situation d'exception ne diminue en rien l'obligation d'avoir des discussions avec l'usager et ses proches;
- Des critères exceptionnels sont clairement identifiés pour faire le choix des personnes qui auront accès aux lits et ressources de soins intensifs, critères qui doivent être similaires d'un établissement à l'autre et qui sont abordés en introduisant des critères cliniques de plus en plus contraignants et des critères supplémentaires permettant de trancher les impasses;
- Le choix des patients qui auront ou non accès aux lits et ressources de soins intensifs est fait par une équipe de triage qui n'est pas en contact avec les patients; cette équipe de triage est détachée des personnes visées et a comme responsabilité de faire des choix rationnels;
- En raison du contexte exceptionnel de la situation, et dans une obligation d'efficacité et de rapidité d'exécution, la hiérarchie décisionnelle est primordiale;
- Le protocole de triage s'applique à tous les patients, peu importe l'âge (incluant la pédiatrie) et la pathologie; le protocole n'est pas exclusif à l'infection à la source de la pandémie;
- La pandémie commande une gestion des lits et ressources de soins intensifs dans une perspective nationale, et vise les clientèles pédiatriques et adultes prises globalement.

[2] Extrait de Dahine, J. « Le triage et le transfert de patients aux soins intensifs : une revue systématique de critères de sélection », UdM, décembre 2018, page 2.

De façon responsable, transparente et courageuse, chaque établissement décide donc de se préparer à cette éventualité en mettant en place le protocole de triage convenu nationalement, basé sur les meilleures données disponibles.

Considérant que, malgré le protocole, une détresse morale peut être vécue par les soignants lors d'une pandémie, il est primordial pour l'établissement de mettre en place un soutien psychosocial et éthique à toutes les personnes travaillant dans l'établissement, de même qu'aux patients et familles.

2. Buts et objectifs

L'objectif général d'un système de triage est de minimiser la mortalité et la morbidité pour l'ensemble d'une population, par opposition au risque de mortalité et de morbidité individuel, et de veiller à ce que ces décisions soient conformes aux valeurs éthiques et procédurales.

Ce protocole a été élaboré pour une application spécifique à une situation de pandémie, qui risque d'entraîner une augmentation importante des besoins en soins intensifs, avec des ressources insuffisantes pour répondre à la demande. Il peut également s'appliquer à d'autres événements faisant un grand nombre de victimes (par exemple, les catastrophes naturelles, d'autres épidémies) et qui entraînent une forte augmentation des besoins.

Remarque : ce protocole s'applique à tous les patients évalués pour des soins intensifs ou recevant des soins intensifs, quelle que soit l'étiologie de leur maladie (c'est-à-dire les patients pandémiques ou non pandémiques).

Ce protocole est basé sur les hypothèses suivantes :

- Pendant une pandémie, la disponibilité des prestataires de soins de santé (PSS) pourrait être réduite en raison de maladies personnelles, d'absentéisme et de responsabilités familiales. Une pénurie de prestataires de soins de santé entraînera une diminution des services habituels.

- Tous les patients, quel que soit leur statut de triage ou leur état clinique, méritent d'avoir accès aux soins, y compris aux traitements médicaux appropriés pour maximiser les résultats, et à un soutien pour le confort et la gestion des symptômes.

- Tous les efforts seront faits pour soutenir une communication claire et transparente aux patients et leurs proches et aux décideurs en matière de soins intensifs sur leur statut de triage, et pour aligner les plans de soins sur les souhaits et les valeurs connus des patients.

L'annexe A présente les valeurs éthiques générales pertinentes pour la réponse à la pandémie.

Principes directeurs du présent protocole

1. Maximisation des bénéfices : Viser à tirer le maximum d'avantages pour une communauté en allouant les ressources en priorité à ceux qui en tirent le plus grand bénéfice supplémentaire.

2. Proportionnalité : Le nombre de personnes qui sont affectées négativement par le système de triage ne doit pas dépasser ce qui serait nécessaire pour répondre à l'augmentation de la demande. En d'autres termes, la réponse ne devrait pas affecter

négativement plus de personnes que celles qui auraient été affectées si nous avions utilisé une approche « premier arrivé, premier servi ». Les systèmes de triage ont nécessairement un effet disproportionné sur les personnes appartenant à des groupes vulnérables, la proportionnalité est donc le meilleur moyen de minimiser cet effet.

3. Transparence et confiance : Les critères doivent être largement disponibles, clairement documentés et assortis de procédures garantissant la responsabilité, comme un second avis médical et la confirmation par des membres non médecins au sein de l'équipe de triage. Dans la mesure du possible, les patients et les familles doivent être informés de l'étape de triage du patient avant la prise de décision et être impliqués de manière proactive dans la planification des soins. Cette forme de triage étant nouvelle, elle doit être appliquée de manière cohérente pour garantir la confiance et impliquer des cycles rapides d'amélioration de la qualité pour s'assurer qu'elle s'aligne sur les nouvelles données et les meilleures pratiques.

4. Efficacité et durabilité : Les critères de triage doivent être suffisamment simples pour être évalués au chevet du patient, compte tenu de la nécessité de mobiliser rapidement les ressources de soins intensifs et d'un environnement dynamique. Tout scénario de triage entraînera un stress extrême et une surcharge tant cognitive qu'émotionnelle pour les cliniciens au chevet des patients, peu habitués à ce processus de décision ou à ce volume de patients gravement malades. Le système de triage devrait protéger les cliniciens contre les préjudices moraux en systématisant la prise de décision éthique et en confiant les choix les plus difficiles à un groupe d'experts tiers (l'équipe de triage) indépendants des soins actifs. Cela réduira le risque d'épuisement professionnel des cliniciens et favorisera la durabilité d'une pratique cohérente.

5. Équité : La priorisation des ressources limitées en matière de soins de santé ne doit pas être accordée à une personne sur la base de privilèges socio-économiques ou de rang politique. Des critères pertinents sur le plan clinique devraient être utilisés en premier lieu pour l'allocation des ressources. Les critères doivent être suffisamment objectifs pour pouvoir être appliqués équitablement à une grande variété de patients, par une grande variété de prestataires, dans une grande variété de situations (Berlinger 2020, Emanuel et coll. 2020). Le triage exige un équilibre délicat entre le jugement du clinicien (qui peut être biaisé et faillible) et les systèmes de notation (qui exigent également du jugement, mais qui peuvent manquer de nuance à l'égard des subtilités cliniques). Dans le cas où les considérations cliniques ne peuvent pas être utilisées pour classer un patient par ordre de priorité par rapport à un autre, les critères supplémentaires de cycle de vie, personnel soignant et ensuite de sélection aléatoire de patients sont alors utilisés en dernier recours.

   Ce processus d'allocation des ressources pour les soins intensifs en cas de pandémie est aligné sur les ressources et les normes suivantes :

   - Le Charte des droits et libertés de la personne du Québec;
   - Théorie et pratique de la bioéthique ;
   - Recherche sur le triage et la planification des pandémies ;
   - Réactions des parties prenantes (tant internes qu'externes).

3. Outils décisionnels

Annexe B : Formulaire de triage des soins intensifs pour les adultes en situation de pandémie

Annexe C : Formulaire de triage des soins intensifs pédiatriques en situation de pandémie

4. Politique

4.1 Processus de triage des soins intensifs pour les adultes

Le processus de triage pour les adultes est décrit dans la présente section. Le processus est basé sur un ensemble de critères cliniques et supplémentaires décrits dans le formulaire d'évaluation à l'annexe B.

Étapes de la réponse à une pandémie :

La réponse à une augmentation de la demande de ressources en soins intensifs devrait se faire de manière progressive. Le MSSS déterminera le statut de la pandémie dans toute la province et coordonnera la réponse avec les responsables et les organisations de santé publique locales. La réponse se déroulera selon les étapes suivantes.

Approche du scénario de triage

Le lancement d'un processus de triage des soins critiques devrait être une décision bien coordonnée et planifiée, prise au niveau régional de concert avec le MSSS. Chaque établissement devrait connaître le nombre précis de patients gravement malades et mécaniquement ventilés qu'il peut accueillir avec leurs ressources (y compris les consommables), leur personnel et leurs espaces. Le moment et l'ampleur de l'augmentation de la demande sont susceptibles de varier selon les régions et les installations, de sorte que lorsqu'un site s'approche de sa capacité maximale, le MSSS doit faire des efforts importants pour transférer les patients ou les équipements vers d'autres hôpitaux. Lorsque tous les hôpitaux d'une région sont proches de leur capacité, ou lorsque les ressources de transport ne permettent plus de réaffecter les patients vers des hôpitaux moins occupés, le MSSS doit clairement informer ces hôpitaux qu'un scénario de triage est imminent.

Note : Les hausses de demande peuvent être intermittentes, nécessitant un examen régulier (par exemple toutes les 8 à 12 heures) pour déterminer si le protocole de triage est toujours nécessaire, ou si les hôpitaux peuvent diminuer les étapes de triage.

Triage aux soins intensifs en contexte de pandémie

Le déclenchement du triage aux soins intensifs en contexte de pandémie est annoncé par le MSSS en fonction du plan de contingence et des niveaux d'alerte et de la situation locale.

Les 3 étapes sont résumées dans le tableau suivant (se référer au texte suivant le tableau pour plus de détails sur les processus de chacune des étapes 1, 2 et 3) :

	Mise en œuvre du triage aux SI (patients qui reçoivent actuellement les SI)		**Mise en œuvre du triage sur les autres unités à l'urgence et sur les autres unités (patients en attente d'admission aux SI)**		**Critère de transition vers étape suivante**
	Application des critères d'admissibilité de triage	**Règles de décision en cas d'égalité**	**Application des critères d'admissibilité de triage**	**Règles de décision en cas d'égalité**	
Pré triage	Évaluer tous les patients admis au regard des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étape 1 aux SI		Évaluer tous les patients en attente d'admission au regard des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étape 1 aux SI	s.o.	Atteinte d'un niveau de saturation de 50 % des lits, transition vers étape 1 de triage avec l'accord du DSP
Étape 1 de triage	Donner congé des SI aux patients qui présentent le plus de critères d'exclusion de l'étape 1 classés en ordre du nombre de critères d'exclusion et qui ne s'améliorent pas ou se détériorent	Si les patients ont le même nombre de critères d'exclusion, appliquer le cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer ordre de congé	Admettre aux SI les patients qui ne présentent pas de critères d'exclusion de l'étape 1	s.o.	Quand le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de critères d'exclusion de l'étape 1 dépasse le nombre de lits disponibles, avec l'accord du DSP
Étape 2 de triage	Donner congé des SI aux patients qui présentent le plus de critères d'exclusion de l'étape 2 classés en ordre du nombre de critères d'exclusion et qui ne s'améliorent pas ou se détériorent	Si les patients ont le même nombre de critères d'exclusion, appliquer le cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer ordre de congé	Admettre aux SI les patients qui ne présentent pas de critères d'exclusion de l'étape 2	s.o.	Quand le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de critères d'exclusion de l'étape 2 dépasse le nombre de lits disponibles avec l'accord du DSP
Étape 3 de triage	Donner congé des SI aux patients qui présentent le plus de critères d'exclusion de l'étape 3 dans l'ordre du nombre de critères d'exclusion et qui ne s'améliorent pas ou se détériorent	Si les patients ont le même nombre de critères d'exclusion, appliquer le cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer ordre de congé	Admettre aux SI les patients qui ne présentent pas de critères d'exclusion de l'étape 3	Si le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de critères d'exclusion de l'étape 3 dépasse le nombre de lits disponibles, appliquer cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer ordre d'admission	s.o.

Si le système est toujours débordé, le lancement du triage des soins intensifs, en utilisant les directives du processus de triage du Québec et ce protocole, sera autorisé par le MSSS, en consultation avec les DSP et les chefs des soins intensifs. Une fois le triage des soins intensifs entamé, tous les patients admis doivent être évalués en fonction des critères d'exclusion du triage par le médecin traitant, et une validation additionnelle doit être réalisée par un deuxième médecin en utilisant l'annexe B. Si un patient n'a pas de critères d'exclusion pour l'étape de triage déclaré (1, 2 ou 3) et qu'il a besoin de soins intensifs (répond aux critères d'inclusion), le médecin traitant acheminera le formulaire à l'équipe de triage pour une évaluation plus approfondie.

Les critères de triage appliqués sont en premier lieu la survie à court terme des patients et la présence de comorbidité qui peut venir influencer le taux de survie (Douglas 2020; Biddison 2018). Ces critères doivent être appliqués en considérant d'abord le besoin des patients (ASSM). Comme autre critère important, on peut considérer l'espérance de vie à moyen ou long terme. Ce critère permet de valoriser le traitement de patients qui sont susceptibles de vivre plus longtemps parce qu'ils ont un meilleur pronostic et présenteront le moins de comorbidités dans le temps (Douglas 2020).

Lorsque des patients démontrent un pronostic similaire, il peut être nécessaire d'appliquer des critères de priorisation secondaire. Ces critères répondent à différents raisonnements éthiques. À chance de survie égale, on peut suivre une logique basée sur les principes suivants :

- Le cycle de vie : ce critère permet de favoriser le traitement de personnes présentant un plus grand nombre d'étapes de vie devant elles. Ce critère permet de considérer à la fois l'âge et l'espérance de vie (Biddison 2018). Le critère du cycle de vie est d'un intérêt particulier dans le contexte de pandémie. Il permet de prioriser les personnes présentant un plus grand nombre d'années de vie avec leur condition clinique actuelle dans le cas où l'âge ne serait pas déterminant pour la survie. Ce principe ne favorise pas les plus jeunes par rapport aux plus vieux en terme absolu, mais, entre deux personnes ayant un même pronostic clinique, il donne plutôt priorité à la personne qui se trouve à un stade de vie moins avancé ou qui présente moins de risques de mortalité dans le contexte pandémique. Ce critère s'applique à l'ensemble de la population et devrait précéder d'autres critères secondaires.
- Le personnel soignant : ce critère permet de favoriser le traitement de membres du personnel de santé et services sociaux qui peuvent être plus susceptibles d'être exposés aux risques de contagion lorsqu'ils fournissent des soins et services pour la population. En période de pandémie, il est d'autant plus important de protéger et de soutenir la santé du personnel afin d'assurer que les soins et services essentiels continuent à être fournis. Cet argumentaire est basé sur une combinaison du principe de réciprocité pour les services fournis et des raisons de santé publique (Bailey et coll, 2011; Emmanuel et coll, 2020). Puisque ce critère est difficile à opérationnaliser, l'équipe de triage devra juger de son application à l'aide d'une liste.
- Le hasard : lorsque tous les autres critères de priorisation ne permettent pas de déterminer qu'une personne puisse être favorisée sur une autre, le principe de justice nous recommande d'appliquer la randomisation. Cette approche permet de respecter l'égalité des chances entre individus (Winsor & al 2015; Farmer 2012).

Les critères d'inclusion permettent d'identifier les patients qui peuvent bénéficier d'une admission en soins intensifs. Les critères d'inclusion portent principalement sur l'insuffisance respiratoire et le choc, car c'est la capacité à fournir un respirateur et un

soutien hémodynamique qui différenciera l'unité de soins intensifs des autres secteurs de soins aigus.

Critères d'exclusion : Ceux-ci ont traditionnellement été classés en deux catégories :

(1) les critères qui indiquent une faible probabilité de survivre à une maladie aiguë, et

(2) les critères qui indiquent une faible probabilité de survivre plus de quelques mois, quelle que soit la maladie respiratoire aiguë.

Ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives, car les maladies limitant la durée de vie affectent le pronostic des maladies aiguës, et les maladies aiguës affectent la trajectoire des maladies chroniques. Notez que ces critères ne sont pas exhaustifs : ils sont censés refléter des preuves connues ou des indicateurs de pronostic basés sur l'expérience. Le jugement clinique doit compléter ces critères, car certaines affections non répertoriées peuvent également indiquer un mauvais pronostic, et ces patients doivent être triés de manière appropriée.

Avant de débuter la description du processus de triage, il est important de rappeler qu'à moins que le gouvernement change les lois applicables, le consentement aux soins demeure une obligation. Les aspects légaux sont traités à l'annexe D et la communication de la décision de triage au patient et à ses proches est abordée à la section 5.8.

Étape 1 de triage

L'étape 1 de triage exclut tout patient dont le taux de mortalité estimé est supérieur à 80 %.

A. Seuls les patients nécessitant des soins intensifs et ne répondant à aucun critère d'exclusion de l'étape 1 sont admis aux soins intensifs.

B. Une fois que tous les lits de soins intensifs disponibles sont occupés, afin de pouvoir fournir des soins critiques aux patients qui en ont besoin et qui ne répondent à aucun critère d'exclusion de l'étape 1, les soins intensifs sont retirés aux patients qui les reçoivent actuellement, si:

   - Ils répondent à au moins un critère d'exclusion de l'étape 1;

   ET un des deux critères qui suivent

   - Ils ne montrent aucune amélioration clinique après 21 jours de ventilation et il y a possibilité de chronicisation et de trachéotomie;

   OU

   - Ils démontrent une détérioration clinique substantielle tout en recevant des soins critiques, comme en témoigne le jugement clinique global.

   REMARQUE : L'application de critères supplémentaires avant le retrait des soins intensifs répond à la préoccupation éthique concernant l'acceptabilité du retrait des soins critiques, en particulier si un patient n'a pas continué à se détériorer pendant qu'il recevait ces soins (Lee Daugherty Biddison, 2018). De plus, certains patients qui répondent aux critères d'exclusion de l'étape 1 ont déjà reçu un nombre substantiel de jours de soins intensifs; ainsi, du point de vue des ressources, un investissement important dans leur rétablissement a déjà été réalisé. Ces patients devraient avoir la possibilité de poursuivre leur traitement (essai thérapeutique), à moins qu'ils ne présentent une détérioration clinique. La durée de l'essai thérapeutique doit être déterminée par les caractéristiques cliniques de la maladie et modifiée, le cas échéant,

si des données ultérieures font apparaître que la durée de l'essai doive être plus longue ou plus courte. Permettre aux patients qui ont bénéficié d'un nombre minimum de jours de soins intensifs de poursuivre leur traitement est également conforme au principe du premier arrivé, premier servi, qui permet de ne pas défavoriser indûment une personne en lui retirant des soins dont elle peut bénéficier.

Parmi les patients éligibles au retrait des ressources, l'ordre dans lequel les patients se voient retirer les ressources de soins intensifs est basé sur la mortalité estimée : les patients qui répondent à plusieurs critères d'exclusion de l'étape 1 voient leurs ressources retirées en premier. Si les patients répondent au même nombre de critères d'exclusion (égalité en termes de mortalité prévue), les considérations relatives au cycle de vie peuvent être utilisées pour briser l'égalité, la priorité étant accordée aux patients qui présentent le plus grand nombre d'étapes de vie devant eux pour déterminer l'ordre de retrait des ressources de soins intensifs. Si des égalités estimées persistent après avoir appliqué les considérations relatives au cycle de vie, la priorité est accordée aux membres du personnel soignant. Si des égalités estimées persistent après avoir accordé la priorité aux membres du personnel soignant, la randomisation est utilisée pour déterminer l'ordre de retrait des ressources de soins intensifs. Ce processus se poursuit jusqu'à ce que tous les patients éligibles aient vu leurs ressources en soins intensifs retirées et fournies aux patients ayant une plus grande probabilité de survie.

Chaque établissement doit communiquer au DSP le nombre de patients qui ne recevraient plus de soins intensifs dans l'étape 1 de triage, afin d'aider à la planification.

Le patient (ou son représentant légal) doit être informé de la décision de triage, si possible, et le patient sera retiré des soins intensifs et transféré vers des lits de soins non critiques, avec la mise en place de mesures palliatives appropriées.

Une fois que l'étape de triage 1 est lancée, chaque établissement doit examiner et identifier tous les patients qui occupent un lit de soins intensifs qui leur serait éventuellement retiré dans l'application de l'étape 2 de triage, en informant les patients (ou leurs décideurs remplaçants) et le DSP.

Étape 2 de triage

Dans le cadre de l'étape 1 de triage, le DSP doit continuer à coordonner le transport des patients afin d'optimiser l'utilisation de toutes les ressources de soins intensifs avant de lancer l'étape 2 de triage.

Cette étape exclut les patients dont le taux de mortalité estimé est supérieur à 50 %.

A. Seuls les patients qui ont besoin des soins intensifs et ne répondant à aucun critère d'exclusion de l'étape 2 de triage seront admis à l'unité de soins intensifs. Tous les patients qui développent une maladie grave après un scénario de triage de l'étape 2 doivent être évalués par rapport aux critères de l'étape 2 avant de recevoir des ressources de soins intensifs.

B. Une fois que tous les lits de soins intensifs disponibles sont occupés, afin de pouvoir fournir des soins aux patients nécessitant des soins critiques qui ne répondent à aucun critère d'exclusion de l'étape 2, les traitements de maintien des fonctions vitales sont retirés aux patients si :

- Ils répondent à au moins un critère d'exclusion des étapes 2 ou 1;

ET un des deux critères qui suivent

- Ils ne montrent aucune amélioration clinique après 21 jours de ventilation et il y a possibilité de chronicisation et de trachéotomie;

OU

- Ils démontrent une détérioration clinique substantielle tout en recevant des soins critiques, comme en témoigne le jugement clinique global.

REMARQUE : L'application de critères supplémentaires avant le retrait des soins intensifs répond à la préoccupation éthique concernant l'acceptabilité du retrait des soins critiques, en particulier si un patient n'a pas continué à se détériorer pendant qu'il recevait ces soins (Lee Daugherty Biddison, 2018). De plus, certains patients qui répondent aux critères d'exclusion de l'étape 2 de triage ont déjà reçu un nombre substantiel de jours de soins intensifs; ainsi, du point de vue des ressources, un investissement important dans leur rétablissement a déjà été réalisé. Ces patients devraient avoir la possibilité de poursuivre leur traitement (essai thérapeutique), à moins qu'ils ne présentent une détérioration clinique. La durée de l'essai thérapeutique doit être déterminée par les caractéristiques cliniques de la maladie et modifiée le cas échéant si des données ultérieures font apparaître que la durée de l'essai doive être plus longue ou plus courte. Permettre aux patients qui ont bénéficié d'un nombre minimum de jours de soins intensifs de poursuivre leur traitement est également conforme au principe du premier arrivé, premier servi, qui permet de ne pas défavoriser indûment une personne en lui retirant des soins dont elle peut bénéficier.

L'ordre de retrait du traitement de soins intensifs est déterminé par l'équipe de triage en fonction du principe selon lequel les patients ayant la plus faible probabilité de survie sont retirés en premier.

Parmi les patients éligibles pour le retrait, l'ordre dans lequel les patients se voient retirer les ressources de soins intensifs est basé sur la mortalité prévue : ceux qui répondent aux critères d'exclusion de l'étape 1 se voient retirer les ressources en premier (s'il y en a), puis les patients qui répondent aux critères de l'étape 2 dans l'ordre du nombre de critères remplis. Si les patients répondent au même nombre de critères d'exclusion (égalité en termes de mortalité prévue), les considérations relatives au cycle de vie peuvent être utilisées pour briser l'égalité, la priorité étant accordée aux patients qui présentent le plus grand nombre d'étapes de vie devant eux pour déterminer l'ordre de retrait des ressources de soins intensifs. Si des égalités persistent après avoir appliqué les considérations relatives au cycle de vie, la priorité est accordée aux membres du personnel soignant. Si des égalités persistent après avoir accordé la priorité aux membres du personnel soignant, la randomisation est utilisée pour déterminer l'ordre de retrait des ressources de soins intensifs. Ce processus se poursuit jusqu'à ce que tous les patients éligibles aient été retirés du système de maintien des fonctions vitales.

Les hôpitaux doivent ensuite se préparer à un scénario de triage de l'étape 3, comme pour les étapes précédentes.

Étape 3 de triage

Cette étape 3 exclut les patients dont le taux de mortalité estimé est supérieur à 30 %.

A. Seuls les patients qui ont besoin des soins intensifs et ne répondant à aucun critère d'exclusion de l'étape 3 seront admis à l'unité de soins intensifs.

B. Une fois que tous les lits de soins intensifs disponibles sont occupés, afin de pouvoir fournir des soins aux patients nécessitant des soins critiques qui ne répondent à aucun critère d'exclusion de l'étape 3, les traitements de maintien des fonctions vitales sont retirés aux patients si:

- Ils répondent à au moins un critère d'exclusion des étapes 3, 2 ou 1;

ET un des deux critères qui suivent

- Ils ne montrent aucune amélioration clinique après 21 jours de ventilation et il y a possibilité de chronicisation et de trachéotomie;

OU

- Ils démontrent une détérioration clinique substantielle tout en recevant des soins critiques, comme en témoigne le jugement clinique global.

REMARQUE : L'application de critères supplémentaires avant le retrait des soins intensifs répond à la préoccupation éthique concernant l'acceptabilité du retrait des soins critiques, en particulier si un patient n'a pas continué à se détériorer pendant qu'il recevait ces soins (Lee Daugherty Biddison, 2018). De plus, certains patients qui répondent aux critères d'exclusion de l'étape 3 ont déjà reçu un nombre substantiel de jours de soins intensifs; ainsi, du point de vue des ressources, un investissement important dans leur rétablissement a déjà été réalisé. Ces patients devraient avoir la possibilité de poursuivre leur traitement (essai thérapeutique), à moins qu'ils ne présentent une détérioration clinique. La durée de l'essai thérapeutique doit être déterminée par les caractéristiques cliniques de la maladie et modifiée le cas échéant si des données ultérieures font apparaître que la durée de l'essai doive être plus longue ou plus courte. Permettre aux patients qui ont bénéficié d'un nombre minimum de jours de soins intensifs de poursuivre leur traitement est également conforme au principe du premier arrivé, premier servi, qui permet de ne pas défavoriser indûment une personne en lui retirant des soins dont elle peut bénéficier.

Parmi les patients éligibles pour le retrait, l'ordre dans lequel les patients se voient retirer les ressources de soins intensifs est basé sur la mortalité prévue : ceux qui répondent aux critères d'exclusion des étapes 1 et 2 de triage se voient retirer les ressources en premier (s'il y en a), puis les patients qui répondent aux critères de l'étape 3 dans l'ordre du nombre de critères remplis. Si les patients répondent au même nombre de critères d'exclusion (égalité en termes de mortalité prévue), les considérations relatives au cycle de vie peuvent être utilisées pour briser l'égalité, la priorité étant accordée aux patients qui présentent le plus grand nombre d'étapes de vie devant eux pour déterminer l'ordre de retrait des ressources de soins intensifs. Si des égalités persistent après avoir appliqué les considérations relatives au cycle de vie, la priorité est accordée aux membres du personnel soignant. Si des égalités persistent après avoir accordé la priorité aux membres du personnel soignant, la randomisation est utilisée pour déterminer l'ordre de retrait des ressources de soins intensifs. Ce processus se poursuit jusqu'à ce que tous les patients éligibles aient été retirés du système de maintien des fonctions vitales.

C. Si, après avoir retiré les ressources de soins intensifs à tous les patients éligibles, il n'y a toujours pas assez de ressources de soins intensifs pour traiter tous les patients entrants (en attente des SI) qui ne répondent pas aux critères d'exclusion de l'étape 3, les considérations relatives au cycle de vie peuvent être utilisées pour briser l'égalité

entre eux, la priorité étant accordée aux patients qui présentent le plus grand nombre d'étapes de vie devant eux pour déterminer l'ordre de retrait des ressources de soins intensifs. Si des égalités persistent après avoir appliqué les considérations relatives au cycle de vie, la priorité est accordée aux membres du personnel soignant. Si des égalités en persistent après avoir appliqué les considérations relatives aux membres du personnel soignant, la randomisation est utilisée pour déterminer l'ordre de retrait des ressources de soins intensifs.

Le lancement d'un processus de triage tertiaire doit également entraîner le lancement de processus de triage primaire et secondaire. Les patients répondant aux critères d'exclusion de l'étape 3 de triage et présentant une insuffisance respiratoire imminente ou avancée ne devraient pas être transférés dans des établissements de soins aigus si l'on sait à l'avance qu'ils ne recevront pas de ressources pour les soins intensifs. Tous les efforts doivent être faits pour les traiter de manière complémentaire, y compris les traitements palliatifs, dans leur lieu de résidence actuel ou dans un établissement de soins non actifs (c'est-à-dire une maison de soins de longue durée, etc.).

À l'étape 3 de triage, les patients ayant subi un arrêt cardiaque ne sont plus éligibles pour des soins critiques, car leur mortalité prévue est supérieure à 30 % (critère d'exclusion d'étape 3). Ainsi, les codes bleus ne doivent plus être appelés pour ces usagers, et les arrêts cardiaques hors hôpital ne doivent pas être transférés aux hôpitaux dans le cadre du triage de l'étape 3.

Surveillance continue des ressources

Un examen continu des besoins en soins intensifs et des décisions de triage sera effectué par le DSP afin de garantir l'application cohérente de ce protocole, la qualité de la prise de décision et d'ajuster le processus de triage en fonction des preuves épidémiologiques/cliniques et des informations sur les ressources opérationnelles les plus récentes.

4.2 Processus de triage des soins intensifs pédiatriques

Le processus de triage pédiatrique est basé sur un ensemble de critères cliniques et supplémentaires décrits dans le formulaire d'évaluation à l'annexe C. Le triage pédiatrique ne survient qu'une fois l'étape 2 du triage adulte est atteint. Il n'est éthiquement pas acceptable de débuter ce type de triage avant l'étape 2 de triage adulte. Une fois l'étape 2 de triage adulte enclenchée, le processus de triage pédiatrique décrit à l'annexe C s'enclenche. Ce processus se fonde sur les critères cliniques pédiatriques décrits dans le formulaire pédiatrique et s'applique aux quatre centres pédiatriques du Québec qui seront en communication constante en vue de conserver une équité entre eux. Ces centres tertiaires prioriseront les enfants et adolescents en ayant le souci premier de protéger leurs intérêts.

4.3 Aperçu des processus de triage avant l'admission aux soins intensifs (pédiatrique ou adulte)

Le MSSS a approuvé les critères d'inclusion et d'exclusion en contexte de pandémie présentés aux annexes B et C pour le triage pour les soins intensifs dans la province.

Les aspects légaux en lien avec le consentement et le retrait des soins sont abordés à l'annexe D. Le lecteur doit porter une attention particulière aux mesures de protection énoncées.

Procédure de triage clinique
(Consulter le tableau à la section 4.1 pour un aperçu de la procédure de triage)

Si la capacité de gestion de l'afflux de soins intensifs a été maximisée, que les options de transfert sont épuisées et que les ressources en soins intensifs sont encore insuffisantes pour répondre aux besoins, le chef des soins intensifs doit consulter le DSP, qui est chargé d'autoriser l'adoption de ce protocole de concert avec le MSSS et de veiller à ce que toutes les unités soient informées que le protocole est en vigueur.

Triage dans le service des urgences

Le triage au sein du service des urgences suivra deux filières :

Triage standard (le triage avant l'intubation est possible) :

- L'urgentologue appliquera les critères de triage aux patients qui devraient avoir besoin de soins intensifs dans le cadre de l'évaluation à l'urgence en utilisant le formulaire de triage des soins intensifs pour les adultes en situation de pandémie (annexe B) ou le formulaire de triage des soins intensifs pédiatriques en situation de pandémie (annexe C).
- Le statut de triage du patient est confirmé par un deuxième médecin.
- Si un patient qui répond aux critères d'inclusion et n'a pas de critères d'exclusion pour l'étape actuelle de triage (1, 2, 3), le formulaire sera transmis à l'équipe de triage pour examen.
- Les patients jugés inéligibles aux soins intensifs par l'équipe de triage ne seront PAS intubés et resteront aux urgences ou seront transférés dans un autre lieu pour une prise en charge médicale et des soins palliatifs.

Patients émergents (triage avant intubation impossible) :

- Dans la mesure du possible, les décisions d'intuber doivent être prises APRÈS que le patient ait été trié selon ce protocole. Cela devrait inclure l'utilisation appropriée de mesures de temporisation pour soutenir l'oxygénation et l'utilisation des ressources (c'est-à-dire le personnel/les résidents) pour recueillir les informations pertinentes nécessaires à un processus de triage rapide.
- Les urgentologues feront tous les efforts possibles pour trier les patients selon les critères d'exclusion en utilisant le formulaire de triage des soins intensifs en situation de pandémie (voir annexe B ou C) avant l'intubation si l'urgence clinique le permet. Tout patient répondant aux critères d'exclusion sera pris en charge médicalement et bénéficiera de soins palliatifs si nécessaire.
- L'intubation en urgence doit se dérouler dans un cadre approprié compte tenu du risque de génération de virus en aérosol et conformément aux meilleures pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections.
- Après l'intubation en urgence, le processus de triage formel est suivi, et le formulaire du patient est envoyé à l'équipe de triage.
- L'équipe de triage prendra la décision finale concernant l'admission à l'unité de soins intensifs ou l'extubation/palliation, en fonction de l'étape de triage actuelle (1, 2, 3) et des ressources disponibles.

Triage dans les services/unités de l'hôpital

- Chaque service ou unité désignera des personnes ayant les compétences cliniques appropriées (résident, infirmières, etc.) pour soutenir le processus de triage pendant une garde.
- En collaboration avec le médecin traitant, ils recueilleront des informations pour appliquer les critères de triage aux patients dès leur admission, en notant quels critères d'exclusion, le cas échéant, sont remplis pour les étapes 1, 2, 3 de triage.
- Les critères d'exclusion du patient à chaque étape seront confirmés par un deuxième médecin.

Pour les patients dont l'état s'aggrave et qui peuvent avoir besoin de soins intensifs, le médecin traitant doit suivre ces étapes :

- Si l'état d'un patient s'aggrave et que le patient répond aux critères d'inclusion et n'a pas de critères d'exclusion pour l'étape de triage donnée, le médecin traitant doit contacter l'équipe de triage pour examen.
- Les patients jugés inéligibles aux soins critiques pour l'étape de triage actuelle ne seront PAS intubés et resteront dans le service pour une gestion médicale et des soins palliatifs.
- Les patients admissibles à l'étape actuelle de triage qui nécessitent une intubation ne seront pas intubés/ventilés avant que l'équipe de triage ne prenne une décision (si le temps le permet). Si une intubation d'urgence est nécessaire dans le service, l'évaluation de l'équipe de triage se poursuivra et le patient sera soit admis à l'unité de soins intensifs, soit extubé et traité médicalement dans le service, avec des soins palliatifs.

Triage urgent dans les services

- Les contraintes en matière de ressources humaines peuvent ne pas permettre le fonctionnement du Code bleu ou des équipes de réaction rapide. Les patients qui « codent » ou se détériorent rapidement recevront des soins médicaux et palliatifs appropriés si les soins intensifs ne sont pas une option.
- À l'étape de triage 3, les patients qui ont un arrêt cardiaque sont exclus des ressources de soins intensifs, et le code bleu ne doit plus être activé.
- Dans la mesure du possible, les décisions d'intuber doivent être prises APRÈS le triage, conformément à cette politique et selon l'étape de triage (1,2,3) en vigueur. Cela devrait inclure l'utilisation appropriée de mesures de temporisation pour soutenir l'oxygénation et l'utilisation des ressources (c'est-à-dire le personnel soignant) pour recueillir les informations pertinentes nécessaires à un processus de triage rapide.
- L'intubation doit toujours se dérouler selon les meilleures pratiques en matière de contrôle et prévention des infections (PCI) et dans un cadre approprié, compte tenu du risque de génération de virus en aérosol.
- Après l'intubation en urgence, le processus de triage formel est suivi et le patient est envoyé à l'équipe de triage.

- L'équipe de triage prendra la décision finale concernant l'admission à l'unité de soins intensifs ou l'extubation, en fonction de l'étape de triage actuelle.
- Tout patient répondant à au moins un critère d'exclusion sera pris en charge médicalement et en soins palliatifs.

5. Procédure de triage des soins intensifs

5.1 Objectif et structure de l'équipe de triage

Le triage en cas de pandémie est le processus de prise de décision qui non seulement attribue une priorité (rang) aux patients nécessitant des soins, mais qui comprend également l'allocation (rationnement) de ressources limitées afin de faire le plus grand bien pour le plus grand nombre de patients (Christian 2019).

Le triage en cas de pandémie est un défi à la fois clinique et psychologique; les personnes chargées d'évaluer les patients et de prendre les décisions de triage doivent avoir l'expérience et la formation appropriées ainsi que la résilience personnelle et le soutien organisationnel/logistique nécessaires pour prendre ces décisions (Christian et coll. 2014). En outre, l'hôpital a l'obligation éthique de veiller à ce que les décisions relatives à l'allocation des ressources reflètent systématiquement des valeurs et des principes transparents, et ne soient pas prises de manière idiosyncrasique. Une équipe de triage sera nommée pour l'établissement par le DSP afin de soutenir les décisions d'allocation des ressources en matière de soins critiques fondées sur des preuves et sur l'éthique.

Les membres potentiels de l'équipe de triage seront identifiés au début de la pandémie, mais les membres de l'équipe devront se relayer pour éviter la fatigue physique, émotionnelle et psychologique. Pendant sa nomination, cette équipe doit être disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, car le triage peut être nécessaire à tout moment. De même, il est essentiel que le DSP soit en mesure de fournir des données actualisées sur les ressources disponibles afin d'éviter que des décisions de triage ne soient pas liées à la demande de lits de SI et à leur disponibilité.

Membres de l'équipe de triage

L'équipe de triage est composée de trois personnes, dont :

- Médecin intensiviste ou urgentologue (président);
- Médecin de l'établissement;
- Non-médecin ayant une expérience clinique ou de direction appropriée.

Deux membres de l'équipe de triage peuvent opérer à distance, tandis qu'un membre du personnel médical opérera sur les sites de l'hôpital. Le personnel d'aide à la décision sera également à la disposition de l'équipe de triage pour fournir des informations actualisées sur le flux, la capacité, les volumes, etc.

La combinaison de deux médecins permet d'évaluer au maximum les avantages supplémentaires des soins intensifs pour les patients en soins aigus évalués par l'équipe de triage, tandis que le non-médecin apporte son soutien en matière de rigueur procédurale, d'atténuation des biais dans les situations d'incertitude, de résolution des conflits, de transparence et de clarté concernant la justification éthique des décisions.

Les membres de l'équipe de triage doivent être déchargés de leurs tâches cliniques/professionnelles pendant un certain temps pour pouvoir participer à l'équipe de

triage. Cela permettra d'éviter les conflits d'intérêts (par exemple, la défense des intérêts des patients) et l'épuisement professionnel.

5.2 Qualifications des équipes de triage

Tous les membres de l'équipe de triage doivent posséder suffisamment d'expérience en plus des éléments suivants (Biddison et al 2019) :

- Avoir de solides compétences en matière de facilitation/médiation;
- Avoir des compétences en matière de raisonnement éthique et une sensibilité envers le traitement équitable des patients;
- Être engagé à éviter les biais et la discrimination;
- Avoir la capacité à gérer la complexité et à répondre à un environnement en constante évolution;
- Être résiliant et courageux;
- Avoir la volonté de remettre en question et de poser des questions difficiles;
- Être engagé à la rigueur et à la transparence des procédures;
- Être capable de faciliter les décisions motivées sous pression et d'appliquer ce protocole de manière cohérente;
- Être capable de documenter les décisions de manière appropriée et d'en rendre compte tout au long de la chaîne de commandement;
- Avoir la capacité de réflexion et d'amélioration continue de la qualité.

5.3 Rôle des médecins de soins intensifs dans les unités de soins intensifs

Les médecins de soins intensifs qui ne sont pas affectés à l'équipe de triage continueront d'être les premiers responsables de la gestion de leur unité géographique de soins intensifs ou d'autres activités de soins intensifs dans d'autres zones autour de l'hôpital.

Les médecins de l'unité de soins intensifs couvrant une unité/zone géographique de soins intensifs évalueront les patients au sein de leur unité sur une base continue et identifieront les patients pour lesquels les soins intensifs pourraient ne plus être conformes aux souhaits ou objectifs de soins antérieurs, conformément à la pratique clinique habituelle.

L'urgentologue ou le médecin traitant est chargé de réaliser l'évaluation initiale de triage, et de voir à ce que soit faite la seconde réalisation par un autre médecin (cosignataire du formulaire pour confirmation), qui sera validée ensuite par l'équipe de triage et conservée dans le dossier du patient.

Tout patient intubé qui ne répond plus aux critères de triage pour l'étape (1, 2, 3) en vigueur est orienté vers l'équipe de triage qui soutiendra la communication concernant l'extubation.

5.4 Rôles du médecin de l'unité de soins intensifs au sein de l'équipe de triage

Le médecin de l'équipe de triage de l'USI aura deux rôles en tant que membre de l'équipe. L'un d'eux est celui d'expert médical, l'autre celui de président.

<u>Expert médical</u>

- Fournir une expertise concernant l'adéquation des patients aux soins intensifs, en utilisant, si possible, des scores pronostiques validés, ou l'expérience clinique et des variables physiologiques pour prédire la probabilité de bénéficier de soins intensifs.

Président

- Soutenir des décisions cohérentes, équitables et fondées sur des principes en matière d'allocation des ressources pour les soins intensifs en utilisant les meilleurs faits cliniques disponibles, l'application des outils de triage clinique et le cadre éthique.
- Assurer la liaison avec d'autres sous-spécialités pour l'expertise du contenu (si nécessaire) afin d'informer le processus de prise de décision de l'équipe de triage.
- Garantir la documentation des décisions de l'équipe de triage (y compris les motifs, en se référant aux critères de triage et au cadre éthique) dans les lieux et de la manière appropriés.
- Soutenir la communication des résultats du processus de triage (avec le soutien de l'équipe de triage) au médecin traitant, et au patient et/ou à la famille directement (selon le cas).
- Rendre compte en temps utile des activités de l'équipe de triage, ainsi que de toute difficulté/question importante liée aux processus et aux communications au DSP afin de s'assurer que les ressources, les processus et les plans actuels sont à jour.
- Soutenir l'amélioration continue du processus d'examen de la qualité et la pratique fondée sur des données probantes, en adaptant les critères et la pratique à mesure que de nouvelles données apparaissent.
- Assurer le transfert au prochain président de l'équipe de triage pour garantir la cohérence des pratiques et des décisions.

5.5 Rôle du deuxième médecin et du non-médecin dans l'équipe de triage

Deuxième médecin

- Le deuxième médecin de l'équipe de triage peut être tout médecin qualifié ayant l'expérience de l'évaluation des besoins des patients en matière de soins critiques (interniste, chirurgien, médecin urgentiste, anesthésiste, etc.). Leurs rôles sont les suivants :
    - Fournir une contribution et une seconde opinion concernant l'évaluation clinique de l'adéquation du patient aux soins critiques, sur la base de leur jugement médical des conditions de comorbidité et du pronostic du patient, et des preuves cliniques disponibles;
    - Soutenir le processus en assurant la liaison avec d'autres sous-spécialités pour l'expertise du contenu (si nécessaire) afin d'éclairer le processus de prise de décision de l'équipe de triage;
    - Soutenir la documentation des décisions prises;
    - Soutenir la pratique réflexive et l'amélioration continue de la qualité du processus;
    - Soutenir la communication des décisions de l'équipe de triage au médecin traitant et au patient ou à la famille directement (selon les besoins).

Membre non-médecin

Le membre de l'équipe de triage non-médecin doit être un dirigeant (c'est-à-dire directeur ou gestionnaire) ou un éthicien. Ses responsabilités sont les suivantes :

- Garantir le respect du processus;

- Soutenir la transparence et la cohérence de l'application des critères de triage;
- Identifier et traiter les situations d'ambiguïté procédurale ou de partialité possible;
- Soutenir la délibération et la résolution des conflits;
- Assurer le respect du cadre éthique;
- Veiller à ce que soit réalisée la documentation d'appui des décisions;
- Assurer la responsabilité de l'équipe de triage en rendant compte des activités au DSP;
- Soutenir la résilience de l'équipe par des processus de débriefing et l'accès à un soutien psychologique si nécessaire.

5.6 Rôle des médecins consultants

On prévoit que plusieurs des critères de triage nécessiteront l'avis d'experts pour déterminer la probabilité de survie du patient et donc son admissibilité aux rares ressources de soins intensifs. Les médecins consultants doivent être disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour fournir en temps utile (dans l'heure qui suit) une contribution à l'estimation de la survie d'un patient afin de faciliter les décisions de triage, tout en reconnaissant que ces estimations peuvent ne pas être parfaites, mais sont probablement plus précises que le jugement d'un non-expert.

Le rôle de ces médecins consultants n'est pas de défendre les intérêts des patients individuels, mais de fournir leur évaluation la plus précise du pronostic anticipé du patient, en plus des critères de triage existants.

5.7 Prise de décision de l'équipe de triage

Dans l'idéal, l'équipe de triage prendra des décisions par consensus des trois membres par le dialogue, la délibération et la consultation appropriée pour clarifier les zones d'incertitude clinique. Les décisions seront conformes aux directives des autorités provinciales. En cas de divergences d'opinions irréconciliables qui empêcheraient les trois membres de parvenir à une décision unanime, le statut de triage d'un patient sera déterminé par une randomisation transparente.

La justification de la randomisation est la suivante :

- Réduit la charge de la prise de décision en ne la confiant pas à une seule personne (comme le président de l'équipe de triage), ce qui peut entraîner un préjudice moral et un épuisement professionnel après des cas répétés;
- Réduit le risque médicolégal pour un individu (comme le président) et pour l'organisation dans les situations d'incertitude;
- Reconnait l'incertitude réelle qu'une telle situation présente, plutôt que de se rabattre sur des certitudes exagérées ou erronées;
- Soutient l'équilibre des pouvoirs entre les trois membres de l'équipe de triage;
- Encourage tous les membres de l'équipe de triage à défendre leurs idées et leurs points de vue : encourage la délibération, la consultation et le partage d'opinions diverses. Cela rendra les décisions plus solides qu'une forme autocratique de prise de décision;
- Est efficace lorsque les décisions doivent être prises rapidement;

- L'absence de consensus représente une grande incertitude et la volonté de recourir à une méthode de décision par randomisation démontre la valeur de l'humilité;
- La randomisation est le processus le plus équitable lorsque l'incertitude est élevée et atténue le risque de partialité implicite dans la prise de décision.

5.8 Conflits d'intérêts

Les membres de l'équipe de triage doivent se récuser de tout cas impliquant des affaires connues :

- Des parents (par naissance ou par alliance) ou des amis;
- Collègues professionnels proches;
- Toute situation dans laquelle ils estiment avoir un préjugé qui prédétermine leur analyse (c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas juger sur la base des critères du protocole de triage).

5.9 Communication des décisions de l'équipe de triage

Communication lors de l'admission

- Dans la mesure du possible, le personnel et les médecins communiqueront les éléments suivants aux patients lors de leur admission :
  - Que l'établissement répond à une augmentation de la demande de ressources pour les soins intensifs et que, dans certains cas, les soins intensifs peuvent ne pas être offerts;
  - Que le patient avec sa famille ou ses proches sera encouragé à participer à la prise de décision concernant son plan de soins en dehors du processus de triage.
- Il est primordial que la détermination du niveau d'intervention médicale (NIM) du patient soit amorcée dès son arrivée.

Communication des résultats du triage

Les résultats de chaque décision de l'équipe de triage seront communiqués au médecin traitant/urgentologue qui s'occupe du patient. L'équipe de triage aidera et soutiendra le personnel du médecin traitant et de l'unité de soins intensifs à communiquer les résultats des décisions de l'équipe de triage aux patients. Le type de soutien peut varier en fonction de la relation (ou de l'absence de relation) du médecin traitant avec le patient et sa famille, de la situation clinique ou d'autres facteurs, notamment l'accès à d'autres personnels de soutien du patient ou de sa famille, comme les travailleurs sociaux.

Préalablement à l'admission aux soins intensifs, l'intensiviste ou l'urgentologue communiquera au patient dirigé vers les soins intensifs ce qui suit :

- « Nous pourrions vous admettre aux soins intensifs et vous devez comprendre que, dans le contexte actuel de la pandémie, l'équipe traitante se réserve le droit de réévaluer la pertinence et la continuation de certains traitements offerts. Vous et votre famille serez informés de l'évolution de la situation et de l'orientation préconisée, le cas échéant. »
- Les patients qui sortent des soins intensifs seront placés dans un cadre de soins appropriés et adaptés pour assurer un traitement palliatif/médical.

L'équipe de triage s'assurera que les décisions de triage sont documentées de manière appropriée dans le dossier médical du patient.

L'équipe de triage rendra également compte de ses décisions, des tendances et des observations/apprentissages du processus quotidiennement (ou sur demande).

Soutien aux patients (pour plus de détails, consulter la section 5.10)

- Dans la mesure du possible, les travailleurs sociaux, les psychologues et les intervenants en soins spirituels apporteront soutien et réconfort dans la communication des résultats des décisions de l'équipe de triage.
- Les travailleurs sociaux peuvent fournir un soutien pour coordonner les discussions urgentes avec les familles, ainsi qu'une aide en matière de ressources.
- Les restrictions relatives aux visiteurs peuvent être assouplies pour les patients en fin de vie ou en phase palliative, à négocier par l'équipe clinique.

5.10 Soutien moral et psychosocial aux professionnels et au personnel lié au plan de pandémie

De telles expériences cliniques, l'application de tels processus décisionnels complexes, déchirants et surtout répétés sont à proprement parler des événements à potentiel traumatique (EPT) pour les équipes de soins. Il est primordial que celles-ci soient soutenues et qu'elles reçoivent un support adéquat en regard de leurs réactions psychologiques possibles à court, moyen et long terme.

Dans un premier temps, il importe que les équipes (équipes de triage et personnel soignant) puissent recevoir du soutien en cours de processus décisionnel du protocole de triage pandémique des ressources de soins intensifs. Dans le but de permettre aux équipes de demeurer concentrées sur leurs tâches cliniques, de permettre de ventiler les peurs, les préoccupations ou même la colère qui, légitimement, naîtra d'une situation médicale aussi extrême, de l'aide adéquate doit leur être offerte en continu. Des professionnels (éthiciens cliniques, travailleurs sociaux ou psychologues) habiletés et formés au débriefing et à la gestion de situations de crise doivent être assignés en soutien à l'équipe de triage ainsi qu'aux professionnels et au personnel.

En seconde instance, le potentiel véritablement traumatique d'une situation ne se concrétise souvent qu'après coup. Lors de la situation, de nombreux mécanismes de défense adéquats sont déployés par les humains déjà bien outillés pour les situations de crise. Suite à l'événement, parfois des heures, des jours ou des semaines après; l'insupportable apparaît. Ces équipes en porteront les traces, la médecine « de guerre » vient avec des coûts personnels. Des techniques de débriefing spécifiques au milieu hospitalier doivent être appliquées auprès des équipes par des professionnels habilités à le faire.

Deux moyens sont à mettre en place pour offrir le soutien moral et psychosocial aux professionnels et au personnel.

1. Impliquer les services de consultation en éthique clinique et le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS dans le cadre des demandes d'aide médicale à mourir);
2. Impliquer les équipes psychosociales de l'établissement en soutien.

Les moyens proposés sont importants, car les EPT peuvent amener des troubles psychologiques spécifiques comme les troubles de stress aigu, les troubles anxieux, la dépression majeure ou les troubles de stress post-traumatique. Ces derniers doivent être traités rapidement afin d'éviter toute chronicisation. Un accès rapide à des soins psychologiques ou psychiatriques appropriés doit être mis en place.

5.11 Soutien psychosocial aux patients et familles lié au plan de pandémie

Il est à noter que les familles et les proches des patients admis aux SI ou non, pourraient ne pas avoir de contact avec ceux-ci. Concrètement, cela signifie que des décès adviendront sans la présence des proches. Ces proches et familles auront nécessairement besoin de soutien psychosocial afin de faire face à ce contexte non souhaitable en temps normal. Les ressources psychosociales de première ligne devront répondre dans un délai raisonnable à ce type de demande de consultation.

Suggestions de stratégie d'accompagnement des patients et des proches

Si un patient n'est pas priorisé aux soins intensifs ou a un congé prématuré des soins intensifs, il est proposé de mettre en place les mesures suivantes pour alléger la souffrance et le fardeau de ses proches :

1. **Des mises à jour quotidiennes aux proches « Ligne dédiée ».** Donner régulièrement par téléphone et/ou par courriel de l'information sur l'état de santé du patient, physique et psychologique, son lieu d'hospitalisation s'il est déplacé, les types de soins administrés, etc. Ce moyen de communication pourra aussi servir aux intervenants qui devraient contacter les proches pour des informations particulières. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser les proches dans l'ignorance d'une situation critique.

2. **Un soutien psychologique aux proches.** Mettre en place un numéro de téléphone pour le soutien psychosocial aux proches (réf. AMM) avec des professionnels formés en la matière (pendant l'épisode de soins, mais aussi après l'annonce éventuelle d'un décès). Aussi, l'annonce au patient et aux proches d'un choix de triage défavorable devrait être faite par un intervenant avec les compétences psychologiques adéquates. La possibilité de discuter avec un intervenant spirituel devrait aussi être offerte.
   Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour accompagner les proches dans leur détresse psychologique.

3. **Une capacité de communication entre le patient et ses proches**. Fournir au patient un accès internet vidéo portable (téléphone intelligent, tablette, etc.) pour qu'il puisse voir ses proches ou minimalement lui donner accès à un téléphone s'il n'a pas de cellulaire (fréquent chez les personnes âgées). Et si la mort est imminente, il faut favoriser la présence d'un proche en assurant sa sécurité ou minimalement donner la possibilité d'une dernière vidéo ou discussion par téléphone dans une atmosphère sereine.
   Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser une personne (enfant ou adulte) mourir seule.

4. **Un espace palliatif.** Aménager un espace spécial pour les personnes redirigées implicitement en soins palliatifs afin qu'elles puissent mourir dans la dignité et une atmosphère paisible (par exemple une pièce isolée sans éclairage ou bruit agressant) propice à l'accompagnement d'un proche ou à un dernier contact intime à distance.

La présence d'un intervenant spirituel pourrait aussi être proposée. Une adaptation de ce type d'espace devra être faite dans le cadre de soins palliatifs pédiatriques. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser une personne mourir dans des conditions dégradantes.

5. **Une page web dynamique d'informations spécifiques à la situation.** Offrir un support informationnel Web à l'intention des proches pour leur communiquer des informations valides relatives aux types de soins prodigués, l'état des services, les procédures et protocoles en place, le développement général de la situation, des messages de réconfort, des liens vers des services connexes pouvant aller du commissaire aux plaintes à des services de soutien complémentaires pertinents, etc.; Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour que les proches aient accès en tout temps à de l'information pertinente sur les services offerts.

5.12 Examen de la qualité

Un comité central de triage se réunira quotidiennement (ou selon les besoins) pour examiner les activités et les décisions. Ce groupe, présidé par le DSP (ou la personne qu'il désigne) sera composé des personnes suivantes : le ou les présidents disponibles de l'équipe de triage, le chef des soins intensifs, d'autres médecins spécialistes au besoin, un éthicien, et d'autres ressources pertinentes.

- L'objectif de ce processus d'établissement de rapports par le biais du Comité central de triage est d'examiner :
    - Les demandes actuelles de soins intensifs dans tous les sites et dans toute la région;
    - Les informations épidémiologiques/cliniques récentes et émergentes sur l'épidémie, y compris les modalités de traitement et les résultats des soins intensifs;
    - La cohérence des décisions et application des critères de triage;
    - Le processus de documentation et de communication;
    - Les résultats du processus;
    - Les défis du processus;
    - Les apprentissages sur le processus;
    - Les changements recommandés au processus pour s'adapter aux réalités changeantes.

Toutes modifications à ce protocole seront proposées au comité provincial des soins critiques par le DSP.

6. Documentation

6.1 Documentation de l'état de triage du patient

- Il est prévu que les critères de triage, une fois connus, ne changent généralement pas pendant le séjour du patient (à l'exception du score ProVent, évalué à 21 jours de séjour en soins intensifs). Les critères de triage pour les 3 étapes de triage doivent être complétés lors de l'évaluation initiale.

- Les formulaires d'évaluation du triage doivent être conservés dans le dossier du patient (avec l'ordonnance NIM du patient) pour un accès facile, une copie étant conservée par l'équipe de triage pour référence.

Le président de l'équipe de triage est responsable de la documentation des délibérations et des décisions de l'équipe de triage, avec le soutien de celle-ci. Un journal des réunions de l'équipe de triage est tenu, avec enregistrement :

- Date et heure de la réunion;
- Membres de l'équipe de triage présents;
- Patients examinés (identifiés par le numéro de dossier ou le numéro de la RAMQ);
- Quels patients ont été approuvés pour les soins intensifs, lesquels ne l'ont pas été;
- Notation de tous les patients;
- Raisons de l'approbation des patients éligibles (selon les critères ci-dessus);
- Possibilités d'amélioration de la qualité, questions et défis à soumettre au comité central de triage sous l'autorité du DSP.

Le journal sera conservé dans un fichier désigné, auquel seuls les membres de l'équipe de triage auront accès.

7. Définitions

Équipe de triage - Équipe de 3 personnes qui sont autorisées à prendre des décisions de triage en situation de pandémie et d'allocation extrême des ressources de soins intensifs.

Le principe du **cycle de vie** : « La mort semble plus tragique quand un enfant ou un jeune adulte meurt que lorsque c'est une personne âgée - pas parce que la vie des personnes plus âgées a moins de valeur, mais plutôt parce que la personne plus jeune n'a pas eu l'occasion de vivre et de se développer à travers les différents stades de la vie. » (Emmanuel & Wertheimer, 2006). Le principe du cycle de vie soutient cette idée et suggère de prioriser ceux qui en sont à un stade plus précoce de la vie, mais peut également être appliqué à des personnes qui ont une plus grande chance de survie. Ce principe ne favorise pas les plus jeunes par rapport aux plus vieux en terme absolu, mais, entre deux personnes ayant un même pronostic clinique, il donne plutôt priorité à la personne qui se trouve à un stade moins avancé.

8. Plan provincial de contingence

Le plan de contingence provincial détermine les niveaux d'alerte et les mesures qui s'ensuivent se retrouvent dans ce plan.

9. Références

Académie Suisse des Sciences Médicales. Pandémie Covid-19 : Triage des traitements de soins intensifs en cas de pénurie des ressources. 2020.

Azoulay E, Soares M, Darmon M, Benoit D, Pastores S, Afessa B. Intensive care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges. Ann Intensive Care. 2011;1(1):5.

Bailey, T. M., Haines, C., Rosychuk, R. J., Marrie, T. J., Yonge, O., Lake, R., ... & Ammann, M. (2011). Public engagement on ethical principles in allocating scarce resources during an influenza pandemic. Vaccine, 29(17), 3111-3117.

Berlinger, N., Wynia, M., Powell, T., Hester, M., Milliken, A., Fabi, R., et coll. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Cpronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. Hasting Center, March 16, 2020.

Biddison, L.D., Gwon, H.S., Schoch-Spana, M., Regenberg, AS.C., Juliano, C., Faden, R.R. et al. Scarce Resource Allocation During Disasters. A Mixed-Method Community Engagement Study. CHEST 2018; 153(1) :187-195.

Brummel NE, Bell SP, Girard TD, et coll. Frailty and Subsequent Disability and Mortality among Patients with Critical Illness. Am J Respir Crit Care Med. 2017;196(1):64-72.

Carson SS, Garrett J, Hanson LC, et coll. A prognostic model for one-year mortality in patients requiring prolonged mechanical ventilation. Crit Care Med. 2008;36(7):2061-2069.

Christian MD, Sprung CL, King MA, et coll. Triage: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. Chest. 2014;146(4 Suppl):e61S-74S.

Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, et coll. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. CMAJ. 2006;175(11):1377-1381.

Darmon M, Bourmaud A, Georges Q, et coll. Changes in critically ill cancer patients' short-term outcome over the last decades: results of systematic review with meta-analysis on individual data. Intensive Care Med. 2019;45(7):977-987.

Daugherty Biddison, E. L., Gwon, H., Schoch-Spana, M., Cavalier, R., White, D. B., Dawson, T., ... & Toner, E. S. (2014). The community speaks: understanding ethical values in allocation of scarce lifesaving resources during disasters. Annals of the American Thoracic Society, 11(5), 777-783.

DeCoster, B. (2006). Currents in Contemporary Ethics: Avian Influenza and the Failure of Public Rationing Discussions. Law, Medicine & Health Care, 34(3), 620-624.

Devereaux, A.V., Dichter, J.R., Christian, M.D., Dubler, N.N., Sandrock, C.E., Hick, J.L, et coll. (2008). Definitive Care for the Critically Ill During a Disaster: A Framework for Allocation of Scarce Resources in Mass Critical Care From a Task Force for Mass Critical Care Summit Meeting, January 26-27, 2007, Chicago, IL. Chest, 133(5), 51S.

Douglas, W. Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency. March 21, 2020.

Emanuel, E.J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., et coll. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time Covid-19. N Engl J Med. 2020.

Emanuel, E. J., & Wertheimer, A. (2006). Who Should Get Influenza Vaccine When Not All Can? Science, 312, 854-855.

Emergency Management and Civil Protection Act, R.S.O. 1990, c. E.9

Farmer, Y. (2012) La distribution aléatoire des ressources en santé : pour un modèle hybride équilibrant les principes de justice et de maximisation, Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique, Vol. 103, No. 2 pp. 119-121, repéré à https://www.jstor.org/stable/41995721

Fernando SM, McIsaac DI, Rochwerg B, et al. Frailty and associated outcomes and resource utilization following in-hospital cardiac arrest. Resuscitation. 2020;146:138-144.

Gardam, M., Liang, D., Moghadas, S.M., Wu, J., Zeng, Q., & Zhu, H. (2007). The impact of prophylaxis of healthcare workers on influenza pandemic burden. Journal of The Royal Society Interface, 4(15), 1742-5689.

Gostin, L.O. (2006). Medical Countermeasures for Pandemic Influenza: Ethics and the Law. Journal of the American Medical Association, 295(5), 554-556. doi: 10.1001/jama.295.5.554.

Hick, J.L., Rubinson, L., O'Laughlin, D.T., & Farmer, J.C. (2007). Clinical review: Allocating Ventilators During Large-scale Disasters – Problems, Planning, and Process. Critical Care, 11(3), 217. doi: 10.1186/cc5929.

Larkin, G., & Arnold, J. (2003). Ethical Considerations in Emergency Planning, Preparedness, and Response to Acts of Terrorism. Prehospital and Disaster Medicine, 18(3), 170-179.

Leroy G, Devos P, Lambiotte F, Thevenin D, Leroy O. One-year mortality in patients requiring prolonged mechanical ventilation: multicenter evaluation of the ProVent score. Crit Care. 2014;18(4):R155.

Muscedere J, Waters B, Varambally A, et coll. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med. 2017;43(8):1105-1122.

Ontario Health Plan for an Influenza Pandemic, August 2008. http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/emu/pan_flu/ohpip2/plan_full.pdf

Pandemic Influenza Working Group. (2005). Stand on Guard for Thee: Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza. University of Toronto Joint Centre for Bioethics.

Public Health Agency of Canada. (2006). The Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector. Public Health Agency of Canada. Retrieved January 16, 2009, from http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/.

Ritvo P, Perez DF, Wilson K, et coll. Canadian national surveys on pandemic influenza preparations: pre-pandemic and peri-pandemic findings. BMC Public Health. 2013;13:271.

Sztajnkrycer, M., Madsen, B., & Baez, A. (2006). Ethical planning for an influenza pandemic. Emergency Medicine Clinics of North America, 24, 749-768.

Tabery, J., & Mackett, C. W. I. (2008). Ethics of Triage in the Event of an Influenza Pandemic. Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 2(2), 114-118.

Udeh CI, Hadder B, Udeh BL. Validation and Extension of the Prolonged Mechanical Ventilation Prognostic Model (ProVent) Score for Predicting 1-Year Mortality after Prolonged Mechanical Ventilation. Ann Am Thorac Soc. 2015;12(12):1845-1851.

Vawter, D. E., Gervais, K. G., & Garrett, J. E. (2007). Allocating pandemic influenza vaccines in Minnesota: Recommendations of the Pandemic Influenza Ethics Work Group. Vaccine, 25(35), 6522-6536. doi: 10.1016/j.vaccine.2007.05.057.

Winsor S, Bensimon CM, Sibbald R, et al. Identifying prioritization criteria to supplement critical care triage protocols for the allocation of ventilators during a pandemic influenza. Healthc Q. 2014;17(2):44-51.

Zimmerman, R. K. (2007). Rationing of influenza vaccine during a pandemic: Ethical analyses. Vaccine, 25, 2019-2026.

10. Annexes

Annexe A : L’éthique du triage

Les décisions prises dans un contexte de pandémie ont plus de chances d'être éthiquement rigoureuses et publiquement acceptables si les processus décisionnels respectent les principes de procédure et de fond décrits ci-dessous.

Ces principes procéduraux sont les suivants :

- **Ouverture et transparence** - Le processus de prise de décision doit être documenté et communiqué de manière à être ouvert à l'examen et le fondement des décisions doit être expliqué. Dans la mesure du possible, les patients et les familles doivent être informés de l’étape de triage des patients afin de veiller à la transparence des décisions.

- **Raisonnable** - Les décisions doivent être fondées sur des motifs (par exemple, des preuves, des principes, des valeurs) et être prises par des personnes crédibles et responsables.

- **Inclusives** - Les décisions doivent être prises explicitement en tenant compte des points de vue des parties prenantes et ces dernières doivent avoir la possibilité de participer au processus décisionnel.

- **Réactivité** - Les décisions doivent être réexaminées et révisées à mesure que de nouvelles informations apparaissent, et les parties prenantes doivent avoir la possibilité d'exprimer leurs préoccupations concernant les décisions (par exemple, mécanismes de règlement des litiges et des plaintes).

- **Responsabilité** - Il devrait y avoir des mécanismes pour garantir que la prise de décision éthique est maintenue tout au long de la réponse.

Le plan de lutte contre la pandémie du Québec fait également appel aux valeurs éthiques de fond suivantes. Ces valeurs éthiques peuvent être en conflit les unes avec les autres et nécessitent une analyse pour déterminer comment les pondérer dans des circonstances spécifiques.

Liberté individuelle. La liberté individuelle (c'est-à-dire le respect de l'autonomie) est une valeur inscrite dans nos lois et dans la pratique des soins de santé. Pendant une pandémie, il peut être nécessaire de restreindre la liberté individuelle afin de protéger le public contre des atteintes graves. La liberté individuelle peut être préservée dans la mesure où les limites imposées et les raisons qui les justifient sont transparentes. Dans le contexte du triage des soins intensifs, cette valeur est pertinente dans la mesure où le consentement du patient/du MSD pour le retrait ou l'interruption du traitement en unité de soins intensifs peut ne pas être requis, mais les raisons du refus du traitement doivent être rendues transparentes.

Protection du public contre les préjudices. Les autorités de santé publique ont l'obligation de protéger le public contre tout préjudice grave, notamment en réduisant au minimum les maladies graves, les décès et les perturbations sociales.

Équité. Tous les patients ont droit, sur un pied d'égalité, à recevoir les soins de santé dont ils ont besoin. Cela ne sera pas possible en cas de pandémie. Dans ces circonstances, les décideurs veilleront à une répartition équitable des avantages et des charges :

- En s'efforçant de préserver autant d'équité que possible entre les besoins des patients pandémiques et ceux des patients qui ont besoin d'un traitement urgent pour d'autres maladies ou blessures.

- En établissant des processus/critères de décision équitables.
- En veillant à la proportionnalité des décisions pour ne pas affecter négativement un trop grand nombre de personnes que celles qui auraient été affectées si nous avions utilisé une approche « premier arrivé, premier servi », notamment parmi les groupes vulnérables.

Obligation de fournir des soins. Les travailleurs de la santé ont le devoir éthique de fournir des soins et de répondre à la souffrance.

Réciprocité. La société a la responsabilité éthique de soutenir ceux qui sont confrontés à une charge disproportionnée dans la protection du bien public. Pendant une pandémie, la charge la plus lourde incombera aux praticiens de la santé publique, aux travailleurs des services essentiels, aux travailleurs de la santé et aux familles des patients. Les travailleurs de la santé seront appelés à assumer des tâches élargies et pourraient souffrir de stress physique et émotionnel, et être isolés de leurs pairs et de leur famille. Les organisations de soins de santé ont l'obligation de fournir un soutien approprié pour aider leurs travailleurs de la santé à faire face au stress extraordinaire d'une pandémie.

La confiance. La confiance est un élément essentiel de la relation entre le gouvernement et les citoyens, entre les travailleurs de la santé et les patients/familles, entre les organisations et leur personnel, et entre les organisations au sein d'un système de santé. Pendant une pandémie, certaines personnes peuvent percevoir les mesures visant à protéger le public contre les préjudices (comme la limitation de l'accès à certains services de santé) comme une trahison de la confiance. Afin de maintenir la confiance pendant une pandémie, les décideurs doivent :

- Prendre des mesures pour établir la confiance avec les parties prenantes avant que la pandémie ne se produise;
- Veiller à ce que les processus décisionnels soient éthiques, cohérents et transparents.

L'intendance. Dans notre société, tant les institutions que les individus se verront confier la gestion de ressources rares, tels que les vaccins, les antiviraux, les respirateurs, les lits d'hôpitaux et même les travailleurs de la santé. Les personnes chargées de la gouvernance devraient être guidées par la notion d'intendance, qui comprend la protection et le développement des ressources et la responsabilité du bien-être public. Pour assurer une bonne gestion de ressources rares, les décideurs tiendront compte à la fois des avantages pour le bien public et de l'équité (c'est-à-dire la répartition équitable des avantages et des charges).

La solidarité. Cette valeur encourage les décideurs à aller au-delà de la focalisation traditionnelle de la médecine sur les droits ou les intérêts des individus, pour mettre de côté les notions d'intérêt personnel ou de territorialité. Elle considère la santé du grand public et des travailleurs de la santé comme des ressources qui méritent d'être protégées par des efforts coordonnés entre les parties prenantes.

Principes de triage :

- Dans le contexte non pandémique, le triage des soins intensifs donne généralement la priorité aux patients les plus malades. Même les patients très malades ou blessés, dont les chances de rétablissement sont minimes, sont fréquemment admis à l'unité de soins intensifs pour un essai de traitement. L'éthique médicale traditionnelle a eu tendance à se concentrer sur le devoir du médecin de soigner/représenter la personne malade; les plans de soins sont négociés avec le patient/le MSD/famille sur la base des souhaits, des valeurs et des meilleurs intérêts du patient. Le consentement du patient/du médecin est presque toujours demandé avant qu'un traitement vital ne soit suspendu ou retiré. En cas d'augmentation mineure ou

modérée des besoins en soins intensifs, les patients sont souvent transférés dans d'autres unités de l'hôpital ou dans d'autres hôpitaux de la province, afin de s'assurer qu'ils reçoivent les soins dont ils ont besoin.

- L'objectif du triage en cas de pandémie est de maximiser les bénéfices en se basant sur des principes de justice distributive. Les principes mis de l'avant doivent également être mis en balance avec un modèle de justice plus égalitaire, afin de garantir la protection des groupes vulnérables de notre communauté (voir Zimmerman, 2007). Ainsi, les prestataires de soins de santé devront trouver un équilibre entre les besoins des patients individuels et les besoins des autres patients et de la société.

- Le processus de triage en cas de pandémie bouleverse le triage conventionnel des soins intensifs de la manière suivante (voir Hick, 2007) :
  - La priorité est donnée aux patients qui ont le plus de chances de bénéficier de soins intensifs et de se rétablir jusqu'à leur sortie de l'hôpital en quelques jours; il ne s'agira pas des patients les plus malades, mais de ceux qui sont relativement en bonne santé par rapport aux autres.
  - Le devoir premier des médecins de soins intensifs sera d'allouer des ressources pour garantir que le plus grand nombre de vies soient sauvées, plutôt que de défendre des patients individuels.
  - La demande de soins peut être tellement supérieure à l'offre que les décisions ne peuvent être fondées sur des critères/jugements cliniques seuls.
  - Le processus de triage est fondé sur la présomption que les décisions des équipes de triage ont une influence et que le consentement des patients/médecins du service de santé n'est pas nécessaire pour refuser ou interrompre les traitements; cela nécessite des critères rigoureux et transparents pour éviter les préjugés et garantir la cohérence et l'équité.
  - Dans le pire des cas, tous les hôpitaux de la province pourraient être submergés de patients, sans aucun endroit pour transférer les patients gravement malades.

- Un protocole de triage pour les soins intensifs ne vise pas à décider qui recevra ou non des soins. Tous les patients seront soignés. Chaque vie humaine est valorisée et chaque être humain mérite le respect, les soins et la compassion. Toutefois, cela ne signifie pas que tous les patients recevront ou devraient recevoir des soins intensifs. Ceux qui ne reçoivent pas de soins intensifs ne seront pas abandonnés; ils continueront à recevoir d'autres niveaux de soins.

- Les décisions de triage en cas de pandémie ont plus de chances d'être éthiquement rigoureuses et publiquement acceptables si les processus de prise de décision démontrent les principes de procédure et de fond.

Annexe B : Formulaire de triage des soins intensifs pour les adultes en situation de pandémie

Annexe C : Formulaire de triage des soins intensifs pédiatriques en situation de pandémie

Annexe D : Aspects juridiques[3]

Cadre légal

Il est important de noter que l'état d'urgence sanitaire, tel que défini dans la *Loi sur la santé publique* (L.R.Q., c. S-2.2), n'a pas d'impact sur les lois en vigueur au Québec. Celles-ci continuent de s'appliquer normalement, cela inclut le cadre légal relatif aux prestations de soins et de services sociaux.

Nous n'excluons toutefois pas la possibilité que des mesures prises par le gouvernement en vertu de l'article 123 de la *Loi sur la santé publique* aient certains impacts sur la prestation des soins et des services. Nous reproduisons ici l'article précité :

> *123. Au cours de l'état d'urgence sanitaire, malgré toute disposition contraire, le gouvernement ou le ministre, s'il a été habilité, peut, sans délai et sans formalité, pour protéger la santé de la population:*
>
> *[…]*
> *8° ordonner toute autre mesure nécessaire pour protéger la santé de la population.*

Le gouvernement a aussi la capacité de modifier une partie du cadre légal en vigueur par le biais d'une loi spéciale. Ce type de mesure ne serait utilisé que dans un cadre hautement exceptionnel.

Cela dit, certaines lois, notamment celles applicables au réseau de la santé et des services sociaux, contiennent déjà des dispositions pertinentes afin permettre aux établissements de fournir les services requis aux citoyens malgré un contexte critique de pandémie, tout en appuyant les soignants confrontés à un processus décisionnel complexe et exceptionnel.

Les lois suivantes sont notamment applicables au réseau de la santé en période de pandémie :

- Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2);
- Charte des droits et libertés de la personne;
- Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- Code civil du Québec;
- Code des professions;
- Loi médicale;
- Codes de déontologie applicables aux professions.

Consentement aux soins

Dans la mesure où les lois demeurent applicables et en l'absence de loi spéciale, le consentement aux soins demeure la règle avant la prestation de soins, sauf dans des cas prévus à l'article 13 du Code civil du Québec, communément connu comme l'exception de l'urgence. Ce que la Loi prévoit expressément est le droit d'une personne de consentir ou de refuser un soin. Aucune loi,

[3] Cette annexe est actuellement une ébauche. Elle ne constitue pas par ailleurs un avis juridique et ne devrait pas être interprétée ainsi. Certains commentaires émis par l'auteur constituent des pistes de réflexion quant au vide juridique entourant le cadre légal des soins en contexte d'extrême pandémie. L'auteur ne peut garantir une position favorable des tribunaux en lien avec les pistes de réflexion émises.

ni règlement ne vient préciser les modalités d'une abstention de traitement ou d'un arrêt de traitement d'origine médicale.

Obligation de moyens

Rappelons que les professionnels de la santé, sauf exception, sont généralement tenus à une obligation de moyens, n'étant pas jugés en fonction du résultat obtenu. Ainsi, la conduite d'un médecin ou d'un professionnel non médical sera évaluée en fonction du comportement d'un pair normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances. En période de pandémie ou de pandémie extrême, l'appréciation du comportement ou de la conduite se fera en tenant compte de ce contexte particulier.

L'exonération en fonction des ressources limitées et de l'organisation des services (Article 13 LSSSS)

L'article 13 de Loi sur les services de santé et services sociaux définit que :

> Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. (Nos soulignements)

Considérant que le libellé de cet article demeure très général et vu le nombre restreint de décisions judiciaires basées sur cette disposition, l'impact réel d'un moyen de défense en responsabilité civile sous l'article 13 de la LSSSS demeure mitigé. Ceci étant, de l'avis des auteurs Robert Kouri et Catherine Régis, cet article peut « circonscrire l'offre et la demande de soins au sein du réseau de la santé visé par cette même loi »[4].

La limitation des ressources peut varier selon les circonstances, incluant une situation exceptionnelle d'urgence sanitaire. Dans le contexte de pandémie actuelle, il est raisonnable de s'attendre à ce que ces circonstances particulières et hors de notre contrôle affectent la disponibilité des ressources pour les usagers à travers la province dans les mois à venir.

Il est à noter qu'une défense sous l'article 13 de la LSSS est envisageable si l'établissement est en mesure d'établir que l'accès aux services et la limitation des droits des usagers proviennent d'une démarche rationnelle. Le caractère rationnel de la démarche est notamment apprécié selon différents facteurs, tel qu'en font état les auteurs Robert Kouri et Catherine Régis :

1) « L'inadéquation des besoins de l'usager avec les ressources disponibles de l'établissement;
2) L'impact de l'exercice des droits de l'usager sur ceux des autres usagers;
3) Le souci d'explorer des alternatives qui minimisent l'atteinte aux droits des usagers; et
4) La nature contextuelle et sérieuse, plutôt que simplement appréhendée et minime, de l'impact budgétaire »[5].

La Cour d'appel, dans l'arrêt Institut St-Georges, motive sa décision en précisant, notamment, que l'appelant a rempli les devoirs et les obligations que la loi lui impose tout en considérant les

[4] Robert Kouri et Catherine Régis, « La limite de l'accès aux soins telle que proposée par l'article 13 de la Loi sur les services de santé et services sociaux : véritable ou simple mise en garde ? », (2013) 72 R. du B. 177, 208.
[5] Ibid., 208.

ressources mises à sa disposition et a pris « tous les moyens et précautions raisonnables, dans les circonstances, pour empêcher le fait dommageable »[6]. Dans cet arrêt, la Cour souligne les mesures diligentes prises par l'appelant, ce qui démontre le caractère impérieux de prendre de telles mesures. En effet, l'établissement pourrait devoir prouver l'absence d'alternatives raisonnables qui auraient pu être utilisées pour empêcher de brimer les droits d'un usager afin de conserver la viabilité d'une défense basée sur la limitation des ressources[7].

L'offre de service (art. 105 LSSSS) et ses modalités

L'article 105 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après « LSSSS ») prévoit qu'un établissement de santé « détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles. » À cette fin, cet article prévoit qu'il appartient à l'établissement de santé de « fixer les paramètres des services de santé et des services sociaux qu'il dispense ». Bien que sujette à l'approbation du ministère de la Santé et des Services sociaux, la détermination de l'étendue de l'offre de services institutionnels serait donc discrétionnaire.

En période de pandémie, nous soumettons que l'établissement de santé peut explorer, avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, la possibilité d'utiliser l'article 105 de la LSSSS, revoir son offre de services, l'étendue de ses services ainsi que les modalités particulières des services offerts. Bien que certains critères d'accès et modalités de services soit déjà modulés par le présent protocole de triage, une telle démarche ajouterait une légitimité supplémentaire à la conduite adoptée par les professionnels.

Alors que l'article 13 de la LSSSS ne requiert pas l'aval du ministère de la Santé et des Services sociaux, la limite des services par le biais de l'article 105 de la LSSSS est quant à elle soumise à une telle autorisation.

La déontologie médicale

Faisant écho aux principes émis à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le *Code déontologie des médecins* impose à son article 12 une obligation d'utiliser les ressources de façon judicieuse. Cette obligation demeure une obligation de moyens et toute faute alléguée s'appréciera en fonction du contexte, en l'occurrence celui de la pandémie.

L'article 50 stipule que « Le médecin ne doit fournir un soin ou émettre une ordonnance que si ceux-ci sont médicalement nécessaires. » En période d'extrême pandémie, il est anticipé que la notion de nécessité pourra être interprétée différemment, notamment en regarde de l'article 3 du même Code :

> *3. Le médecin a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel que collectif.* (Nos soulignements)

[6] *Institut St-Georges* c. *Laurentienne générale cie d'assurance-vie*, REJB 1993-57988 (C.A.).

[7] DESLAURIERS, Patrice. «La limitation des ressources : circonstance atténuante ou aggravante en matière de responsabilité médico-hospitalière?», Dans Développements récents en droit de la santé, Service de la qualité de la profession, Barreau du Québec, vol. 466, p. 40.

L'abstention de soins ou l'arrêt de traitement par décision médicale unilatérale

En principe, l'équipe traitante n'a pas à rechercher un consentement de l'usager, ou de son représentant, lorsqu'il s'agit d'une abstention de traitement. L'offre de soins et de services est déterminée par l'établissement et les professionnels de la santé en fonction de plusieurs critères, principalement l'état de l'usager, mais également le pronostic. L'offre de services doit également respecter la règle d'utilisation judicieuse des ressources prévue à la LSSSS et au Code de déontologie.

Le cadre légal applicable à la cessation de traitement est différent. À cet égard, malgré que cela relève du droit ontarien, il est pertinent de rappeler la position de la Cour suprême du Canada dans la décision *Rasouli*. Le retrait de traitement avait été assimilé à la notion de « traitement » au sens large. Dans ce contexte, le retrait d'un traitement nécessitait le consentement du patient ou de son représentant. Tout désaccord devait alors être soumis à la Commission du consentement et de la capacité.

Nous pourrions néanmoins être enclins de conclure qu'advenant l'insistance d'un patient ou de sa famille quant au maintien d'un soin contraire au jugement clinique, la décision du tribunal devrait être sollicitée d'emblée. Or, il faut rappeler que la décision de la Cour suprême se base sur la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, sa formulation et son interprétation. Le cadre légal québécois est différent et pourrait bien entraîner une position différente.

Selon nos recherches sommaires, pour plusieurs provinces, en cas de conflit ou désaccord, la décision finale est donnée aux médecins, le patient ou sa famille ayant le fardeau de saisir les tribunaux pour bloquer la mise en œuvre de cette décision. Au Québec, il ne semble pas y avoir d'application uniforme. Dans certains cas, les établissements et les médecins tranchent, imposant ainsi le fardeau de contestation judiciaire au patient et sa famille. Dans d'autres cas, les établissements amorcent d'emblée la procédure judiciaire afin de légitimer leur position.

Une chose est néanmoins claire, dans les cas judiciarisés, le tribunal est généralement appelé à se pencher sur le caractère vain ou futile d'un soin considérant l'état irréversible du patient et son pronostic sombre. Nous soulignons que les cas pouvant faire l'objet d'une décision unilatérale en contexte de pandémie extrême pourraient ne pas correspondre à de tels critères.

Dans ce contexte, il est impossible de se prononcer sur le cadre légal définitif qui s'applique à une décision médicale unilatérale de retirer un traitement en cas de pandémie extrême.

L'arrêt de traitement par décision médicale unilatérale dans un contexte d'une offre conditionnelle de soins

Bien que les enseignements de l'arrêt *Rasouli* ainsi que la jurisprudence québécoise puissent être des outils de réflexion pertinents en situation d'extrême pandémie, ceux-ci sont difficilement transposables lorsqu'il s'agit de retirer un traitement à un usager ayant des chances de survie avec le maintien des soins intensifs, malgré un pronostic réservé.

Une piste de réflexion serait d'ajouter des modalités à son offre de services et de moduler l'étendue des soins proposés, considérant les articles 13 et 105 de la LSSSS. Une telle stratégie ne s'avère pas expressément contraire à l'état du droit, mais à notre connaissance, n'a jamais été appliquée ainsi en pratique. La légalité d'une telle pratique est encore incertaine, n'ayant jamais été soumise à l'appréciation des tribunaux. Cela dit, si l'établissement tente cette pratique, elle

permettrait à l'établissement de soutenir ses équipes traitantes afin de faire front commun en période de crise.

Il serait envisageable de penser que l'usager qui consent à un soin, consent également à toutes les modalités accessoires déterminées par l'établissement et l'équipe traitante. Cela pourrait inclure la révision unilatérale de la pertinence dudit soin, le cas échéant, dans la mesure où l'usager en a été informé expressément et que cela est bien documenté. Un usager ou sa famille ne pourrait alors ultérieurement refuser les modalités de prestation du soin, initialement acceptée, et dicter de nouvelles modalités de soin. Il serait intéressant d'explorer la possibilité d'interpréter un refus des modalités prévues par l'établissement et les professionnels, après l'amorce de celui-ci, comme un refus du soin dans son ensemble, légitimant le personnel à cesser celui-ci. Il est rare qu'une telle interprétation soit avalée en amont d'une situation. Il appartient généralement aux tribunaux de statuer à l'occasion d'une poursuite.

Cela dit, advenant l'application d'une telle stratégie par un établissement de santé, le partage de l'information pertinente aux usagers accueillis et un accompagnement aux différentes étapes du processus décisionnel sera, selon nous, essentiel au succès de la démarche. En effet, il est toujours recommandé de discuter avec le patient et sa famille des éléments cliniques justifiant la décision ainsi des impératifs légaux et éthiques applicables, et ce, malgré les contraintes de temps qu'impose la situation de crise.

Le cadre légal n'aborde aucunement la question de l'arrêt unilatéral de soins. Il est impossible de suggérer une approche permettant d'éviter à l'établissement ou aux professionnels d'engager leur responsabilité civile.

Tel que mentionné ci-haut, les stratégies ou interprétations utilisées par les établissements et les professionnels pour obtenir l'arrêt d'un traitement en cours sont à géométrie variable. Bien que nous puissions faire état de certaines stratégies connues, cela ne constitue pas une recommandation de notre part.

Dans certains cas, l'équipe traitante avise l'usager, ou la personne qui consent pour autrui, de la situation clinique irréversible, du pronostic sombre et de la nécessité de cesser les traitements pour différents impératifs (c.-à-d. dignité, futilité, acharnement, utilisation judicieuse des ressources). Après avoir reçu des explications, l'usager, ou la personne qui consent pour autrui, peut passivement laisser l'équipe agir afin de cesser les traitements et prodiguer des soins de confort. Le consentement tacite de l'usager peut alors s'interpréter par son inaction.

Si après avoir reçu toutes les explications l'usager, ou la personne qui consent pour autrui, s'objecte, s'insurge et menace de poursuivre, l'équipe traitante peut opter de soumettre eux-mêmes le dossier aux tribunaux. Toutefois, l'équipe traitante peut également inviter la famille à prendre rapidement les mesures qui s'imposent pour contester le jugement clinique émis. Le cadre légal ne prévoit pas de délais précis à octroyer pour permettre une telle contestation. L'expression « délai raisonnable » est souvent utilisée en droit, le caractère raisonnable s'interprète alors selon le contexte.

L'obligation de l'usager à l'égard du réseau de la santé

Rappelons que l'usager n'a pas que des droits, il a également des obligations en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. L'article 3 de cette loi prévoit :

> *3. Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux:*
> *[…]*
> *4° l'usager doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;*
> *5° l'usager doit, par une information adéquate, <u>être incité à utiliser les services de façon judicieuse</u>.*(Nos soulignements)

Cette obligation est pertinente à rappeler dans le cadre des discussions et interventions auprès de l'usager et de sa famille.

Facteurs de protection du personnel soignant en contexte de pandémie

Compte tenu de ce qui précède, il existe donc, selon nous, des facteurs légaux de protection pour les établissements et les soignants advenant des plaintes ou poursuites à l'aube de la pandémie.

Parmi ces facteurs de protection, nous rappelons notamment :

- Le contexte lui-même qui impose un ajustement de l'appréciation des normes applicables aux conduites et comportements attendus en regard de la responsabilité civile;
- La modulation, par les établissements de santé, de leur offre de services et de l'étendue de celle-ci, notamment par l'ajout de conditions à l'admission aux SI, tel que permis par l'article 13 et 105 LSSSS;
- La diffusion des modalités de soins au sein des établissements;
- La discussion des modalités et conditions de soins avec l'usager ou sa famille;
- La documentation d'un consentement libre et éclairé aux modalités et conditions de soins adoptés par les établissements en période d'extrême pandémie;
- La pénurie des ressources matérielles, humaines et financières qui justifie l'abstention de soins;
- L'expectative réduite de la population quant au réseau de la santé en période d'extrême pandémie;
- La possibilité de conclure au consentement tacite du patient ou de sa famille en l'absence d'opposition judiciaire suite à l'annonce d'un arrêt ou retrait de soins;
- L'obligation de l'usager à utiliser les services de santé de façon judicieuse;
- Les obligations déontologiques des médecins.

Malgré tout, il est impossible de garantir l'absence de plaintes ou poursuites pour les soins et services prodigués en période d'extrême pandémie.

Santé et Services sociaux Québec

FORMULAIRE TRIAGE DES SOINS INTENSIFS POUR LES ADULTES EN SITUATION DE PANDÉMIE

< = moins de
> = supérieur à
≥ = supérieure à environ
SBP = Pression artérielle systolique
SpO_2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls
USI = unité de soins intensifs

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

RAMQ : _____

Date : _____
(YYYY/MM/DD)

[1]

Étape de triage : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE (INESSS OU L'ÉQUIVALENT)	**TRIAGE REQUIS**	☐	**Objectif A**	**Prolonger la vie par tous les moyens nécessaires**
		☐	**Objectif B**	**Prolonger la vie par des soins limités**
	TRIAGE NON REQUIS*	☐	**Objectif C**	**Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie**
		☐	**Objectif D**	**Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie**
		☐	**Présence de directives médicales anticipées (excluant A et B)**	
NON CONNU	**Déterminer le niveau d'intervention médicale**			

***Amorcer des discussions en regard des objectifs de soins appropriés avec l'usager et ses proches.**

1. Critères d'inclusion (l'usager doit présenter UN des critères suivants)

Variable	Présentation clinique
Exigence d'une assistance respiratoire invasive	☐ Hypoxie réfractaire (SpO_2) < 90 % sur le masque FiO_2 > 0.50) ☐ Acidose respiratoire avec pH < 7.2 ☐ Signes cliniques d'insuffisance respiratoire (utilisation des muscles accessoires, fatigue respiratoire) ☐ Incapacité de protéger ou d'entretenir les voies aériennes
Hypotension	☐ Pression artérielle systolique < 90mmHg ou une hypotension relative avec signes cliniques de choc réfractaire à la réanimation volumique nécessitant un soutien par vasopresseur/inotrope qui ne peut être géré hors USI (altération du niveau de conscience, diminution du débit urinaire, autre défaillance d'un organe terminal)

2. Critères d'exclusion pour l'admission aux soins intensifs

(Pour être admissible aux soins intensifs, l'usager ne doit répondre à AUCUN de ces critères)

	Étape 1 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 80 % de mortalité prévue)	Étape 2 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 50 % de mortalité prévue)	Étape 3 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 30 % de mortalité prévue)
	Nombre de critères présents : _____	**Nombre de critères présents : _____**	**Nombre de critères présents _____**
A	☐ Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 80 % sur la base du score TRISS	☐ Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 50 % sur la base du score TRISS	☐ Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 30 % sur la base du score TRISS
B	☐ Brûlures graves avec 2 des critères : • Âge > 60 • 40 % de la surface corporelle totale affectée		

[1] Traduit et adapté du Hamilton Health Science Critical Care Triage policy

CONFIDENTIEL

Santé et Services sociaux Québec

FORMULAIRE TRIAGE DES SOINS INTENSIFS POUR LES ADULTES EN SITUATION DE PANDÉMIE

< = moins de
> = supérieur à
≥ = supérieure à environ
SBP = Pression artérielle systolique
SpO_2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls
USI = unité de soins intensifs

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

RAMQ : _____

Date : _____
(YYYY/MM/DD)

	Étape 1 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 80 % de mortalité prévue)	Étape 2 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 50 % de mortalité prévue)	Étape 3 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 30 % de mortalité prévue)
	• Brûlure d'inhalation qui entraine une insuffisance respiratoire hypoxémique		
C	☐ Arrêt cardiaque : • Sans témoin • Réanimé mais ne répondant pas à la thérapie électrique (défibrillation ou stimulation) • Arrêts cardiaques récurrents • Arrêt cardiaque nécessitant ECMO		☐ Arrêt cardiaque
D	☐ Déficience cognitive sévère due à une maladie progressive - incapacité totale d'effectuer les activités de la vie quotidienne et domestique de manière indépendante en raison d'une déficience cognitive progressive qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.		☐ Déficience cognitive modérée ou Sévère - incapacité totale ou partielle d'effectuer les activités de la vie quotidienne et domestique de manière indépendante en raison d'une déficience cognitive progressive qui a un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.
E	☐ Maladie neuromusculaire <u>avancée et irréversible</u> (par exemple, la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique) qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.		☐ Maladie neurodégénérative neuromusculaire irréversible <u>avancée et modérée</u> (par exemple la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique) qui a un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.
F	☐ Maladie maligne métastatique présentant l'une des caractéristiques suivantes : • Classe ECOG > = 2 • Maladie évoluant ou stable sous traitement • Plan de traitement actif avec un risque de mortalité > 80 % à 1 an • Plan de traitement (expérimental) non éprouvé	☐ Maladie maligne métastatique présentant l'une des caractéristiques suivantes : • Classe ECOG > = 2 • Maladie évoluant ou stable sous traitement • Plan de traitement actif avec un risque de mortalité > 50 % à 1 an • Plan de traitement (expérimental) non éprouvé	☐ Maladie maligne métastatique

CONFIDENTIEL

Santé et Services sociaux Québec

FORMULAIRE TRIAGE DES SOINS INTENSIFS POUR LES ADULTES EN SITUATION DE PANDÉMIE

< = moins de
> = supérieur à
≥ = supérieure à environ
SBP = Pression artérielle systolique
SpO_2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls
USI = unité de soins intensifs

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

RAMQ : _____

Date : _____
(YYYY/MM/DD)

	Étape 1 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 80 % de mortalité prévue)	Étape 2 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 50 % de mortalité prévue)	Étape 3 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 30 % de mortalité prévue)
	• Plan de traitement qui ne serait lancé que si le patient se rétablit d'une maladie grave	• Plan de traitement qui ne serait lancé que si le patient se rétablit d'une maladie grave	
G	☐ Evénement neurologique grave et irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 80 % sur la base : • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 4-7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, WFNS grade 5 (GCS 3-6) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT • Un accident ischémique aigu seul ne serait pas exclu à ce niveau	☐ Evénement neurologique grave et irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 50 % sur la base : • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 3-7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, WFNS grade 5 (GCS 3-12 OU 13-14 AVEC déficits focaux) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT • Pour les accidents ischémiques aigus, un NIHSS de 22-42	☐ Événement ou état neurologique irréversible avec un risque de .....décès ou de réponse défavorable supérieur à 30 % sur la base : • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 2 à 7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, le score un score WFNS grade 2-5 (GCS<15) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT • Pour les accidents ischémiques aigus, un NIHSS de 14-42
H	☐ Défaillance d'un organe en phase terminale répondant aux critères suivants ET : • qui ne sont pas actuellement sur la liste d'attente pour le don d'organes OU • suspension des processus provinciaux de don d'organes en cas de pandémie **Cœur :** • Insuffisance cardiaque de classe 3 ou 4 selon la NYHA **Poumons :** • Maladie pulmonaire obstructive chronique avec VEMS < 30 % prévu, PaO2 de base < 55 mmHg ou hypertension pulmonaire secondaire • Oxygénodépendance au domicile • Fibrose kystique avec VEMS post-bronchodilatateur < 30 %	☐ Défaillance d'un organe en phase terminale répondant aux critères suivants ET : • qui ne sont pas actuellement sur la liste d'attente pour le don d'organes OU • suspension des processus provinciaux de don d'organes en cas de pandémie **Cœur :** • Insuffisance cardiaque de classe 3 ou 4 selon la NYHA **Poumons :** • Maladie pulmonaire obstructive chronique avec VEMS < 50 % prévu, PaO2 de base < 55 mmHg ou hypertension pulmonaire secondaire • Fibrose kystique avec VEMS post-bronchodilatateur < 30 % ou PaO2 de référence < 55 mmHg	☐ Défaillance d'un organe en phase terminale (tout diagnostic) OU transplantation d'un organe antérieure avec preuve de rejet chronique ou de dysfonctionnement chronique de l'organe transplanté

CONFIDENTIEL

Santé et Services sociaux Québec

FORMULAIRE TRIAGE DES SOINS INTENSIFS POUR LES ADULTES EN SITUATION DE PANDÉMIE

< = moins de
> = supérieur à
≥ = supérieure à environ
SBP = Pression artérielle systolique
SpO_2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls
USI = unité de soins intensifs

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

RAMQ : _____

Date : _____
(YYYY/MM/DD)

	Étape 1 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 80 % de mortalité prévue)	Étape 2 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 50 % de mortalité prévue)	Étape 3 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 30 % de mortalité prévue)
	ou PaO2 de référence < 55 mmHg • Fibrose pulmonaire avec VC ou TLC < 60 % prévue, PaO2 de base < 55 mmHg, ou hypertension pulmonaire secondaire • Toute autre cause d'hypertension pulmonaire avec insuffisance cardiaque classe 3 ou 4 selon la NYHA, pression artérielle pulmonaire > 10 mmHg ou pression artérielle pulmonaire moyenne > 50 mmHg **Foie :** • Insuffisance hépatique chronique associée à la défaillance de 2 autres organes (ACLF grade 2-3) • Score MELD ≥ 40	• Fibrose pulmonaire avec VC ou TLC < 60 % prévue, PaO2 de base < 55 mmHg, ou hypertension pulmonaire secondaire • Toute autre cause d'hypertension pulmonaire avec insuffisance cardiaque classe 3 ou 4 selon la NYHA, pression artérielle pulmonaire > 10 mmHg ou pression artérielle pulmonaire moyenne > 50 mmHg **Foie :** • Insuffisance hépatique chronique associée à la défaillance de 2 autres organes (ACLF grade 1-3) • Score MELD > 30	
I	☐ Toute personne ayant un score de fragilité clinique ≥ 7 en raison d'une condition ou atteinte progressive sous-jacente qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.	☐ Toute personne ayant un score de fragilité clinique ≥ 5 en raison d'une condition ou atteinte progressive sous-jacente qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.	☐ Toute personne ayant un score de fragilité clinique ≥ 4 en raison d'une condition ou atteinte progressive sous-jacente qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.
J	☐ Chirurgie palliative élective		☐ Chirurgie palliative élective ou d'urgence
K	☐ Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours avec un score ProVent de 4-5	☐ Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours avec un score ProVent de 2-5	☐ Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours évoluant vers une chronisation de la ventilation avec trachéotomie envisagée
L	☐ Jugement clinique d'une mortalité ou d'une réponse défavorable aux soins de > 80 % non traitée par des conditions non présentes dans cette grille	☐ Jugement clinique d'une mortalité ou d'une réponse défavorable aux soins > 50 % non traitée par des conditions non présentes dans cette grille	☐ Jugement clinique d'une mortalité > 30 % non traitée par des conditions non présentes dans cette grille

CONFIDENTIEL

< = moins de
> = supérieur à
≥ = supérieure à environ
SBP = Pression artérielle systolique
SpO_2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls
USI = unité de soins intensifs

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

RAMQ : _____

Date : _____
(YYYY/MM/DD)

	Étape 1 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 80 % de mortalité prévue)	Étape 2 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 50 % de mortalité prévue)	Étape 3 de triage (Visant à exclure les personnes ayant ≥ 30 % de mortalité prévue)
	Le jugement clinique peut être soutenu par un outil d'évaluation de la sévérité et de la morbidité reconnu et utilisé dans l'établissement (p.ex. SOFA, MODS, Apache). Justification de l'arrêt de soins : _____ _____ _____		

3. Critère supplémentaire en cas d'égalité entre deux patients

M	**Principe des cycles de vie :** Pour prioriser les personnes à un stade plus précoce de la vie. Commentaires : _____ _____
N	**Personnel soignant du réseau de la santé et des services sociaux** ☐ Oui ☐ Non Commentaires : _____ _____

En cas d'impossibilité de prise de décision consensuelle et / ou d'égalité des conditions cliniques de 2 usagers ou plus, procéder par **tirage au sort**.

Complété par : _____ _____ Heure (hh:mm) _____
(Nom en lettres moulées) (Signature et Désignation)

Vérifié par : _____ _____ Heure (hh:mm) _____
(Nom en lettres moulées) (Signature et Désignation)

Confirmé par : _____ _____ Heure (hh:mm) _____
(Nom en lettres moulées) (Signature et Désignation)

CONFIDENTIEL

Santé et Services sociaux Québec

FORMULAIRE TRIAGE DES SOINS INTENSIFS POUR LES ADULTES EN SITUATION DE PANDÉMIE

< = moins de
> = supérieur à
≥ = supérieure à environ
SBP = Pression artérielle systolique
SpO_2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls
USI = unité de soins intensifs

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

RAMQ : _____

Date : _____
(YYYY/MM/DD)

PRÉSIDENT DU COMITÉ DE TRIAGE

CONFIDENTIEL

Score de Fragilité Clinique*



1 **Très en forme -** Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.



2 **Bien** - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active**, mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



3 **Assez bien** - Personnes dont les **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



4 **Vulnérable - Sans être dépendantes** des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs **symptômes limitent leurs activités**. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée



5 **Légèrement fragile -** Personnes qui ont souvent **un ralentissement plus évident**, et ont besoin d'aide dans les **activités d'ordre élevé de la vie quotidienne** (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 **Modérément fragile -** Personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités à l'extérieur** et pour l'**entretien de la maison**. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide **pour prendre un bain** et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à coté) pour s'habiller.



7 **Sévèrement fragile - Totalement dépendantes pour les soins personnels,** quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).



8 **Très sévèrement fragile -** Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.



9 **En phase terminale -** Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente.**

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

Les **symptômes courants de démence légère** inclus ; l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.

Dans la **démence modérée**, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.

1.Canadian Study on Health & Aging. Revised 2008; *
2.K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

Indice d'état général ECOG	
Grade	**Description**
0	Pleinement actif - Le malade peut exercer son activité normale sans aucune restriction.
1	Restreint dans les activités physiques fatigantes, mais pouvant ambulatoire, pouvant exercer une activité sans contraintes physiques importantes - activité domestique légère, bureau, etc.
2	Patient ambulatoire et capable de s'occuper de lui-même pour ses soins personnels, mais incapable d'activité professionnelle ou à la maison. Debout plus de 50 % de la journée.
3	Ne pouvant faire que le minimum pour ses soins personnels. Confiné au lit ou à la chaise plus de 50 % de la journée.
4	Complètement handicapé dans sa vie, confiné au lit ou à la chaise, nécessitant l'assistance pour sa toilette et ses soins quotidiens.
https://palli-science.com/sites/default/files/PDF/echelle_de_statut_de_performance_ecog.pdf	

Score de Hemphill ICH modifié				
CGS	3-4	2 pts	**Interprétation**	
	5-12	1 pt	**Résultat**	**Mortalité à 1 mois**
	13-15	0 pt	5 **ou** 6	100%
Volume de l'hématome	≥30 ml	1 pt	4	97%
	< 30 ml	0 pt	3	72%
Hémorragie intraventriculaire	Oui	1 pt	2	26%
	Non	0pt	1	13%
Âge	≥80 ans	1 pt	0	0%
	< 80 ans	0pt	https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/01.STR.32.4.891	
Topographie sous-tentorielle	Oui	1 pt		
	Non	0pt		

Score ProVent (calculé à 14 jours d'hospitalisation aux soins intensifs)		
Âge > 55 ans	1 pt	Un résultat de 4–5 à 14 jours de ventilation suggère un taux de mortalité de ~90 % à 1 an. Un résultat de 2–3 à 14 jours de ventilation suggère un taux de mortalité de ~56 % à 80 % à 1 an.
Âge ≥ 65 ans	2 pt	
Décompte plaquettaire < 150	1 pt	
Besoin d'hémodialyse	1 pt	
Besoin de vasopresseurs	1 pt	
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4223371/pdf/cc13994.pdf		

Score NIHSS	
0-7	Associé à une mortalité à 30 jours de 4.2 %
8-13	Associé à une mortalité à 30 jours de 13.9 %
14-21	Associé à une mortalité à 30 jours de 31.6 %
22-42	Associé à une mortalité à 30 jours de 53.5 %
https://www.stroke.nih.gov/documents/NIH_Stroke_Scale_508C.pdf	

GRADE	Score WFNS CGS	
5	GCS 3 - 6	> 90 % de probabilité d'évolution défavorable
3-4	GCS 7 – 12	> 50 % de probabilité d'évolution défavorable
	GCS 13-14 AVEC déficits focaux	
2	GCS 14 sans déficit	> 30 % de probabilité d'évolution défavorable
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982344/		

Score ACLF GRADE	
2-3	80 % de risque de mortalité à 6 mois
1	50 % de risque de mortalité à 6 mois
Calculateur via le site : https://www.clifresearch.com/ToolsCalculators.aspx	

Score IMPACT
Calculateur via le site : http://www.tbi-impact.org/?p=impact/calc
Score TRISS
https://www.thecalculator.co/health/Trauma-Injury-Severity-Score-(TRISS)-Calculator-1022.html

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 9 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Devant l'évolution de la pandémie, de nombreuses directives d'hospitalisation vous ont été acheminées. Nous avons rassemblé toutes les directives des différents milieux et clientèles spécifiques mises à jour au sein d'un même document. Veuillez noter cependant que les directives d'hospitalisation en santé mentale demeurent à venir.

Aussi, vous retrouverez en pièces jointes le guide complet relativement à la prise en charge des femmes enceintes, des nouveau-nés et des enfants, ainsi que le tableau de classification des centres désignés, incluant maintenant les centres de réadaptation désignés connus à ce jour. Cette liste demeure évolutive et une mise à jour vous sera transmise en moment opportun.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 3

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Chefs de Département régional de médecine générale
Membres du CODIR
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-002502-66

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e^ étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Coronavirus COVID-19

9 avril 2020

En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 au Québec, particulièrement au niveau des cas hospitalisés, il nous apparaît nécessaire de vous transmettre une synthèse des lignes directrices en hospitalisation.

Hospitalisation

1. Consignes générales :

a. En tout temps, se référer au tableau de *Classification des CH par région*[1] afin de connaître les centres hospitaliers (CH) désignés pour chacune des clientèles : adulte, obstétrique, pédiatrie, néonatalogie et psychiatrie (à venir). Les trois classifications de CH sont définies de la manière suivante :

   i. Centre désigné COVID : Centre de prise en charge hospitalière de patients confirmés à la COVID19, tant au niveau local que suite aux transferts d'autres CH.

   ii. Centre sous tension en vue d'être désigné : Prise en charge hospitalière de patients confirmés à la COVID19 au niveau local; ne sont pas ouverts aux transferts d'autres CH.

   iii. CH « froid » : CH conservé pour la prise en charge de patients hospitalisés Non-COVID. Transfère leurs patients positifs vers les centres désignés. En contexte de transmission communautaire, il est nécessaire de désigner des zones tièdes pour les patients suspectés d'avoir contracté la COVID19 en attendant le résultat du test de dépistage.

b. Les centres hospitaliers (CH) non désignés COVID19 doivent reprendre dans leur établissement les patients actuellement hospitalisés en CH spécialisé et désigné selon les indications suivantes :

   i. Les patients asymptomatiques ou COVID19 négatif qui ont congé d'un centre spécialisé doivent être retournés si besoin de poursuivre l'hospitalisation dans leur CH de proximité. Compte tenu d'un contexte de transmission communautaire sur l'ensemble du territoire, aucun test de dépistage ne doit être exigé et une mise en quarantaine (zone tiède) automatique en CH doit être instaurée pour une période de 14 jours.

c. Les patients hospitalisés suspectés d'avoir contracté la COVID-19 doivent demeurer dans leur CH jusqu'à confirmation du résultat positif. Les protocoles de prévention des infections appropriés doivent donc être mis en place.

[1] Voir tableau en pièce jointe.

d. Les transferts de patients adultes devant être hospitalisé d'une salle d'urgence, ou d'un CH non désigné, à un centre désigné sont coordonnés par le COOLSI, tant pour l'hospitalisation générale qu'en soins intensifs.

e. Les transferts de pédiatrie, néonatalogie et obstétrique sont coordonnés par le CCPQ. Les transferts pour des raisons de *soins intensifs maternels* sont orientés à la suite d'une discussion entre le CCPQ et le COOLSI.

f. Les personnes suspectées ou confirmées COVID-19 à la maison et dont l'état se détériore doivent être évaluées pour décision d'hospitalisation dans une clinique désignée d'évaluation (CDE), pendant les heures d'ouverture et si leur état de santé le permet, ou à l'urgence de leur CH le plus près.

g. Une communication avec le CH désigné doit obligatoirement avoir lieu avant tout transfert de personnes COVID19 positif.

h. Les centres désignés ont l'obligation d'accepter le transfert de patients confirmés positifs à la COVID19, et ce, en cohérence avec le décret d'état d'urgence sanitaire.

2. Consignes pour les clientèles ou trajectoires spécifiques :

Obstétrique[2] :

a. Toutes les patientes confirmées à la COVID19 et nécessitant une hospitalisation doivent être transférées en centre désigné pour la prise en charge obstétricale.

b. Lorsqu'une femme enceinte confirmée COVID positive se présente à l'hôpital en travail actif (naissance imminente), procéder à l'accouchement sur place. La décision de transférer dans un centre désigné doit être prise en fonction de l'imminence du congé postnatal.

Santé mentale :

a. Tous les patients COVID-19 confirmés ayant besoin de soins en santé physique doivent être transférés en centre désigné.

b. Unités de psychiatrie : installer des zones chaudes/tièdes et froides dans les unités dédiées. Des mesures de distanciation sociale doivent être établies.

Plus de précisions suivront.

Soins palliatifs[3] ou de confort :

a. Pour les CH désignés :

i. Un usager en soins palliatifs et de fin de vie ayant COVID-19 confirmé : transférer dans une zone chaude du CH;

ii. Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone

[2] Se référer au document « Femmes enceintes et nouveau-nés_Professionnels_COVID-19 », en pièce jointe.
[3] Se référer au document « COVID-19 Directives_SPFV », envoyé le 9 avril de la part de M. Yvan Gendron.

tiède dans la chambre d'usager pendant l'attente du résultat.

b. Pour les CH non désignés :

   i. Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre de l'usager pendant l'attente du résultat;

   ii. Si résultat positif de COVID-19 : appliquer le confinement de zone chaude dans la chambre de l'usager.

c. Si usager en soins palliatifs et de fin de vie (niveau de soins C ou D) ayant COVID-19 négatif ou asymptomatique: l'usager demeure dans l'unité de soins palliatifs du CH.

d. Les patients COVID positifs en soins de confort, défini par une mort attendue à l'intérieur de 48 heures, demeure dans le CH où ils se trouvent, et ce, peu importe s'il est désigné ou non. Les mesures de prévention et contrôle des infections applicables doivent être assurées.

CHSLD :

a. Le niveau de soins doit être établi et consigné au dossier pour toute nouvelle admission et pour un maximum de résidants hébergés au dossier.

b. Des zones froide et chaude doivent être établies, ainsi que tiède lorsque possible.

c. Les résidants ayant des niveaux de soins[4] A et B consignés au dossier doivent être transférés en CH suite à l'évaluation médicale et si leur condition le nécessite. Les transferts de résidents CHSLD vers les CH doivent être évités si les traitements requis peuvent être dispensés en CHSLD.

d. Les résidants ayant des niveaux de soins C et D consignés au dossier doivent demeurer en CHSLD et recevoir toutes les mesures de traitement et confort requis.

e. Tout résidant doit être évalué par un MD avant le transfert vers le CH.

f. Les résidents confirmés positifs à la COVID19 doivent évidemment être transférés en centre désigné, le cas échéant.

Centre de réadaptation :

a. Les patients COVID positifs nécessitant une admission en centre de réadaptation doivent être transférés dans un centre de réadaptation désigné[5] le plus près (à compter du 14 avril 2020).

b. Il est attendu que toutes les URFI en DP, les URFI en SP et les unités de réadaptation modérée établissent des zones chaudes et froides. Les zones chaudes permettent d'accueillir, dans l'attente de leur transfert en milieu de réadaptation désigné, les personnes développant des symptômes ou devenant confirmées à la COVID-19 en cours d'épisode de réadaptation.

[4] Voir Notes explicatives des niveaux de soins en annexe (INESSS, 2016).

[5] Voir tableau en pièce jointe.

ANNEXES

Notes explicatives

- **Ce formulaire n'est pas un substitut au consentement aux soins qui doit toujours être obtenu *(sauf dans les circonstances exceptionnelles d'urgence).***
- **Ce formulaire doit être signé par un médecin.**

Description des niveaux de soins

La discussion sur les niveaux de soins est engagée avec l'usager ou, en cas d'inaptitude, avec son représentant dans un esprit de décision partagée sur des soins médicalement appropriés. Les explications et exemples fournis dans les descriptions suivantes ne présument pas de l'état d'aptitude de l'usager ni de son lieu de soins habituel.

Objectif A **Prolonger la vie par tous les soins nécessaires**	• Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert[1] si l'intervention n'est pas disponible sur place. • Toute intervention invasive peut être envisagée, y compris, par exemple, l'intubation et les soins intensifs. ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'intubation, l'assistance ventilatoire[2] et l'assistance respiratoire[3] sont incluses lorsqu'appropriées.
Objectif B **Prolonger la vie par des soins limités**	• Les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie. • Les interventions peuvent entraîner un inconfort qui est jugé acceptable par l'usager ou par son représentant dans le seul intérêt de l'usager, en fonction des circonstances et des résultats attendus. • Certains soins sont exclus, car jugés disproportionnés[4] ou inacceptables[4] par l'usager ou son représentant dans le seul intérêt de l'usager, compte tenu du potentiel de récupération et des conséquences indésirables *(par exemple : intubation à court ou à long terme, chirurgie majeure, transfert).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance ventilatoire[2] et l'assistance respiratoire[3] sont incluses; l'intubation est incluse sauf si non désirée sur le formulaire (cochée dans l'encadré soins préhospitaliers).
Objectif C **Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie**	• Les soins visent en priorité le confort de l'usager par la gestion des symptômes. • Des interventions susceptibles de prolonger la vie sont déployées au besoin pour corriger des problèmes de santé réversibles, par des soins jugés acceptables par l'usager ou par son représentant dans le seul intérêt de l'usager *(par exemple : antibiotiques par voie orale ou intraveineuse pour traiter une pneumonie).* • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort *(par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance respiratoire[3] est incluse; l'intubation et l'assistance ventilatoire[2] sont incluses sauf si non désirées sur le formulaire (cochées dans encadré soins préhospitaliers).
Objectif D **Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie**	• Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes *(par exemple : douleur, dyspnée, constipation, anxiété, etc.).* • Les interventions ne visent aucunement à prolonger la vie; la maladie est laissée à son cours naturel. • Un traitement habituellement donné à des fins curatives peut être utilisé, mais uniquement parce qu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort *(par exemple : antibiotiques par voie orale en cas d'une infection urinaire basse ou à C. difficile).* • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort *(par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, les protocoles d'oxygénation, de salbutamol, de nitroglycérine (douleur thoracique) et de glucagon sont applicables. En contexte de détresse respiratoire de l'usager conscient, l'assistance respiratoire[3] (CPAP) peut être utilisée si non refusée. L'intubation et l'assistance ventilatoire[2] sont exclues. Chez l'usager vivant, les manœuvres de désobstruction des voies respiratoires (DVR) peuvent être effectuées.

Réanimation cardiorespiratoire (RCR)

La RCR fait partie de la même discussion que celle des niveaux de soins. La décision est précisée de façon distincte afin de permettre une décision rapide dans le cas d'un arrêt cardiorespiratoire. La décision concernant la RCR n'est applicable que dans le cas d'un arrêt cardiaque avec arrêt de la circulation. Dans le cas où une tentative de RCR est souhaitée, les mesures disponibles sur place seront entreprises dans l'attente des services d'urgence, selon le cas.

[1] Le terme « **transfert** » implique le déplacement de l'usager vers un lieu de soins différent de celui où il se trouve (départ du domicile, inter-établissement ou intra-établissement, etc.). Si un transfert n'est pas considéré, il faut passer à un objectif autre que A.
[2] **L'assistance ventilatoire** se fait par des techniques non invasives (type ballon-masque, Oxylator) chez l'usager inconscient.
[3] **L'assistance respiratoire** se fait par des techniques non invasives (CPAP) chez l'usager conscient.
[4] Le sens des termes « **disproportionné** » et « **inacceptable** » est basé sur des perceptions subjectives et des valeurs qui varient entre les personnes et dans le temps. Les termes utilisés par l'usager ou son représentant sont importants à consigner dans l'encadré prévu à cette fin.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 9 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Messieurs,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous informer des nouvelles orientations, en date du 9 avril 2020, concernant la gestion des urgences buccodentaires dans le contexte de la pandémie COVID-19. Ces orientations font suite aux travaux du **groupe de travail sur les services dentaires en contexte de pandémie COVID-19**, et sont appuyées par le Comité directeur clinique COVID-19. À cet effet, vous trouverez ci-joint une mise à jour du document « COVID-19 : Procédures en clinique dentaire en situation de pandémie - recommandations intérimaires », en date du 9 avril 2020.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j.

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Monique Bouchard, ODQ
M^me^ Diane Duval, OHDQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Guy Lafrance, ODQ
M. Stéphan Provencher, OTTDQ
M. Yves Robert, CMQ
M. Benoît Talbot, ADQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-66

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e^ étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

COVID-19 : Procédures en clinique dentaire en situation de pandémie - recommandations intérimaires

Note : Les éléments présentés ci-dessous sont basés sur l'information disponible au moment de rédiger ces recommandations. Puisque la situation et les connaissances sur le virus SARS-CoV-2 (COVID-19) évoluent rapidement, les recommandations formulées dans ce document sont sujettes à modifications.

1. Mise en contexte

Dans le contexte d'état d'urgence sanitaire décrété le 15 mars dernier et de la désignation des soins dentaires d'urgence comme étant un service essentiel pour les Québécois, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis sur pied un groupe de travail pour émettre des recommandations concernant la pratique professionnelle en clinique dentaire non-désignée COVID-19 et en clinique dentaire désignée COVID-19, en période de pandémie.

Ces informations et recommandations découlent des évidences scientifiques disponibles sur la COVID-19 et, lorsque non disponibles, d'un consensus d'experts faisant partie du « groupe de travail sur les services dentaires en contexte de pandémie COVID-19 », comité du MSSS. Elles sont également en cohérence avec les mesures mises en place par le gouvernement pour limiter la transmission communautaire de la COVID-19, qui est désormais établie au Québec. En tenant compte de la situation épidémiologique en contexte québécois, du peu d'évidences scientifiques concernant les interventions dentaires générant des aérosols et de la transmission possible de la COVID-19 par des patients asymptomatiques, les experts s'entendent pour appliquer le principe de précaution lors des interventions dentaires.

Ces recommandations sont donc intérimaires : elles évolueront en fonction des découvertes scientifiques, de l'épidémiologie de la COVID-19 et de l'état de santé buccodentaire des Québécois. Elles sont en vigueur immédiatement, jusqu'à ce que d'autres recommandations soient émises par le comité d'experts. Les membres du groupe de travail sont :

- Dre Élise Bertrand (dentiste en santé publique, MSSS, co-présidente du comité)
- Dre Stéphanie Morneau (dentiste en santé publique, MSSS, co-présidente du comité)
- Dre Chantal Galarneau (dentiste en santé publique, Institut national de santé publique du Québec [INSPQ])
- Dre Nancy Wassef (dentiste en santé publique, INSPQ)
- Dr Pierre Boudrias (directeur de l'exercice de la médecine dentaire, Ordre des dentistes du Québec [ODQ])
- Dr Guy Lafrance (président, ODQ)
- Me Caroline Daoust (directrice-générale, ODQ)
- Dr Jean Barbeau (professeur, Université de Montréal)
- Dre Caroline Duchaine (professeur, Université Laval)
- Dre Cathia Bergeron (doyenne, Université Laval)
- Dre Wendy Somerville (professeur, Université McGill)
- Dr Carl Tremblay (président, Association des chirurgiens dentistes du Québec),
- Dr Dany Morais (chirurgien maxillo-facial, président de la Fédération des dentistes spécialistes du Québec)
- Dr Patrick Giroux (chirurgien maxillo-facial, Centre hospitalier Universitaire de Québec)
- Dr Michel El-Hakim (chirurgien maxillo-facial, Hôpital général de Montréal)

2. Objectif du document

Faire des recommandations concernant les interventions en clinique dentaire qui permettent de guider les milieux concernés pour mieux répondre aux besoins essentiels de la population en matière de santé dentaire dans le contexte de pandémie COVID-19.

3. État des connaissances

3.1 Épidémiologie

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) documente l'évolution des cas de COVID-19 au Québec. Ces renseignements sont disponibles à l'adresse suivante: https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees.

3.2 Mode de transmission

- De plus en plus de données épidémiologiques maintenant disponibles sur les cas répertoriés à travers le monde démontrent que la grande majorité des cas ont été liés à une transmission de personne à personne, lors d'un contact étroit sans protection avec une personne présentant des symptômes respiratoires.
- Des études publiées récemment suggèrent qu'une proportion significative (de 5 à 75 %; très variable selon l'âge et selon les études) des personnes infectées pourraient demeurer asymptomatiques. Certaines données indiquent également que la période contagieuse pourrait débuter avant l'apparition des premiers signes et symptômes.
- Les modes de transmission potentiels du SARS-CoV-2 pertinents à la santé dentaire sont les contacts avec les gouttelettes ou les aérosols.
- Il est difficile d'estimer le risque de transmission du SARS-CoV-2 lors des traitements dentaires. Les sécrétions pharyngées et respiratoires peuvent déposer le virus sur les tissus buccaux, mais la concentration demeure inconnue. Selon les connaissances actuelles, les tissus buccaux ne sont pas des sites reconnus pour la prolifération de ce virus.

3.3 Transmission par les gouttelettes

- Les données scientifiques et épidémiologiques actuelles indiquent que le mode de transmission du SARS-CoV-2 se fait de façon prédominante via les gouttelettes, lors d'un contact étroit prolongé ou par contact direct avec les gouttelettes des sécrétions respiratoires, lors de toux ou d'éternuements de la personne malade.
- Les gouttelettes des sécrétions respiratoires ont une charge virale élevée. C'est parce que le virus s'attache aux récepteurs des cellules bordant l'arbre respiratoire que la charge virale y est maximale.
- Pour les intervenants, il est important de protéger les muqueuses de leurs voies respiratoires ainsi que les conjonctives. Le masque de procédure ou chirurgical et le port d'un écran facial ou de lunettes protectrices constituent une protection individuelle efficace contre les gouttelettes.
- Bien que les gouttelettes se déposent sur les surfaces, la proportion de transmission par contact indirect via les surfaces contaminées est peu connue.

3.4 Transmission par les aérosols

- Les aérosols sont des suspensions suffisamment petites pour qu'elles restent dans l'air pendant une période de temps prolongée.
- La transmission par aérosols du SARS-CoV-2 n'est pas encore bien définie et, selon les données scientifiques actuelles, les experts ne peuvent se prononcer sur l'exclusion d'une transmission par cette voie. La contribution possible d'une transmission par voie aérienne dans certaines conditions doit donc être prise en compte.
- De façon générale, les aérosols produits par les traitements dentaires sont un mélange des liquides biologiques du patient, mais aussi de l'eau provenant des instruments (seringue air-eau, turbine et détartreur à ultrasons). Ils ont ainsi une concentration virale plus faible que les aérosols produits lors d'interventions réalisées en milieu hospitalier (ex. intubation/extubation, bronchoscopie, etc.), qui ne comportent que les liquides biologiques du patient. En considérant que les aérosols et les gouttelettes produites lors des interventions dentaires proviennent de la même source, c'est-à-dire, la bouche, il est raisonnable de présumer que les aérosols, de taille plus petite, possèdent une charge virale plus faible que les gouttelettes. Par conséquent, il est probable que les aérosols présentent un risque plus faible de transmission du virus.
- Le masque N95 (bien ajusté) et l'écran facial constituent une bonne protection contre les aérosols.

3.5 Contagiosité

Le nombre de reproductions de base (R_0) est un indicateur de la contagiosité ou de la transmissibilité des agents infectieux. Le R_0 peut varier selon de nombreux facteurs biologiques, socio-comportementaux et environnementaux qui affectent la transmission des agents pathogènes. Le tableau 1 compare le R_o de différentes maladies virales, dont la COVID-19.

Tableau 1 : Comparatif du R_o de différentes maladies virales (Flanagan, 2020)

Maladie virale	R_0
MERS (syndrome respiratoire du Moyen-Orient)	0,3-0,8
Grippe H1N1	1,46-1,48
COVID-19	2-2,5
Grippe espagnole (1918)	2-3
Oreillons	4-7
Poliomyélite	5-7
Variole	5-7
Rubéole	6-7
Rougeole	12-18

4. Principe de précaution appliqué aux mesures de prévention de la transmission des infections

La situation actuelle demande une analyse, puis une priorisation des valeurs qui entrent en conflit dans cette problématique complexe. La valeur de la vie est celle priorisée dans le contexte de la pandémie, ce qui explique bien toutes les mesures gouvernementales instaurées pour réduire le nombre de décès au Québec.

Le domaine dentaire ne peut se soustraire à l'effort collectif de choisir la vie. Ainsi, la lecture de ce document doit se faire avec cette idée en tête. Le document explique pourquoi le principe de précaution a été appliqué dans le choix des recommandations.

Le principe de précaution prône « la réduction ou l'élimination des risques chaque fois qu'il est possible de le faire et l'adoption d'une attitude vigilante afin d'agir de manière à éviter tout risque inutile. Cette attitude s'exerce tant dans un contexte de relative certitude (prévention) que d'incertitude scientifique (précaution) » (Ricard, 2003 p.33).

Conséquemment, lorsque davantage d'évidences scientifiques seront établies concernant la transmission de la COVID-19, les recommandations émises dans ce document, dans le respect du principe de précaution, se transformeront 1) en adoption de nouvelles mesures de prévention universelle ou 2) en l'abandon des mesures mises en place lors de la pandémie, si finalement aucune évidence scientifique ne supporte l'application de ces mesures.

En présence d'une pénurie appréhendée ou réelle d'équipements de protection individuels (ÉPI), il est primordial d'utiliser les ÉPI disponibles pour les situations cliniques à risque de transmission de la COVID-19. L'utilisation d'ÉPI, comme les masques N95, pour des situations cliniques qui sont à faible risque de transmission peut priver des professionnels d'ÉPI qui leur seraient nécessaires pour faire des interventions à risque, voire même pour sauver des vies, tout en préservant la leur. Ainsi, tous les professionnels de la santé doivent avoir un souci d'utiliser les ÉPI judicieusement et de préserver ceux-ci pour les interventions cliniques à risque de transmission de la COVID-19.

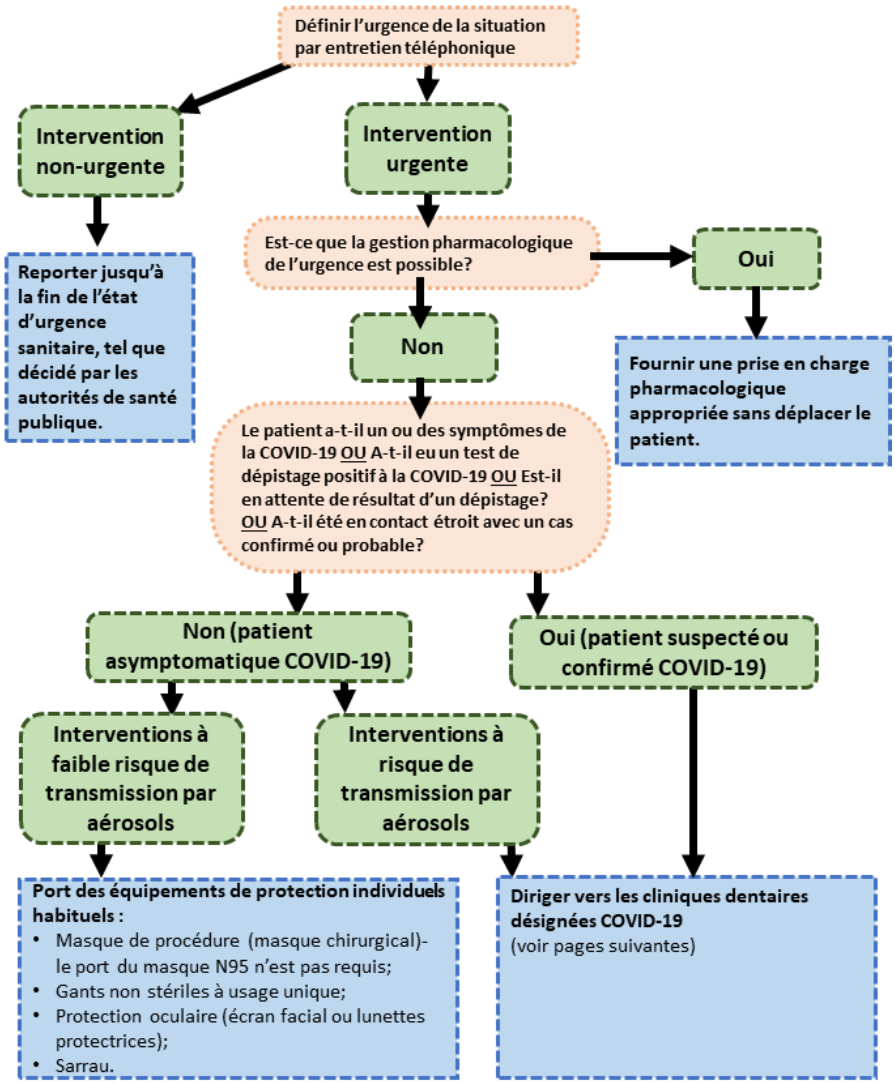
Enfin, les professionnels de la santé ont la responsabilité professionnelle et sociale de répondre aux besoins essentiels de leurs patients. Cependant, dans le contexte actuel, la décision d'assurer ce service essentiel dépend aussi du libre choix individuel. En effet, certains professionnels pourraient être en conflit interne entre le fait d'accomplir leur devoir et celui d'assurer leur sécurité, celle de leurs proches, de leurs employés et de leurs patients : ces deux valeurs pourraient être en opposition. Il revient donc à chacun de choisir selon ses propres valeurs, d'affirmer son autonomie. Toutefois, le devoir professionnel oblige le dentiste qui choisit de fermer sa clinique de référer ses patients à un collègue qui offre un service d'urgence.

5. Arbre décisionnel

Dans le contexte de la présence de la COVID-19 au Québec, le MSSS informe les professionnels dentaires à travers l'arbre décisionnel ci-dessous (figure 1) des procédures à suivre concernant les interventions à prodiguer en clinique dentaire.

Note : ces mesures sont préconisées uniquement de façon temporaire et immédiate, dans le contexte de transmission communautaire soutenue de la COVID-19.

Figure 1 : Arbre décisionnel



6. Triage en situation de transmission communautaire de la COVID-19

6.1 Gérer l'urgence dentaire par télédentisterie

- Juger, par télédentisterie si la situation clinique correspond à une urgence dentaire pour laquelle vous devez intervenir (voir la liste plus bas). Le guide « Soins dentaires d'urgence effectués par télédentisterie en contexte de pandémie de la COVID-19 », produit par l'Ordre des dentistes du Québec, contient les informations pour soutenir les dentistes à ce sujet : http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/DossierSante/Coronavirus/ODQ_Guide%20Téléd entisterie%20COVID19_vfinale_070420 (Amendée) .pdf
- Utiliser son jugement clinique en tout temps afin de déterminer si la situation est réellement une urgence.
- Traiter préférablement l'urgence dentaire pharmacologiquement, par télédentisterie. En temps de pandémie, le dentiste devrait privilégier la transmission directe aux pharmaciens par télécopieur.
- Évaluer, pour chaque patient qui doit être vu en clinique dentaire, si le bénéfice de traiter l'urgence dentaire est supérieur au risque de contracter la COVID-19 en tenant compte du contexte de transmission communautaire et de la condition médicale du patient.
- Tenir compte que les patients âgés, les patients avec maladies chroniques et les patients immunodéprimés ont plus de risque de complications liées à la COVID-19.

6.2 Situations d'urgence dentaire

- Douleur intolérable (ex. : pulpite, péricoronarite, alvéolite, carie extensive ou restauration défectueuse, etc.);
- Traumatisme buccodentaire (fracture dentaire avec douleur, lacérations des tissus mous, avulsion, luxation, etc.);
- Infection aiguë (cellulite, abcès, enflure intra ou extraorale, etc.);
- Saignement important ou prolongé;
- Intervention dentaire médicalement requise pour une chirurgie ou un traitement de cancer sans délai;
- Lésion suspectée d'être maligne devant être biopsiée de façon urgente

6.3 Évaluation du risque de transmission de la COVID-19

Pour toute situation d'urgence dentaire ne pouvant être gérée pharmacologiquement, il faut évaluer si le patient peut être vu en clinique dentaire non-désignée COVID-19 ou doit être dirigé en clinique dentaire désignée COVID-19. Les quatre questions suivantes sont à poser :

1. Est-ce que le patient présente un des symptômes suivants?
    - Fièvre (plus de 38^0 C) OU
    - Toux (récente ou chronique exacerbée) OU
    - Anosmie (perte de l'odorat) brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie (perte du gout) OU
    - Difficultés respiratoires.
        - ✓ Si oui, référer en clinique dentaire désignée (voir annexe 2).
        - ✓ Sinon, passer à la question suivante.
2. Est-ce que le patient a eu un test de dépistage positif à la COVID-19 ou est-il en attente de résultat d'un dépistage?
        - ✓ Si oui, référer en clinique dentaire désignée (voir annexe 2).
        - ✓ Sinon, passer à la question suivante.
3. Est-ce que le patient a été en contact étroit avec un cas confirmé ou probable de la COVID-19?
        - ✓ Si oui, référer en clinique dentaire désignée (voir annexe 2).

- ✓ Sinon, passer à la question suivante.

4. Est-ce que le patient nécessite une intervention dentaire à risque de transmission de la COVID-19 par aérosols (référer aux sections 11 et 12)?
   - ✓ Si oui, référer en clinique dentaire désignée (voir annexe 2).
   - ✓ Si le patient a répondu NON aux quatre questions, traiter en clinique dentaire non-désignée COVID-19.

IMPORTANT : Si le patient doit être référé dans une clinique dentaire désignée COVID-19 pour des soins dentaires urgents, il est de la responsabilité du dentiste de contacter la clinique dentaire désignée COVID-19 afin d'obtenir un rendez-vous pour le patient.

6.4 Définitions des statuts de patients

- Asymptomatique : Personne ne présentant aucun symptôme compatible avec la COVID-19 et n'ayant pas eu de contact étroit avec un cas confirmé ou probable. Cette catégorie inclut les porteurs asymptomatiques ou présymptomatiques.
- Suspecté : Personne ayant été en contact étroit avec un cas confirmé ou probable, en attente de son résultat de test de dépistage à la COVID-19 ou présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19.
- Confirmé : Personne ayant reçu un résultat de test de dépistage positif de la COVID-19.

6.5 Tenue de dossier

Les règles de tenue de dossier et du suivi approprié quant à la gestion des urgences dentaires par télédentisterie sont décrites dans le document de l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ) : http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/DossierSante/Coronavirus/ODQ_Guide%20Télédentisterie%20COVID19_vfinale_070420 (Amendée) .pdf

Aussi, il est conseillé de tenir un registre des patients et des accompagnateurs, le cas échéant, rencontrés en clinique dentaire non-désignée COVID-19 et COVID-19, advenant une enquête épidémiologique à la suite d'un diagnostic positif à la COVID-19, pour ainsi faciliter les démarches de la santé publique. Voici les informations à compiler :

- Nom du patient et de son accompagnateur, le cas échéant;
- Numéro de téléphone;
- Heures d'arrivée et de départ du patient;
- Personnel présent à la clinique.

6.6 Code RAMQ pour la facturation de la téléconsultation

Une lettre d'entente est en cours de rédaction pour notamment créer un code de facturation pour les examens d'urgence par téléphone pour la population ayant droit aux services assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (enfants de 9 ans et moins et bénéficiaires de l'aide financière de dernier recours). Les détails liés à cette facturation proviendront de la RAMQ lorsque le code sera actif. D'autres mesures sont définies dans cette lettre d'entente et elles seront communiquées par la RAMQ.

6.7 Gestion des rendez-vous

Cliniques dentaires non-désignée COVID-19 (patients asymptomatiques COVID-19)	Cliniques dentaires désignées COVID-19 (patients suspectés ou confirmés COVID-19)
Patient	
Attribuer les rendez-vous par téléphone selon des intervalles espacés afin d'éviter la présence de plus d'un patient dans la clinique.	
Ne s'applique pas	Regrouper les soins urgents destinés aux patients présentant des symptômes ou des facteurs de risque compatibles avec la COVID-19, selon la section 6.3. Ceux sans symptôme devraient être traités selon une autre plage horaire.
Lorsque la situation d'urgence ne peut être gérée par téléconsultation, poser au patient les questions décrites en 6.3. Dans l'affirmative, diriger le patient vers une clinique dentaire désignée COVID-19. Dans la négative, donner un rendez-vous en clinique non désignée COVID-19.	S'assurer que le patient respecte bien les conditions spécifiques aux cliniques dentaires désignées COVID-19 pour obtenir un rendez-vous (section 6.3).
Si le rendez-vous n'a pas lieu la même journée, réévaluer par téléphone les symptômes et les facteurs de risque compatibles avec la COVID-19 du patient (section 6.3). Dans l'affirmative, diriger le patient vers une clinique dentaire désignée COVID-19.	Si le rendez-vous n'a pas lieu la même journée, réévaluer par téléphone les symptômes et les facteurs de risque compatibles avec la COVID-19 (section 6.3) du patient référé à la clinique pour une intervention à risque de transmission par les aérosols. Dans l'affirmative, s'assurer que le patient est traité dans une plage horaire prévue pour les patients avec symptômes.
Accompagnateur le cas échéant	
Demander au patient de se présenter seul à son rendez-vous. Si celui-ci a besoin d'une assistance, n'autoriser qu'un seul accompagnateur sans symptôme ni facteur de risque compatible avec la COVID-19. Poser les questions décrites en 6.3 pour déterminer le statut de l'accompagnateur.	Demander au patient de se présenter seul à son rendez-vous. Si celui-ci a besoin d'une assistance, n'autoriser qu'un seul accompagnateur. Évaluer les symptômes et les facteurs de risque compatibles avec la COVID-19 (section 6.3) de l'accompagnateur.
Si le rendez-vous n'a pas lieu la même journée, réévaluer par téléphone les réponses aux questions décrites en 6.3 pour l'accompagnateur. Dans l'affirmative, inviter le patient à changer d'accompagnateur.	Si le rendez-vous n'a pas lieu la même journée, réévaluer par téléphone les réponses aux questions décrites en 6.3 pour l'accompagnateur du patient référé à la clinique pour une intervention à risque de transmission par les aérosols. Dans l'affirmative, s'assurer que le patient est traité dans une plage horaire prévue pour les patients avec symptômes.

7 Accueil et salle d'attente

Cliniques dentaires non-désignées COVID-19 (patients asymptomatiques COVID-19)	Cliniques dentaires désignées COVID-19 (patients suspectés ou confirmés COVID-19)
Affichage	
Mettre une affiche à l'extérieur de la clinique indiquant que les rendez-vous pour les urgences dentaires sont donnés par	Mettre une affiche à l'extérieur de la clinique indiquant que seuls les soins d'urgence sont offerts aux patients référés

<table>
<tr><td>téléphone et avisant que seuls les soins d’urgences sont offerts pour la période de pandémie.</td><td><u>par un dentiste, un médecin ou une équipe de triage</u> pour la période de pandémie.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Installer des affiches à l’entrée de la clinique dentaire et aux endroits stratégiques pour rappeler les mesures d’hygiène des mains et les mesures d’hygiène et d’étiquette respiratoires. Les affiches sont disponibles sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux en français et en anglais.
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000437/
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-268-05F.pdf
https://www.inspq.qc.ca/publications/2439</td></tr>
<tr><td>Ne s’applique pas</td><td>Identifier la zone d’attente réservée pour les usagers présentant des symptômes d’une infection respiratoire.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Accueil et salle d’attente</td></tr>
<tr><td>Installer une station pour les mesures d’hygiène des mains et les mesures d’hygiène et d’étiquette respiratoires à l’entrée de la clinique. Celle-ci devrait contenir :
un distributeur de solution hydroalcoolique OU
un lavabo, du savon et du papier à mains ainsi qu’une boîte de papiers mouchoirs ET
des poubelles sans contact pour jeter les mouchoirs utilisés.
Nettoyer la station après chaque utilisation.</td><td>Idem

Ajout :
Lorsqu’un patient ayant des symptômes ou des facteurs de risque compatibles avec le COVID-19 est attendu, un masque de procédure est déposé à son attention à la station.</td></tr>
<tr><td colspan="2">S’assurer que le patient et son accompagnateur (le cas échéant) procèdent à l’hygiène des mains dès leur entrée dans la clinique dentaire.</td></tr>
<tr><td>Il n’est pas nécessaire de fournir un masque de procédure aux patients. Le port du masque de procédure est non nécessaire pour les patients des cliniques dentaires non-désignées COVID-19, puisqu’aucun patient présentant des symptômes ou des facteurs de risque compatibles avec la COVID-19 ne devrait être traité dans celles-ci.</td><td>Port du masque de procédure en tout temps dans les aires communes de la clinique par les patients présentant des symptômes ou des facteurs de risque compatibles avec la COVID-19 (section 6.3).
Il est aussi possible de choisir plutôt de fournir au patient un mouchoir ou un tissu qui couvre sa bouche et son nez si celui-ci est amené directement en salle de traitement.</td></tr>
<tr><td>Ne s’applique pas</td><td>Offrir une zone réservée dans la salle d’attente pour les usagers présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Retirer tout objet superflu dans la salle d’attente (revues, jouets, etc.)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Restreindre au strict minimum le nombre de personnes dans la salle d’attente.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Maintenir une distance de 2 mètres et plus entre les usagers de la clinique dentaire.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Minimiser le temps d’attente avant le traitement dentaire.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Escorter le patient de la salle d’attente à la salle de traitement afin d’éviter tout contact avec les poignées de porte des aires communes.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Inscrire les renseignements du patient et de l’accompagnateur le cas échéant dans le registre des urgences dentaires en contexte de pandémie (voir section 6.5).</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">Considérant que la distance de 2 mètres et plus est difficile à respecter en raison d'échanges d'objets entre le patient et la personne à la réception :</th></tr>
<tr><td>Installer une vitre de plexiglas
OU
Si ce n'est pas possible, s'assurer que la personne à la réception porte un masque de procédure ou chirurgical (changer le masque s'il devient souillé ou mouillé), un sarrau et une protection oculaire (écran facial ou lunettes de protection).</td><td>Installer une vitre de plexiglas
OU
Si ce n'est pas possible, s'assurer que la personne à la réception porte un équipement de protection individuel soit un masque de procédure ou chirurgical (changer le masque s'il devient souillé ou mouillé), une protection oculaire (écran facial ou lunettes de protection), des gants et une blouse à manche longue.</td></tr>
<tr><td colspan="2">• Le masque doit bien couvrir le nez et la bouche;
• Il ne peut pas être descendu au niveau du menton puis remis en place par la suite;
• S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées, la partie externe du masque ne doit pas être touchée;
• Le masque de procédure peut être porté jusqu'à 4 h.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Limiter les échanges de main à main de billets, cartes de crédit, carte d'assurance maladie, etc. Privilégier plutôt le paiement par cartes et cellulaires, idéalement sur des terminaux fixes, qui n'ont pas à être manipulés. Les clients devraient éviter de toucher les boutons des terminaux en utilisant plutôt le paiement sans contact. L'utilisation des portefeuilles virtuels comme, Paylib, Apple Pay, Google Pay et Samsung Pay sont aussi de bonnes alternatives.</td></tr>
<tr><td>La personne à la réception devrait appliquer l'hygiène des mains le plus souvent possible (idéalement entre chaque client s'il y a eu contact avec un objet), avec une solution hydroalcoolique (comme alternative, un linge humide savonneux disponible au poste de travail, déposé dans un contenant étanche ouvert, et changé régulièrement). La personne devrait avoir accès à l'eau courante et au savon, étant la meilleure méthode d'hygiène des mains. Le port des gants n'est pas recommandé.</td><td>Si la personne à la réception a un contact avec un objet d'un patient, les gants doivent être retirés. Procéder ensuite à l'hygiène des mains avant de remettre d'autres gants. Aucun retraitement ni réutilisation des gants n'est recommandé.</td></tr>
<tr><td colspan="2">• Le comptoir de la réception et les terminaux de paiement doivent être maintenus propres. Idéalement, une désinfection devrait être faite après chaque utilisateur. S'assurer que le désinfectant ou le produit de nettoyage est compatible avec le terminal selon les recommandations du fournisseur.
• En ce qui concerne l'hygiène et la salubrité des aires communes (hi-touch), consulter le document « Procédures de nettoyage et de désinfection de l'environnement et des équipements de soins pour les cliniques médicales » à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/publications/2970-nettoyage-desinfection-cliniques-covid19.</td></tr>
</table>

8 Port des ÉPI pour le personnel soignant lors d'interventions dentaires d'urgence, en clinique dentaire non-désignée COVID-19

Par mesure de précaution, idéalement faire l'intervention dentaire dans une pièce fermée.

Voici les ÉPI recommandés pour le personnel soignant, lors d'interventions dentaires d'urgence à faible risque de transmission par aérosols en clinique dentaire non-désignée COVID-19, auprès de patients asymptomatiques de COVID-19 :

Pour toute intervention dentaire d'urgence à FAIBLE RISQUE de transmission par aérosols en CLINIQUE DENTAIRE NON-DÉSIGNÉE COVID-19, porter les ÉPI suivants :
Masque de procédure ou chirurgical (le port du masque N95 n'est pas requis) • S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées, la partie externe du masque ne doit pas être touchée. • En cas de pénurie appréhendée ou réelle de masques de procédure, appliquer les mesures listées dans le document suivant : https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19
Protection oculaire (écran facial), lunettes protectrices ou protection oculaire à usage unique • Nettoyer et désinfecter la protection oculaire entre chaque patient. • Pour faire le choix d'une protection oculaire, référer au document suivant : https://www.inspq.qc.ca/publications/2956-choix-protection-oculaire-covid19 • En cas de pénurie appréhendée ou réelle de protections oculaires à usage unique, appliquer les mesures listées dans les documents suivants : https://www.inspq.qc.ca/publications/2955-desinfection-protection-oculaire-covid19. https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19
Gants non stériles • À usage unique; • Bien ajustés et devant recouvrir les poignets; • Retirer systématiquement les gants à la sortie de la salle d'examen et procéder à l'hygiène des mains.
Sarrau
Attention : la littérature rapporte des cas de transmission de la COVID-19 lors de retrait des ÉPI. Pour savoir comment enlever les ÉPI sécuritairement, consulter en ligne la vidéo suivante : • Français : https://www.youtube.com/watch?v=M_yJBBobclk&feature=youtu.be • Anglais : https://www.youtube.com/watch?v=0o6ZvKg0QSw&feature=youtu.be

9 Port des ÉPI pour le personnel soignant lors d'interventions dentaires d'urgence, en clinique dentaire désignée COVID-19

Dans la période d'urgence sanitaire, réservez une salle fermée pour le traitement des patients COVID-19 suspectés ou confirmés, qu'il y ait production d'aérosols ou non. S'il y a production d'aérosols, idéalement faire l'intervention dans une salle à pression négative.

Voici les ÉPI recommandés pour le personnel soignant, lors d'interventions dentaires d'urgence en clinique dentaire désignée COVID-19, pour les trois situations suivantes :

- ✓ Interventions dentaires à faible risque de transmission par aérosols, auprès d'un patient suspecté ou confirmé COVID-19, sans critère de sévérité;
- ✓ Interventions dentaires à risque de transmission par aérosols, auprès d'un patient suspecté ou confirmé COVID-19;
- ✓ Interventions dentaires à faible risque ou à risque de transmission par aérosols, auprès d'un patient atteint de la COVID-19, avec critère de sévérité.

Intervention dentaire à faible risque de transmission par aérosols, auprès d'un patient suspecté ou confirmé COVID-19, sans critère de sévérité :
Masque de procédure ou chirurgical (le port du masque N95 n'est pas requis) • S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées, la partie externe du masque ne doit pas être touchée. • En cas de pénurie appréhendée ou réelle de masques de procédure, appliquer les mesures listées dans le document suivant : https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19
Protection oculaire (écran facial) ou protection oculaire à usage unique • Pour faire le choix d'une protection oculaire, référer au document suivant : https://www.inspq.qc.ca/publications/2956-choix-protection-oculaire-covid19 • En cas de pénurie appréhendée ou réelle de protections oculaires à usage unique, appliquer les mesures listées dans le document suivant : https://www.inspq.qc.ca/publications/2955-desinfection-protection-oculaire-covid19.

Blouse à manches longues non stériles
• Usage unique et jetable
• Pour assurer un habillage et un déshabillage sécuritaires, consulter les vidéos suivantes :
  • Français : https://www.youtube.com/watch?v=M_yJBBobclk&feature=youtu.be
  • Anglais : https://www.youtube.com/watch?v=0o6ZvKg0QSw&feature=youtu.be
• En cas de pénurie appréhendée ou réelle de blouses, appliquer les mesures listées dans le document suivant : https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19

Gants non stériles • À usage unique; • Bien ajustés et devant recouvrir les poignets.
Retrait des ÉPI Retirer systématiquement la blouse et les gants à la sortie de la salle d'examen et procéder à l'hygiène des mains. La littérature rapporte des cas de transmission de la COVID-19 lors de retrait des ÉPI. Pour savoir comment enlever les ÉPI sécuritairement, consulter en ligne la vidéo suivante : • Français : https://www.youtube.com/watch?v=M_yJBBobclk&feature=youtu.be • Anglais : https://www.youtube.com/watch?v=0o6ZvKg0QSw&feature=youtu.be
Gestion des vêtements de travail • Les intervenants travaillant en clinique dentaire désignée COVID-19 devraient changer leurs vêtements de travail avant de retourner à la maison. • Leurs chaussures devraient aussi être enlevées avant d'entrer dans la maison.

• Les vêtements de travail devraient être lavés séparément des autres vêtements de la maisonnée. • Dès leur arrivée à la maison, les intervenants devraient se doucher.
Intervention dentaire à risque de transmission par aérosols, auprès d'un patient suspecté ou confirmé COVID-19, porter l'ÉPI supplémentaire suivant :
Masque N95 ajusté selon un test d'étanchéité reconnu. L'utilisation d'un masque N95 sans test d'étanchéité n'assure pas plus de protection que l'utilisation d'un masque de procédure. Pour plus d'informations sur les tests d'étanchéité, consulter le site internet suivant : • https://asstsas.qc.ca/dossiers-thematiques/faq-protection-respiratoire-reponses En cas de pénurie appréhendée ou réelle de masques N95, appliquer les mesures listées dans les documents suivants : • https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2965-desinfection-masques-n95-usage-unique-covid19.pdf • https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2966-desinfection-protections-respiratoires-n95-covid19.pdf • https://www.inspq.qc.ca/publications/2918-reutilisation-respirateurs-n95-covid19 • https://www.inspq.qc.ca/publications/2921-utilisation-masques-n95-expires-covid19 • https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19
Interventions dentaires, peu importe le risque de transmission par aérosols, auprès d'un patient atteint de la COVID-19, avec critère de sévérité, porter l'ÉPI supplémentaire suivant :
Masque N95 ajusté selon un test d'étanchéité reconnu. Critères de sévérité : • Cas hospitalisés pour la COVID-19; • Cas sévères (respiration ≥ 30/min ou saturation en O_2 ≤ 93 % à l'air ambiant ou pneumonie).

10 Gestion des aérosols dentaires

Peu importe le patient (asymptomatique, suspecté ou confirmé) et l'intervention dentaire prévue, il est important de limiter les aérosols dentaires.

10.1 Réduire la production d'aérosols en limitant l'utilisation des équipements/instruments qui en produisent

- Limiter l'utilisation de la seringue air-eau;
- Limiter l'utilisation de la pièce à main à haute vitesse;
- Limiter l'utilisation du détartreur à ultrasons.

10.2 Minimiser le potentiel infectieux et la concentration des aérosols

- Rince-bouche antiseptique avant tout traitement, idéalement pendant 1 minute;
- Imagerie diagnostique extraorale plutôt qu'intraorale;
- Digue dentaire dans toutes les situations cliniques possibles;
- Succion rapide dans toutes les situations cliniques possibles;
- Boulettes de ouate, 2X2 et rouleaux de coton pour rincer et assécher, plutôt que la seringue air-eau.

10.3 Gérer les aérosols dans la salle de traitement en clinique dentaire non-désignée COVID-19

- Idéalement, faire l'intervention dentaire dans une salle fermée;
- Si possible, il est suggéré d'ouvrir une fenêtre et de fermer la porte de la pièce si possible afin de réduire la stagnation de l'air et d'accélérer l'évacuation des aérosols vers l'extérieur.

10.4 Gérer les aérosols dans la salle de traitement en clinique dentaire désignée COVID-19

Salle :

- Procéder à l'intervention dans une salle à pression négative, lorsqu'accessible;
- Si non accessible, procéder à l'intervention dentaire dans une salle fermée.

Temps d'attente pour l'élimination des aérosols dans la salle de traitement :

- Suite à une intervention dentaire générant des aérosols, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation de la salle (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant d'entrer dans la pièce sans l'ÉPI requis pour cette intervention. Si le nombre de changements d'air est inconnu, appliquer la catégorie de 2 changements d'air par heure donc environ 4 heures d'attente.
- Il est possible d'utiliser la stratégie suivante pour filtrer et évacuer les aérosols dans la salle de traitement et ainsi réduire le temps d'attente :
    - Utilisation d'un filtre HEPA, soit intégré au système déjà présent dans la clinique, soit portatif :
        - ✓ La capacité du filtre HEPA doit être la plus adaptée possible à la taille (volume) de la salle où les traitements ont lieu.
        - ✓ Le filtre HEPA portatif doit être positionné le plus près possible de la source des aérosols;
        - ✓ Selon les instructions du manufacturier du filtre HEPA, vous serez en mesure de calculer le nombre de changements d'air à l'heure et ainsi pourrez déterminer le temps d'attente entre chaque patient.
        - ✓ Si le nombre de changements d'air de la salle est inconnu, tenir compte seulement du nombre de changements d'air prévus par le filtre HEPA pour déterminer le temps d'attente.

11 Interventions dentaires à faible risque de transmission de la COVID-19 par aérosols

Note 1 : Le choix d'intervention doit obligatoirement répondre à la situation d'urgence dentaire décrite à la section 6.2.

Note 2 : Aucune évidence scientifique claire ne soutient actuellement le risque de transmission de la COVID-19 par aérosols lors de procédures dentaires, mais le contexte actuel demande d'appliquer le principe de précaution, qui prévaut dans la situation immédiate et l'état d'urgence sanitaire.

Les interventions dentaires suivantes sont considérées à faible risque de transmission de la COVID-19 par aérosols (liste non exhaustive) :

- Incision/drainage;
- Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire **avec digue;**
- Obturation de cavités avec verre ionomère/obturation temporaire en sous-occlusion;
- Extraction simple;
- Mise en place d'attelle pour fractures dentoalvéolaires, avulsions, etc.;

- Fermeture de lacérations (sutures résorbables);
- Biopsie du tissu mou.

12 Interventions dentaires à risque de transmission de la COVID-19 par aérosols

Note : Aucune évidence scientifique claire ne soutient actuellement le risque de transmission de la COVID-19 par aérosols lors de procédures dentaires, mais la situation actuelle demande d'appliquer le principe de précaution, qui prévaut dans la situation immédiate et l'état d'urgence sanitaire.

Les interventions dentaires suivantes sont considérées à risque de transmission de la COVID-19 par aérosols (liste non exhaustive) :

- Extraction chirurgicale : privilégier l'ouverture d'urgence avec digue;
- Toute autre intervention dentaire générant des aérosols (voir section 10) sans utilisation de digue dentaire.

13 Désinfection/stérilisation

Cliniques dentaires non-désignées COVID-19 (patients asymptomatiques COVID-19)	**Cliniques dentaires désignées COVID-19 (patients suspectés ou confirmés COVID-19)**
Salle de traitement	
Traiter idéalement les patients dans une salle individuelle fermée. Limiter les interventions à celles qui sont absolument essentielles. Réévaluer les indications de soins au besoin ou voir si une alternative de soins (ex. : gestion pharmacologique) est possible.	Idéalement, traiter les patients dans une salle à pression négative ou sinon dans une pièce individuelle **fermée**. Limiter les interventions à celles qui sont absolument essentielles. Réévaluer les indications de soins au besoin ou voir si une alternative de soins (ex. : gestion pharmacologique) est possible.
Limiter la quantité de matériel dans la salle de traitement. Ne sortir que les instruments et matériaux nécessaires pour la procédure.	
Désinfection de la salle de traitement	
Désinfecter la salle de traitement selon les mêmes règles que celles déjà établies en temps normal. Suivre avec rigueur les bonnes pratiques usuelles recommandées. Un désinfectant virucide à large spectre ou contre les petits virus enveloppés à action intermédiaire/tuberculicide doit être utilisé. Ces informations sont indiquées sur la fiche technique du désinfectant.	
Comme à l'habitude, désinfecter toutes les surfaces de travail AVANT et APRÈS le traitement.	
Privilégier les lingettes ou un papier jetable sur lequel le désinfectant aura été vaporisé.	
Respecter le temps d'action mentionné par le fabricant.	
S'assurer que les surfaces soient visiblement humides lors de la désinfection.	
Disposer des déchets selon les catégories habituelles (déchets généraux, biomédicaux, pharmacologiques, etc.).	
Port des équipements de protection individuelle (ÉPI) pour la décontamination	
• Sarrau • Gants d'un modèle adapté à la tâche • Masque de procédure • Protection oculaire ou écran facial imperméable Respecter l'ordre d'enfilement et de retrait de l'ÉPI.	• Blouse de protection • Gants d'un modèle adapté à la tâche • Masque de procédure (N95 non requis) • Protection oculaire ou écran facial imperméable Respecter l'ordre d'enfilement et de retrait de l'ÉPI.

Décontamination et stérilisation des équipements

En plus des procédures habituelles de nettoyage et de désinfection et stérilisation des instruments, voici les recommandations supplémentaires en situation de pandémie COVID-19 :

- Prétremper les instruments dans une solution désinfectante (par exemple avec des produits à base de peroxyde d'hydrogène, éviter les produits à base d'alcool, de glutaraldéhyde, et de formaldéhyde).

Note 1 : Il n'y a pas de prétrempage requis pour des laveurs-désinfecteurs (ex. : Hydrim).
Note 2 : La solution de prétrempage vise à réduire la charge virale/bactérienne des instruments; elle ne stérilise pas les instruments ni ne les rend complètement sécuritaires à la manipulation. La solution devrait être remplacée régulièrement durant la journée.

Rappel : afin d'éviter de générer des éclaboussures/aérosols :

- Lors d'un brossage manuel des instruments, immerger complètement les instruments dans une solution détergente ou enzymatique;
- Lors d'un nettoyage ultrasonique, garder fermé le couvercle de l'appareil pendant son fonctionnement.

Entretien des lignes d'eau et des succions

Note : Les recommandations sont les mêmes que celles déjà en vigueur, sauf le rajout de deux nouvelles recommandations qui sont en caractère gras dans le texte.

<u>En début de journée</u>

- Drainer pendant 2 minutes la seringue air-eau, la turbine et le détartreur.
- Faire boire les succions lentes et rapides par intermittence (de façon à créer un tourbillon) 100 ml de solution désinfectante appropriée.

<u>Avant l'intervention</u>

- Recouvrir d'une gaine protectrice jetable les dispositifs médicaux (DM) non stérilisables :
  - ✓ Adaptateurs de succions lentes et rapides;
  - ✓ Moteurs de pièce à main à basse vitesse et à haute vitesse;
  - ✓ Seringues d'acide à mordancer, de scellent dentaire, de composites, le fusil distributeur, etc.

<u>À la fin de l'intervention</u>

- Faire boire les succions lentes et rapides par intermittence (de façon à créer un tourbillon) 100 ml de **solution désinfectante appropriée** (habituellement l'eau est recommandée).
- Drainer pendant 20 secondes, la seringue air-eau, la turbine et le détartreur.

<u>À la fin de la journée</u>

- Drainer pendant 2 minutes la seringue air-eau, la turbine et le détartreur.
- Faire boire les succions lentes et rapides par intermittence (de façon à créer un tourbillon) 100 ml de solution désinfectante appropriée.

<u>Une fois par semaine</u>

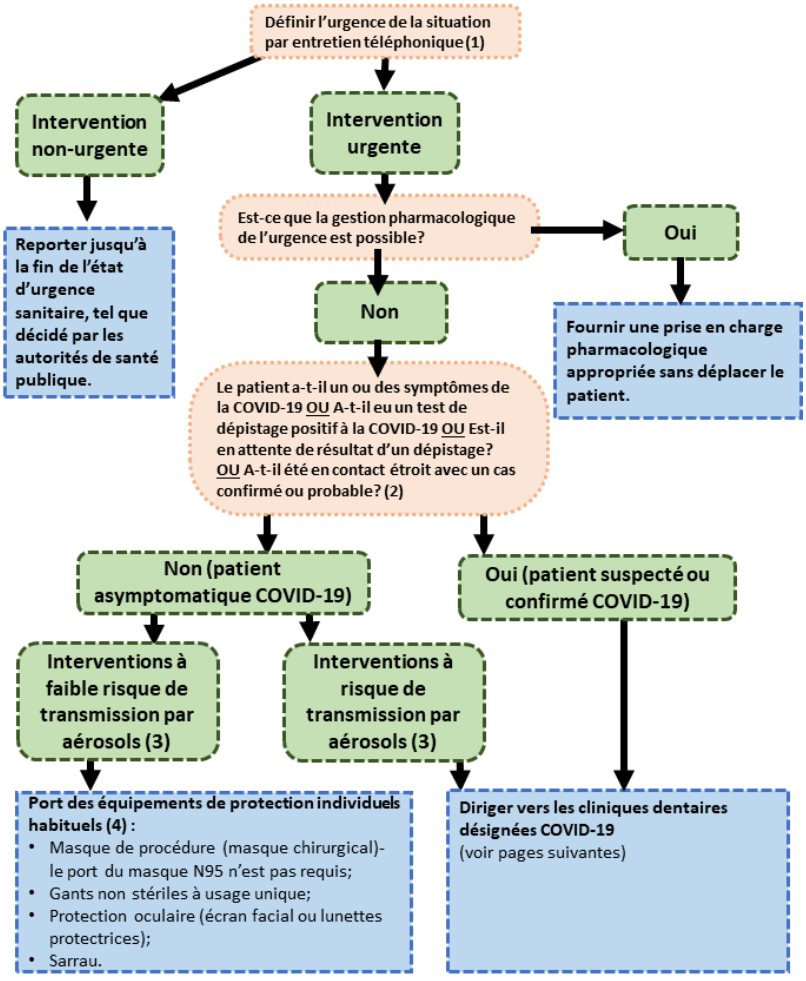
- **Désinfecter la chaudière de connexion du récipient à succion avec une solution diluée d'eau de Javel. La méthode de préparation pour une solution d'eau de Javel à 0,5 % est : une partie d'eau de javel pour neuf parties d'eau, préparée quotidiennement.**

Références :

- American Dental Association. ADA Interim Guidance for Minimizing Risk of COVID-19 Transmission. Last updated 2020-04-01. https://www.ada.org/~/media/CPS/Files/COVID/ADA_COVID_Int_Guidance_Treat_Pts.pdf?utm_source=adaorg&utm_medium=covid-statement-200401&utm_content=cv-pm-ebd-interim-response&utm_campaign=covid-19
- Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux. Recommandations CERDM intérimaires covid-19 : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables. Version 1.0 du 23 mars 2020. INSPQ, https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/recommandations-cerdm-covid19-2020-03-24.pdf
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec. Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires, INSPQ; Septembre 2018. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2439_prevention_controle_infections_hygiene_respiratoire.pdf
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec. COVID-19 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les cliniques médicales/cliniques externes/cliniques COVID-19 GMF : Recommandations intérimaires. Direction des risques biologiques et de la santé au travail, INSPQ; 4 avril 2020 (version 2.3). https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2907_prevention_controle_infection_cliniques_medicales_externes_deginees_covid_gmf.pdf
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec. COVID-19 : Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue, INSPQ; 3 avril 2020. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2968_port_masque_milieux_soins_transmission_communautaire_soutenue.pdf
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec. COVID-19 Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie : recommandations intérimaires, INSPQ; 31 mars 2020 version 1.0. https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19
- Comité sur les mesures populationnelles. Recommandations intérimaires COVID-19 : port d'un couvre-visage pour la population générale, INSPQ; 7 avril 2020. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2972-couvre-visage-population-covid19.pdf
- Flanagan, R. How contagious is COVID-19 compared to other viral diseases? CTV News. 3 mars 2020. https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/how-contagious-is-covid-19-compared-to-other-viral-diseases-1.4836734
- Delamater, P Erica J. Street, Timothy F. Leslie, Y. Tony Yang, and Kathryn H. Jacobsen. Complexity of the Basic Reproduction Number (R0). *Emerging Infectious Diseases.* Volume 25, Number 1 — January 2019. https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/25/1/17-1901_article
- Groupe de travail SAT-COVID-19. Recommandations intérimaires concernant la manipulation d'argent dans les magasins et les milieux de travail, INSPQ; 27 mars 2020. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2932-manipulation-argent-magasins-travail-covid19.pdf
- Recommandations intérimaires concernant les marchés d'alimentation et commerces essentiels. Groupe de travail SAT-COVID-19, INSPQ; 27 mars 2020. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2926-alimentation-commerces-essentiels-covid19.pdf
- Ricard S. Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique. INSPQ, en ligne : https://www.inspq.qc.ca/publications/163; 2003.

Annexe 1 : Arbre décisionnel et document explicatif — recommandations intérimaires

Dans le contexte de l'état d'urgence sanitaire lié à la pandémie de la COVID-19, le MSSS vous informe à travers l'arbre décisionnel ci-dessous des procédures à suivre concernant les interventions à prodiguer en clinique dentaire. Ces recommandations sont intérimaires et elles évolueront en fonction des découvertes scientifiques, de la progression de la COVID-19 et de l'état de santé buccodentaire des Québécois. ***Ces mesures sont préconisées uniquement de façon temporaire et immédiate, dans le contexte de transmission communautaire soutenue de la COVID-19.***



Définition des items de l'arbre :

(1) Définir l'urgence de la situation :

- Juger, par télédentisterie si la situation clinique correspond à une urgence dentaire pour laquelle vous devez intervenir (voir liste plus bas). Le jugement clinique du dentiste doit en tout temps permettre de déterminer si la situation est réellement une urgence. Voir guide de l'ODQ : http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/DossierSante/Coronavirus/ODQ_Guide%20Télédentisterie%20COVID19_vfinale_070420 (Amendée) .pdf
- Traiter préférablement l'urgence dentaire pharmacologiquement, par télédentisterie.
- Si le patient doit être vu en clinique dentaire, évaluer, pour chaque patient, notamment selon sa condition médicale, si le bénéfice de traiter l'urgence dentaire est supérieur au risque de contracter la COVID-19, en contexte de transmission communautaire.

Situations d'urgence dentaire

- Douleur intolérable (ex. : pulpite, péricoronarite, alvéolite, carie extensive ou restauration défectueuse, etc.);
- Traumatisme buccodentaire (fracture dentaire avec douleur, lacérations des tissus mous, avulsion, luxation, etc.);
- Infection aiguë (cellulite, abcès, enflure intra ou extraorale, etc.);
- Saignement important ou prolongé;
- Intervention dentaire médicalement requise pour une chirurgie ou un traitement de cancer sans délai;
- Lésion suspectée d'être maligne devant être biopsiée de façon urgente.

(2) Questions à poser au patient lors de l'entretien téléphonique :

1. Est-ce que le patient présente un des symptômes suivants?
   - Fièvre (plus de 38^0 C) OU
   - Toux (récente ou chronique exacerbée) OU
   - Anosmie (perte de l'odorat) brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie (perte du gout) OU
   - Difficultés respiratoires.
     - Si oui, référer en clinique dentaire désignée
     - Sinon, passer à la question suivante.
2. Est-ce que le patient a eu un test de dépistage positif à la COVID-19 ou est-il en attente de résultat d'un dépistage?
   - Si oui, référer en clinique dentaire désignée
   - Sinon, passer à la question suivante.
3. Est-ce que le patient a été en contact étroit avec un cas confirmé ou probable de la COVID-19?
   - Si oui, référer en clinique dentaire désignée
   - Sinon, passer à la question suivante.
4. Est-ce que le patient nécessite une intervention dentaire à risque de transmission de la COVID-19 par aérosols?
   - Si oui, référer en clinique dentaire désignée
   - Si le patient a répondu NON aux quatre questions, traiter en clinique dentaire non-désignée COVID-19.

(3) Interventions dentaires pour répondre aux situations d'urgence définies à la section (1)[1]

Interventions dentaires à FAIBLE risque de transmission de la COVID-19 par aérosol (liste non limitative) :

- Incision/drainage;
- Ouverture d'urgence de la chambre pulpaire **avec digue;**
- Obturation de cavités avec verre ionomère/obturation temporaire en sous-occlusion;
- Extraction simple;
- Mise en place d'attelle;

[1] Aucune évidence scientifique claire ne soutient actuellement le risque de transmission de la COVID-19 par aérosol lors de procédures dentaires, mais la situation actuelle demande d'appliquer le principe de précaution, qui prévaut dans la situation immédiate et l'état d'urgence sanitaire. Ces choix d'interventions doivent obligatoirement répondre à la situation d'urgence dentaire décrite à la section (1).

- Fermeture de lacérations (sutures résorbables);
- Biopsie du tissu mou.

Interventions dentaires à risque de transmission de la COVID-19 par aérosol (liste non limitative) :

- Extraction chirurgicale : privilégier l'ouverture d'urgence avec digue
- Toute autre intervention générant des aérosols sans utilisation de digue dentaire

(4) Port des équipements de protection individuels (ÉPI) habituels

Masque de procédure ou chirurgical (le port du masque N95 n'est pas requis)

- S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées, la partie externe du masque ne doit pas être touchée.
- En cas de pénurie appréhendée ou réelle de masques de procédure, appliquer les mesures listées dans le document suivant : https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19

Protection oculaire (écran facial), lunettes protectrices ou protection oculaire à usage unique

- Nettoyer et désinfecter la protection oculaire entre chaque patient.
- Pour faire le choix d'une protection oculaire, référer au document suivant : https://www.inspq.qc.ca/publications/2956-choix-protection-oculaire-covid19
- En cas de pénurie appréhendée ou réelle de protections oculaires à usage unique, appliquer les mesures listées dans les documents suivants :
    - https://www.inspq.qc.ca/publications/2955-desinfection-protection-oculaire-covid19.
    - https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19

Gants non stériles

- À usage unique;
- Bien ajustés et devant recouvrir les poignets;
- Retirer systématiquement les gants à la sortie de la salle d'examen et procéder à l'hygiène des mains.

Sarrau

Attention : la littérature rapporte des cas de transmission de la COVID-19 lors de retrait des ÉPI. Pour savoir comment enlever les ÉPI sécuritairement, consulter en ligne la vidéo suivante :

- Français : https://www.youtube.com/watch?v=M_yJBBobclk&feature=youtu.be
- Anglais : https://www.youtube.com/watch?v=0o6ZvKg0QSw&feature=youtu.be

Annexe 2 : Liste des cliniques dentaires désignées pour les urgences dentaires de patients suspectés ou confirmés COVID-19 ou ceux nécessitant une intervention à risque de transmission par aérosols :

Les professionnels de la santé doivent eux-mêmes communiquer avec les cliniques dentaires désignées suivantes uniquement pour référer un patient nécessitant une intervention dentaire d'urgence et 1) étant suspecté ou confirmé COVID-19 ou 2) nécessitant une intervention à risque possible de transmission par aérosol. Afin d'assurer un triage des cas, **les patients ne doivent pas communiquer eux-mêmes avec les cliniques** pour prendre un rendez-vous. La liste des cliniques dentaires désignées se verra ajouter quelques cliniques au courant des prochains jours.

Région	Clinique
Saguenay-Lac-Saint-Jean	**Clinique d'enseignement des Techniques d'Hygiène Dentaire — Cégep de Chicoutimi** 534 Jacques-Cartier E, Chicoutimi, Local E-2003 louise.desnoyers.siege.social@ssss.gouv.qc.ca
Capitale-Nationale	**Urgences dentaires adultes et pédiatriques :** CHU de Québec-Université Laval – Pavillon CHUL Du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h, par télécopieur : 418 654-2291 En dehors de ces heures, par téléphone : 418 525-4444, poste 0. Demander à la téléphoniste de faire signaler le dentiste de garde. **Urgences maxillo-faciales :** CHU de Québec – Pavillon Hôpital de l'Enfant-Jésus Téléphone : 418-649-0252, poste 0. Demander à la téléphoniste de faire signaler le résident/chirurgien de garde.
Montréal	**Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)** 1051, rue Sanguinet, Montréal 514-890-8407 Télécopieur : 514- 412 777 **Hôpital général de Montréal (CUSM)** 1650, avenue Cedar, Montréal 514-934-8063 **Hôpital général juif** melschwartz@jgh.mcgill.ca **Pédiatrie** **Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine** 3175 Chemin de la Côte-Sainte-Catherine, Montréal Téléphone : 514-345-4931 poste 6894 ou 5534 Pour rejoindre le dentiste de garde : 514-345-4931 poste 4788 et demandez à parler au dentiste de garde **Hôpital de Montréal pour enfants** Pavillon Gilman, 1040 Atwater, Montréal (du lundi au vendredi jusqu'à 16 h 30) Site Glen, 1001 Boulevard Décarie, Montréal (après 16 h 30 et la fin de semaine) Téléphone : 514-412-4479, Fax : 514-412-4369, adresse électronique : HMEDentaire@muhc.mcgill.ca
Outaouais	**Hôpital de Gatineau :** Adultes : Communiquer en personne avec le chirurgien maxillo-facial de garde en téléphonant au 819-966-6200, ext « 0 » Pédiatrie : référez-vous au Dr. Ouatik en communiquant personnellement avec lui au 819-966-6100 ext « 0 »
Abitibi-Témiscamingue	**Hôtel-Dieu d'Amos** f.croteau@me.com 819-727-9952
Gaspésie	**Hôpital de Maria** 19 Boulevard Perron, Maria, QC G0C 1Y0 418-759-3443

Directives pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés

Version modifiée du 9 avril 2020

Les orientations émises dans ce document sont rédigées en collaboration avec un comité d'experts et seront adaptées en fonction de l'évolution des connaissances sur l'épidémiologie de la maladie à coronavirus COVID-19.

- Les directives cliniques du MSSS;
- Les recommandations de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada;
- Les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie;
- Les mesures de prévention et de contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaires pour :
    - Les critères d'admission aux soins intensifs;
    - Les interventions médicales générant des aérosols (IMGA).

De manière générale :

- Toutes les femmes enceintes COVID-19 confirmées nécessitant une hospitalisation (prénatale et accouchement) doivent être transférées dans un centre désigné, selon le niveau de soins requis par la condition maternelle ou fœtale.
- Pour effectuer un transfert, contacter le Centre de coordination en périnatalogie du Québec (CCPQ) au 1 877 675-4992.
- Envisager un test de dépistage de la COVID-19 pour les femmes enceintes au troisième trimestre présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19, conformément aux directives de priorisation des tests.
- Les mesures de triage développées pour le virus de la COVID-19 doivent s'appliquer en tout temps à la femme enceinte et à la personne qui l'accompagne.
- Les mesures de prévention et de contrôle des infections et de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire (ci-après « PCI gouttelettes-contact-oculaire») doivent s'appliquer pour les cas probables ou confirmés de COVID-19 sans critère d'admission aux soins intensifs et ne nécessitant pas d'interventions médicales générant des aérosols (IMGA).
- Les mesures de prévention et de contrôle des infections et de précautions additionnelles aérienne-contact avec protection oculaire (ci-après « PCI aérienne-contact-oculaire ») doivent s'appliquer pour les cas probables ou confirmés de COVID-19 présentant un critère d'admission aux soins intensifs ou nécessitant la réalisation d'IMGA.
- La conduite à tenir doit être guidée par une discussion centrée sur le patient et en considérant les données disponibles et leurs limites.

Prénatal

Suivi de grossesse

Les rendez-vous de suivi de grossesse sont considérés essentiels et doivent être maintenus. Cependant, afin de limiter les déplacements et les risques de contamination, l'appel téléphonique ou vidéo est recommandé. Nous suggérons également de regrouper les activités qui nécessitent des prélèvements ou des interventions lors des rendez-vous en personne. Aucun visiteur n'est admis lors des rendez-vous de la femme enceinte en clinique, en maison de naissance ou à l'hôpital, à moins de situations exceptionnelles. Cela inclut les conjoints, les enfants et les accompagnants.

Vaccination

La vaccination contre la coqueluche (dcaT) de la femme enceinte n'est pas dans les priorités établies par le Comité d'immunisation du Québec (CIQ) et le MSSS. Si une femme enceinte doit recevoir un vaccin dcaT et qu'aucun suivi ambulatoire n'est prévu, cette vaccination est reportée.

Échographies obstétricales

1er trimestre	Prioriser l'échographie complète entre 11 et 13 semaines. Ne pas prioriser l'échographie précoce (≤ 10 semaines), sauf si indication médicale.
2e trimestre	Prioriser entre 20 et 22 semaines.
3e trimestre	Prioriser si indication médicale.
Échographie mensuelle	Pour les cas confirmés de COVID-19, et ce, jusqu'à l'accouchement ou jusqu'à indication contraire.

Retrait préventif

Les travailleuses enceintes peuvent se prévaloir d'une affectation préventive en regard du programme Pour une maternité sans danger dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Rencontres prénatales

Il est recommandé d'éviter la tenue des rencontres prénatales de groupe. Diriger les femmes enceintes vers des outils d'information disponibles en ligne et validés scientifiquement, comme le guide Mieux-vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans. Une ligne téléphonique pour les femmes enceintes pourrait être offerte par le centre local de services communautaires (CLSC), afin de répondre aux questions et aux inquiétudes des femmes enceintes et de leurs familles.

Parents et visiteurs

Pré, per et post natal

- Aucun visiteur n'est admis pendant les rendez-vous. Cela inclut les conjoints, les enfants et les accompagnants.
- L'accompagnement lors de l'accouchement doit continuer à être valorisé.
- Le second parent, ou la personne significative, est admis à l'accouchement et lors du séjour postnatal, s'il ne présente pas de risque d'infection à la COVID-19 (sans symptômes et sans contact étroit avec un cas confirmé dans les 14 derniers jours). La personne qui accompagne doit porter un masque.
- Confinement à la chambre pour tous les parents pendant le séjour.
- Prévoir des mesures pour limiter les déplacements (ex. fournir les repas et les timbres de nicotine).
- Les parents ne peuvent pas circuler librement. Aucune sortie de la chambre n'est permise.

Unité néonatale

- Les parents COVID-19 positifs ou suspectés ne peuvent pas visiter leur bébé, sauf lors de circonstances exceptionnelles (visite humanitaire).
- Un seul parent à la fois peut visiter son bébé. Le port du masque est recommandé.
- Confinement à la chambre de néonatologie, lorsque applicable.
- Les parents ne peuvent pas circuler librement.
- Lorsque la période d'hospitalisation est prolongée, les parents pourraient être autorisés à sortir de l'hôpital et revenir visiter leur bébé, si des mesures de prévention et de contrôle des infections strictes sont appliquées. Prévoir des mesures pour limiter les déplacements (ex. chambre d'accommodement).
- Aucun autre visiteur n'est admis.
- Afin que les parents demeurent en contact avec leur bébé, encourager l'utilisation de la technologie vidéo.

Transfert de soins antepartum pour les cas confirmés COVID-19

- En fin de grossesse, devant un résultat positif de test COVID-19 et afin d'éviter un transfert ultérieurement (en urgence ou postpartum), il est recommandé d'organiser un transfert de soins vers un centre désigné et d'informer la femme enceinte pour qu'elle se dirige vers le bon centre hospitalier pour l'accouchement.
- Pour les femmes enceinte avec COVID-19 (cas confirmés), les inductions et les césariennes électives doivent donc être planifiées dans un centre désigné.
- Les communications entre médecins sont encouragées pour organiser les soins et transmettre le dossier de la patiente.

Hospitalisations (GARE, accouchement, postpartum, COVID-19)

Critères d'admission aux soins intensifs :

Les critères d'admission aux soins intensifs spécifiques aux femmes enceintes[1], sont :

- Détresse respiratoire
- RR ≥ 22
- Saturation O2 < 95 %
- Patiente nécessitant de l'O_2
- Altération de conscience
- Instabilité hémodynamique
- Toute autre cause d'hospitalisation aux soins intensifs

Identification du centre hospitalier : Voir ALGORITHME : Femme enceinte

- Les cas confirmés ou suspectés de COVID-19 avec critères d'admission aux soins intensifs doivent être transférés dans un centre désigné offrant des soins intensifs adultes tertiaires.
- Les cas confirmés de COVID-19 sans critères d'admission aux soins intensifs doivent être transférés dans un centre désigné.
- Les cas sous investigation (suspectés ou probables) sans critère d'admission aux soins intensifs doivent rester dans l'hôpital de leur région, en attente du résultat des tests COVID-19, puis pris en charge selon le résultat, la condition de la mère et de l'enfant ainsi que de l'imminence du congé postnatal.
- Les cas confirmés de COVID-19 qui ne sont plus symptomatiques, ni contagieux, selon les recommandations de la santé publique peuvent être hospitalisés, incluant pour l'accouchement dans l'installation de leur choix, sans mesure de précaution additionnelle.

Transferts interhospitaliers

Le CCPQ coordonne les transferts des femmes enceintes, des nouveau-nés et des enfants confirmés positifs à la COVID-19 et qui nécessiteraient un changement d'installation en raison de besoins d'hospitalisation, selon le niveau de soins requis.

Le médecin référent doit contacter le médecin de l'hôpital receveur avant d'effectuer le transfert afin d'évaluer la situation de la mère et de l'enfant. Impliquer les équipes de soins intensifs ou d'urgence s'il y a lieu. Dans tous les cas, le jugement clinique prévaut.

Transport ambulancier de la dyade Mère COVID-19 +/Bébé

Lorsque la mère et le bébé sont dans un état stable, une seule ambulance est requise. Il est proposé que la mère soit transportée sur une civière et que le nouveau-né soit installé dans un siège d'auto, dans la même ambulance. L'alternative serait de transférer le nouveau-né dans un incubateur et la maman sur le siège.

Le recours à une équipe spécialisée en néonatologie doit être limitée aux situations qui nécessitent son expertise.

[1] Proposés par le Comité d'experts de médecine fœto-maternelle-COVID-19

Accouchement

De manière générale :

- Lorsqu'une femme enceinte confirmée ou suspectée de COVID-19 se présente à l'hôpital en travail actif (naissance imminente), envisager de procéder à l'accouchement sur place. La décision de transférer dans un centre désigné doit être prise en fonction du résultat du test de dépistage, de la condition de la mère et du nouveau-né ainsi que de l'imminence du congé postnatal.
- Les mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire » doivent être appliquées pour le travail et l'accouchement en l'absence de critère d'admission aux soins intensifs ou d'IMGA.
- Considérant le risque faible de transmission verticale mère-bébé, des mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire » sont recommandées pour les soins du nouveau-né, et ce, même lorsque celui-ci nécessite des IMGA à la naissance dans la chambre de la mère (ex : manœuvres de réanimation initiale).
- Favoriser les accouchements en chambre TARP lorsque disponible ou dans une chambre fermée pour limiter les déplacements et offrir le maximum de soins à la dyade mère-enfant ensemble.
- Interventions obstétricales :
    - La date de l'induction ou de la césarienne élective doit être retardée afin de permettre la guérison, selon le jugement clinique;
    - La surveillance électronique fœtale continue est recommandée;
    - L'accouchement par césarienne doit être réservé pour les indications obstétricales habituelles;
    - Consulter les mesures de protection applicables à la salle d'opération pour les cas suspectés ou confirmés COVID-19, notamment pour les césariennes.
- Il n'y a pas d'évidence qui suggère de couper le cordon ombilical plus rapidement ou de nettoyer le bébé plus rapidement.
- Les pratiques habituelles sont recommandées (ex. : contact peau à peau) avec les mesures d'hygiène.

Postnatal immédiat et soins néonataux

De manière générale :

- La mère atteinte de la COVID-19, en investigation ou à exposition probable, de même que l'accompagnant à exposition probable, doivent se laver les mains, porter un masque en tout temps lorsqu'ils sont en contact avec le nouveau-né, en plus d'appliquer des mesures d'hygiène strictes.
- L'allaitement maternel est encouragé pour toutes les femmes.
- Il est recommandé de réaliser le maximum de tests (ex. dépistages néonataux) et d'enseignement (ex. soins du bébé, allaitement) pendant le séjour hospitalier pour éviter les déplacements subséquents.
- Les soins au nouveau-né doivent être réalisés dans la chambre de la mère. Les mesures de PCI utilisées pour l'accouchement sont les mêmes pour offrir les soins au nouveau-né.
- Idéalement, une infirmière doit être dédiée au nouveau-né et une autre pour les soins de la mère afin de limiter le risque de contamination entre les deux.
- Considérant le risque faible de transmission verticale mère-bébé, des mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire » sont recommandées pour les soins du nouveau-né, et ce, même lorsque celui-ci nécessite des IMGA à la naissance dans la chambre de la mère (ex : manœuvres de réanimation initiale).
- La conduite à tenir doit être guidée par une discussion centrée sur le patient et en considérant les données disponibles et leurs limites.

Nouveau-né qui ne requiert pas de soins additionnels à l'unité néonatale et dont la mère est confirmée ou probable COVID-19 :

- Le nouveau-né doit être isolé à l'intérieur de la chambre de la mère, en prenant les mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire ».
- Effectuer tous les soins du nouveau-né dans la chambre de la mère.
- Poursuivre les mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire » pour la dyade mère-enfant avec hygiène des mains et port du masque par la mère lors de l'allaitement et en présence de l'enfant.
- Garder le berceau à 2 mètres (6 pieds) de la mère. S'il est impossible de respecter cette distance, envisager d'installer le nouveau-né dans un incubateur.
- Si un déplacement est requis, transférer en peau à peau sur la mère qui porte un masque et qui a lavé ses mains. Protection du personnel selon les mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire » et à distance de 2 mètres des autres usagers
- Il est recommandé de garder la mère et le nouveau-né hospitalisés ensemble pendant au moins 48 h après l'accouchement, selon les considérations logistiques, sauf si la mère présente des critères d'hospitalisation prolongée.

Nouveau-né qui requiert des soins additionnels à l'unité néonatale et dont la mère est confirmée ou probable COVID-19 :

- Offrir le maximum de soins au nouveau-né dans la chambre de la mère.
- La présence de critères d'admission à l'unité néonatale ou la réalisation d'IMGA requiert la mise en place de mesures de « PCI aérienne-contact-oculaire » dans une chambre à pression négative ou, si non disponible, dans une chambre fermée individuelle avec masque N95. Par exemple, la ventilation à pression positive (ex : CPAP) est une IMGA.
- Isoler le nouveau-né dans une chambre fermée individuelle à l'unité néonatale (soins intensifs, soins intermédiaires ou « pouponnière ») et assigner, lorsque possible, à du personnel dédié.
- Déplacement en incubateur fermé et avec mesures de « PCI aérienne-contact-oculaire » si le bébé reçoit une intervention type IMGA (ex. CPAP).
- Le personnel soignant qui vient en renfort pour assurer la ventilation du nouveau-né devrait appliquer les mesures de « PCI aérienne-contact-oculaire » si une salle de réanimation néonatale séparée de la maman n'est pas disponible.
- Les nouveau-nés suspectés de COVID-19 sans IMGA pourraient être regroupés dans des incubateurs fermés, dans une chambre isolée. Cependant les IMGA devraient être effectuées dans une chambre individuelle fermée.

Rebours

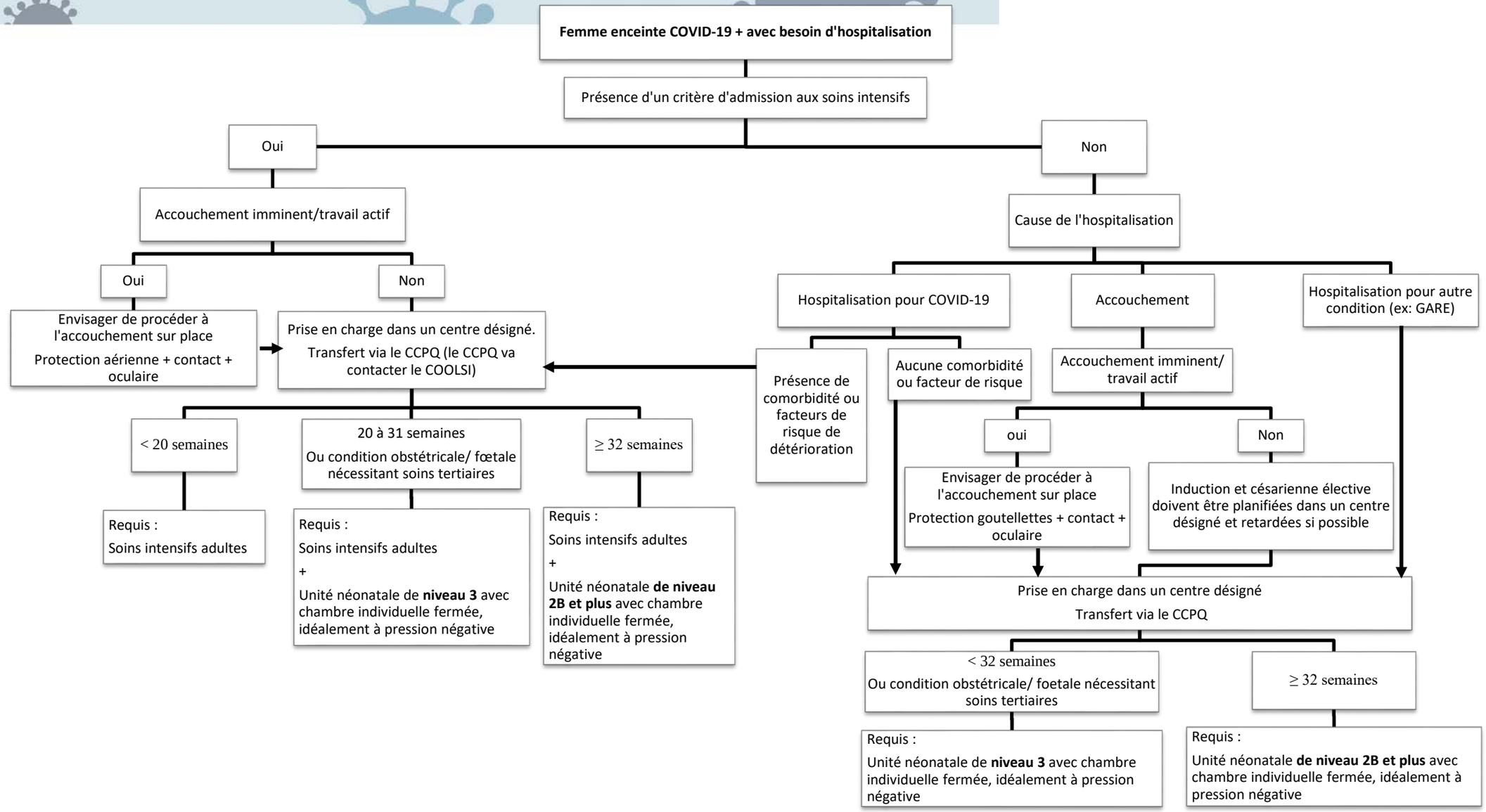
- Les parents asymptomatiques et à faible risque d'infection à la COVID-19 d'un enfant qui a séjourné dans une unité néonatale et qui reviennent dans une région qui est présentement isolée, ne seraient pas en isolement.
- Il n'y a pas de consignes supplémentaires d'isolement pour ces familles.

Visites postnatales à domicile

Les recommandations sont les mêmes qu'en postnatal immédiat.

L'équipe de périnatalité du CLSC poursuit son offre de services en assurant :

- Un contact téléphonique systématique prioritaire dans les 24 à 48 h après la sortie du lieu de naissance.
- Des visites à domicile ou en clinique au besoin (après une évaluation téléphonique) et en respectant les consignes présentées dans le document intitulé *Mesures pour les travailleurs de la santé lors de la prestation de soins à domicile* dans la section Soins à domicile.


Femme enceinte COVID-19 + avec besoin d'hospitalisation
Présence d'un critère d'admission aux soins intensifs
Oui
Non
Accouchement imminent/travail actif
Oui
Non
Envisager de procéder à l'accouchement sur place
Protection aérienne + contact + oculaire
Prise en charge dans un centre désigné.
Transfert via le CCPQ (le CCPQ va contacter le COOLSI)
< 20 semaines
20 à 31 semaines
Ou condition obstétricale/ fœtale nécessitant soins tertiaires
≥ 32 semaines
Requis :
Soins intensifs adultes
Requis :
Soins intensifs adultes
+
Unité néonatale de niveau 3 avec chambre individuelle fermée, idéalement à pression négative
Requis :
Soins intensifs adultes
+
Unité néonatale de niveau 2B et plus avec chambre individuelle fermée, idéalement à pression négative
Cause de l'hospitalisation
Hospitalisation pour COVID-19
Accouchement
Hospitalisation pour autre condition (ex: GARE)
Présence de comorbidité ou facteurs de risque de détérioration
Aucune comorbidité ou facteur de risque
Accouchement imminent/ travail actif
oui
Non
Envisager de procéder à l'accouchement sur place
Protection goutellettes + contact + oculaire
Induction et césarienne élective doivent être planifiées dans un centre désigné et retardées si possible
Prise en charge dans un centre désigné
Transfert via le CCPQ
< 32 semaines
Ou condition obstétricale/ foetale nécessitant soins tertiaires
≥ 32 semaines
Requis :
Unité néonatale de niveau 3 avec chambre individuelle fermée, idéalement à pression négative
Requis :
Unité néonatale de niveau 2B et plus avec chambre individuelle fermée, idéalement à pression négative

Résumé des mesures spécifiques aux femmes enceintes

		Cas confirmé COVID-19			Cas suspecté (en attente de résultat) COVID-19		Asymptomatique (normale)
		Avec critères d'admission aux soins intensifs	Sans critère d'admission aux soins intensifs	Asymptomatique guérie*	Avec critères d'admission aux soins intensifs	Sans critère d'admission aux soins intensifs	
Période	**Intervention**	Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'INSPQ recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles, selon la situation clinique et le diagnostic de l'usager.					
En tout temps	**Mesures de précaution additionnelles**	Aérienne-contact avec protection oculaire	Gouttelettes-contact-oculaire-oculaire avec protection oculaire ou Aérienne-contact-oculaire: si apparition de critères de sévérité ou IMGA	À confirmer	Aérienne-contact.	Gouttelettes-contact-oculaire avec protection oculaire ou Aérienne-contact oculaire : si apparition de critère de sévérité ou IMGA	Non requis
Prénatal	**Consultation en obstétrique-gynécologie**	Oui	Selon le jugement clinique	Selon condition clinique	Oui	Selon le jugement clinique	Non requis
	Hospitalisation pour COVID-19	Centre désigné	Centre désigné	Non requis	Selon le niveau de soins requis	Hospitalisation au cas par cas, selon le niveau de soins requis	Non requis
	Hospitalisation pour autre condition clinique (ex. : GARE)	Centre désigné	Centre désigné	Sans particularité	Centre désigné	Hospitalisation selon le niveau de soins requis	Sans particularité
	Échographie	Une fois par mois, jusqu'à l'accouchement	Une fois par mois, jusqu'à l'accouchement	Une fois par mois, jusqu'à l'accouchement	(Selon le résultat du test COVID-19)	Échographie du 3e trimestre, selon le jugement clinique	Suivi régulier
Accouchement	**Lieu de l'accouchement**	Centre désigné	Centre désigné	Sans particularité (CH, MDN)	Centre désigné	Hôpital local, selon le niveau de soins requis. Transfert à considérer selon le résultat COVID-19, selon la condition de la mère et de l'enfant et selon l'imminence du congé.	Sans particularité (CH, MDN, domicile*) * Se référer à la Directive pratique sage-femme
	Surveillance fœtale continue	Oui	Oui	Non requis, sauf si indication clinique	Oui	Sans particularité	Sans particularité
	Durée de séjour	Selon condition clinique	48 h mère/bébé	Sans particularité	Selon condition clinique	Sans particularité	Sans particularité

Version du 9 avril 2020

Coronavirus (COVID-19)

Directives pour la prise en charge des enfants

Version du 9 avril 2020

Les orientations émises dans ce document sont rédigées en collaboration avec un comité d'experts et seront adaptées en fonction de l'évolution des connaissances sur l'épidémiologie de la maladie à coronavirus COVID-19.

Consulter également:

- Les directives cliniques du MSSS;
- Les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie;
- Les mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaires pour :
    - Les critères d'admission aux soins intensifs;
    - Les interventions médicales générant des aérosols (IMGA).

De manière générale pour les enfants

- Selon les données disponibles, les enfants et les adolescents (0 à 19 ans) représentent un faible pourcentage des cas déclarés. En général, ils ne présentent pas de maladie sévère, leurs symptômes sont légers et semblables à ceux des adultes, soit de la fièvre, une toux sèche et de la fatigue, ainsi que des douleurs abdominales et de la diarrhée dans certains cas.
- Une très faible proportion des infections touche de jeunes nourrissons, mais ce groupe semblait plus à risque de développer des symptômes sévères que les enfants plus âgés. En Chine, environ 10 % des nourrissons infectés de moins d'un an ont souffert de symptômes graves ou critiques.
- Les critères d'admission en soins intensifs chez les enfants sont[1] :
    - FIO2 $\geq$ 30 % pour saturation > 90 %
    - Détresse respiratoire significative
    - Instabilité hémodynamique persistante malgré une réanimation volémique adéquate
    - Altération de l'état de conscience
    - Tout patient intubé ou nécessitant une ventilation non invasive
- Tous les cas avec critères d'admission aux soins intensifs (confirmés ou suspectés) doivent être transférés dans un centre désigné pour la pédiatrie.
- Tous les cas confirmés COVID-19 doivent être pris en charge dans un centre désigné pour la pédiatrie.
- Les centres désignés pour la pédiatrie sont : CHU Sainte-Justine, CHUQ- CMES et CHUS.
- Pour effectuer le transfert des cas COVID-19 en pédiatrie, contacter le Centre de coordination en périnatalogie du Québec (CCPQ) : 1 877 675-4992.
- Le transfert est effectué après discussion entre le médecin référent et le spécialiste du centre désigné.
- La conduite à tenir doit être guidée par une discussion centrée sur le patient et en considérant les données disponibles et leurs limites.

[1] Ces critères sont à moduler selon l'évolution de la situation.

Hospitalisations

En présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 :

- Les enfants de moins d'un mois avec fièvre devraient être évalués immédiatement à l'urgence.
- Pour les enfants âgés de plus d'un mois, une consultation médicale est requise et l'hospitalisation est à évaluer selon la condition clinique. Si une hospitalisation est requise, l'enfant sera dirigé vers un centre désigné.

➢ **Pour les cas confirmés ou suspectés de COVID-19 avec critères d'admission en soins intensifs :**

- Transférer dans un centre tertiaire désigné pour la pédiatrie.
- Les mesures de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire doivent s'appliquer.

➢ **Pour les cas confirmés COVID-19 sans critères d'admission en soins intensifs :**

- Les cas confirmés COVID-19 nécessitant une hospitalisation doivent être transférés dans un centre désigné pour la pédiatrie.
- Les mesures de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire doivent s'appliquer.
- Toutefois, l'apparition des critères d'admission en soins intensifs et la réalisation d'IMGA requièrent la mise en place de mesures de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire et une consultation avec le spécialiste d'un centre tertiaire est indiquée.

Parents et visiteurs

- Les parents confirmés COVID-19 positif ne devraient pas visiter leur enfant.
- Un seul parent à la fois peut visiter son enfant. Le port du masque est recommandé.
- Confinement à la chambre.
- Les parents ne peuvent pas circuler librement ni sortir.
- Prévoir des mesures pour limiter les déplacements (ex. fournir les repas et les timbres de nicotine).
- Lorsque la période d'hospitalisation est prolongée, les parents confirmés COVID-19 pourraient être autorisés à visiter leur enfant si des mesures de prévention et de contrôle des infections strictes sont appliquées.
- Aucun autre visiteur n'est admis.
- Afin que les parents demeurent en contact avec leur enfant, encourager l'utilisation de la technologie vidéo.

Résumé des mesures spécifiques aux enfants (0-17 ans)

	Cas confirmé COVID-19			Cas suspecté COVID-19	
	Avec critères d'admission en soins intensifs	**Sans critères d'admission en soins intensifs**	**Asymptomatique guéri**	**Avec critères d'admission en soins intensifs**	**Sans critères d'admission en soins intensifs**
Intervention	Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'INSPQ recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique et le diagnostic de l'usager.				
Mesure de précautions additionnelles	Aérienne-contact avec protection oculaire	Gouttelettes-contact avec protection oculaire ou Aérienne-contact avec protection oculaire: si apparition de critères d'admission en soins intensifs ou IMGA	À confirmer	Aérienne-contact avec protection oculaire.	Gouttelettes-contact avec protection oculaire ou Aérienne-contact avec protection oculaire : si apparition de critères d'admission en soins intensifs ou IMGA
Hospitalisation pour COVID-19	Transfert dans un centre désigné pour la pédiatrie	Transfert et hospitalisation dans un centre désigné pour la pédiatrie Isolement à domicile, si hospitalisation non requise.	Non requis	Transfert et hospitalisation dans un centre désigné pour la pédiatrie	Hospitalisation selon jugement clinique et lors de la réception d'un résultat COVID19 positif, transfert dans un centre désigné pour la pédiatrie. Isolement à domicile, si hospitalisation non requise.
Hospitalisation pour autre condition clinique	Transfert dans un centre désigné pour la pédiatrie, après discussion entre le médecin traitant et le spécialiste au CH désigné pédiatrie	Transfert dans un centre désigné pour la pédiatrie, après discussion entre le médecin traitant et le spécialiste au CH désigné pédiatrie.	Hospitalisation dans l'hôpital de sa région correspondant au niveau de soins requis.	Transfert dans un centre désigné pour la pédiatrie, après discussion entre le médecin traitant et le spécialiste au CH désigné en pédiatrie	Transfert dans l'hôpital de sa région correspondant au niveau de soins requis et transfert dans un centre désigné pour la pédiatrie à la réception d'un résultat positif à la COVID-19, après discussion entre le médecin traitant et le spécialiste au CH désigné en pédiatrie.

Santé et Services sociaux Québec

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 9 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SOINS INFIRMIERS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous informer des nouvelles orientations, en date du 9 avril 2020, concernant le Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19, dans le contexte de la pandémie COVID-19. Cette orientation fait suite aux travaux du **sous-comité de travail urgence et préhospitalier,** et sont appuyées par le Comité directeur clinique COVID-19.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-66

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e^ étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19
Pour tous milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux

Contexte :

1- Le présent protocole a été créé pour uniformiser la réanimation cardio-respiratoire dans le contexte pandémique dans tous les milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux avec soins physiques aigus. Ceci inclut les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les cliniques externes, les résidences privées pour aînés, les cliniques désignées d'évaluation, les unités de psychiatrie et autre milieu.

2- La transmission communautaire est le principal moyen de transmission de la COVID-19 en province. Cette transmission n'est pas soutenue de façon uniforme. Le risque qu'une personne en arrêt cardio-respiratoire (ACR) soit infectée de la COVID-19 n'est pas le même partout. L'analyse de ce risque de transmission doit se faire en collaboration entre les acteurs régionaux et ministériels.

3- Les manœuvres de réanimation cardiaque sont à haut risque de transmission du virus COVID-19.

4- La protection des intervenants et des travailleurs de la santé est la priorité en temps de pandémie.

5- La gestion des équipements de protections individuelles est essentielle pour opérationnaliser le point 3. Les secteurs à plus haut risque (préhospitaliers, urgences, soins intensifs) sont priorisés pour protéger les travailleurs les plus à risque.

Quoi faire devant une personne faisant un ACR ?

- Demander de l'aide et indiquer à un collègue de vérifier le dossier de la personne si un niveau de soin est déterminé, le cas échéant;
- Sortir le chariot de code ou le défibrillateur, si disponible;
    a. S'il n'y a pas de défibrillateur disponible, passez à la prochaine étape, le répartiteur d'urgence vous indiquera où trouver le défibrillateur le plus proche.
- Appelez le 911;

- Porter des gants et un masque chirurgical. Si disponible, porter une blouse et une protection visuelle;
- Mettre un masque chirurgical au patient;
- Installer les pads de défibrillation à la personne. Si les chocs sont recommandés, suivre les indications du défibrillateur;
- Évaluer ensuite le risque infectieux de la personne qui est en ACR;
    a. Si la personne est connue de l'intervenant, ne présentait aucun symptôme ou avait un test de la COVID-19 négatif récemment – démarrer le massage***;**
    b. Si la personne est inconnue, son statut COVID-19 est inconnu, probable ou positif ou le milieu de soins est en éclosion de COVID-19 – ne pas faire de massage;
- La gestion des voies aériennes définitives et la gestion de la ventilation doivent se faire par une personne expérimentée (médecin ou paramédic) et équipée d'une protection individuelle optimale.

* L'absence de symptôme est un indicateur de faible risque dans les régions où la transmission communautaire n'est pas soutenue.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 9 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous informer des nouvelles orientations, **en date du 8 avril 2020**, concernant les dépenses liées à l'activité des cliniques désignées d'évaluation (CDÉ) et l'utilisation optimale des équipements de protection individuelle (ÉPI). Ces orientations font suite aux travaux du Comité de travail – Cliniques et première ligne, et sont appuyées par le Comité directeur COVID-19.

Vous trouverez en pièce jointe le guide proposé à titre de modèle de référence pour les dépenses admises en CDÉ. Les informations qui s'y trouvent constituent les quantités maximales accordées, bien qu'une clinique puisse choisir d'assurer son fonctionnement avec des ressources moins élevées.

Les équipements de protection indiqués doivent être transférés par le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) vers les CDÉ de son territoire, en respect des quantités recommandées.

Quant aux ressources humaines surnuméraires dédiées dans le cadre du mandat CDÉ, elles pourront être assignées, dans certains cas, par le CISSS ou le CIUSSS. Les dépenses liées à l'embauche des ressources humaines qui ne sont pas assignées par l'établissement pourront être transmises à ce dernier par chaque CDÉ pour obtenir un remboursement.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Toutes les dépenses doivent être soumises au président-directeur général ou à la présidente-directrice générale (PDG), après analyse et sur recommandation du chef du Département régional de médecine générale (DRMG), pour son approbation après validation de la conformité.

Nous vous invitons également à consulter, aussi en pièce jointe, un fichier explicatif concernant l'utilisation optimale des ÉPI en groupe de médecine de famille (GMF) et en clinique médicale, ainsi qu'en CDÉ. Le document se base sur les orientations à jour de l'Institut national de santé publique du Québec.

Nous comptons sur votre habituelle collaboration afin de vous assurer que ces orientations soient diffusées auprès de vos équipes et de votre réseau de CDÉ, de GMF et de cliniques. Nous vous demandons également de vous assurer de transmettre aux CDÉ de votre territoire le nom et les coordonnées de la personne responsable de recevoir les demandes de remboursement admissibles.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Chefs de Département régional de médecine générale
Membres du CODIR
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-002502-52

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Ressources en cliniques désignées d'évaluation

PRÉAMBULE

- Ce guide constitue un modèle de référence pour les cliniques désignées d'évaluation (CDE);
- Une CDE peut toutefois assurer son fonctionnement avec des ressources moindres que celles listées dans le document;
- **Toutes les dépenses liées à la mission CDE doivent être soumises** au président-directeur général / à la présidente-directrice générale (PDG), après analyse et sur recommandation du chef du Département régional de médecine générale (DRMG), pour son approbation après validation de la conformité.

PRINCIPES

- Utilisation judicieuse et sécuritaire des équipements de protection individuelle (ÉPI) s'appuyant sur les recommandations du groupe des CINQ;
- Contrôle des infections et protection des usagers;
- Optimisation des corridors de soins;
- Règle générale, la CDE est ouverte 12 heures par jour et 7 jours sur 7;
- L'évaluation du matériel est appuyée par une projection d'achalandage en tenant compte d'une estimation de 40 % de syndromes infectieux en 1re ligne et de réorientation de patients réorientables ambulatoires de l'urgence avec syndromes infectieux.

SOUTIEN AUX CDE PAR LES CISSS ET CIUSSS

- Équipe de prévention et contrôle des infections (PCI);
- Ressources techniques et informationnelles;
- Direction des ressources humaines;
- Direction des soins infirmiers;
- Direction des services professionnels.

RESSOURCES HUMAINES DÉDIÉES

1. **Gardien de sécurité : une évaluation du besoin et de la pertinence doit se faire conjointement entre la clinique et l'établissement**
   a. Durant les heures d'ouverture;
   b. Prévoir remplacement pour pause et repas si requis;
   c. 2 gardiens sur 12 heures;
2. **Agentes administratives**
   a. Durant les heures d'ouverture (débute 30 minutes avant l'ouverture);
   b. Soutien clérical de toute nature (données démographiques et inscriptions, photocopies, télécopies, appels téléphoniques, etc.);
   c. Prévoir remplacement pour pauses et repas;
   d. Ratio maximum d'une agente administrative pour 2 médecins;
3. **Infirmières et infirmières auxiliaires**
   a. Durant les heures d'ouverture, un pairage d'une infirmière auxiliaire pour 2 médecins;
   b. 1 infirmière auxiliaire au triage et prélèvements;
   c. 1 infirmière (technicienne ou clinicienne selon la disponibilité) pour prise d'appel, suivi des cas COVID-19 positifs et liaison;

4. **Préposé à la salubrité PCI**
   a. Durant les heures d'ouverture de la clinique;
   b. Prévoir remplacement pour pauses et repas;
   c. Soutien de l'établissement (PCI) pour la formation sur les procédures de désinfections;
   d. Ratio d'un préposé pour 2 médecins.

ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE

Le volume en ÉPI est estimé quotidiennement sur la base de l'offre de consultations attendues et d'une pondération réaliste pour assurer aux CDE la disponibilité de ce matériel en quantité suffisante.

POUR LES PATIENTS:

- 1 masque par patient: le patient garde son masque durant tout l'épisode de soins (incluant l'épisode de soins en imagerie);
- 20 % en surplus;
- Volumétrie de 4 patients à l'heure par médecin.

POUR LE PERSONNEL:

- Gardien de sécurité (2) :
  - Masques de procédure: 4 par quart de travail, donc 8 masques par quart de travail;
  - Paires de gants: 4 par quart de travail, donc 8 paires par quart de travail;
- Préposé à la salubrité PCI (1 : 2 médecins) :
  - Masques de procédure: 4 par quart de travail donc 4 X 0,5 médecin de masques par quart de travail (minimum = 4);
  - Paires de gants : 4 par quart de travail donc 4 X 0,5 médecin de paires de gants par quart de travail (minimum = 4);
- Agente administrative (1 : 2 médecins) :
  - Idéalement, l'agente administrative est en zone froide et port du masque seulement si doit passer en zone chaude;
  - Masques de procédure: 2 par quart de travail donc 2 X 0,5 médecin de masques par quart de travail (minimum 2).

POUR L'ÉQUIPE DE SOINS:

- Pour chaque infirmière et infirmière auxiliaire en contact avec les patients, prévoir le changement d'ÉPI (blouse, masque) à chaque 4 heures à l'exception d'un contact avec un patient très symptomatique;
  a. Changement de gants à chaque patient;
  b. Lunettes de protection : garder tout le quart de travail, désinfecter quotidiennement (plus si souillé);
  c. Prévoir marge de manœuvre de 20 % pour le matériel d'ÉPI des soignants;
- Pour chaque médecin en contact avec les patients, prévoir le changement d'ÉPI (blouse, masque) à chaque 4 heures à l'exception d'un contact avec un patient très symptomatique :
  a. Changement de gants à chaque patient;
  b. Lunettes de protection : garder tout le quart de travail, désinfecter quotidiennement (plus si souillé);
  c. Prévoir marge de manœuvre de 20 % pour le matériel d'ÉPI des soignants;

- Pour tous les professionnels cliniques et médecins : quelques masques N95 (exclusivement pour professionnels cliniques et médecins fit-testés) à disposer près du défibrillateur automatique (DEA) ou zone de réanimation (si l'événement se produit).

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Utilisation optimale des EPI

	Phase communautaire / pénurie appréhendée	
	Cliniques/GMF	**CDÉ**
Masques		
Travailleur	Changer aux 4 heures	Changer aux 4 heures
Patient	non	oui
Blouses		
Travailleur	non	Changer aux 4 heures ou si souillée
Patient	non	non
Gants		
Travailleur	Lavage des mains	Changer à chaque patient
Patient	Solution hydro-alcoolisée / Lavage	Solution hydro-alcoolisée / Lavage
Lunettes		
Travailleur	non	Désinfection chaque jour
Patient	non	non

MàJ 2020-04-06, 12h00

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 9 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SOINS INFIRMIERS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous informer des nouvelles orientations, en date du 9 avril 2020, concernant le Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19, dans le contexte de la pandémie COVID-19. Cette orientation fait suite aux travaux du **sous-comité de travail urgence et préhospitalier,** et sont appuyées par le Comité directeur clinique COVID-19.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-66

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e^ étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19
Pour tous milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux

Contexte :

1- Le présent protocole a été créé pour uniformiser la réanimation cardio-respiratoire dans le contexte pandémique dans tous les milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux avec soins physiques aigus. Ceci inclut les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les cliniques externes, les résidences privées pour aînés, les cliniques désignées d'évaluation, les unités de psychiatrie et autre milieu.

2- La transmission communautaire est le principal moyen de transmission de la COVID-19 en province. Cette transmission n'est pas soutenue de façon uniforme. Le risque qu'une personne en arrêt cardio-respiratoire (ACR) soit infectée de la COVID-19 n'est pas le même partout. L'analyse de ce risque de transmission doit se faire en collaboration entre les acteurs régionaux et ministériels.

3- Les manœuvres de réanimation cardiaque sont à haut risque de transmission du virus COVID-19.

4- La protection des intervenants et des travailleurs de la santé est la priorité en temps de pandémie.

5- La gestion des équipements de protections individuelles est essentielle pour opérationnaliser le point 3. Les secteurs à plus haut risque (préhospitaliers, urgences, soins intensifs) sont priorisés pour protéger les travailleurs les plus à risque.

Quoi faire devant une personne faisant un ACR ?

- Demander de l'aide et indiquer à un collègue de vérifier le dossier de la personne si un niveau de soin est déterminé, le cas échéant;
- Sortir le chariot de code ou le défibrillateur, si disponible;
    a. S'il n'y a pas de défibrillateur disponible, passez à la prochaine étape, le répartiteur d'urgence vous indiquera où trouver le défibrillateur le plus proche.
- Appelez le 911;

- Porter des gants et un masque chirurgical. Si disponible, porter une blouse et une protection visuelle;
- Mettre un masque chirurgical au patient;
- Installer les pads de défibrillation à la personne. Si les chocs sont recommandés, suivre les indications du défibrillateur;
- Évaluer ensuite le risque infectieux de la personne qui est en ACR;
    a. Si la personne est connue de l'intervenant, ne présentait aucun symptôme ou avait un test de la COVID-19 négatif récemment – démarrer le massage***;**
    b. Si la personne est inconnue, son statut COVID-19 est inconnu, probable ou positif ou le milieu de soins est en éclosion de COVID-19 – ne pas faire de massage;
- La gestion des voies aériennes définitives et la gestion de la ventilation doivent se faire par une personne expérimentée (médecin ou paramédic) et équipée d'une protection individuelle optimale.

* L'absence de symptôme est un indicateur de faible risque dans les régions où la transmission communautaire n'est pas soutenue.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 9 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS ET AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Étant donné que le directeur national de santé publique a déclaré, le 4 avril 2020, que le Québec connaît une transmission communautaire soutenue de la COVID-19, nous vous invitons à prendre connaissance de l'avis de l'Institut national de santé publique du Québec intitulé « Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de la pandémie : recommandations intérimaires ».

Vous trouverez le document ci-joint en version de travail et sous peu dans sa version officielle sur le site Web de l'INSPQ.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. Membres du CODIR
PDGA des établissements publics du RSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02502-71

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

INSPQ
INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC



COVID-19
Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie : recommandations intérimaires

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

31 mars 2020
Version 1.0

Acronymes

BMR	Bactérie multirésistante
ÉPI	Équipement de protection individuelle
CERDM	Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux
SARM	*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline
ERV	Entérocoques résistants à la vancomycine
C. difficile	*Clostridioides difficile*
BGNPC	Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases
USI	Unité de soins intensifs

Cette fiche présente les mesures exceptionnelles à considérer pour les équipements de protection individuelle (ÉPI) lors de pandémie. **Ces stratégies ne doivent pas être utilisées en dehors de la situation pandémique ou lorsque la disponibilité des ÉPI sera revenue à la normale**. Certaines stratégies proposées dans ce document ne sont pas basées sur les meilleures pratiques en prévention et contrôle des infections ni sur des évidences scientifiques. Elles sont basées sur les connaissances actuelles de la COVID-19 et les avis d'experts et actualisées en fonction des documents et recommandations d'instances nationales et internationales reconnues.

Les stratégies sont séparées en modalités pour une pénurie appréhendée et en pénurie réelle. Les modalités en pénurie réelle s'ajoutent à celles pour la pénurie appréhendée.

Il à noter que ces stratégies peuvent être mises en place dans tous les milieux de soins. Le choix des stratégies devra cependant être adapté selon la disponibilité des équipements dans chaque installation.

Québec

STRATÉGIES COMMUNES	
▪ Diminuer le nombre de patients en reportant les rendez-vous non urgents (selon le milieu de soins). ▪ Regrouper les soins afin de limiter le nombre d'entrées dans la chambre en précautions additionnelles. ▪ Exclure tout travailleur de la santé non essentiel aux soins des usagers nécessitant des précautions additionnelles. ▪ Implanter des cohortes d'usagers COVID-19. ▪ Utiliser la télémédecine lorsque possible ▪ Retirer les ÉPI dans les endroits non requis et dans les endroits publics (p. ex. masque dans les entrées).	
STRATÉGIES SPÉCIFIQUES PAR TYPE D'ÉPI	
	Pénurie appréhendée	**Pénurie réelle**

Blouse de protection	▪ Utiliser des blouses de protection réutilisable. Le travailleur de la santé doit respecter la technique de retrait de la blouse afin de ne pas se contaminer. Ces blouses seront traitées comme à l'habitude par le service de la buanderie.
	▪ Porter la blouse jetable ou réutilisable pour une période prolongée (sans la retirer) pour les soins de plusieurs usagers qui sont en précautions additionnelles pour la même infection (p. ex. cohorte COVID-19) ou la même BMR (p. ex. chambre à 4 d'ERV) :
	  ▪ Si visiblement souillée ou endommagée : jeter (si jetable) ou déposer dans le panier de lingerie souillée (si réutilisable)
	▪ Considérer l'utilisation des couvre-tout (p. ex. Tyvec). Toutefois, le travailleur de la santé doit avoir reçu une formation pour son retrait. Le risque de contamination lors du retrait de cet équipement est plus grand.
	▪ Considérer l'achat de blouse de protection ou couvre-tout qui répondent à un standard international.
	▪ La réutilisation de blouse jetable, blouse réutilisable, sarrau, jaquette de patient ou tablier jetable n'est pas recommandée en pénurie appréhendée. Le port prolongé de la blouse jetable ou réutilisable est plutôt recommandé.
		▪ Prioriser l'utilisation des blouses pour les soins qui l'exigent : risque d'éclaboussures, interventions médicales générant des aérosols (IMGA), soins avec contact tels que habiller, toilette au lit, soins d'hygiène, changement de literie, soins de plaie.
		▪ La réutilisation de blouse jetable n'est pas recommandée, car les attaches se brisent facilement.
		▪ La réutilisation de blouse réutilisable (sans lavage entre utilisation) est mieux adaptée. Toutefois, les risques de contamination sont possibles donc le travailleur de la santé doit respecter la technique de retrait de la blouse afin de ne pas se contaminer. Si toutefois, la réutilisation de blouse réutilisable est considérée par le même travailleur de la santé (ou parmi plusieurs travailleurs de la santé) :
		  ▪ Si visiblement souillée déposer dans le panier de lingerie souillée
		  ▪ Accrocher entre chaque utilisation
		▪ Si l'utilisation de sarrau, jaquette de patient (à manches longues de préférence) ou tablier jetable est considérée :
		  ▪ Si visiblement souillée ou endommagée : jeter (si jetable) ou déposer dans le panier de lingerie souillée (si réutilisable)
		▪ En dernier recours, considérer ne pas utiliser de blouse de protection pour les cas de BMR en précautions contact (premièrement pour les cas de SARM, deuxièmement pour les cas d'ERV, troisièmement pour les cas de *C. difficile* et dernièrement pour les cas de BGNPC). Lorsque possible, avant de considérer cette mesure, dédier des blouses pour ces cas.

STRATÉGIES SPÉCIFIQUES PAR TYPE D'ÉPI		
	Pénurie appréhendée	**Pénurie réelle**

Masque de procédure/ chirurgical	▪ Reporter tout rendez-vous non urgent dans un secteur qui utilise les masques.
	▪ Prioriser les masques pour les unités essentielles (p. ex. USI, cohorte de COVID-19, bloc opératoire, urgence…).
	▪ Le port du masque n'est pas requis si le travailleur de la santé garde une distance > 2 mètres du patient COVID-19 en précautions gouttelettes-contact (sauf si IMGA).
	▪ Porter le masque pour une période prolongée (sans le retirer) pour les soins de plusieurs usagers à l'intérieur d'une cohorte/unité.
	  ▪ Jeter si visiblement souillé, endommagé ou respiration difficile.
	  ▪ Ne pas toucher le masque lors du port. Si par erreur le travailleur de la santé touche le masque, procéder à l'hygiène des mains (ou si port de gants, au changement de gants puis à l'hygiène des mains).
	  ▪ Garder le masque sur le visage en tout temps (ne pas porter dans le cou).
	  ▪ Le port maximum suggéré est de 4 heures
	▪ Limiter l'usage des masques médicaux par les patients. Opter de lui fournir un mouchoir ou un tissu qui couvre sa bouche et son nez.
	▪ Utiliser les masques au-delà de la date d'expiration en s'assurant de son intégrité (p. ex. élastique).
	▪ Utiliser des masques médicaux équivalents (niveau 1, 2 ou 3) (INSPQ, 2016, https://www.inspq.qc.ca/publications/1009).
	▪ Utiliser des masques non médicaux fabriqués de façon artisanale n'est pas recommandé.
	▪ Utiliser des masques médicaux sans test de conformité n'est pas recommandé en pénurie appréhendée
	▪ Réutiliser le même masque par le même travailleur de la santé n'est pas recommandé en pénurie appréhendée, le port prolongé est plutôt recommandé.
		▪ Utiliser des masques médicaux sans test de conformité certifiée (qui ne répond pas aux niveaux 1, 2 ou 3) :
		  ▪ Combiner ce masque avec le port d'une visière ou d'un écran facial (pas de lunette protectrice) si disponible.
		▪ Si la réutilisation du même masque par le même travailleur de la santé (en le retirant entre chaque patient ou à la fin des soins dans une cohorte) est considérée :
		  ▪ Jeter si visiblement souillé, endommagé ou difficulté à respirer
		  ▪ Plier le masque de façon à ce que l'extérieur du masque soit replié sur lui-même et le placer dans un sac de papier ou un contenant non hermétique.
		  ▪ Selon la gravité de la pénurie, garder le masque pour le quart de travail ou jusqu'à ce que le masque maintienne son intégrité.
		▪ Utiliser uniquement une protection oculaire de type visière ou écran facial qui couvre le visage au complet, si aucun masque de procédure n'est disponible.
		▪ Dédier les travailleurs de la santé ayant déjà eu la COVID-19 aux soins des patients COVID-19 est une mesure abordée par certaines instances, mais aucune preuve scientifique n'appuie ceci.

STRATÉGIES SPÉCIFIQUES PAR TYPE D'ÉPI		
	Pénurie appréhendée	**Pénurie réelle**
Gants	▪ Aucune réutilisation des gants n'est recommandée. ▪ Aucun retraitement des gants n'est recommandé.	

Respirateur N95	▪ Limiter les tests d'ajustement de protection respiratoire au personnel requis.
	▪ Utiliser le respirateur N95 au-delà de la date d'expiration en s'assurant de son intégrité (p. ex. élastique) et en faisant un test d'étanchéité avant d'entrer dans la chambre.
	▪ Porter le respirateur pour une période prolongée (sans le retirer) pour les soins de plusieurs usagers à l'intérieur d'une cohorte/unité.
	  ▪ Jeter si visiblement souillé, endommagé, respiration difficile, non étanche ou si IMGA effectuée pendant le port du respirateur.
	  ▪ Ne pas toucher le respirateur. Si par erreur le travailleur de la santé touche le respirateur, procéder à l'hygiène des mains (ou si port de gants, au changement de gants puis à l'hygiène des mains).
	  ▪ Garder le respirateur sur le visage en tout temps (ne pas porter dans le cou).
	  ▪ Le port maximum suggéré est de 8 heures.
	▪ Vérifier pour obtenir des respirateurs équivalents ou supérieurs ou des respirateurs ayant des standards similaires (avec tests de conformité certifiée) provenant d'autres pays (consulter le tableau d'équivalence du CDC https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirators-strategy/contingency-capacity-strategies.html).
	▪ Réutiliser le même respirateur N95 par le même travailleur de la santé n'est pas recommandé en pénurie appréhendée, le port prolongé est plutôt recommandé.
		▪ Prioriser l'utilisation d'un respirateur N95 pour les soins qui l'exigent : IMGA ou soins à l'usager intubé en circuit ouvert. Le port du respirateur N95 n'est pas requis par le travailleur de la santé si des IMGA ne sont pas en cours (et si le temps d'attente du changement d'air post IMGA est respecté) ou si l'usager est intubé en circuit fermé et est stable. Le port du masque de procédure dans ces conditions est acceptable.
		▪ L'utilisation du respirateur fabriqué de façon artisanale ou sans test de conformité certifiée n'est pas recommandée. Un respirateur ayant des standards similaires est acceptable.
		▪ Si la réutilisation du même respirateur N95 par le même travailleur de la santé (en le retirant entre chaque patient ou à la fin des soins dans une cohorte) est considérée :
		  ▪ Jeter le respirateur si visiblement souillé, endommagé, respiration difficile, non-étanche ou si IMGA effectuée pendant le port du respirateur.
		▪ Conserver le respirateur : sur un crochet identifié au nom du travailleur de la santé ou dans un sac ou contenant non hermétique identifié au nom du travailleur. Si le contenant est utilisé, désinfecter avec une lingette désinfectante le contenant après chaque fois que le respirateur est utilisé.
		  ▪ Mettre des gants pour mettre le respirateur usagé et effectuer un test d'étanchéité avant d'entrer dans la chambre. Retirer les gants, procéder à l'hygiène des mains puis remettre des gants avant d'entrer dans la chambre.
		  ▪ Utiliser une protection oculaire de type visière ou écran facial qui couvre le visage au complet. Si aucune protection oculaire n'est disponible, un masque de procédure peut être mis par-dessus le respirateur N95.
		  ▪ Selon la gravité de la pénurie, garder le respirateur pour le quart de travail ou jusqu'à ce qu'il maintienne son intégrité.
		  ▪ Consulter l'avis de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/publications/2918-reutilisation-respirateurs-n95-covid19
		▪ Le retraitement du N95 pour le même travailleur est une possibilité et est en étude par le CERDM.
		▪ Dédier les travailleurs de la santé ayant déjà eu la COVID-19 aux soins des patients COVID-19 est une mesure abordée par certaines instances, mais aucune preuve scientifique n'appuie ceci.

STRATÉGIES SPÉCIFIQUES PAR TYPE D'ÉPI		
	Pénurie appréhendée	**Pénurie réelle**

Protection oculaire	▪ Porter la protection oculaire pour une période prolongée (sans la retirer) pour les soins de plusieurs usagers à l'intérieur d'une cohorte/unité.
	  ▪ Jeter si visiblement souillé, endommagé ou difficulté à voir.
	  ▪ Ne pas toucher la protection oculaire. Si par erreur le travailleur de la santé touche la protection oculaire, procéder à l'hygiène des mains (ou si port de gants, au changement de gants puis à l'hygiène des mains)
	▪ Utiliser les protections oculaires au-delà de la date d'expiration en s'assurant au préalable de son intégrité (p.ex. élastique).
	▪ Considérer une protection oculaire qui offre une protection similaire (p.ex. lunettes de sécurité) mais qui couvre le côté des yeux.
	▪ Utiliser des écrans faciaux ou visières qui sont non certifiés est recommandé. Consulter l'avis de l'INSPQ sur le choix d'une protection oculaire (lien à venir).
	▪ Rapatrier les écrans faciaux et les visières pour les unités donnant des soins aux cas COVID-19 (les autres unités pourraient utiliser davantage les lunettes de protection).
	▪ Réutiliser la même protection oculaire par le même travailleur de la santé n'est pas recommandé en pénurie appréhendée; le port prolongé est plutôt recommandé.
		▪ Prioriser l'utilisation d'une protection oculaire pour les soins qui l'exigent : risque d'éclaboussures, IMGA, soins à < 2 mètres.
		▪ Le port de la protection oculaire n'est pas requis si le travailleur de la santé garde une distance > 2 mètres du patient COVID-19 en précautions gouttelettes-contact ou aériennes-contact (si aucune IMGA n'est en cours).
		▪ Dédier les travailleurs de la santé ayant déjà eu la COVID-19 aux soins des patients COVID-19
		▪ Si la réutilisation de la même protection oculaire par le même travailleur de la santé (en la retirant entre chaque patient ou à la fin des soins dans une cohorte) est considérée :
		  ▪ Jeter si visiblement souillé, endommagé ou difficulté à voir
		  ▪ Désinfecter entre chaque usage, consulter l'avis de l'INSPQ : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/20-MS-00496-52_PJ_AVIS-visiere.pdf
		  ▪ Conserver la protection oculaire dans un contenant non hermétique ou un sac en papier identifié au nom du travailleur.
		  ▪ Mettre des gants avant de reprendre la protection oculaire usagée puis enfiler la protection oculaire. Par la suite, retirer les gants et procéder à l'hygiène des mains.
		  ▪ Selon la gravité de la pénurie, garder la protection oculaire pour le quart de travail ou jusqu'à ce qu'elle maintienne son intégrité.

Références

Alhazzani W, Hylander Moller M, Arabis YM, Loeb M, Gong MN et al. Surviving Sepsis Campaign : Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Journal of Critical Care Medicine and Journal of Intensive Care Medecine*. Version du 2020-03-26. Repéré au https://www.sccm.org/getattachment/Disaster/SSC-COVID19-Critical-Care-Guidelines.pdf?lang=en-US

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Strategies for Optimizing the Supply of Facemasks.* Version 2020-03-17.Repéré au https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/face-masks.html

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Strategies for Optimizing the Supply of Eye Protection.* Version 2020-03-17. Repéré au https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/eye-protection.html

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Strategies for Optimizing the Supply of Isolation Gowns.* Version 2020-03-17. Repéré au https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/isolation-gowns.html

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Checklist for Healthcare Facilities: Strategies for Optimizing the Supply of N95 Respirators during the COVID-19 Response.* Version 2020-03-05. Repéré au https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/checklist-n95-strategy.html

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Strategies for Optimizing the Supply of N95 Respirators: Crisis/Alternate Strategies.* Version 2020-03-17. Repéré au https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirators-strategy/crisis-alternate-strategies.html

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Strategies for Optimizing the Supply of N95 Respirators: Contingency Capacity Strategies.* Version 2020-02-29. Repéré au https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirators-strategy/contingency-capacity-strategies.html

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Release of Stockpiled N95 Filtering Facepiece Respirators Beyond the Manufacturer-Designated Shelf Life: Considerations for the COVID-19 Response.* Version 2020-02-28. Repéré au https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/release-stockpiled-N95.html

Centers for disease control and prevention (CDC). (2018). *Recommended Guidance for Extended Use and Limited Reuse of N95 Filtering Facepiece Respirators in Healthcare Settings.* Version 2018-03-28. Repéré au https://www.cdc.gov/niosh/topics/hcwcontrols/recommendedguidanceextuse.html

Chughtai AA, Seale H, Islam MS, Owais M, Macintyre CR. Policies on the use of respiratory protection for hospital health workers to protect from coronavirus disease (COVID-19). *International Journal of Nursing Studies*. Publié 2020-03-13. Repéré au https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748920300523?via%3Dihub

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2020). *Avis sur la réutilisation des respirateurs N-95 lors de la pandémie de la COVID-19.* Version du 2020-03-26. Repéré au https://www.inspq.qc.ca/publications/2918-reutilisation-respirateurs-n95-covid19

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2020). *Avis sur la réutilisation des respirateurs N-95 lors de la pandémie de la COVID-19.* Version du 2020-03-26. Repéré au https://www.inspq.qc.ca/publications/2918-reutilisation-respirateurs-n95-covid19

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2009). *Masques chirurgicaux ou de procédure : choix de l'équipement.* Repéré au https://www.inspq.qc.ca/publications/1009

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. Version du 2020-03-19. Repéré au https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020). *Rational Use of Personal Protective Equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19).* Version du 2020-03-19. Repéré au https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331498/WHO-2019-nCoV-IPCPPE_use-2020.2-eng.pdf

Société française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) (2020). *Avis relatif aux conditions de prolongation du port ou de réutilisation des masques chirurgicaux et des appareils de protection respiratoire de type FFP2 pour les professionnels de la santé.* Version 2020-03-14. Repéré au https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/avis-sf2h-utilisation-masque-14mars2020.pdf

COVID-19
Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie : recommandations intérimaires

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

Natasha Parisien
Jasmin Villeneuve
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Natasha Parisien
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : http://www.inspq.qc.ca.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 2957

Institut national de santé publique Québec

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 10 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous informer d'un ajustement au document *Ressources en cliniques désignées d'évaluation* diffusé le 9 avril dernier.

Vous trouverez en pièce jointe une **version qui remplace** celle acheminée et qui constituait une version préliminaire. Les informations modifiées concernent notamment les masques de procédure pour le personnel de la clinique.

Nous comptons sur votre habituelle collaboration afin de vous assurer que cet ajustement des orientations soit rapidement diffusé auprès de vos équipes et de votre réseau de cliniques désignées d'évaluation (CDÉ).

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Chefs de Département régional de médecine générale
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-002502-66

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e^ étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Ressources en cliniques désignées d'évaluation

PRÉAMBULE

- Ce guide constitue un modèle de référence pour les cliniques désignées d'évaluation (CDÉ);
- Une CDÉ peut toutefois assurer son fonctionnement avec des ressources moindres que celles listées dans le document;
- **Toutes les dépenses liées à la mission de CDÉ doivent être soumises** au président-directeur général / à la présidente-directrice générale (PDG), après analyse et sur recommandation du chef du Département régional de médecine générale (DRMG), pour son approbation après validation de la conformité.

PRINCIPES

- Utilisation judicieuse et sécuritaire des équipements de protection individuelle (ÉPI) s'appuyant sur les recommandations du groupe des CINQ;
- Contrôle des infections et protection des usagers;
- Optimisation des corridors de soins;
- Règle générale, la CDÉ est ouverte 12 heures par jour et 7 jours sur 7;
- L'évaluation du matériel est appuyée par une projection d'achalandage en tenant compte d'une estimation de 40 % de syndromes infectieux en 1re ligne et de réorientation de patients réorientables ambulatoires de l'urgence avec syndromes infectieux.

SOUTIEN AUX CDÉ PAR LES CISSS ET CIUSSS

- Équipe de prévention et contrôle des infections (PCI);
- Ressources techniques et informationnelles;
- Direction des ressources humaines;
- Direction des soins infirmiers;
- Direction des services professionnels.

RESSOURCES HUMAINES DÉDIÉES

1. **Gardien de sécurité : une évaluation du besoin et de la pertinence doit se faire conjointement entre la clinique et l'établissement**
   a. Durant les heures d'ouverture;
   b. Prévoir remplacement pour pause et repas si requis.
2. **Agentes administratives**
   a. Durant les heures d'ouverture (débute 30 minutes avant l'ouverture);
   b. Soutien clérical de toute nature (données démographiques et inscriptions, photocopies, télécopies, appels téléphoniques, etc.);
   c. Prévoir remplacement pour pauses et repas.

4. **Infirmières et infirmières auxiliaires**
   a. Durant les heures d'ouverture, un pairage d'une infirmière auxiliaire pour 2 médecins;
   b. 1 infirmière auxiliaire au triage et aux prélèvements;
   c. 1 infirmière (technicienne ou clinicienne selon la disponibilité) pour prise d'appel, suivi des cas COVID-19 positifs et liaison.

5. **Préposé à la salubrité PCI**
   a. Durant les heures d'ouverture de la clinique;
   b. Prévoir remplacement pour pauses et repas;
   c. Soutien de l'établissement (PCI) pour la formation sur les procédures de désinfections;
   d. Ratio d'un préposé pour 2 médecins.

ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE

Le volume en ÉPI est estimé quotidiennement sur la base de l'offre de consultations attendues et d'une pondération réaliste pour assurer aux CDÉ la disponibilité de ce matériel en quantité suffisante.

POUR LES PATIENTS:

- 1 masque par patient: le patient garde son masque durant tout l'épisode de soins (incluant l'épisode de soins en imagerie);
- 20 % en surplus;
- Volumétrie de 4 patients à l'heure par médecin.

POUR LE PERSONNEL ET POUR L'ÉQUIPE DE SOIN:

- L'ÉPI incluant les masques, les gants et les protections oculaires devraient être portés et utilisés selon les recommandations du groupe du CINQ.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 11 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Voici les éléments adoptés par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les décisions d'hospitalisation de la clientèle en **santé mentale**.

Ainsi, d'ici mardi, le 14 avril 2020, **tous patients de psychiatrie COVID19 confirmés doivent être transférés en centres désignés**, comme présenté dans le tableau en pièce jointe. Les centres prêts dès maintenant peuvent néanmoins procéder. Cette liste sera évolutive en fonction des besoins qui se préciseront selon la pandémie.

Nous vous rappelons également les directives suivantes :

- En centre désigné de psychiatrie : installer des zones chaudes/tièdes et froides dans les unités dédiées. Des mesures de distanciation sociale doivent être établies.
- En centre « froid », soit non-désigné pour la clientèle psychiatrique confirmée à la COVID19 : installer malgré tout une zone tiède pour les patients suspectés ou développant des symptômes en attendant le résultat du dépistage. Advenant un résultat positif, le patient doit alors être transféré en centre désigné pour la clientèle psychiatrique.
- Refus de transfert : doivent être transférés malgré le refus.

Nous vous rappelons que :

- Les centres désignés ont **l'obligation d'accepter le transfert** et ce, en cohérence avec le décret d'état d'urgence sanitaire.

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- Une communication avec l'installation désignée doit obligatoirement avoir lieu avant tout transfert de personnes COVID-19 positif.
- Tous les transferts de patients psychiatriques COVID19 positifs sont coordonnés par le COOLSI, à l'exception de la pédopsychiatrie qui sera coordonnée par le CCPQ. De plus, le COOLSI ne coordonne pas les transferts des CHSLD, des RI et des RPA.
- L'évaluation du type de transport pour transférer le patient relève du centre référent.

Nous vous rappelons également que les centres désignés ou non désignés hospitalisant des patients COVID19 positifs doivent avoir un protocole pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant en vigueur.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-66

Santé et Services sociaux Québec

COVID: Classification des CH par région

10 avril 2020

LÉGENDE	
	Centre désigné COVID
	Unités psychiatriques compartimentées "froides" & "chaudes"
	Centre sous tension en vue d'être désigné
	CH "froid"

Région	Établissement	Installation	Centre désigné en date du 6 avril 2020						Niveau de services Soins intensifs	Niveau de services Soins intensifs PED	Niveau de services Obstétrique
			Adulte	Obstétrique	Néonatalogie	Pédiatrie	Psychiatrie	Réadaptation			
1	CISSS du Bas-Saint-Laurent	Hôpital régional de Rimouski	X	X	X		X		2A		2B
		Hôpital régional du Grand Portage (R-du-L)					X		2A		
		Hôpital de Matane					X		1		
		Hôpital d'Amqui							1		
		Notre-Dame-de-Fatima (Kamouraska)							1		
		Notre-Dame-du-Lac (Témiscouata)							1		
	Total région 1										
2	CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean	Hôpital de Chicoutimi	X	X	X		X		3A		2B
		Hôpital Alma					X		2A		
		Hôpital Roberval					X		1		
		Hôpital Jonquière					X		1		
		Hôpital Dolbeau					X		1		
		Hôpital La Baie					X				
	Total région 2										
3	CHU de Québec-Université Laval	CHUQ-Centre mère-enfant soleil	Soins intensifs **Mère**	X	X	X	X-Péd.			3B	3C
		Hôpital de l'Enfant-Jésus	X						3B		
		Hôpital Saint-François-d'Assise							2A		
		Hôtel-Dieu de Québec							3B		
		Centre hospitalier université Laval (adulte)					X		2A		
		Hôpital St-Sacrement							1		
	CIUSSS Capitale-Nationale	Hôpital Baie St-Paul					X				
		Institut Universitaire de Santé mentale de Québec					X		1		
		Hôpital La Malbaie							1		
	Institut universitaire de pneumologie et cardiologie de Québec	IUCPQ	X						3B		
	Total région 3										
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CHAUR de Trois-Rivières	X	X	X		X		3A		2B
		Hôpital Haut-St-Maurice (La Tuque)					X		1		
		Hôpital Sainte-Croix (Drummondville)					X		2A		
		Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (Shawinigan)					X		2A		
		Hôtel-Dieu d'Arthabasca (Victoriaville)					X		2A		
	Total région 4										
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	CHUS Fleurimont	X	X	X	X			3B	3A	3B
		CHUS Hôtel-Dieu de Sherbrooke	X				X		3B		
		Hôpital de Memphrémagog							1		
		Hôpital de Granit					X		1		
		Hôpital de Granby					X		2A		
		Brome Missisquoi-Perkins							2A		
	Total région 5										
6	CHU Sainte-Justine	CHU Sainte-Justine		X	X	X	X-Péd.	X - Péd.		3B	3C
	CHUM	CHUM	X	X	X		X		3B		2B
	CUSM	Site Glen	X	X	X		X-Péd.		3B		3C
		Hôpital Général de Montréal	X				X		3B		

	CUSM	Hôpital Lachine							1			
		Insititut de neurologie de Montréal							3B			
	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	X				X				1B/2A	
		Hôpital Jean-Talon					X					
		Hôpital Fleury					X					
	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	X						3B		3A	
		Institut Universitaire de Santé mentale de Montréal					X					
		Hôpital Santa-Cabrini	X						2A			
	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Hôpital Général Juif	X	X	X		X	X	3A		3A	
	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Hôpital du Lakeshore	X				X		1			
		Hôpital de Lasalle							2B			
		Intitut Universitaire de Santé Mentale Douglas					X					
		Hôpital St-Mary's					X		2A			
	Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel	Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel					X					
	CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Hôpital Notre-Dame	X				X		2A			
		Hôpital de Verdun							2A			
	Institut de cardiologie de Montréal	ICM							3B			
	Hôpital de Réadaptation Villa Medica	Hôpital de Réadaptation Villa Medica						X				
	Total région 6											
7	CISSS de l'Outaouais	Hôpital de Hull	X				X		3A			
		Hôpital de Gatineau		X			X		2A			
		Hôpital Pierre-Janet					X					
		Hôpital de Papineau							1			
		Hôpital de Pontiac							1			
		Hôpital de Maniwaki					X		1			
	Total région 7											
8	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Hôpital de Rouyn-Noranda	X	X	X		X		2A			
		Hôpital d'Amos					X		2A			
		Hôpital de Lasarre					X		1			
		Hôpital de Val-d'Or					X		2A			
		Hôpital de Malartic					X					
		Pavillon Sainte-Famille					X		1			
	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue											
9	CISSS de la Côte-Nord	Hôpital Le Royer (Baie Comeau)					X		1			
		Hôpital de Sept-Îles					X					
		Les Escoumins										
		Forestville										
		Fermont										
		Port-Cartier										
		Havre-Saint-Pierre										
		Blanc-Sablon										
	CISSS de la Côte-Nord											
10	CRSSS de la Baie-James	Hôpital de Chibougamau							1			
	CRSSS de la Baie-James											
11	CISSS de la Gaspésie	Hôpital de Maria					X		1			
		Hôpital de Gaspé					X		1			
		Hôpital de Chandler					X		1			
		Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts					X		1			
	CISSS des Îles	Hôpital de l'Archipel					X		1			
	CISSS de la Gaspésie et CISSS des Îles											
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	Hôtel-Dieu de Lévis	X				X		3A		2B	
		Hôpital de Saint-Georges					X		2A			

	CISSS de Chaudière-Appalaches	Hôpital de Thedford Mines					X		2A			
		Hôpital de Montmagny					X		1			
	Total région 12											
13	CISSS de Laval	Hôpital de la Cité-de-la-Santé	X	X	X		X		2B		2B	
	Total région 13											
14	CISSS de Lanaudière	Hôpital Pierre-Legardeur	X	X	X		X		2A		2B	
		Centre hospitalier régional de Lanaudière (Joliette)					X		2A			
	Total région 14											
15	CISSS des Laurentides	Hôpital de St-Jérôme	X	X	X		X		2B		2B	
		Hôpital de St-Eustache					X		2A			
		CSSS Argenteuil							1			
		Hôpital Laurentien					X		1			
		Hôpital Rivière-Rouge					X		1			
		Hôpital de Mont-Laurier							1			
	Total région 15											
16	CISSS de la Montérégie-Centre	Hôpital Charles-Lemoyne	X				X		3A		1B	
		Hôpital du Haut-Richelieu					X					
	CISSS de la Montérégie-Est	Hôpital Pierre-Boucher	X	X	X		X		2A		2B	
		Hôpital Honoré-Mercier (Saint-Hyacinthe)					X		2A			
		Hôtel-Dieu de Sorel					X		1			
	CISSS de la Montérégie-Ouest	Hôpital Anna-Laberge					X					
		Hôpital Suroît					X					
		Barrie Memorial										
	Total région 16											
17	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik	CS Kuujjuaq de l'Ungava					Douglas					
		CS Puvirnituq					Douglas					
	Total région 17											
18	Conseil Cri de la santé et des services sociaux Baie James	CCSSS Baie James - Chisasibi					Douglas					
	Total région 18											
Ensemble de la province												

Coronavirus COVID-19

avril 2020

En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 au Québec, particulièrement au niveau des cas hospitalisés, il nous apparaît nécessaire de vous transmettre une synthèse des lignes directrices en hospitalisation.

Hospitalisation

1. Consignes générales :

a. En tout temps, se référer au tableau de *Classification des CH par région*[1] afin de connaître les centres hospitaliers (CH) désignés pour chacune des clientèles : adulte, obstétrique, pédiatrie, néonatalogie et psychiatrie (à venir). Les trois classifications de CH sont définies de la manière suivante :

   i. Centre désigné COVID : Centre de prise en charge hospitalière de patients confirmés à la COVID19, tant au niveau local que suite aux transferts d'autres CH.

   ii. Centre sous tension en vue d'être désigné : Prise en charge hospitalière de patients confirmés à la COVID19 au niveau local; ne sont pas ouverts aux transferts d'autres CH.

   iii. CH « froid » : CH conservé pour la prise en charge de patients hospitalisés Non-COVID. Transfère leurs patients positifs vers les centres désignés. En contexte de transmission communautaire, il est nécessaire de désigner des zones tièdes pour les patients suspectés d'avoir contracté la COVID19 en attendant le résultat du test de dépistage.

b. Les centres hospitaliers (CH) non désignés COVID19 doivent reprendre dans leur établissement les patients actuellement hospitalisés en CH spécialisé et désigné selon les indications suivantes :

   i. Les patients asymptomatiques ou COVID19 négatif qui ont congé d'un centre spécialisé doivent être retournés si besoin de poursuivre l'hospitalisation dans leur CH de proximité. Compte tenu d'un contexte de transmission communautaire sur l'ensemble du territoire, aucun test de dépistage ne doit être exigé et une mise en quarantaine (zone tiède) automatique en CH doit être instaurée pour une période de 14 jours.

c. Les patients hospitalisés suspectés d'avoir contracté la COVID-19 doivent demeurer dans leur CH jusqu'à confirmation du résultat positif. Les protocoles de prévention des infections appropriés doivent donc être mis en place.

[1] Voir tableau en pièce jointe.

d. Les transferts de patients adultes devant être hospitalisé d'une salle d'urgence, ou d'un CH non désigné, à un centre désigné sont coordonnés par le COOLSI, tant pour l'hospitalisation générale qu'en soins intensifs.

e. Les transferts de pédiatrie, néonatalogie et obstétrique sont coordonnés par le CCPQ. Les transferts pour des raisons de *soins intensifs maternels* sont orientés à la suite d'une discussion entre le CCPQ et le COOLSI.

f. Les personnes suspectées ou confirmées COVID-19 à la maison et dont l'état se détériore doivent être évaluées pour décision d'hospitalisation dans une clinique désignée d'évaluation (CDE), pendant les heures d'ouverture et si leur état de santé le permet, ou à l'urgence de leur CH le plus près.

g. Une communication avec le CH désigné doit obligatoirement avoir lieu avant tout transfert de personnes COVID19 positif.

h. Les centres désignés ont l'obligation d'accepter le transfert de patients confirmés positifs à la COVID19, et ce, en cohérence avec le décret d'état d'urgence sanitaire.

2. Consignes pour les clientèles ou trajectoires spécifiques :

Obstétrique[2] :

a. Toutes les patientes confirmées à la COVID19 et nécessitant une hospitalisation doivent être transférées en centre désigné pour la prise en charge obstétricale.

b. Lorsqu'une femme enceinte confirmée COVID positive se présente à l'hôpital en travail actif (naissance imminente), procéder à l'accouchement sur place. La décision de transférer dans un centre désigné doit être prise en fonction de l'imminence du congé postnatal.

Santé mentale :

a. Tous les patients de psychiatrie COVID-19 confirmés doivent être transférés en centre désigné pour la psychiatrie[3], adulte ou pédiatrique.

b. Tous les patients COVID-19 confirmés ayant besoin de soins en santé physique doivent être transférés en centre désigné de soins aigus.

c. Unités de psychiatrie non désignées: Des mesures de distanciation sociale doivent être établies. Lors d'apparition de symptômes chez un patient, confiner à la chambre en instaurant les mesures de précautions requises jusqu'à la réception du résultat au test de dépistage. Si COVID confirmé, transférer en centre désigné.

[2] Se référer au document « Femmes enceintes et nouveau-nés_Professionnels_COVID-19 », transmis le 9 avril.
[3] Se référer au tableau en pièce jointe.

Soins palliatifs[4] ou de confort :

ADMISSION DANS LES UNITÉS DE SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE ET RÉORIENTATION

Aucun cas de la COVID-19 confirmé, en investigation ou symptomatique avec de la fièvre OU de la toux OU des difficultés respiratoires n'est admis dans les unités de soins palliatifs afin de maintenir ces unités en zone froide (CH, CHSLD, MSP). Ainsi, il y aura une réorientation des usagers vers les milieux identifiés ci-après avec les aires de confinement zone tiède ou zone chaude sur le territoire.

a. Pour les CH désignés :
    i. Un usager en soins palliatifs et de fin de vie ayant COVID-19 confirmé : transférer dans une zone chaude du CH;
    ii. Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre d'usager pendant l'attente du résultat.
b. Pour les CH non désignés :
    i. Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre de l'usager pendant l'attente du résultat;
    ii. Si résultat positif de COVID-19 : appliquer le confinement de zone chaude dans la chambre de l'usager.
c. Si usager en soins palliatifs et de fin de vie (niveau de soins C ou D) ayant COVID-19 négatif ou asymptomatique: l'usager demeure dans l'unité de soins palliatifs du CH.
d. Les patients COVID positifs en soins de confort, définit par une mort attendue à l'intérieur de 48 heures, demeure dans le CH où ils se trouvent et ce, peu importe s'il est désigné ou non. Les mesures de prévention et contrôle des infections applicables doivent être assurées.

CHSLD :

a. Le niveau de soins doit être établi et consigné au dossier pour toute nouvelle admission et pour un maximum de résidants hébergés au dossier.
b. Des zones froides et chaudes doivent être établies, ainsi que tièdes lorsque possible.
c. Les résidents ayant des niveaux de soins[5] A et B consignés au dossier doivent être transférés en CH suite à l'évaluation médicale et si leur condition le nécessite. Les transferts de résidents CHSLD vers les CH doivent être évités si les traitements requis peuvent être dispensés en CHSLD.
d. Les résidents ayant des niveaux de soins C et D consignés au dossier doivent demeurés en CHSLD et recevoir toutes les mesures de traitement et confort requis.
e. Tout résidant doit être évalué par un MD avant le transfert vers le CH.

[4] Se référer au document « COVID-19 Directives_SPFV » en pièce jointe.

[5] Voir Notes explicatives des niveaux de soins en annexe (INESSS, 2016).

f. Les résidents confirmés positifs à la COVID19 doivent évidemment être transférés en centre désigné, le cas échéant.

Centre de réadaptation :

a. Les patients COVID positifs nécessitant une admission en centre de réadaptation doivent être transférés dans un centre de réadaptation désigné[6] le plus près (à compter du 14 avril 2020).

b. Il est attendu que toutes les URFI en DP, les URFI en SP et les unités de réadaptation modérée établissent des zones chaudes et froides. Les zones chaudes permettent d'accueillir, dans l'attente de leur transfert en milieu de réadaptation désigné, les personnes développant des symptômes ou devenant confirmées à la COVID-19 en cours d'épisode de réadaptation.

[6] Voir tableau en pièce jointe.

ANNEXE

Notes explicatives

- **Ce formulaire n'est pas un substitut au consentement aux soins qui doit toujours être obtenu *(sauf dans les circonstances exceptionnelles d'urgence).***
- **Ce formulaire doit être signé par un médecin.**

Description des niveaux de soins

La discussion sur les niveaux de soins est engagée avec l'usager ou, en cas d'inaptitude, avec son représentant dans un esprit de décision partagée sur des soins médicalement appropriés. Les explications et exemples fournis dans les descriptions suivantes ne présument pas de l'état d'aptitude de l'usager ni de son lieu de soins habituel.

Objectif A **Prolonger la vie par tous les soins nécessaires**	• Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert[1] si l'intervention n'est pas disponible sur place. • Toute intervention invasive peut être envisagée, y compris, par exemple, l'intubation et les soins intensifs. ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'intubation, l'assistance ventilatoire[2] et l'assistance respiratoire[3] sont incluses lorsqu'appropriées.
Objectif B **Prolonger la vie par des soins limités**	• Les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie. • Les interventions peuvent entraîner un inconfort qui est jugé acceptable par l'usager ou par son représentant dans le seul intérêt de l'usager, en fonction des circonstances et des résultats attendus. • Certains soins sont exclus, car jugés disproportionnés[4] ou inacceptables[4] par l'usager ou son représentant dans le seul intérêt de l'usager, compte tenu du potentiel de récupération et des conséquences indésirables *(par exemple : intubation à court ou à long terme, chirurgie majeure, transfert).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance ventilatoire[2] et l'assistance respiratoire[3] sont incluses; l'intubation est incluse sauf si non désirée sur le formulaire (cochée dans l'encadré soins préhospitaliers).
Objectif C **Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie**	• Les soins visent en priorité le confort de l'usager par la gestion des symptômes. • Des interventions susceptibles de prolonger la vie sont déployées au besoin pour corriger des problèmes de santé réversibles, par des soins jugés acceptables par l'usager ou par son représentant dans le seul intérêt de l'usager *(par exemple : antibiotiques par voie orale ou intraveineuse pour traiter une pneumonie).* • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort *(par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance respiratoire[3] est incluse; l'intubation et l'assistance ventilatoire[2] sont incluses sauf si non désirées sur le formulaire (cochées dans encadré soins préhospitaliers).
Objectif D **Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie**	• Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes *(par exemple : douleur, dyspnée, constipation, anxiété, etc.).* • Les interventions ne visent aucunement à prolonger la vie; la maladie est laissée à son cours naturel. • Un traitement habituellement donné à des fins curatives peut être utilisé, mais uniquement parce qu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort *(par exemple : antibiotiques par voie orale en cas d'une infection urinaire basse ou à C. difficile).* • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort *(par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, les protocoles d'oxygénation, de salbutamol, de nitroglycérine (douleur thoracique) et de glucagon sont applicables. En contexte de détresse respiratoire de l'usager conscient, l'assistance respiratoire[3] (CPAP) peut être utilisée si non refusée. L'intubation et l'assistance ventilatoire[2] sont exclues. Chez l'usager vivant, les manœuvres de désobstruction des voies respiratoires (DVR) peuvent être effectuées.

Réanimation cardiorespiratoire (RCR)

La RCR fait partie de la même discussion que celle des niveaux de soins. La décision est précisée de façon distincte afin de permettre une décision rapide dans le cas d'un arrêt cardiorespiratoire. La décision concernant la RCR n'est applicable que dans le cas d'un arrêt cardiaque avec arrêt de la circulation. Dans le cas où une tentative de RCR est souhaitée, les mesures disponibles sur place seront entreprises dans l'attente des services d'urgence, selon le cas.

[1] Le terme « **transfert** » implique le déplacement de l'usager vers un lieu de soins différent de celui où il se trouve (départ du domicile, inter-établissement ou intra-établissement, etc.). Si un transfert n'est pas considéré, il faut passer à un objectif autre que A.
[2] **L'assistance ventilatoire** se fait par des techniques non invasives (type ballon-masque, Oxylator) chez l'usager inconscient.
[3] **L'assistance respiratoire** se fait par des techniques non invasives (CPAP) chez l'usager conscient.
[4] Le sens des termes « **disproportionné** » et « **inacceptable** » est basé sur des perceptions subjectives et des valeurs qui varient entre les personnes et dans le temps. Les termes utilisés par l'usager ou son représentant sont importants à consigner dans l'encadré prévu à cette fin.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 11 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Pour donner suite à des demandes de clarification, nous vous transmettons ici la mise à jour des directives en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-66

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e^ étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Coronavirus COVID-19

2020-03-27
Mise à jour 2020-04-11

En raison de la progression de la maladie Coronavirus COVID-19 dans le monde, de l'évolution rapide des cas d'infection au Québec et de la transmission communautaire actuelle, nous vous transmettons des directives en regard de la gestion de la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV). Par décret 223-2020 du 24 mars 2020, les SPFV sont identifiés comme des services de santé et de services sociaux prioritaires.

DIRECTIVES POUR LES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Assurez-vous d'appliquer les directives suivantes pour l'ensemble de la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie

NIVEAU DE SOINS

Toutes les personnes en soins palliatifs et de fin de vie doivent avoir un niveau de soins à jour. Le formulaire de niveau de soins doit être transféré dans le milieu de soins accueillant. Nous vous rappelons que le formulaire doit être signé par le médecin

ADMISSION DANS LES UNITÉS DE SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE ET RÉORIENTATION

Aucun cas de la COVID-19 confirmé, en investigation ou symptomatique avec de la fièvre OU de la toux OU des difficultés respiratoires n'est admis dans les unités de soins palliatifs afin de maintenir ces unités en zone froide (CH, CHSLD, MSP). Ainsi, il y aura une réorientation des usagers vers les milieux identifiés ci-après avec les aires de confinement zone tiède ou zone chaude sur le territoire.

VISITEURS

Sauf pour des raisons humanitaires, comme en situation de **fin de vie imminente** (Arrêté ministériel 2020-009), interdire les visites dans les unités de soins palliatifs des milieux suivants : centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) – résidence privée pour ainés (RPA) – ressource intermédiaire et de type familial (RI-RTF).

Dans le cas de la fin de vie imminente, souvent annoncée, à titre d'exemples, par des signes non spécifiques telles l'agitation, la somnolence, l'angoisse, les modifications de la peau et aussi par l'apparition de signes de détresse respiratoire, les directives suivantes sont à appliquer :

- Autoriser une personne à la fois, pour un maximum de 3 personnes par période de 24 heures, en favorisant uniquement les personnes significatives identifiées par l'usager. Il en est de même pour les situations où l'usager reçoit une sédation palliative en continue ou l'aide médicale à mourir. Cette mesure s'applique pour

les enfants de moins de 14 ans qui doivent être accompagnés d'un adulte lors de la visite d'un parent en fin de vie.

- Effectuer un triage des visiteurs afin de s'assurer qu'aucun ne présente de symptômes d'infection respiratoire. Aucun visiteur symptomatique n'est admis dans les milieux de soins.
- Les visiteurs asymptomatiques doivent porter un masque de procédure **en tout temps** pendant la visite.
- Un accompagnement individualisé des visiteurs doit être fait afin de s'assurer qu'ils respectent les mesures de prévention et de contrôle des infections. De plus, ces personnes ne doivent pas être autorisées à circuler dans le milieu de soins à d'autres endroits que ceux où se trouve leur proche qui est en fin de vie.

En ce qui concerne les unités de soins palliatifs en CH et maisons de soins palliatifs (MSP), nous reconnaissons que les situations de fin de vie sont attendues et peuvent s'écouler sur une plus longue période de temps. Ainsi, les directives suivantes sont à appliquer en tout temps et ce, **peu importe du caractère imminent ou non de la fin de vie** :

- Autoriser une personne à la fois, pour un maximum de 3 personnes par période de 24 heures, en favorisant uniquement les personnes significatives identifiées par l'usager. Il en est de même pour les situations où l'usager reçoit une sédation palliative en continue ou l'aide médicale à mourir.
- Effectuer un triage des visiteurs afin de s'assurer qu'aucun ne présente de symptômes d'infection respiratoire. Aucun visiteur symptomatique n'est admis dans les milieux de soins.
- Les visiteurs asymptomatiques doivent porter un masque de procédure **en tout temps** pendant la visite.
- Un accompagnement individualisé des visiteurs doit être fait afin de s'assurer qu'ils respectent les mesures de prévention et de contrôle des infections. De plus, ces personnes ne doivent pas être autorisées à circuler dans le milieu de soins à d'autres endroits que ceux où se trouve leur proche qui est en fin de vie.

Utiliser les moyens technologiques afin de maintenir le contact entre l'usager et ses proches pour la période précédant la fin de vie.

Appliquer les mesures de protection de la santé publique selon le milieu de soins.
CHSLD – RPA -RI- RTF- MSP : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2020-03-17_covid-19_mesurespci_interim_chsld_vf-1.pdf
CH : https://www.inspq.qc.ca/publications/2906-pci-soins-aigus-covid19
Domicile : Suivre les consignes transmises dans le document COVID-19 Directives_SAD_2020. Utiliser la dernière mise à jour.

DIRECTIVES POUR LES MAISONS DE SOINS PALLIATIFS (MSP)

- **Identifier un intervenant du CISSS/CIUSSS pour le contact avec les MSP**. Les MSP sont considérées comme un **service prioritaire** et doivent être intégrées dans la ligne de communication du CISSS/CIUSSS afin de clarifier les trajectoires d'admission des clientèles.

- Ce service **prioritaire** implique :
    - Un accès aux garderies pour les soignants selon les modalités présentées sur le site web du ministère de la Famille : https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-auxpersonnes/services-de-garde-durgence/. Si vous avez des difficultés d'accès, communiquez avec l'intervenant de contact du CISSS ou CIUSSS assigné à la MSP;
    - Une accessibilité au matériel de protection – lunette - masque – gants – blouse de protection;
    - Une accessibilité au matériel nécessaire pour la gestion des symptômes des usagers ayant des maladies chroniques notamment pour le matériel à oxygène et à succion.
- A court terme, le **financement des MSP** est assuré par le 2e versement prévu en juillet mais devancé en avril 2020.

ADMISSION

- Priorité d'admission
    1. Admission des cas du domicile, de RPA et de RI-RTF;
    2. Admission des cas des centres hospitaliers selon le Plan provincial de contingence COVID-19.
- Clarifier la trajectoire d'admission avec le CISSS/CIUSSS du territoire de la MSP en s'arrimant avec la gestion des lits du territoire :
    - La MSP doit aviser l'intervenant de contact lorsqu'un lit se libère en MSP. La priorité d'admission est pour l'usager provenant du domicile, d'une RPA ou d'une RI-RTF. Si toutefois il n'y a pas d'usager en provenance de la communauté, admettre un usager en provenance de CH répondant aux critères d'admission.
- Appliquer les **mesures de protection** de la santé publique suivantes **https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2020-03-17_covid-19_mesurespci_interim_chsld_vf-1.pdf**
- Favoriser l'admission pour toute clientèle adulte: personnes ayant des maladies oncologiques ou les maladies non oncologiques (maladies chroniques).
- Si besoin de personnel, travailler en collaboration avec le CISSS/CIUSSS les possibilités de recruter :
    - Les infirmières retraitées – infirmières auxiliaires et les préposés déjà formés;
    - Si besoin de bénévoles : examiner les possibilités de bénévolat chez les étudiants ou autres personnes disponibles.
- Si apparition des symptômes de la COVID-19 chez un patient admis, appliquer les consignes suivantes :
    - Aviser l'intervenant de contact du CISSS/CIUSSS afin de faire le dépistage de la COVID- 19 selon les directives de la santé publique;
        - https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/depistage/
    - Appliquer les mesures de protection de la santé publique
        - Blouse – gants – masque et lunette pour le personnel de soins et d'entretien; https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2020-03-17_covid-19_mesurespci_interim_chsld_vf-1.pdf
    - Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre de l'usager pendant l'attente du résultat;
    - Si résultat positif de COVID -19 :
        - si mort imminente appliquer le confinement de zone chaude dans la chambre de l'usager;

- si l'usager n'est pas en mort imminente : appeler le mécanisme d'accès aux lits de votre territoire pour transférer l'usager vers un aire de confinement zone chaude d'un CHSLD.

DIRECTIVES POUR LES SPFV À DOMICILE

- Les usagers en SPFV sont maintenus à domicile : Suivre les consignes transmises dans le document COVID-19 Directives_SAD_2020. Utiliser la dernière mise à jour.
- Favoriser les suivis téléphoniques entre les visites.
- Si détérioration de l'usager (signes d'une détresse respiratoire difficile à gérer par les équipes SAD – accès difficile à une équipe de soins palliatifs et fin de vie) et épuisement des proches-aidants– transférer vers les lits de SPFV du territoire :
    - si COVID-19 confirmé ou suspect ou en investigation– appeler le mécanisme d'accès aux lits de votre territoire pour transférer l'usager vers un aire de confinement zone chaude d'un CHSLD;
    - si COVID-19 négatif ou asymptomatique – transférer vers les MSP ou les unités de soins palliatifs CHSLD selon la disponibilité des lits.

DIRECTIVES POUR LES SPFV EN RPA - RI - RTF

- Suivre les consignes transmises dans le document COVID-19 Directives_ RPA-RI-RTF 2020. Utiliser la dernière mise à jour.
- Si détérioration de l'usager connu en SPFV :
    - Aviser immédiatement le CISSS/CIUSSS
    - Transférer vers les lits de SPFV du territoire :
        - si COVID -19 confirmé ou suspect ou en investigation – appeler le mécanisme d'accès aux lits de votre territoire pour transférer l'usager vers un aire de confinement zone chaude d'un CHSLD;
        - si COVID - 19 négatif ou asymptomatique – transférer vers les MSP ou les unités de soins palliatifs CHSLD.

DIRECTIVES POUR LES SPFV EN CENTRE HOSPITALIER

- Assurez-vous de suivre les consignes suivantes
    - Pour les CH désignés :
        - Un usager en soins palliatifs et de fin de vie ayant COVID-19 confirmé : transférer dans une zone chaude du CH;
        - Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre d'usager pendant l'attente du résultat.
    - Pour les CH non désignés :
        - Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre de l'usager pendant l'attente du résultat;
        - Si résultat positif de COVID-19 : appliquer le confinement de zone chaude dans la chambre de l'usager.
    - Si usager en soins palliatifs et de fin de vie (niveau de soins C ou D) ayant COVID-19 négatif ou asymptomatique: l'usager demeure dans l'unité de soins palliatifs du CH.

DIRECTIVES POUR LES SPFV EN CHSLD

- Suivre les consignes transmises dans le document COVID-19 Directives_CHSLD_maj_2020. Utiliser la dernière mise à jour.

Les établissements sont invités à mettre en place les mesures nécessaires pour accompagner les proches dans le suivi post-mortem tout en respectant les directives de la santé publique.
https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections

Annexe – Niveau d'interventions médicales (NIM) aussi appelé niveau de soins



Notes explicatives

- **Ce formulaire n'est pas un substitut au consentement aux soins qui doit toujours être obtenu *(sauf dans les circonstances exceptionnelles d'urgence).***
- **Ce formulaire doit être signé par un médecin.**

Description des niveaux de soins

La discussion sur les niveaux de soins est engagée avec l'usager ou, en cas d'inaptitude, avec son représentant dans un esprit de décision partagée sur des soins médicalement appropriés. Les explications et exemples fournis dans les descriptions suivantes ne présument pas de l'état d'aptitude de l'usager ni de son lieu de soins habituel.

Objectif A **Prolonger la vie par tous les soins nécessaires**	• Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert[1] si l'intervention n'est pas disponible sur place. • Toute intervention invasive peut être envisagée, y compris, par exemple, l'intubation et les soins intensifs. ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'intubation, l'assistance ventilatoire[2] et l'assistance respiratoire[3] sont incluses lorsqu'appropriées.
Objectif B **Prolonger la vie par des soins limités**	• Les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie. • Les interventions peuvent entraîner un inconfort qui est jugé acceptable par l'usager ou par son représentant dans le seul intérêt de l'usager, en fonction des circonstances et des résultats attendus. • Certains soins sont exclus, car jugés disproportionnés[4] ou inacceptables[4] par l'usager ou son représentant dans le seul intérêt de l'usager, compte tenu du potentiel de récupération et des conséquences indésirables *(par exemple : intubation à court ou à long terme, chirurgie majeure, transfert).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance ventilatoire[2] et l'assistance respiratoire[3] sont incluses; l'intubation est incluse sauf si non désirée sur le formulaire (cochée dans l'encadré soins préhospitaliers).
Objectif C **Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie**	• Les soins visent en priorité le confort de l'usager par la gestion des symptômes. • Des interventions susceptibles de prolonger la vie sont déployées au besoin pour corriger des problèmes de santé réversibles, par des soins jugés acceptables par l'usager ou par son représentant dans le seul intérêt de l'usager *(par exemple : antibiotiques par voie orale ou intraveineuse pour traiter une pneumonie).* • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort *(par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance respiratoire[3] est incluse; l'intubation et l'assistance ventilatoire[2] sont incluses sauf si non désirées sur le formulaire (cochées dans encadré soins préhospitaliers).
Objectif D **Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie**	• Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes *(par exemple : douleur, dyspnée, constipation, anxiété, etc.).* • Les interventions ne visent aucunement à prolonger la vie; la maladie est laissée à son cours naturel. • Un traitement habituellement donné à des fins curatives peut être utilisé, mais uniquement parce qu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort *(par exemple : antibiotiques par voie orale en cas d'une infection urinaire basse ou à C. difficile).* • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort *(par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, les protocoles d'oxygénation, de salbutamol, de nitroglycérine (douleur thoracique) et de glucagon sont applicables. En contexte de détresse respiratoire de l'usager conscient, l'assistance respiratoire[3] (CPAP) peut être utilisée si non refusée. L'intubation et l'assistance ventilatoire[2] sont exclues. Chez l'usager vivant, les manœuvres de désobstruction des voies respiratoires (DVR) peuvent être effectuées.

Réanimation cardiorespiratoire (RCR)

La RCR fait partie de la même discussion que celle des niveaux de soins. La décision est précisée de façon distincte afin de permettre une décision rapide dans le cas d'un arrêt cardiorespiratoire. La décision concernant la RCR n'est applicable que dans le cas d'un arrêt cardiaque avec arrêt de la circulation. Dans le cas où une tentative de RCR est souhaitée, les mesures disponibles sur place seront entreprises dans l'attente des services d'urgence, selon le cas.

[1] Le terme « **transfert** » implique le déplacement de l'usager vers un lieu de soins différent de celui où il se trouve (départ du domicile, inter-établissement ou intra-établissement, etc.). Si un transfert n'est pas considéré, il faut passer à un objectif autre que A.
[2] **L'assistance ventilatoire** se fait par des techniques non invasives (type ballon-masque, Oxylaloi) chez l'usager inconscient.
[3] **L'assistance respiratoire** se fait par des techniques non invasives (CPAP) chez l'usager conscient.
[4] Le sens des termes « **disproportionné** » et « **inacceptable** » est basé sur des perceptions subjectives et des valeurs qui varient entre les personnes et dans le temps. Les termes utilisés par l'usager ou son représentant sont importants à consigner dans l'encadré prévu à cette fin.

AH-500 DT0000 (2016-01)

NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 11 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, AUX PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET AUX DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET AUX DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Nous désirons par la présente vous faire part des nouvelles mesures qui devront être mises en œuvre dans les milieux de vie qui accueillent des aînés ou des personnes vulnérables à la COVID-19. Celles-ci s'appliquent aux différents milieux de vie des clientèles ciblées, soit les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF) dès maintenant :

- Cesser les nouvelles admissions en CHSLD, jusqu'à nouvel ordre, pour les usagers en niveau de soins alternatifs, ou en réadaptation, en centre hospitalier;
- Cesser, jusqu'à nouvel ordre, l'admission de nouvel usager suspecté ou confirmé à la COVID-19 dans un CHSLD, une RPA ou une RI-RTF qui n'a pas déjà des cas de COVID-19;
- Isolement préventif de 14 jours requis pour toutes personnes de retour d'une hospitalisation ou nouvellement admises ou accueillies dans un CHSLD, RPA ou RI-RTF;

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- Réaliser la vigie de l'état de santé des employés avant chaque quart de travail (par exemple, par l'instauration d'une grille de surveillance des symptômes) dans les différents milieux;
- Augmenter les formations ainsi que le soutien offert par le personnel de prévention et contrôle des infections (PCI) auprès des différents milieux de vie;
- Prendre les moyens nécessaires afin de s'assurer que les mesures PCI sont respectées en tout temps par toutes les personnes présentes dans le milieu de vie;
- Assurer la protection du personnel selon les indications de l'Institut national de santé publique du Québec;
- Identifier une infirmière de référence pour les RPA et les RI-RTF;
- Réduire au maximum le nombre de membres du personnel différents en contact avec un même résident;
- Rééquilibrer le personnel ayant des disponibilités vers les milieux d'hébergement afin de prévenir des ruptures de services et rehausser les équipes dans les milieux d'hébergement;
- Augmenter la couverture médicale dans les différents milieux de vie, selon les besoins des usagers;
- Rendre accessible le Programme de formation sommaire visant à soutenir le personnel en affectation temporaire dans un milieu de vie pour aînés, élaboré avec la collaboration du professeur Philippe Voyer de l'Université Laval.

Par ailleurs, dans le contexte où le directeur national de santé publique a déclaré, le 4 avril 2020, que le Québec connaît une transmission communautaire soutenue de la COVID-19, il important d'accentuer les mesures telles que présentées précédemment

Les analyses de laboratoire font partie des outils disponibles pour nous aider à protéger les résidents de ces milieux. Nous venons, par la présente, baliser l'utilisation de ces analyses. Vous trouverez ci-joint les nouvelles priorités pour le diagnostic de la COVID-19, ainsi qu'une annexe précisant l'utilisation des tests en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et milieux avec mission de CHSLD. Ce sont les directeurs de santé publique qui prescriront la réalisation séquentielle des tests dans ces milieux, en vue de respecter les capacités des laboratoires et de contribuer aux enquêtes épidémiologiques en cours.

Ce sont les directeurs de santé publique qui prescriront la réalisation séquentielle des tests dans ces milieux, en vue de respecter les capacités des laboratoires et de contribuer aux enquêtes épidémiologiques en cours.

Enfin, un groupe d'experts, réunissant 6 spécialistes cliniques et terrain, sera présidé par le Dr Quoc Dinh Nguyen, médecin gériatre-interniste spécialisé en épidémiologie populationnelle au Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Il aura comme mandat d'être en contact étroit avec les milieux pour, notamment, les soutenir sur la mise en œuvre des bonnes pratiques, et l'organisation du travail en CHSLD et autres milieux de vie.

Les directives ministérielles seront donc bonifiées à la lumière des recommandations de ce groupe de travail et en tenant compte de l'évolution de la situation, des connaissances scientifiques qui se développent de jour en jour et des expériences vécues dans d'autres pays.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. Sécurité civile, MSSS
PDGA des établissements publics du RSSS
Aux membres du CODIR

N/Réf. : 20-MS-02502-78

Priorisation des tests de dépistage pour le COVID-19
MAJ 11 avril 2020

Échelle de priorisation

Nous entendons par *symptomatiques* les personnes qui présentent un tableau clinique ou radiologique compatible avec la COVID-19.

P1	- Les patients hospitalisés symptomatiques (incluant les tests requis pour la levée d'isolement). - Les patients symptomatiques des unités d'hémodialyse. - Les patients symptomatiques à l'urgence dont l'état justifie une hospitalisation OU qui présentent des facteurs de risque de complications. - Les femmes enceintes symptomatiques au 3e trimestre. - Les personnes devant accompagner une femme à un accouchement, lorsque symptomatique à la fin de la grossesse.
P2	Les professionnels de la santé symptomatiques en contact direct avec les patients, incluant les services ambulanciers, dont le retrait causerait un bris de service (incluant les tests requis pour les mesures de retour au travail).
P3*	- Les usagers et le personnel dans des milieux d'hébergement tels que les CHSLD, les RPA et les RI-RTF, dès qu'un nouveau cas positif non isolé est identifié. - À la sortie des usagers d'un centre hospitalier qui sont dirigés vers un milieu de vie comme un CHSLD, RPA, RI-RTF. - Personnes symptomatiques habitant dans d'autres milieux à risque (ex : refuges pour itinérants, RI, etc.). - Dans des milieux de vie hébergeant des personnes âgées (plus de 70 ans) sur recommandation du directeur régional de santé publique.
P4	Les personnes symptomatiques vivant dans les régions éloignées, les communautés isolées et venant des Premières Nations/Inuit qui ont un accès limité à un hôpital. Sauf en cas d'indication contraire de la DSPublique, ceci inclut les régions ou secteurs placés sous cordon sanitaire.
P5	Les premiers répondants ou travailleurs du système de sécurité publique (ex. : policiers et pompiers, agents des services correctionnels) et autres travailleurs symptomatiques fournissant des services jugés critiques/essentiels.
P6	Les personnes symptomatiques de la communauté sur autorisation du directeur de santé publique.

* Voir l'Annexe *Recommandations concernant les prélèvements et analyses TAAN pour la COVID-19 dans les CHSLD (incluant les installations avec mission CHSLD)*

DGSP, 2020-04-11

Annexe. Recommandations concernant les prélèvements et analyses TAAN pour la COVID-19 dans les CHSLD (incluant les installations avec mission CHSLD)

A. Recommandations concernant le personnel (incluant les bénévoles)

- **En tout temps :** Tout membre du personnel qui développe des symptômes compatibles[1] avec la COVID-19 ne devrait pas se présenter au travail, ou si déjà au travail, se retirer immédiatement et être testé.
- **Si un résident obtient un résultat positif pour la COVID-19 (et que le CHSLD n'a pas eu d'autres cas parmi les résidents ou le personnel sur cette unité fonctionnelle durant les 14 jours précédents) :** Tous les membres du personnel, symptomatiques ou non, qui ont travaillé sur l'unité fonctionnelle concernée durant les 14 jours précédant le début des symptômes du cas jusqu'à son isolement devraient être testés.
- **Si un membre du personnel du CHSLD a un test positif pour la COVID-19 :** Tout membre du personnel ayant eu un contact étroit (à moins de 2 mètres) et prolongé (plus de 15 minutes) avec le travailleur sans ÉPI durant sa période de contagiosité (48 heures précédant le début de ses symptômes jusqu'à son retrait) devrait être testé.
- **Lors d'éclosion confirmée[2] de COVID-19 en CHSLD :** Tester tous les membres du personnel, symptomatiques ou non, qui ont travaillé sur les unités fonctionnelles visées à l'intérieur des 14 jours précédant le début de symptômes des cas confirmés par laboratoire.
- **Si de nouveaux cas sont encore détectés 14 jours après la détection de l'éclosion et la mise en place des mesures de contrôle :** contacter la DSPublique de votre région ; une stratégie de prélèvement et d'analyse élargie pourrait être envisagée.

B. Recommandations concernant les résidents

- **À l'admission :** Les résidents, symptomatiques ou non, nouvellement admis devrait être testés dès que possible suivant l'admission. Un résultat négatif n'exclut pas la possibilité que le résident soit en période d'incubation pour la maladie, donc celui-ci devrait rester en isolement pendant 14 jours après son admission.
- **Avant le transfert d'un CH vers un CHSLD :** Tout patient, symptomatique ou non, transféré d'un CH vers un CHSLD devrait être testé au CH dans les 48 heures précédant le transfert. Le résultat du test devrait être communiqué au CHSLD par le CH. Le transfert n'est pas conditionnel à l'obtention préalable du résultat du test. Exceptionnellement, s'il est impossible de tester le patient avant le transfert, procéder au test à l'admission (voir paragraphe précédent). Un résultat négatif n'exclut

---

[1] Selon les données des questionnaires d'enquête auprès des cas confirmés de la région de Montréal, en date du 3 avril 2020 (n = 2027), les symptômes de la COVID-19 par ordre de fréquence incluent : toux (73%), faiblesse généralisée (67%), céphalées (62%), fébrilité/frissons (57%), douleur (musculaire, thoracique, abdominale ou articulaire) (57%), fièvre (54%), écoulement nasal (41%), maux de gorge (40%), diarrhée (33%), dyspnée (30%), nausées ou vomissements (24%). Nos enquêtes ont révélé une minorité de cas dont la présentation initiale était strictement digestive (avis de l'INESSS). L'anosmie et l'agueusie ont également été rapportées en lien avec le COVID-19 (avis de l'INESSS).

[2] Éclosion confirmée : soit 2 cas ou plus (chez des résidents ou des membres du personnel) reliés épidémiologiquement.

pas la possibilité que le résident soit en période d'incubation pour la maladie, donc celui-ci devrait rester en isolement pendant 14 jours après son admission au CHSLD.

- **S'il n'y a aucun cas de COVID-19 dans le CHSLD :** Tout résident qui développe des symptômes compatibles avec la COVID-19 devrait être immédiatement isolé puis testé.
- **Si un résident obtient un résultat positif pour la COVID-19 (et que le CHSLD n'a pas eu d'autres cas parmi les résidents ou le personnel sur cette unité fonctionnelle durant les 14 jours précédents) :**
    - Tout résident, symptomatique ou non, ayant partagé la chambre du cas depuis les 14 jours précédant le début des symptômes du cas jusqu'à son isolement devrait être testé.
    - Tout résident de la même unité fonctionnelle qui présente des symptômes compatibles avec la COVID-19 devrait être immédiatement isolé puis testé.
    - Tout autre résident du CHSLD, symptomatique ou non, ayant eu un contact étroit (à moins de 2 mètres) et prolongé (plus de 15 minutes) avec le résident depuis les 14 jours précédant le début des symptômes du cas jusqu'à son isolement devrait être testé.
- **Si un membre du personnel du CHSLD a un test positif pour la COVID-19 :** Tous les résidents, symptomatiques ou non, sur les unités fonctionnelles où le membre du personnel a travaillé à l'intérieur des 48 heures avant le début de ses symptômes jusqu'à son retrait devraient être testés.
- **Lors d'éclosion confirmée[2] de COVID-19 en CHSLD :** Tester seulement les premiers 2 à 5 résidents qui présentent des symptômes sur chacune des unités fonctionnelles visées ; assumer que tout résident additionnel qui développe subséquemment des symptômes compatibles avec la COVID-19 est infecté par le SARS-CoV-2 (et ce jusqu'à ce que l'éclosion soit terminée, soit après 28 jours après la détection et l'isolement du dernier cas).
- **Si de nouveaux cas sont encore détectés 14 jours après la détection de l'éclosion et la mise en place des mesures de contrôle :** contacter la DSPublique de votre région ; une stratégie de prélèvements et d'analyses élargie pourrait être envisagée.

C. Recommandations concernant les visiteurs qui ont été identifiés par le CHSLD (dans le but de rechercher une source d'infection)

- **Si un résident obtient un résultat positif pour la COVID-19 :** Tous les visiteurs, symptomatiques ou non, ayant eu un contact étroit (à moins de 2 mètres) et prolongé (plus de 15 minutes) avec le résident durant les 14 jours précédant le début des symptômes du cas jusqu'à son isolement devraient être testés.
- **Lors d'éclosion confirmée de COVID-19 en CHSLD (soit 2 cas ou plus reliés épidémiologiquement à l'intérieur de 14 jours) :** Tester tous les visiteurs, symptomatiques ou non, ayant visité les unités fonctionnelles visées à l'intérieur des 14 jours précédant le début de symptômes des cas confirmés par laboratoire.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 13 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX CHEFS DE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Mesdames,
Messieurs,

Nous sommes préoccupés, tout comme vous, de la situation qui prévaut dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), face aux éclosions de la COVID-19. Plusieurs mesures sont déjà en vigueur, mais nous sommes conscients qu'un ensemble de mesures supplémentaires doivent être mises en place. La présente lettre vise l'amélioration du soutien médical dans ces installations.

Dans le contexte de pandémie, le soutien médical est essentiel pour les CHSLD. Ainsi, nous vous demandons de bien identifier les besoins en médecins dans les CHSLD de votre territoire, et de vous assurer qu'ils sont suffisamment couverts.

De plus, nous vous demandons d'intensifier les visites médicales dans les CHSLD afin d'assurer le suivi des résidents sur place et de prévenir la nécessité de les transférer dans les hôpitaux. Afin de soutenir les équipes soignantes, chaque CHSLD devra utiliser une plateforme de visioconférence pour faciliter le maintien du lien avec le médecin. Aussi, le service téléphonique doit être privilégié.

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Par ailleurs, les besoins en médecins doivent d'abord être comblés localement. Ensuite, vous pourrez regarder lesquels peuvent être réaffectés. Si les besoins vont au-delà de votre capacité, le Comité national de réaffectation pourra faciliter l'accès à des médecins, notamment à ceux qui sont en isolement pour des raisons diverses et qui pourraient contribuer.

Nous vous transmettons le **Guide pour la prise en charge des résidents en CHSLD dans le contexte de la pandémie de la COVID-19**.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M. Louis Godin, FMOQ
M[me] Lucie Opatrny, MSSS
M[me] Lucie Poitras, MSSS
M. Yves Robert, CMQ
M[me] Natalie, Rosebush, MSSS
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02502-61

Coronavirus COVID-19

Guide pour la prise en charge des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19

Mise à jour : le 13 avril 2020

Votre gouvernement

Québec

Table des matières

Assurer le suivi des mises à jour ministérielles 3

Généralités 3

Visites médicales 5

Tests 6

Prise en charge des résidents COVID-19 suspectés ou confirmés 6

Si niveau de soins A ou B 7

Si niveau de soins C ou D 7

Matériel de protection 7

Traitement des résidents COVID-19 positif 8

CODE bleu dans les CHSLD (arrêt cardiorespiratoire) 9

Soutien psychologique 9

Constat de décès 9

Ressources Web utiles 10

ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires 11

ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD 12

ANNEXE 3 : Chambres doubles ou multiples – Directives pour l'isolement des cas suspectés ou confirmés de la COVID-19 en CHSLD 13

ANNEXE 4 : Protocole de détresse 14

ANNEXE 5 : Lettre aux omnipraticiens – Équivalence médicaments pour détresse respiratoire 15

ANNEXE 6 : Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19 17

Contexte : 17

Quoi faire devant une personne faisant un ACR? 17

ANNEXE 7 : Procédure pour constat de décès 19

Assurer le suivi des mises à jour ministérielles

En raison de l'évolution rapide du contexte de la pandémie de COVID-19, il est important que les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux surveillent régulièrement les mises à jour apportées aux directives ministérielles.
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/
https://www.inspq.qc.ca/

Les règles du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) sont mises à jour régulièrement. Les infirmières du programme de contrôle des infections (PCI) suivent les protocoles mis à jour quotidiennement. Vous devez vous y conformer. Éviter de semer la confusion dans vos équipes. S'il y a un problème, communiquer avec votre chef de service.

Généralités

1. Aucune visite n'est permise dans les CHSLD à l'exception des raisons humanitaires, comme lors de situation de fin de vie imminente.
   https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/#visites

2. Les congés temporaires sont aussi interdits.

3. Mettre en place les mesures pour respecter la distanciation physique.
   https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/#organisation

4. Mettre en place les mesures d'hygiène et le respect des règles de prévention et de contrôle des infections. https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/prevention-des-accidents-des-lesions-et-des-maladies/lavage-des-mains/

5. Informer le personnel soignant des symptômes (typiques et atypiques) à surveiller concernant la COVID-19 pour que ceux-ci puissent agir rapidement pour se mettre en isolement et informer leur milieu de travail. (ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires)
   https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/presentations-cliniques-inesss/

6. Les directives concernant les admissions dans les milieux d'hébergement évoluent rapidement selon le contexte de la pandémie de COVID-19. Il est donc essentiel de surveiller régulièrement les mises à jour des directives émises par le MSSS du Québec. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/#pratiques
   Dans la situation où une admission serait permise, le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) suit un **protocole strict** pour vérifier si le résident admis ne présente pas de symptômes de la COVID-19 ou s'il a été en contact avec des risques potentiels. À ce jour, un test de dépistage doit être fait préalablement à l'admission, et ce, peu importe la provenance de la personne.
   - Si le résultat est positif, la personne ne pourra pas être admise dans un CHSLD dans lequel il n'y a pas de cas de COVID-19.
   - Si la personne est testée négative (présentant ou non des symptômes), les mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les CHSLD pour aînés que recommande l'Institut national de santé publique doivent s'appliquer.
     https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19

   Le personnel qui intervient auprès du résident doit s'assurer de porter l'équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié.
   https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2957-mesures-exceptionnelles-equipements-protection-individuelle-covid19.pdf

7. La création de zone FROIDE (résidents sans symptômes de la COVID-19) et de zone CHAUDE (résidents testés COVID-19 positif, suspectés ou en investigation) doit se faire dans chaque milieu. Pour les cas suspects en investigation, il est suggéré de laisser le résident dans sa chambre seul ou de le placer selon l'organisation des zones disponibles dans votre milieu, et ce, pour éviter toute contamination croisée.
   https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/#pratiques

8. Il est recommandé d'avoir des équipes dédiées dans chacun des CHSLD pour éviter la transmission. Pour les zones chaudes, il est obligatoire d'avoir du personnel dédié à cette zone.

9. Il est suggéré de créer une liste de rappel pour assurer une disponibilité médicale en tout temps dans votre région.

Visites médicales

1. On nous demande d'éviter tout transfert en soins de courte durée dans la mesure du possible. IL EST PRIMORDIAL QUE LE RÉSIDENT SOIT ÉVALUÉ PAR UN MÉDECIN AVANT DE LE TRANSFÉRER À L'HÔPITAL, ET CE, PEU IMPORTE LA RAISON DU TRANSFERT. **À la discrétion du jugement clinique du médecin, l'évaluation peut se faire en présentiel ou en télécommunication en présence d'une infirmière.** Pour ce faire, on vous demande d'augmenter la fréquence de vos visites médicales. Selon la situation et votre jugement clinique, ces visites peuvent être faites via téléconsultation. Nous vous rappelons que si l'examen physique d'un résident modifiait votre conduite, cet examen pourra être effectué sur place. La télémédecine peut aussi vous aider à prendre des décisions et éviter des transferts à l'urgence.

2. Le médecin qui fait l'objet d'une mesure d'isolement ou qui a contracté la COVID-19 peut rendre des services à partir de son domicile par voie de correspondance ou de télécommunication.

3. **Réviser les niveaux de soins, en priorisant les niveaux de soins A et B et ceux désirant l'intubation et la réanimation.**
   Dans le contexte de la COVID-19, la majorité de nos résidents **ne sont pas** des candidats pour les soins intensifs et les respirateurs. Pour les résidents âgés de 80 ans et plus, le taux de mortalité est significativement plus élevé. Il l'est encore plus pour nos résidents qui présentent de multiples comorbidités. Les durées d'intubation sont également prolongées. Seuls les résidents désirant une intubation devraient être transférés, et ce, après discussion avec le médecin de l'urgence de l'établissement receveur. Nous vous rappelons qu'il appartient déontologiquement au médecin de ne pas offrir un soin futile ou non approprié. http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux-soins.pdf

4. Si vous soupçonnez que votre résident peut avoir contracté la COVID-19, celui-ci doit être en chambre privée (dans la mesure du possible) avec un isolement de type précaution gouttelettes (masque chirurgical, visière, gants et jaquette pour le personnel soignant). Si la condition le permet, le résident peut recevoir son traitement en CHSLD dans le respect des directives de la mise en place des zones chaude et froide. (ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD)

5. Éviter tout traitement avec des **nébulisations**. L'utilisation de l'aérochambre avec masque est recommandée. Il est important de revalider la nécessité des appareils CPAP et BiPAP des résidents dans vos milieux, car ces traitements de ventilation en pression positive continue sont des interventions médicales générant des aérosols (IMGA). En cas de suspicion de COVID-19, ces traitements devraient être cessés, et ce, jusqu'à la réception d'un résultat négatif.

Tests

1. Les résidents présentant des symptômes de la COVID-19 doivent être dépistés dans leur CHSLD selon les critères établis par la santé publique
   (ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires)
   (ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD)
   https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/presentations-cliniques-inesss/
   https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/#signes-et-symptômes

   a) Fièvre à plus de 37,8°C rectale ou buccale, ou 1,1°C au-dessus de la température basale, sans foyer clair.

      OU

   b) Symptômes respiratoires
      - Toux sèche
      - Expectoration
      - Dyspnée
      - Mal de gorge
      - Perte d'odorat (anosmie)
      - Perte du goût ¶

      OU

   c) Symptômes atypiques
      - Détérioration de l'état général (DEG)
      - Confusion
      - Atteinte de l'état de conscience (AEC)
      - Céphalée
      - Troubles gastro-intestinaux
      - etc.

2. Éviter tous les laboratoires de routine.

Prise en charge des résidents COVID-19 suspectés ou confirmés

Veuillez consulter l'ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD.

1. Mettre le résident en isolement gouttelettes/oculaire
   (ANNEXE 3 : Chambres doubles ou multiples – Directives pour l'isolement des cas suspectés ou confirmés de la COVID-19 en CHSLD)

2. Vérifier si le résident présente des critères de sévérité :
    - Tachypnée de 24/min ou +
    - Besoins supplémentaires d'O2 ou de plus de 4 L/min pour sat > 90 %
    - Tension artérielle systolique < 90 mm Hg (choc)
    - Détresse respiratoire aiguë
    - Anosmie/dysgueusie
    - Tout autre signe jugé sévère par le médecin

3. Par la suite, suivre l'algorithme selon le niveau de soins
http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/d57fc1d9eb98eed385257f50005206c7?OpenDocument

Si niveau de soins A ou B

La prise en charge des résidents présentant des symptômes de COVID-19 implique en premier lieu la confirmation du niveau de soins. Tous les résidents de niveau des soins A ou B, ou qui désirent une intubation ou réanimation devraient être pris en charge par le centre hospitalier (CH) désigné de leur région après discussion avec le médecin de l'urgence **si sa condition médicale exige des soins aigus en CH** qui ne peuvent être dispensés en CHSLD. L'objectif est de permettre au résident d'avoir accès aux soins qui lui seront appropriés, selon ses volontés. Il faut donc bien confirmer le niveau de soins. Si le résident présente des critères de sévérité, il sera nécessaire de transférer le cas dans une chambre à pression négative afin de pouvoir offrir les techniques IMGA qui produisent des aérosols. C'est pour cette raison que les résidents doivent être transférés si le niveau de soins implique des techniques générant des aérosols (par exemple une intubation).
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/hospitalisation/

Si niveau de soins C ou D

Le résident doit rester au CHSLD, en isolement et offrir le support pour maintenir le confort et le soulagement des symptômes. Dans cette clientèle, les IMGA ne sont pas utilisées et les résidents doivent être mis en isolement gouttelettes/oculaire. Le résident doit être déplacé dans la zone chaude.

Si le résident présente un des critères de sévérité, il faut éviter tout IMGA et mettre en place les protocoles de détresse respiratoire, le cas échéant.

Matériel de protection

Isolement gouttelettes/oculaire
Pour tous les cas incluant les cas sévères sans IMGA (intervention médicale générant des aérosols : RCR, ventilation manuelle, O2 par Optiflow, BiBAP, CPAP, induction de l'expectoration, intubation).

a. Masque chirurgical, gants, blouse, visière
b. Cesser les CPAP et les BiPAP

https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections

Traitement des résidents COVID-19 positif

Notons que la majorité des résidents infectés vont s'en sortir. Plusieurs ne feront qu'une forme légère ou modérée. Plus il y a de comorbidités moins les chances sont bonnes.

Pas de signes de pneumonie (demander qu'on vous avise dès qu'il y a un changement) :

1. Surveiller l'état de conscience, température (rectale de préférence), SaO2, T.A., pouls, rythme respiratoire selon l'état clinique et les signes atypiques gériatriques. On ne veut pas de contacts inutiles.
2. Cesser toute médication non essentielle : ex. : VitaD Calcium Statine Biphosph, etc. afin de réduire la fréquence des contacts.
3. Dès les premiers signes cliniques de détérioration respiratoire, débuter rapidement antibiotique p.os (idéalement dans les 4 h).

Selon le niveau d'intervention médicale et l'état clinique :

1. Si Soins actifs et pneumonie probable

   - Antibiotiques selon l'algorithme de votre milieu
   - O2 pour confort
   - Ne pas donner de corticostéroïdes po
   - Si bronchospasme : ventolin inh 2 inh qid avec aérochambre-masque
   - ÉVITER toute nébulisation, privilégier aérochambre
   - Si signe de déshydratation, mettre en place un accès veineux et un soluté
   - S.v. selon le niveau de soins
   - Note : l'hydroxychloroquine n'est indiquée que dans les cas sévères hospitalisés.
   - Si détérioration de l'état après 48 h. Discuter avec la famille du mauvais pronostique compte tenu des comorbidités et de l'avantage d'offrir les soins de confort sur place dans un environnement familier et adapté.
   - **Si un transfert est envisagé (impossible de maintenir SaO2 90 % avec O2 4l/min, choc, détresse respiratoire), vous devez toujours communiquer avec le médecin du receveur avant le transfert.**

2. Soins de confort

   1. Les détresses respiratoires évoluent très rapidement, il est prioritaire de prendre en charge rapidement les résidents présentant de la dyspnée pour permettre un contrôle des symptômes. Il est suggéré de garder au chevet du résident les médicaments du protocole de détresse respiratoire pour qu'il soit administré rapidement (ANNEXE 4 : Protocole de détresse et ANNEXE 5 : Lettre aux omnipraticiens – Équivalence médicaments pour détresse respiratoire).

2. Cesser Rx p.os.
3. O2 et hydratation n'offrent aucun confort.
4. Morphine ou tout autre narcotique doit être prescrit q 4 h régulièrement.
5. Voir ci-joint les documents pour l'ajustement et la prise en charge des résidents avec détresse respiratoire.

CODE bleu dans les CHSLD (arrêt cardiorespiratoire)

Le MSSS a émis des directives concernant la réanimation cardiorespiratoire pour tous les milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux dans le contexte pandémique. Veuillez consulter l'ANNEXE 6 : Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19.

Soutien psychologique

Pour un soutien psychologique en cette période plutôt intense, vous pouvez communiquer en tout temps avec votre Programme d'aide aux employés (P.A.E).

Constat de décès

Il est possible de faire les constats de décès à distance si vous y avez accès.

Lorsque vous remplissez le sp3 pour la section causes du décès (case 22), vous pouvez inscrire COVID-19 si le résident a eu un test de dépistage positif. Il est important de cocher dans la case 27 « personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire » OUI. Vous n'avez pas besoin d'appeler le coroner dans ce contexte.

Si le résident décédé présentait des symptômes et qu'il était en investigation pour la COVID-19, mais que le résultat n'est pas disponible, il faut inscrire la cause probable du décès [pneumonie, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), etc.] résident en investigation pour la COVID-19, mais il ne faut pas écrire COVID-19 comme cause de décès. Ceci afin de permettre au personnel des salons funéraires de prendre les précautions d'usage.

Prise en charge des corps

Pour la prise en charge des corps des résidents COVID-19 positif, veuillez consulter l'ANNEXE 7 : Procédure pour constat de décès.

Ressources Web utiles

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/
2. Institut national de santé publique : https://www.inspq.qc.ca/
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux, COVID-19 – Directives au réseau de la santé et des services sociaux – CHSLD : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/
4. Gouvernement du Québec, Lavage des mains : https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/prevention-des-accidents-des-lesions-et-des-maladies/lavage-des-mains/
5. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19 – Présentations cliniques : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/presentations-cliniques-inesss/
6. Institut national de santé publique, COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19
7. Institut national de santé publique, COVID-19 : Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie : recommandations intérimaires : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2957-mesures-exceptionnelles-equipements-protection-individuelle-covid19.pdf
8. Collège des médecins du Québec, Le médecin et le consentement aux soins : http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux-soins.pdf
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Formulaire AH-744-DT9261 – Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire : http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/d57fc1d9eb98eed385257f50005206c7?OpenDocument
10. Institut national de santé publique, Prévention et contrôle des infections : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections
11. Palli-Science - Site québécois de formation en soins palliatifs et oncologie de première ligne : https://palli-science.com
12. Outil pour la prise charge de résidents en soins palliatifs – Mini-guide 2020 http://pdf.palli-science.com/books/zdeq/

ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires

SYMPTÔMES TYPIQUES DE LA COVID-19

- Signes et symptômes les plus fréquents
    - ✓ Fièvre
    - ✓ Toux sèche

- Autres symptômes possibles
    - ✓ Essoufflement
    - ✓ Production de crachats
    - ✓ Fatigue
    - ✓ Perte d'odorat (anosmie)
    - ✓ Perte du goût

SYMPTÔMES ATYPIQUES GÉRIATRIQUES POSSIBLES

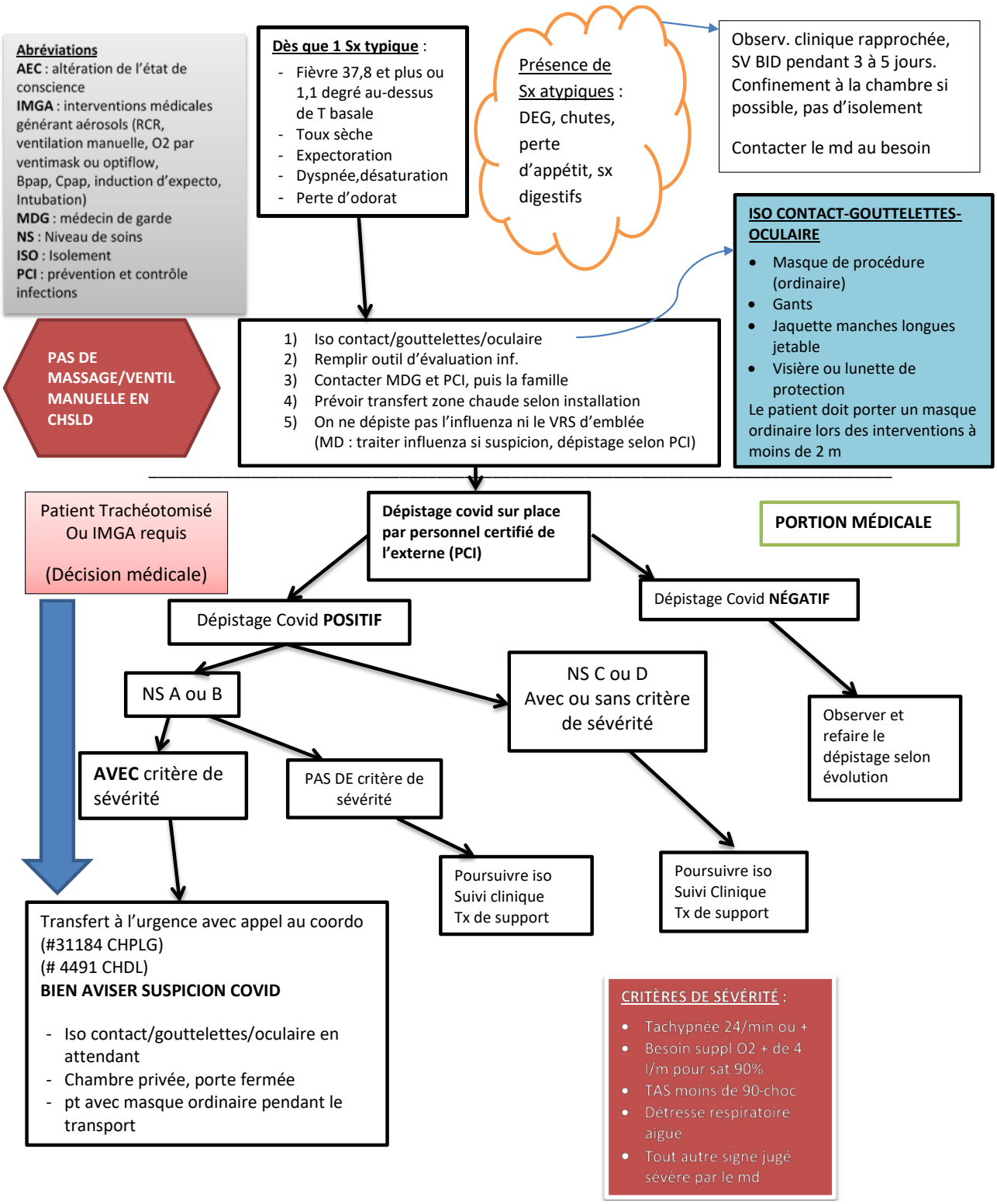
- Changement soudain de l'état mental
    - ✓ Plus confus
    - ✓ Plus somnolent
    - ✓ « On ne le reconnaît plus »
    - ✓ Ne sait plus comment utiliser ses affaires

- Perte d'autonomie
    - ✓ Chute
    - ✓ Incontinence nouvelle
    - ✓ N'est plus capable de participer aux soins comme avant

- Changement de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement existant)
    - ✓ Agité
    - ✓ Pas comme d'habitude
    - ✓ Agressivité/irritabilité
    - ✓ Perte d'appétit

- Perturbation du sommeil

ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD



Modèle proposé par D^re^ Julie Deschambeault, D^re^ Nadine Gauthier et M^me^ Annick Larose, 3 avril 2020 v6

ANNEXE 3 : Chambres doubles ou multiples – Directives pour l'isolement des cas suspectés ou confirmés de la COVID-19 en CHSLD

Tenter de transférer les résidents en chambre individuelle. En attendant :

- Garder une séparation d'au moins 2 mètres entre les résidents
- Utiliser une chaise d'aisance pour le résident symptomatique
- Dresser un rideau entre les résidents

ANNEXE 4 : Protocole de détresse

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
Québec

LN0033

PROTOCOLE DE DÉTRESSE EN FIN DE VIE

Cette prescription est au dossier du client en PRN. Il est administré selon l'évaluation de l'infirmière.
Le midazolam est le premier médicament à être administré, puis le narcotique et la scopolamine dans une même seringue pour la deuxième injection (ce protocole peut également être administré dans trois seringues différentes selon le contexte).

INDICATIONS :

- ☐ Détresse respiratoire (tachypnée supérieure à 28R/min. tirage, anxiété sévère, agitation, panique, impression de mort imminente, cyanose, sécrétions bronchiques effort marqué afin de prononcer 2 ou 3 mots).
- ☐ Autre indication : _____ (hémorragie, douleur réfractaire).

MÉDICAMENTS :

Seringue #1 MIDAZOLAM (5mg/mL) Versed

Selon les prescriptions actuelles	Prescription
Benzodiazépine PRN ou DIE ou poids inférieur à 70 kg	☐ 5 mg SC
Benzodiazépine supérieur à DIE ou poids supérieur à 70 kg	☐ 10 mg SC
Benzodiazépine PRN à haute dose ou tolérance excessive aux benzodiazépines	☐ 15 mg SC ☐ 20 mg SC

Seringue #2 SCOPOLAMINE (0,6mg/mL)

Peut être combinée avec le narcotique dans la même seringue	Prescription
	☐ 0,4 mg SC
	☐ 0,6 mg SC
	☐ 0,8 mg SC

Seringue #3 NARCOTIQUE Selon les prescriptions actuelles de narcotiques SC q 4h régulier ou l'équivalent

MORPHINE	Prescription
Morphine de 0 à 5 mg SC	☐ 5 mg SC
Morphine supérieur à : 5 à 10 mg SC	☐ 10 mg SC
Morphine supérieur à : 10 à 30 mg SC	☐ 15 mg SC ou
Morphine supérieur à : 30 mg SC	____mg SC

HYDROMORPHONE	Prescription
Hydromorphone de 0 à 1 mg SC	☐ 1 mg SC
Hydromorphone supérieur à : 1 à 2 mg SC	☐ 2 mg SC
Hydromorphone supérieur à : 2 à 4 mg SC	☐ 3 mg SC
Hydromorphone supérieur à : 4 mg SC	____mg SC

Fentanyl timbre cutané	Prescription/ morphine	Prescription/ hydromorphone
0 à 25 mcg/h	☐ 5 mg SC	☐ 1 mg SC
Supérieur à : 25 à 50 mcg/h	☐ 10 mg SC	☐ 2 mg SC
Supérieur à : 50 à 100 mcg/h	☐ 15 mg SC	☐ 3 mg SC
Supérieur à : 100 mcg/h	____mg SC	____mg SC

APPLICATION DU PROTOCOLE

- ☐ x 1 dose et aviser le médecin
- ☐ Répétable aux 20 minutes SI BESOIN AD SÉDATION MAX 3 DOSES ET AVISER LE MÉDECIN

Signature: _____ Date _____ aaaa/mm/jj Heure : _____ hh:mm

LN0033 (2018-11-01)

PROTOCOLE DE DÉTRESSE EN FIN DE VIE

Dossier médical
D.I.C.: 3-4-1
Page 1 de 1

ANNEXE 5 : Lettre aux omnipraticiens – Équivalence médicaments pour détresse respiratoire

Bonjour chères collègues et chers collègues,

La situation actuelle nous mène à devoir nous préparer à répondre à une demande croissante en soins de fin de vie. Dans l'éventualité où l'équipe de soins palliatifs ne serait pas en mesure de répondre à la demande de tous, je vous envoie un **guide** d'utilisation des médicaments en soins palliatifs, plus particulièrement ceux utilisés pour des symptômes respiratoires. Les complications actuelles du COVID-19 semblent être insuffisance respiratoire, IRA, choc septique et CMP virale. Certains d'entre vous sont possiblement déjà à l'aise, tant mieux si vous n'avez pas besoin de ce rappel. Pour les autres, ça donne une base. Nous resterons bien sûr disponibles pour toute question.

- **Dyspnée**
    - Utiliser en priorité les **narcotiques**
        1) ***Dilaudid*** 0,5 mg s/c q 4h régulier + q1h PRN (*privilégier re : difficulté d'approvisionnement avec morphine s/c*)
            - On peut augmenter les doses régulières par bond de 0,5 mg à 1 mg s/c.
            - Dose de PRN : 50 % de la dose régulière q4h.
        2) ***Morphine*** 2,5 mg s/c q 4 h reg + 2,5 q1h PRN
            - On peut augmenter les doses régulières par bond de 2,5 à 5 mg.
            - Dose de PRN : 50 % de la dose régulière q4h.

            *S'il venait à manquer de morphine s/c, la **voie bucco-gingivale pourrait** être utilisée avec du sirop de morphine 5 mg/mL. Les doses de départ seraient alors de 10 mg transgingivale q4h reg + q1h PRN.*

    - Les **benzodiazépines** peuvent aussi être utilisées (*Attention difficulté d'approvisionnement avec l'ativan s/c et le versed s/c*)
        1) ***Ativan*** PO à privilégier dans le contexte : 0,5 mg PO q6h reg + q4h PRN
        2) ***Ativan*** 0,5 mg s/c q 6h régulier + q4h PRN
        3) ***Versed*** 2,5 mg s/c q4h régulier + q2h PRN (Efficace plus rapidement mais tachyphylaxie lorsque dose > 20 mg/24h, donc à utiliser en fin de vie)
        4) *S'il venait à manquer d'ativan et de versed s/c, la **voie bucco-gingivale** pourrait être utilisée avec des comprimés d'ativan s/l, même dose.*

- **Râles**
    - Si surcharge/épanchement, débuter avec ***lasix*** 40 mg s/c (20 mg dans chaque épaule) q 30 minutes jusqu'à disparition des symptômes (max 3 doses, cesser si inefficace)
        1) Peut être répéter q8h si efficace
    - Robinul 0,4 mg s/c q4h (inutile d'augmenter q2h)
    - Scopo 0,6 mg s/c q4h (inutile d'augmenter q2h pour les râles sauf si effet sédatif souhaité)

- **Sédation**
    - Comme nous éprouvons des difficultés d'approvisionnement avec l'ativan s/c et le versed, éviter ces molécules pour l'instant. On peut utiliser :
    - ***Nozinan*** 12,5 mg s/c q4h reg
    - ***Scopo*** 0,4 mg s/c q 4h reg

- Le **protocole de détresse** est disponible dans tous les bureaux de médecin.
    - *** Scopo 0,4 mg s/c dans le protocole, peu importe la dose régulière *** (sinon risque de tachyphylaxie)

Dre Marianne St-Germain
Chef de service de soins palliatifs

ANNEXE 6 : Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19

Pour tous milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux

Contexte :

1- Le présent protocole a été créé pour uniformiser la réanimation cardio-respiratoire dans le contexte pandémique dans tous les milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux avec soins physiques aigus. Ceci inclut les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les cliniques externes, les résidences privées pour aînés, les cliniques désignées d'évaluation, les unités de psychiatrie et autre milieu de soins.

2- La transmission communautaire est le principal moyen de transmission de la COVID-19 en province. Cette transmission n'est pas soutenue de façon uniforme. Le risque qu'une personne en arrêt cardio-respiratoire (ACR) soit infectée de la COVID-19 n'est pas le même partout. L'analyse de ce risque de transmission doit se faire en collaboration entre les acteurs régionaux et ministériels.

3- Les manœuvres de réanimation cardiaque sont à haut risque de transmission du virus COVID-19.

4- La protection des intervenants et des travailleurs de la santé est la priorité en temps de pandémie.

5- La gestion des équipements de protection individuelle est essentielle pour opérationnaliser le point 3. Les secteurs à plus haut risque (préhospitaliers, urgences, soins intensifs) sont priorisés pour protéger les travailleurs les plus à risque.

Quoi faire devant une personne faisant un ACR?

- Demander de l'aide;
- Appeler le 911;
- Indiquer à un collègue de vérifier le dossier de la personne en ACR si un niveau d'intervention médicale (NIM) est déterminé, le cas échéant;
- Sortir le chariot de code ou le défibrillateur, si disponible;
    a. S'il n'y a pas de défibrillateur disponible, le répartiteur d'urgence vous indiquera où trouver le défibrillateur le plus proche.

- Porter des gants et un masque chirurgical. Si disponible, porter une blouse et une protection visuelle;
- Mettre un masque chirurgical au patient;
- Installer les *pads* de défibrillation à la personne. Si les chocs sont recommandés, suivre les indications du défibrillateur;
- Évaluer ensuite le risque infectieux de la personne qui est en ACR;
    a. Si la personne est connue de l'intervenant, ne présentait aucun symptôme et/ou avait un test de la COVID-19 négatif récemment – débuter le massage cardiaque en continu*;
    b. Si la personne est inconnue OU que son statut COVID-19 est inconnu, probable ou positif OU que le milieu de soins est en éclosion de COVID-19 – ne pas faire de massage cardiaque;
- La gestion des voies aériennes définitives et la gestion de la ventilation doivent se faire par une personne expérimentée (médecin ou paramédic) et équipée d'une protection individuelle optimale.

* L'absence de symptôme est un indicateur de faible risque dans les régions où la transmission communautaire n'est pas soutenue.

ANNEXE 7 : Procédure pour constat de décès

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
Québec

Procédure suite au décès d'un résident en CHSLD COVID-19 positif ou en attente d'un résultat COVID-19

Principe :

Lors du décès d'un résident ayant eu un résultat positif au test COVID-19 ou en attente d'un résultat, la direction de la santé publique doit intervenir pour libérer la dépouille avant que l'entreprise funéraire puisse la récupérer. Par ailleurs, le soutien, la communication avec les proches des résidents ainsi que tous les éléments entourant la procédure normale en cas de décès s'appliquent normalement à l'exception de la disposition de la dépouille par l'entreprise funéraire.

Séquence :

1- Lors du décès d'un résident, le constat de décès doit être effectué à l'aide du formulaire SP3.

2 - La dépouille doit être déposée dans un linceul et l'extérieur du linceul doit être désinfecté à l'aide d'une lingette homologuée pour le COVID-19. Le nom du résident doit être plaqué et collé sur le linceul.

3- L'ASI transmet ensuite une demande de libération de la dépouille à la santé publique en acheminant un courriel :

Adresse : autorisation.dspublique.cissslan@ssss.gouv.qc.ca

Objet : AUTORISATION DE DISPOSITION DE LA DÉPOUILLE PAR LA SANTÉ PUBLIQUE

Contenu du courriel :

- Le nom du défunt ou de la défunte
- Son numéro d'assurance maladie
- Le lieu où se trouve la dépouille (une adresse civique avec le code postal) pour bien diriger les entreprises funéraires
- Le nom de l'entreprise funéraire que la famille a désignée et le numéro de téléphone de cette entreprise
- LA DATE DU PRÉLÈVEMENT COVID-19

4 - Entre 8h00 et 22h00, la santé publique acheminera un courriel à l'entreprise funéraire avec l'expéditeur en CC contenant les consignes à observer pour la récupération de la dépouille.

5 - L'entreprise funéraire se présentera et transportera la dépouille.

Dernière mise à jour : 30 mars 2020

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 14 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous informer des nouvelles orientations concernant la stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures requis, prévue par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour contrer la pandémie COVID-19. À cet effet, vous trouverez ci-joint une mise à jour de la note d'information au réseau de la santé et des services sociaux, **en date du 14 avril 2020**.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M. Horacio Arruda, MSSS
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M^me^ Louise Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Chefs de DRMG

N/Réf. : 20-MS-00496-51

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e^ étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Santé et Services sociaux Québec

NOTE D'INFORMATION – CORONAVIRUS

Stratégie d'approvisionnement

Le 14 avril 2020

Dans ses orientations stratégiques pour contrer la pandémie COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prévoit une stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures requis. Cette stratégie prévoit notamment :

1. La détermination d'une liste formelle des produits essentiels à la prestation de soins et de services et la catégorisation de ceux-ci en produits critiques ou produits essentiels.

2. La réalisation d'ententes d'approvisionnement avec des fournisseurs et la constitution des réserves de produits critiques nécessaires pour la pandémie. Ces réserves pourront être localisées chez les fournisseurs ou dans des entrepôts centraux du réseau de la santé et des services sociaux.

3. La constitution des règles de distribution (allocation des équipements de protection individuelle (EPI)) de réserves locales des produits essentiels et critiques nécessaires :
   - pour le démarrage et le fonctionnement des centres désignés déterminés par le MSSS;
   - pour le démarrage et le fonctionnement des cliniques d'évaluation désignées déterminées par le MSSS;
   - pour le fonctionnement et le maintien des activités du réseau.

4. La mise en place, le 25 mars dernier, des cliniques désignées d'évaluation (CDE) pour les milieux de première ligne.

5. En fonction des recommandations émises par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) recommande que, pour les régions où une transmission communautaire soutenue est documentée, il soit possible d'appliquer les actions suivantes. À noter que ces recommandations sont émises pour tous les milieux de soins[1] et ne concernent que les masques de procédure.

   a. Que les usagers se présentant pour une consultation (urgence, clinique médicale ou autre) portent un masque de procédure seulement s'ils présentent des symptômes compatibles ou ayant des facteurs de risque identifiés 2 pour la COVID-19;
   b. Que tous les travailleurs de la santé (hôpitaux, cliniques médicales, CHSLD, soins à domicile) qui donnent des soins et qui sont à moins de deux mètres d'un usager, portent un masque de procédure en continu (ils doivent le changer s'il est mouillé, souillé ou à la fin du quart de travail). Chaque milieu devrait aussi déterminer la nécessité de garder le masque lors de proximité entre les travailleurs de la santé eux-mêmes.

---

[1] Cet avis concerne tous les milieux de soins, soit les hôpitaux (soins aigus), les cliniques médicales (GMF, cliniques externes, cliniques médicales, cliniques désignées d'évaluation, etc.) et les milieux de soins de longue durée (CHSLD), ainsi que lors des soins à domicile.

L'approvisionnement aux différents organismes mentionnés aux priorités 3 et 4, ainsi que le préhospitalier (priorité 1), est sous la responsabilité de l'établissement public de leur territoire.

Voici donc la liste des priorités :

Priorité 1

- Cliniques désignées de dépistage (CDD), CDE, centres désignés, préhospitalier, centres de réadaptation désignés, établissements avec des cas confirmés hospitalisés.

Priorité 2

- Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et centres intégrés de santé et de services sociaux, établissements, établissements non fusionnés, instituts, centres d'hébergement de soins de longue durée (établissements publics et privés), cliniques d'avortement, Héma-Québec[2], groupes de médecine de famille, cliniques médicales, résidences privées pour aînés, ressources intermédiaires, cliniques privées, maisons de soins palliatifs, soutien à domicile (incluant les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) et travailleurs qui dispensent des services dans le cadre de l'allocation directe/chèque emploi-service).

Priorité 3

Garderies, organismes communautaires, milieux carcéraux, refuges.

Notes :

La stratégie de répartition peut être ajustée par les établissements en fonction de la criticité.

En cette période de pandémie, nous prions les établissements de ne pas surconsommer, de s'en tenir aux besoins normaux ou à une consommation moyenne de leurs fournitures, produits d'entretien, denrées et équipements. Commander en quantités raisonnables permettra aux fournisseurs de rationaliser leurs livraisons à tous les établissements. Adoptez un approvisionnement réfléchi.

Par ailleurs, si des projets de remplacement d'équipement peuvent être retardés sans mettre en péril la continuité des opérations des établissements, ce serait une voie à privilégier pour que les canaux d'acquisition soient priorisés pour la pandémie.

À compter d'aujourd'hui, le MSSS vous informe qu'il fera l'allocation des quantités des fournitures médicales des EPI ainsi que toutes les fournitures à risque de pénurie dans le contexte actuel. Par conséquent, la distribution du stock est maintenant sous la gouverne du MSSS. Les établissements n'ont plus à faire de suivi avec les distributeurs à ce sujet. Ils recevront la confirmation de leur expédition seulement. Aucune autre information ne sera donnée par les distributeurs.

Nous vous demandons également de poursuivre les actions pour réduire la consommation d'EPI.

[2] Pour Héma-Québec, il sera approvisionné au même titre qu'un établissement public.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 14 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

À LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK ET AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

Mesdames,
Messieurs,

La présente vise à vous informer des orientations déterminées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 quant à ce qui est considéré, à ce jour, comme des services essentiels dans le cadre du programme-services Jeunes en difficulté. De plus, nous vous transmettons les consignes s'appliquant au retour d'une sortie autorisée ou non autorisée d'un jeune hébergé en centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA), ou lorsqu'un jeune déjà hébergé présente des symptômes durant son hébergement.

Les informations sur les services essentiels et modalités de travail bonifient celles transmises dans le document *Consignes pour les services à domicile du programme-services Jeunes en difficulté - COVID-19* publié sur le site web du MSSS : COVID-19 pour les professionnels/Directives au réseau de la santé et des services sociaux/Programmes-services/Programme-services Jeunes en difficulté.

Il est primordial que les services identifiés en annexe de la présente lettre soient assurés, particulièrement dans le contexte actuel de pandémie qui peut contribuer à exacerber les difficultés vécues par les familles et les jeunes en difficulté.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Nous vous encourageons par ailleurs à poursuivre l'ensemble des activités du programme-services Jeunes en difficulté tant que cela sera possible, et ce, en fonction des ressources disponibles au sein de votre établissement. Nous comptons sur votre collaboration habituelle afin de mettre en place ces mesures dans les plus brefs délais, afin de protéger la santé de la population ainsi que celle du personnel et des jeunes hébergés en CRJDA.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. PDGA des CISSS et CIUSSS
Comité de direction du MSSS

N/Réf. : 20-MS-02502-06

Coronavirus (COVID-19)

9 avril 2020

Services en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation

En raison de la pandémie de la COVID-19, nous vous transmettons des consignes pour les services dispensés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA).

Rappel des symptômes

- Typiques : toux OU fièvre OU difficulté respiratoire OU perte soudaine de l'odorat **sans congestion nasale avec ou sans perte du goût.**
- Autres symptômes pouvant survenir : douleurs, congestion nasale, écoulement nasal, maux de gorge, diarrhée, douleurs musculaires, douleurs articulaires, crachement de sang provenant des voies respiratoires et conjonctivite.
- Chez l'enfant, les symptômes de la COVID-19 sont les suivants :
    - Fièvre, toux, difficultés à respirer. Certains enfants peuvent également avoir de la diarrhée et des vomissements ou d'autres symptômes plus légers.
    - La majorité des enfants atteints présente peu ou pas de symptômes.
    - Il faut réaliser que, pour l'instant, dans la majorité des cas, ces symptômes ne seront pas causés par la COVID 19, mais par d'autres virus fréquents dans cette population.

Procédure à appliquer à l'arrivée d'un jeune (nouvelle admission ou retour au CRJDA)

1. **Lavage des mains ou usage d'un produit antiseptique, dès l'entrée.**

2. **Si le jeune est testé positif à la COVID-19,** le diriger vers la **zone chaude** et consulter la ligne info Covid-19 au 1 877 644-4545 pour information, conseils et orientation.

3. **Si le jeune n'est pas connu pour un test positif à la COVID-19, vérifier les symptômes du jeune :**
   Est-ce que tu as présenté au cours des 48 dernières heures ou présentes encore de la fièvre (> 38°C) OU de la toux OU une difficulté à respirer OU une perte soudaine de l'odorat **sans congestion nasale avec ou sans perte du goût?**
    - **Si OUI à l'un des symptômes énoncés**, diriger le jeune symptomatique vers la **zone tiède et, dans la mesure où c'est possible, favoriser qu'il soit testé** (voir aménagement des lieux).
    - Consulter au besoin la ligne info Covid-19 au 1 877 644-4545 pour information, conseils et orientation.

4. **Chez un jeune sans symptôme,** vérifier s'il a été en contact étroit avec un cas de COVID-19 ou s'il est visé par l'isolement préventif de la santé publique (en validant sa compréhension des questions suivantes) :

   - Est-ce que tu as été en contact étroit avec une personne malade ayant des symptômes de la COVID-19 (fièvre, toux, fatigue extrême ou perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte de goût)?
     - C'est-à-dire à moins de 2 mètres (6 pieds) et pour 15 minutes ou plus?
     - As-tu eu des contacts intimes (bises, accolades, relation sexuelle) avec une personne malade avec symptômes compatibles à la COVID-19?

   - Est-ce que tu as reçu une recommandation d'isolement de la part des autorités de santé publique parce que tu as été en présence d'une personne testée positive à la COVID-19?
     - **Si OUI à l'un des deux critères ou si le jeune ne peut donner des informations à ce sujet**, le diriger vers la **zone tiède.**

5. **Si le jeune répond NON à l'ensemble des questions, procéder à l'admission comme à l'habitude.** Le jeune peut circuler librement en **zone froide.**

Utilisation de l'équipement de protection individuelle (EPI)

Il est très important d'utiliser l'équipement de protection personnelle uniquement quand la situation l'exige.

- Port du masque en continu pour tous les employés qui donnent des soins et qui sont **à moins de 2 mètres de l'usager**. Changement du masque s'il est mouillé, souillé ou à la fin du quart de travail. Le port du masque de procédure (ou chirurgical) est à privilégier s'il est disponible; s'il n'est pas disponible, il peut être remplacé par un couvre-visage (masque non médical) en tissus[1].

- Port puis retrait sécuritaire du masque de procédure et protection oculaire si l'employé est à moins de 2 mètres pour plus de 15 minutes d'un usager présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19.

- Port puis retrait sécuritaire de la blouse et des gants si l'employé est susceptible d'être en contact avec des éclaboussures ou sécrétions ou excrétions potentiellement contaminées d'un usager présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19.
  Procédure pour revêtir et retirer l'équipement de protection individuelle
  https://vimeo.com/399025696[2]

[1] https://www.inspq.qc.ca/publications/2973-port-masque-proteger-personnes-vulnerables-covid19
[2] https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections

Aménagement des lieux en CRJDA

- Présence des stations d'hygiène des mains à l'entrée de l'établissement ainsi qu'à l'entrée des unités, dans les salles communes, par exemple, les salles à manger, les salles d'activités, etc.

- Respect par l'ensemble des personnes présentes, incluant les employés, dans le CRJDA des mesures de base en prévention et contrôle des infections, notamment :
  - Mesures d'hygiène des mains;
  - Mesures d'hygiène et étiquette respiratoire;
  - Mesures de distanciation sociale.

Zone froide	Zone tiède	Zone chaude
• Distanciation à 2 mètres de toute personne. • Aucune restriction de mouvements avec activités en lieux communs. • Port du masque en continu pour tous les employés qui donnent des soins et qui sont **à moins de 2 mètres du jeune**.	• Isolement du jeune dans sa chambre. • Utilisation par cohorte des lieux communs avec mesures d'hygiène accrues (désinfection systématique des lieux et des équipements utilisés par le jeune immédiatement après usage). Si le jeune doit sortir de sa chambre (pour des besoins essentiels : par exemple : pas de toilette dans la chambre, consultation médicale requise) : • Lavage des mains; • Port du masque dès qu'il quitte sa chambre; • Distanciation à 2 mètres de toute personne; • Port du masque en continu pour tous les employés qui donnent des soins et qui sont **à moins de 2 mètres du jeune**.	• En plus des mesures de zone tiède. • Mise en place d'une équipe d'intervention dédiée à cette zone. • Les équipements de protection individuelle pour les intervenants additionnels sont requis (voir plus haut). • Aucun accès aux lieux communs.

Durée de l'isolement

Zone tiède	Zone chaude

• 14 jours si demeure asymptomatique.
• Si apparition des symptômes (fièvre, ou toux, difficultés respiratoires ou perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte du goût) :
  ○ Contacter la ligne info COVID-19 au 1 877 644-4545 au besoin;
  ○ Si le jeune a rapporté un contact avec un cas confirmé de COVID, contacter aussi la Direction de la santé publique;
  ○ Si le jeune teste positif, le diriger vers la **zone chaude**.
	• Au moins 14 jours après le début des symptômes **ET;**
	• 48 heures sans fièvre (sans prise d'antipyrétiques);
	• 24 heures sans symptômes aigus.
	OU
	• Selon l'avis d'un professionnel de la santé qui fait le suivi.

Pour plus de précision, consultez les documents suivants :

Pour des consignes générales :

- Guide d'autosoins
  https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/19-210-30FA_Guide-autosoins_francais.pdf?1584985897

Pour les consignes d'isolement, voir aussi les documents suivants sur l'isolement à la maison dans certaines situations :

- Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-210-31W.pdf
- Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de la COVID-19
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-210-32W.pdf
- Consignes à suivre pour la personne malade en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19

7 AVRIL 2020

SERVICES ESSENTIELS ET MODALITÉS DE TRAVAIL

Document produit par la Direction générale adjointe des services à la famille, à l'enfance et à la jeunesse

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) soutient que les services essentiels à maintenir dans le réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre du programme-services Jeunes en difficulté (JED) sont :

Pour les services de proximité :

- le programme d'intervention en négligence;
- le programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu;
- les services de réadaptation.

Pour les services en protection de la jeunesse :

- la réception et le traitement des signalements en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ);
- l'évaluation et l'orientation en vertu de la LPJ;
- l'application des mesures en vertu de la LPJ;
- la révision en vertu de la LPJ;
- le retrait du milieu familial et le placement;
- la tutelle en vertu de la LPJ;
- les services de soutien auprès des ressources de type familial;
- les services de réadaptation;
- le programme de Qualification des jeunes (PQJ) âgés de 16 à 19 ans.

Pour les services en justice pénale pour les adolescents :

- les activités de liaison avec le tribunal maintenues selon le plan de continuité des services de la Cour du Québec dans le contexte de la COVID-19;
- l'autorisation de détention avant comparution en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA);
- les rapports prédécisionnels pour les jeunes détenus en vertu de la LSJPA;
- le suivi de l'application des peines en vertu de la LSJPA.

Par ailleurs, le MSSS propose pour l'ensemble des services du programme-services JED, que ceux-ci soient ou non essentiels **(les services essentiels étant mis en caractère gras**), des modalités de travail pouvant être adoptées par les établissements. Ces dernières doivent être évaluées en fonction, notamment, de la capacité organisationnelle, du jugement clinique et de la disponibilité des moyens technologiques.

Les activités peuvent être modulées sur le plan de l'intensité ou de la modalité (en intervention directe auprès de l'usager ou non). Plusieurs aspects sont à prendre en considération, notamment l'analyse clinique des besoins, la disponibilité des moyens technologiques (télétravail, téléphone, Zoom, etc.), les directives concernant les visites professionnelles à domicile, etc.

Toute modalité retenue doit également être réalisée en respect des normes liées à la confidentialité et à la sécurité des informations.

Services JED – Première ligne

Services	Activités	Intervention directe auprès de l'usager	Autre modalité technologique
Suivi psychosocial	Intervenir directement auprès de l'usager	√	
	Effectuer un suivi auprès de l'usager		√
	Élaborer un plan d'intervention (PI)		√
	Signer le PI		√
	Rédiger des notes au dossier		√
	Référer vers d'autres services ou organismes du milieu		√
Programme d'intervention en négligence	Intervenir directement auprès de l'usager	√	
	Effectuer un suivi auprès de l'usager	√	
	Élaborer un PI		√
	Signer le PI		√
	Animer des activés de groupe ou multifamiliales (suspendues)	√	
	Référer vers d'autres services ou organismes du milieu		√
	Favoriser l'intégration sociale des familles		√
	Au terme de la prise en charge, assurer des relances systématiques		√
	Rédiger des notes au dossier		√
Programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu	Réaliser des interventions psycho-sociales et de réadaptation intensives dans le milieu où se vit la crise	√	
	Élaborer un PI		√
	Signer le PI		√
	Rédiger des notes au dossier		√
Services de réadaptation	Réaliser des interventions dans le milieu familial et autres milieux de vie fréquentés par le jeune, dont les milieux d'hébergement substituts	√	
	Élaborer un PI		√
	Signer le PI		√
	Rédiger des notes au dossier		√
Services de post-adoption	Assurer un suivi auprès des familles		√
	Rédiger des notes au dossier		√
Expertises psychosociales	Évaluer les besoins des enfants et les capacités parentales	√	
	Produire un rapport et formuler des recommandations		√
	Témoigner	√	

Services JED – Protection de la jeunesse et justice pénale pour les adolescents

Étapes d'intervention	Activités	Intervention directe auprès de l'usager	Autre modalité technologique
RTS	Recevoir les signalements		√
	Répondre aux demandes « infoconsultations »		√
	Réaliser des vérifications complémentaires		√
	Consulter le « registre des enfants signalés » et inscrire les enfants ayant fait l'objet d'un signalement		√
	Réaliser des vérifications complémentaires terrain	√	
	Adresser une demande au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (obtention des coordonnées de parents prestataires du programme d'aide financière de dernier recours afin de les localiser)		√
	Compléter l'outil SSP (système de soutien à la pratique)		√
	Tenir des discussions cliniques (coordonnateur clinique, chef de service)		√
	Référer, de manière personnalisée, aux services de proximité ou aux ressources du milieu, si la situation l'exige		√
	Saisir les suivis d'activité au dossier et rédaction du rapport		√
	Informer le signalant de la décision de ne pas retenir le signalement, si tel est le cas.		√
Évaluation-orientation	Consulter les informations contenues au dossier		√
	Communiquer avec le signalant		√
	Effectuer la cueillette d'informations		√
	Intervenir auprès de l'enfant, des parents et des milieux de vie substituts	√	
	Réaliser des visites surprises dans le milieu de vie	√	
	Saisir des suivis d'activités au dossier		√
	Compléter l'outil SSP		√
	Participer à des discussions cliniques (coordonnateur clinique, chef de service)		√
	Réaliser des consultations professionnelles		√
	Appliquer des mesures de protection immédiate / une entente provisoire	√	
	Référer, de manière personnalisée, aux services de proximité ou aux ressources du milieu, si la situation l'exige		√
	Participer aux tables d'orientation en présence des parents		√
	Rédiger le rapport, l'entente sur les mesures volontaires, l'entente sur une intervention de courte durée, etc.		√
	Signer l'entente, le PI		√
	Participer à des discussions avec le contentieux, rédiger la requête		√
	Audience au tribunal		√
	Transférer, de manière personnalisée, à l'intervenant à l'application des mesures		√

Étapes d'intervention	Activités	Intervention directe auprès de l'usager	Autre modalité technologique
Application des mesures	Consulter les informations contenues au dossier		√
	Intervenir auprès de l'enfant, des parents et des milieux de vie substituts	√	
	Superviser des contacts parents-enfants	√	
	Élaborer et réviser un PI		√
	Faire signer le PI par les parents et l'enfant		√
	Saisir les suivis d'activités au dossier de l'usager		√
	Participer à des discussions cliniques (coordonnateur clinique, chef de service)		√
	Rédiger le rapport de révision, l'entente sur des mesures volontaires, etc.		√
	Participer à une table de révision en présence des parents		√
	Tenir des discussions avec le contentieux, rédiger la requête		√
	Audience au tribunal		√
	Appliquer des mesures de protection immédiate	√	
	Référer la famille vers les ressources du milieu		√
Révision	Animer une table de révision en présence des parents		√
	Saisir les informations au dossier de l'usager		√
PQJ Interventions à adapter ou à reporter temporairement, selon les besoins du jeune et compte tenu, notamment : ▪ de fermetures (écoles, organismes, entreprises); ▪ des consignes de la santé publique; ▪ des directives concernant les visites professionnelles à domicile; ▪ de l'accès du jeune à des moyens technologiques.	Intervenir auprès du jeune	√	
	Élaborer un PI		√
	Compléter les outils		√
	Saisir les suivis d'activités au dossier de l'usager		√
	Participer à des discussions de supervision et d'encadrement professionnel		√

Les services en matière de justice pénale pour adolescents

Provenance de la demande	Services rendus lorsque applicables	Activités	Intervention directe auprès de l'usager	Autre modalité technologique
Police	**Autorisation de détention avant comparution**	Réception de la demande		√
		Consultation et saisie d'informations au dossier		√
		Discussions cliniques avec le chef		√
Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP)	Évaluation-orientation	Réception de la demande		√
		Consultation et saisie d'informations au dossier		√
		Échanges avec le jeune, sa famille et le complice, s'il y a lieu	√	
		Échange avec la victime		√
		Rédaction du rapport ou de l'entente		√
		Discussions cliniques avec le chef, le soutien aux activités cliniques (SAC) ou le partenaire		√
		Signature de l'entente ou du formulaire Décision-orientation par les parties concernées		√
	Suivi des sanctions extrajudiciaires	Référence et suivi avec l'organisme de justice alternative ou l'Equijustice		√
	Réévaluation	Consultation et saisie d'informations au dossier		√
		Échanges avec le jeune, sa famille et le complice, s'il y a lieu		√
		Rédaction du rapport		√
		Discussions cliniques avec le chef, le SAC ou le partenaire		√
		Signature de l'entente ou du formulaire Décision-orientation par les parties concernées		√
		Acheminer le formulaire au DPCP		√
Tribunal	**Rapport prédécisionnel**	Consultation et saisie d'informations au dossier		√
		Échanges avec le jeune et sa famille		√
		Rédaction du rapport		√
		Discussions cliniques avec le chef, le SAC ou le partenaire		√
		Présenter le rapport à l'usager et à ses parents (s'il y a lieu)		√
		Présenter le rapport au tribunal		√
	Suivi avant le prononcé de la peine	Consultation et saisie d'informations au dossier		√
		Échanges avec le jeune et sa famille	√	
	Suivi des peines	Consultation et saisie d'informations au dossier		√
		Réalisation du PI ou du plan de services individualisés		√
		Échanges avec le jeune et sa famille En présence obligatoire : • suivi dans la collectivité • garde différée • à haut risque de récidive	√	

		Discussions cliniques avec le chef, le SAC ou le partenaire		√
		Rédaction du rapport de fermeture		√
	Examen	Consultation et saisie d'informations au dossier		√
		Échanges avec le jeune et sa famille		√
		Rédaction du rapport		√
		Discussions cliniques avec le chef, le SAC ou le partenaire		√
Transfert inter DP	Transfert inter DP	Réception de la demande (si par télécopieur, en présence, si par courriel, en télétravail)		√
		Consultation et saisie d'informations au dossier		√

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 14 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

La situation actuelle en lien avec la COVID-19 impose une réaffectation des effectifs médicaux. Dans ce contexte, plusieurs médecins avec une réaffectation confirmée éprouvent le besoin d'avoir des réponses à des questions d'ordre clinique. Pour ce faire, nous offrons un service personnalisé aux médecins qui ont été réaffectés dans des milieux où ils ont à réaliser des activités cliniques qu'ils ne pratiquent pas de façon régulière.

Le service de Centre d'appels MEDCOVID-19, mis en place avec la collaboration de la Fédération des médecins spécialistes du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, permet d'aiguiller un médecin ayant une réaffectation confirmée vers un répondant, également médecin, qui est en mesure d'offrir un soutien en matière d'informations cliniques.

Néanmoins, les médecins réaffectés sont d'abord invités à utiliser les corridors et les référents auxquels ils ont habituellement recours pour obtenir le soutien de leur établissement ou de leur communauté médicale. Le Centre d'appels MEDCOVID-19 est réservé aux situations et aux besoins qui ne peuvent être répondus grâce aux mécanismes internes déjà en place.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

L'équipe du Bureau de l'accès aux services médicaux de proximité de Montréal du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, assure la coordination du service.

Le numéro sans frais **1-833-MED-COVI** (1-833-633-2684) est opérationnel **depuis aujourd'hui, le 14 avril 2020, 8 h.**

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Chefs de Département régional de médecine générale
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-002502-84

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 14 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES, DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous informer des nouveaux éléments adoptés, en date du 14 avril 2020, par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en suivi des travaux effectués par **le Sous-comité COVID-19 en cancérologie,** et sont appuyés par le Comité directeur clinique COVID-19. **Ceci est la lettre numéro 7 en cancérologie.**

Recommandations pour le secteur de l'oncologie pédiatrique

Bien que les traitements systémiques immunosuppresseurs contre le cancer semblent augmenter significativement les risques de complications de la COVID-19 chez la population adulte, aucune donnée n'est actuellement disponible concernant ce taux de complication chez la clientèle pédiatrique traitée pour un cancer.

Toutefois, étant donné la fragilité connue de cette clientèle face aux différentes infections, il était important de fournir au réseau de cancérologie des règles spécifiques à l'oncologie pédiatrique, qui sont complémentaires à celles déjà publiées en cancérologie. Vous trouverez en annexe le document « Recommandations concernant à la prise en charge de la clientèle en oncologie pédiatrique dans le contexte de la COVID-19 ».

Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 - Volet cancer du sein

Certains cancers ont une évolution plus lente, et certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Dans ce contexte, des travaux en cancérologie sont menés pour mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devrait être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permet qu'un accès limité.

Vous trouverez ci-joint le document « Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 - Volet cancer du sein ».

Des recommandations portant sur d'autres sièges de cancer suivront au cours des prochains jours.

Prenez note que des mises à jour et des documents sur d'autres volets de la cancérologie suivront dans les prochains jours et selon l'évolution de la situation. Nous vous remercions d'assurer la diffusion de ces informations au sein de vos équipes.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. Recommandations concernant à la prise en charge de la clientèle en oncologie pédiatrique dans le contexte de la COVID-19
Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 - Volet cancer du sein

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M[me] Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-84

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 - Volet cancer du sein

Recommandations en date du 14 avril 2020 pour le volet cancer du sein

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Le présent guide a été réalisé par un comité d'experts en contexte d'urgence sanitaire. Il est basé sur la documentation disponible au moment de sa publication et est adapté à la réalité québécoise.

Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC)

est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Ces recommandations sont modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en cancérologie lorsqu'applicable. Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activité en cancérologie en situation de pandémie COVID-19 ». Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée;
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
  - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie;
  - Que les délais ne seront pas excessifs;
  - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente;
  - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état;
  - De répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévaluées périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.
- Bien que des alternatives thérapeutiques non standard soient parfois proposées dans les recommandations, celles-ci devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement offertes sur recommandation d'un CDTC en tenant compte de la

disponibilité des ressources (traitement standard non accessible) de même que des risques et des bénéfices des traitements en contexte de pandémie COVID-19.

Considérations générales - volet cancer du sein

Mesures devant être mises en application dès maintenant et pour toute la durée de la période de la pandémie :

- Reporter les chirurgies préventives;
- Reporter les chirurgies controlatérales pour des seins normaux;
- Reporter toute reconstruction simultanée de type lambeau (DIEP, TRAM, grand dorsal).

Notez qu'une chirurgie plus restreinte de type prothèse ou expanseur, lors de la mastectomie totale, n'est pas d'emblée contre-indiquée en tenant compte des avantages et des risques, et ceci chez des patientes choisies (exemples : pas de radiothérapie avant cette chirurgie, non-fumeuses).

Cette double procédure avec une équipe de deux chirurgiens allonge le temps opératoire cependant. Cette décision devra être adaptée selon la période de la pandémie, les disponibilités opératoires, les équipes et la prise en charge sécuritaire des complications qui peuvent survenir.

Les sous-types à traiter seront divisés selon le traitement qui s'en suit et leur urgence relative.

Cancer du sein triple négatif à visée curative

La chimiothérapie et la chirurgie sont nécessaires dans la plupart des cas.

Si la chimiothérapie néoadjuvante est jugée optimale, elle devrait être privilégiée, car en l'absence d'une rémission pathologique complète à la chirurgie, un traitement complémentaire ayant démontré une augmentation de la survie peut être considéré.

Un délai moins de 4 semaines est souhaité.

- Stade 1 :
  - Une chirurgie d'emblée, conservatrice ou non, est recommandée;
  - Amorcer la chimiothérapie adjuvante en moins de 8 semaines suivant la chirurgie.
- Stades 2 et 3 :
  - Privilégier une chimiothérapie néoadjuvante avec une taxane et une anthracycline;

- L'ajout de carboplatine n'est pas recommandé en période de pandémie COVID-19 pour limiter le risque de toxicité qui pourrait occasionner des visites additionnelles à l'hôpital;
- Utiliser le G-CSF de façon plus libérale chez les patientes à risque de neutropénie;
- Ne pas commencer de protocole de recherche avec immunothérapie comme l'atézolizumab et le pembrolizumab pendant cette période;
- Poursuivre les protocoles de recherche déjà en cours.

- Si une chimiothérapie néoadjuvante a déjà été amorcée avant la période COVID-19 et se termine durant la période COVID-19 :
  - La chirurgie devrait être priorisée;
  - La capécitabine n'est pas contre-indiquée durant cette période si avantageuse en traitement néoadjuvant.

Cancer du sein HER2 positif à visée curative

Comme le traitement systémique est indiqué chez la majorité des patientes, un traitement néoadjuvant de chimiothérapie et traitement ciblé devrait être privilégié. Encore chez ce sous-groupe, une rémission pathologique complète est un marqueur de meilleur pronostic et il peut y avoir modulation du traitement anti-HER2 en postopératoire lorsqu'une rémission complète à la pathologie n'est pas atteinte.

- Stade 1 :
  - Procéder à une chirurgie d'emblée, conservatrice ou non, dans un délai de moins de 4 semaines;
  - Débuter une chimiothérapie adjuvante dans les 6 à 8 semaines après l'opération;
  - Si le(s) ganglion(s) est/sont négatif(s) à la chirurgie, prioriser un traitement de taxol hebdomadaire x 12 et trastuzumab, sans anthracycline;
  - La décision de la durée (6 ou 12 mois) pourrait être faite en CDTC.

- Stades 2 et 3 :
  - Donner une chimiothérapie néoadjuvante avec thérapie ciblée anti-HER2, sauf si l'âge et les comorbidités ne le permettent pas;
  - Séquence d'anthracycline et taxane/trastuzumab;
  - TCH est une option raisonnable afin d'éviter une anthracycline;
  - Si le docétaxel est utilisé, associer un G-CSF pour éviter la neutropénie fébrile durant la période de la COVID-19;

- Réaliser la chirurgie entre 4 et 6 semaines après la fin de la chimiothérapie;
- Dans l'attente de la chirurgie, continuer le trastuzumab aux 3 semaines;

- Consensus de débuter TDM-1 si indiqué en postopératoire :
  - Note : le TDM n'est pas contre-indiqué, mais il comporte des risques de pneumopathie connus d'environ 1 %.
- Penser à débuter le traitement antihormonal si la radiothérapie est retardée en postopératoire.

- Si une chimiothérapie néoadjuvante a déjà été amorcée et se termine durant la période COVID-19, une chirurgie devrait devenir prioritaire et être réalisée dans un délai de moins de 6 semaines :
  - Dans l'attente de cette chirurgie, continuez le trastuzumab aux 3 semaines;
  - Consensus de débuter TDM-1 si indiqué en postopératoire :
    - Note : le TDM n'est pas contre-indiqué, mais il comporte des risques de pneumopathie connus.
  - Penser à débuter le traitement antihormonal si la radiothérapie était retardée en postopératoire.

Récepteurs hormonaux positifs à visée curative

Il est rare qu'un traitement endocrinien ne puisse être débuté si les récepteurs hormonaux sont positifs et le HER2 négatif.

Patiente préménopausée

Un traitement néoadjuvant endocrinien n'est actuellement pas considéré comme un traitement habituel chez ces patientes.

- Stade 1 et certains stade 2 sans ganglions atteints :
  - La chirurgie est le traitement habituel et elle devrait être réalisée en moins de 8 semaines;
  - Un traitement néoadjuvant endocrinien peut être amorcé si le délai appréhendé était trop long et cette chirurgie devrait être priorisée par la suite;
  - Réévaluation clinique rapprochée.

- Stade 2 avec ganglions positifs ou stade 3 en présence de tumeur avec caractéristiques non prolifératives :
  - La chirurgie d'emblée à réaliser dans un délai de moins de 8 semaines serait à considérer dans ce sous-groupe;

- Un traitement néoadjuvant endocrinien peut être amorcé si le délai de chirurgie était trop long et cette chirurgie devrait être priorisée par la suite;
- Réévaluation clinique rapprochée.

- Stade 2 avec ganglions positifs ou stade 3 en présence de tumeur agressive et caractéristiques prolifératives (grade 3, EVL+, niveau de positivité des RH) :
  - Une chimiothérapie devrait être débutée;
  - La chirurgie devrait être priorisée dans un délai de moins de 6 semaines à la suite de la chimiothérapie.

<u>Patiente ménopausée</u>

- Stades 1 et 2, sans ganglions atteints :
  - La chirurgie est le traitement habituel;
  - Pendant la période de la COVID-19, un traitement endocrinien néoadjuvant peut être débuté;
  - La patiente devrait avoir été vue et un examen clinique est recommandé pour pouvoir suivre la réponse clinique;
  - Un suivi téléphonique doit être fait après 6-8 semaines :
    - Pour s'assurer que le traitement est toléré;
    - Pour s'assurer qu'il n'y a pas d'augmentation rapide de la tumeur;
    - Pour devancer le rendez-vous en personne si une progression est suspectée.
  - Prévoir un rendez-vous en personne, 3 à 4 mois après le début du traitement endocrinien;
  - La chirurgie peut être retardée après la pandémie de COVID-19 et elle devrait être réalisée au plus 6 mois après le début du traitement.

- Stade 2 avec ganglions axillaires positifs et stade 3 :
  - Un traitement chirurgical est indiqué, mais il serait considéré moins prioritaire pendant la pandémie de COVID-19;
  - Un traitement endocrinien néoadjuvant peut être débuté si la chirurgie était retardée;
  - La patiente devrait être réévaluée de façon rapprochée pendant cette période (voir recommandations précédentes) et la chirurgie priorisée si non tolérante au traitement endocrinien ou en présence de symptômes suggérant une évolution de la maladie.

- Stade 3 non opérable et/ou indice de prolifération élevé présent (grade 3-ELV+++, récepteurs hormonaux œstrogéniques faibles ou progestatifs négatifs) :

- La chimiothérapie devrait être considérée (tenir compte de l'âge et des facteurs de comorbidité);

- Considérer une anthracycline et une taxane;
- Si le délai ou la condition de la patiente ne permettent pas une chimiothérapie, un traitement endocrinien est alors à débuter avec suivi rapproché;
- Une chirurgie est réalisée après le traitement si possible.

Cancer *in situ*

Pour la période de la COVID-19, les récepteurs hormonaux doivent être effectués sur les trocarts pour mieux orienter la décision.

- Une chirurgie peut être nécessaire si le carcinome canalaire *in situ* (CCIS) était associé à l'une des situations suivantes :
  - Tumeur palpable ou de grande taille ou multicentrique;
  - Grade élevé/comédonécrose;
  - Récepteurs hormonaux négatifs (car possibilité haute d'infiltrant).
- En présence de ces facteurs, le délai acceptable pour la chirurgie devrait être de moins de 3 mois (consensus);
- Un traitement endocrinien néoadjuvant n'est pas recommandé;
- Pour tous les CCIS sans les critères ci-haut mentionnés :
  - Le délai pour la chirurgie devrait être de moins de 6 mois (consensus);
  - Ne pas donner un traitement endocrinien néoadjuvant (consensus).

Cancer métastatique

Pour les indications relatives au cancer métastatique, vous reporter aux indications contenues dans le document *Recommandations et procédures spécifiques à l'administration de traitements systémiques pour la COVID-19 et la protection des personnes touchées par le cancer et des professionnels.*
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations particulières pour la radiothérapie

L'administration des traitements de radiothérapie sera affectée par la pandémie de COVID-19. Les absences anticipées du personnel (technologues, physiciens médicaux ou radio-oncologues) entraîneront une diminution de la capacité de traitement. De plus, le risque d'infection des patientes à la COVID-19 devra être évalué par rapport aux bénéfices oncologiques.

Le report des traitements sera préconisé selon la situation et pour certaines patientes opérées à faible risque de récidive, la radiothérapie pourra être omise sans effet sur la survie globale.

Les schémas de radiothérapie hypofractionnée (comprenant moins de visites de traitement) seront à privilégier incluant l'irradiation partielle pour les patientes éligibles et la radiothérapie régionale (sur les aires ganglionnaires) hypofractionnée pour les cancers localement avancés.

Délai pour le début de la radiothérapie en période de pandémie COVID

Les pratiques et/ou évidences actuelles :

- Un délai jusqu'à 20 semaines peut être envisagé pour les cancers du sein de stade T1-2 N0-1 (Étude canadienne 2009);
- Pour les patientes avec chimiothérapie adjuvante, un délai de 8 semaines est généralement acceptable. En période de pandémie, il pourrait être adéquat de retarder jusqu'à un maximum de 12 semaines;
- Commencer un traitement endocrinien, lorsqu'indiqué, en attendant le début de la radiothérapie.

Omission de la radiothérapie

Carcinome canalaire in situ

Omission possible selon les données du RTOG9804, en fonction des critères suivants :

- < 2,5 cm, grade 1 ou 2, non palpable, marges de 3 mm et plus (mais selon les données chirurgicales 1-2 mm pourrait être adéquat) :
  - Risque de récidive locale faible et pas de bénéfice de survie;
  - Caractéristiques patientes dans l'étude : taille médiane 5 mm, âge médian 58 ans.

Carcinome infiltrant

Omission possible pour les patientes de plus de 65 ans avec un cancer à bon pronostic :

- Tumeur jusqu'à 3 cm, N0, grade 1-2, RH +, HER-, marges négatives et prise d'un traitement endocrinien;
- Risque récidive locale faible et pas de bénéfice de survie.

Doses et fractionnement possibles selon les techniques déjà établies dans le centre

En période de pandémie de COVID-19, avec des équipes qui pourraient être incomplètes, il serait préférable de privilégier des techniques déjà établies.

Radiothérapie hypofractionnée

- Sein seulement : considérer 40 Gy en 15 fractions;
- Irradiation locorégionale postchirurgie conservatrice ou mastectomie totale avec ou sans reconstruction :
    - Dans le contexte de la pandémie, considérer 40Gy en 15 fractions ou 42,56Gy en 16 fractions;
    - La dose de 42,56 Gy en 16 fractions (avec possibilité de 40 Gy en 16 fractions sur le champ sus-claviculaire/axillaire) est utilisée dans la majorité des études en cours (exemples : MAC.23, MA.39, RHEAL);
    - L'étude rétrospective du BCCA ne démontre pas d'augmentation de la toxicité (publié) et le résultat oncologique est similaire (abstract).
- Étude FAST Forward :
    - Irradiation du sein seulement : 26 Gy en 5 fractions une fois par jour. Majorité ≥ 50 ans. Données disponibles seulement pour toxicité à 3 ans. Publication probablement sous peu;
    - Groupe irradiation locorégionale : pas de résultats pour l'instant;
    - Une technique de « tangentes réduites » comme dans IMPORT LOW pourrait être utilisée avec le fractionnement du FAST Forward. Technique plus facile qu'une irradiation partielle traditionnelle.

Irradiation partielle (PBI)

- Pour les femmes avec caractéristiques suivantes selon le consensus de l'ASTRO 2017 : indiqué pour les ≥ 50 ans et CCIS ou T1 et tous les critères suivants : asymptomatique, grade 1-2, ≤ 2,5 cm, marges négatives ≥ 3 mm;
- À évaluer aussi pour les femmes de 50 ans et plus avec caractéristiques suivantes selon consensus de l'ASTRO 2017 : « *cautionary* » : 1 des critères suivants : 2,1 cm à 3 cm, unifocal, marges <2 mm, LVI focal, RH-, lobulaire infiltrant, CCIS pur ≤ 3 cm, CCIS extensif ≤ 3 cm.
- Technique et fractionnement de radiothérapie partielle :
    - Un traitement de 5 fractions est à privilégier pour diminuer le nombre de visites au centre : 27,5 Gy en 5 fractions (OPAR, technique 3D-CRT), 30 Gy en 5 fractions aux 2 jours (Florence, technique IMRT).

Radiothérapie hebdomadaire

- Radiothérapie sur tout le sein de 28,5 Gy en 5 fractions, une fraction par semaine, pour les femmes de plus de 50 ans, T1-2, N0 (étude FAST);
- Risque de récidive idem à 10 ans, mais étude de toxicité.

Surdosage au lit tumoral

- Pour les CCIS :
  - Pas de littérature prospective appuyant l'ajout d'un surdosage.
- Pour les cancers infiltrants :
  - ≤ 40-50 ans : un surdosage devrait être effectué;
  - Pour les autres patientes, le surdosage au lit tumoral devrait être ajouté selon les facteurs de risque de récidive;
  - Si surdosage, une dose de 10 Gy en 4 fractions est suggérée (ou 12,5 Gy en 5 fractions si marges positives);
  - Privilégier les surdosages en photons plutôt qu'en électrons.

BED et Doses équivalentes 2 Gy

* Pour le cancer sein, les études ont démontré que le α/β est d'environ 3 :

	BED		Dose équivalente à 2Gy/fx	
	α/β=3	**α/β=10**	**α/β=3**	**α/β=10**
50Gy/25fx	**83.33**	60		
40.05Gy/15fx	**75.69**	50.74	**45.42**	42.29
42.56Gy/16fx	**80.3**	53.88	**48.18**	44.9

Radiothérapie néoadjuvante à dose unique pour le traitement des patientes atteintes d'un cancer du sein dans un contexte où la chirurgie ne peut être effectuée dans un délai raisonnable

Un avis rapide a été demandé à l'INESSS sur la question. Les recommandations sont à l'effet que l'INESSS :

- Estime que la radiothérapie néoadjuvante à dose unique est une approche expérimentale qui n'a pas été validée cliniquement dans une grande cohorte avec un traitement comparateur. L'efficacité et l'innocuité à moyen et à long terme sont inconnues.
- Rappelle que la chirurgie doit être privilégiée, si le bloc opératoire est disponible; sinon, que l'hormonothérapie néoadjuvante soit envisagée.

- Propose que la radiothérapie néoadjuvante à dose unique puisse être considérée pour les patientes présentant un cancer du sein de stade précoce à faible risque (taille < 3 cm, grade 1 ou 2, RH+, HER2-), seulement lorsque la chirurgie ne peut être effectuée, que l'hormonothérapie néoadjuvante n'a pas eu les résultats escomptés et que toutes les alternatives thérapeutiques ont été évaluées dans le contexte sanitaire actuel lié à la COVID-19.
- Met en garde que la radiothérapie néoadjuvante à dose unique ne devrait être réalisée que dans les centres habilités (pratiquant de manière usuelle la radiothérapie stéréotaxique [SBRT]), en raison de la toxicité potentielle associée à la forte dose de radiothérapie.

L'avis complet sera disponible sur le site de l'INESSS : https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html

Priorisation des chirurgies oncologiques

Tableau 1 : Priorisation des chirurgies oncologiques et délais **maximums** en période de COVID-19

Délai maximal adapté à la pandémie COVID-19	Indications chirurgicales
Priorité 1 – délais habituels de moins de 2 semaines	
≤ 4 semaines	• Tumeur triple négative pour chirurgie d'emblée • Tumeur HER2+ pour chirurgie d'emblée • Angiosarcome • Si échec et progression sous traitement néoadjuvant quel que soit le type de tumeur
Priorité 2 – délais habituels de moins de 4 semaines	
≤ 6 semaines	• Post traitement néoadjuvant • Triple négatif • HER2+ • Tumeur phyllode maligne • Patiente ayant eu une première chirurgie et en attente d'une seconde pour décision thérapeutique ou poursuite des trajectoires
≤ 8 semaines	• Patiente préménopausée stades 1-2-3 RH+HER2- non-candidate à un traitement néoendocrinien (et même si un tel traitement a été débuté) • Patiente ménopausée stade 2 avec ganglions + et stade 3 RH+HER- • Patiente avec chimiothérapie néoadjuvante complétée RH+/HER2-
Entre 12 semaines et 6 mois	• Cancer chez patientes ménopausées avec récepteurs hormonaux + de stades 1 et 2 sans ganglions atteints et chez qui une hormonothérapie a été débutée en raison de la période de COVID-19
≤ 3 mois	• CCIS haut risque
≤ 6 mois	• CCIS faible risque et lésions atypiques

Délais habituels recommandés d'accès à la chirurgie par le MSSS (hors COVID) : 90 % des chirurgies effectuées à l'intérieur de 28 jours et 100 % des chirurgies effectuées à l'intérieur de 56 jours.

Priorisation des traitements systémiques

Tableau 2 : Priorisation des traitements systémiques et délais **maximums** en période de COVID-19

Délai maximal adapté à la pandémie COVID-19	**Indications de traitement systémique**
≤ 4 semaines	• Thérapie néoadjuvante HER2+ • Thérapie néoadjuvante triple négatif
≤ 6-8 semaines	• Thérapie néoadjuvante RH+ et HER2- chez patientes préménopausées • Thérapie adjuvante HER2+ • Thérapie adjuvante triple négatif • Thérapie post néoadjuvante HER2+
≤ 8-10 semaines	• Toutes autres thérapies adjuvantes

Les délais habituels recommandés d'accès aux traitements systémiques par le MSSS (hors COVID) : 90 % des traitements débutés à l'intérieur de 28 jours et 100 % traitements débutés à l'intérieur de 56 jours.

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce guide :

Dre Louise Provencher, présidente du Comité de cancérologie mammaire du Programme québécois de cancérologie (PQC), chirurgienne oncologue, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL)

Dre Danielle Charpentier, oncologue médicale, cogestionnaire médicale du programme de cancérologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dr Jamil Asselah, oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Dr Michael Yassa, radio-oncologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Dre Valérie Théberge, radio-oncologue, CHU de Québec – UL

Dre Catherine Prady, oncologue médicale, cogestionnaire médicale, du Centre intégré de cancérologie de la Montérégie et du Réseau de cancérologie de la Montérégie

Dr Michel Pavic, chef du service d'hémato-oncologie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dre Laurence Eloy, médecin-conseil, PQC

Dr Jean-François Boileau, chirurgien oncologue, Hôpital général juif

Dre Jocelyne Chiquette, médecin responsable, Centre de coordination des services régionaux de la Capitale-Nationale, Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Dre Julie Lemieux, hémato-oncologue, CHU de Québec – UL

Dre Brigitte Poirier, chirurgienne oncologue, CHU de Québec – UL

Dr Rami Younan, chirurgien oncologue, CHUM

Dr Tarek Hijal, radio-oncologue, Centre universitaire de santé McGill

Mme Annick Dufour, pharmacienne, présidente du Comité de l'évolution de la pratique des soins pharmaceutiques (CEPSP)

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Mme Sara Vaillancourt, conseillère en offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Approuvé par : les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le PQC.

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations concernant à la prise en charge de la clientèle en oncologie pédiatrique dans le contexte de la COVID-19

Recommandations en date du 14 avril 2020

Bien que les traitements systémiques immunosuppresseurs contre le cancer semblent augmenter significativement les risques de complications de la COVID-19 chez la population adulte, aucune donnée n'est actuellement disponible concernant ce taux de complication chez la clientèle pédiatrique traitée pour un cancer.

Toutefois, étant donné la fragilité connue de cette clientèle face aux différentes infections, il semble primordial d'établir certaines règles propres à celle-ci, en complément des recommandations du gouvernement et des autorités de santé publique.

Ces recommandations sont complémentaires aux diverses orientations émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Contexte d'administration des traitements oncologiques pédiatriques

Comme pour la clientèle adulte, les traitements pour les cancers pédiatriques nécessitent de la chimiothérapie, de la radiothérapie, de la chirurgie ou des agents ciblés qui peuvent altérer les réponses immunitaires. En outre, certains cancers peuvent conduire à une dysfonction immunitaire. Les enfants atteints de cancer sont donc considérés comme pouvant avoir un risque accru de contracter des maladies transmissibles telles que la COVID-19. Ce risque ne doit pas nous empêcher de donner le traitement approprié lorsqu'indiqué, mais une évaluation des risques doit être faite, partagée avec le patient ou sa famille et la décision de modification de traitement inscrite dans le dossier, le cas échéant.

En complément des recommandations de santé publique que doivent suivre les centres hospitaliers pour s'assurer que le risque de contagion de la COVID-19 est aussi faible que possible, le présent document contient les recommandations pour ajuster la prise en charge et l'administration des traitements contre le cancer chez les enfants dans la situation exceptionnelle causée par la pandémie de COVID-19.

1. Principes de base

- Le personnel œuvrant auprès de la clientèle en cancérologie pédiatrique devrait le moins possible être partagé avec l'urgence ou les unités de soins où séjournent les patients COVID-19 positifs ou soupçonnés de l'être, sauf si des traitements nécessitant leur expertise spécifique y sont administrés.
- De façon générale, il est recommandé qu'un visiteur soit présent au chevet de l'enfant hospitalisé et qu'un seul accompagnateur soit auprès de l'enfant lors des visites au centre de jour d'hémato-oncologie.

2. Priorisation en matière de soins

La priorisation A définie dans le document « Recommandations et procédures spécifiques à l'administration de traitements systémiques pour la COVID-19 et la protection des personnes touchées par le cancer et des professionnels » devrait être considérée pour la presque totalité des patients en traitement pour un cancer pédiatrique (Priorisation A : personne dont l'état met immédiatement la vie en danger et pour lequel il existe un traitement efficace). Tout patient pédiatrique atteint de cancer et pour lequel il existe un traitement d'efficacité démontré devrait donc recevoir ce traitement.

La décision d'interrompre les traitements temporairement pour un patient connu positif à la COVID-19 devrait être discutée entre les différents spécialistes (hémato-oncologues, infectiologues, radio-oncologues, chirurgiens, etc.) en tenant compte des risques et bénéfices selon la situation du patient.[1]

En tout temps, il est important d'exercer un jugement clinique mettant en balance l'efficacité du traitement et la protection du patient et des soignants contre les risques d'infection à la COVID-19; en cas de doute ou de désaccord au sein de l'équipe, il est recommandé de faire appel aux ressources d'éthique clinique disponibles dans les établissements.

3. Clientèles

Clientèle ambulatoire

Les alternatives pour éviter les visites à l'hôpital doivent être favorisées :

- Les rendez-vous de suivi de patients ayant terminé leurs traitements doivent idéalement se faire par contact téléphonique ou en rencontre virtuelle afin d'éviter la fréquentation du milieu hospitalier;
- Seuls les patients en traitement actif ou ceux pour qui les besoins nécessitent une intervention prioritaire de l'équipe de cancérologie (fin de traitement récente, risque de rechute, complication et séquelles post traitement, etc.)

doivent être pris en charge au centre d'oncologie. Selon les recommandations de l'équipe de cancérologie, une visite auprès du pédiatre ou du médecin de famille pourrait être envisagée lorsque cela est considéré possible.

- Selon la situation, il est recommandé d'évaluer la possibilité d'effectuer les examens de laboratoire à l'extérieur du centre hospitalier lorsque ce service est disponible et jugé sécuritaire. Si l'équipe de cancérologie juge qu'il est plus sécuritaire de maintenir les prélèvements au centre hospitalier, les prélèvements devraient être effectués à l'intérieur du centre de cancérologie plutôt qu'au centre de prélèvements de l'établissement.

Les patients sous traitement doivent être isolés à la maison entre leurs traitements avec les personnes vivant sous le même toit. Toute sortie devrait être évitée par l'ensemble de ces personnes lorsque cela est possible.

Un triage en amont doit être effectué auprès de l'ensemble de la clientèle devant se présenter au centre de cancérologie afin d'éviter des contacts et de planifier la trajectoire du patient avant son arrivée au centre hospitalier. Lorsque possible, le patient présentant des symptômes liés à la COVID-19 devrait être dépisté avant la visite au centre de cancérologie. Il faut se référer aux directives du Service de la prévention et contrôle des infections de votre établissement pour identifier le fonctionnement applicable.

L'accès à la zone froide des services ambulatoires des centres de cancérologie est à éviter pour tout patient ou son parent, qu'il soit en traitement ou non, dans les conditions suivantes:

- En suspicion, en attente d'un résultat de dépistage ou confirmé comme infecté par la COVID-19;
- Contact avec une personne ayant reçu un résultat de test positif à la COVID-19;
- Ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19, incluant la fièvre isolée ou tout autre symptôme retenu par les établissements;
- Ayant récemment perdu le goût ou l'olfaction.

Un patient présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 doit être placé en isolement dès son arrivée pour être évalué. Ces patients doivent être vus et isolés dans une zone tiède spécifique à la clientèle d'hématologie-oncologie.

Si le patient a un résultat confirmant une infection à la COVID-19 et que des traitements hémato-oncologiques sont absolument nécessaires[1], il devrait recevoir ces traitements dans une zone chaude identifiée par l'établissement. Ces traitements devraient être

donnés par le personnel détenant une expertise en hématologie-oncologie et dédié aux zones tiède et chaude.

Afin de préserver la sécurité physique et psychosociale des patients :

- Maintenir les évaluations par les infirmières pivots des aspects biopsychosociaux, la gestion des symptômes, l'enseignement et autres suivis des patients en privilégiant la pratique téléphonique ou virtuelle lorsque possible.
- Maintenir les rencontres avec un pharmacien pour l'évaluation, l'histoire médicamenteuse, les conseils au patient ainsi que le suivi de la thérapie médicamenteuse et des symptômes, en privilégiant le téléphone ou la rencontre virtuelle. Les prescriptions non traitées dans les centres de cancérologie devraient être envoyées par l'établissement aux pharmacies communautaires afin de diminuer les visites des patients dans ces pharmacies. Les services de livraison à domicile devraient ensuite être utilisés par la clientèle. Pour éviter une éventuelle interruption de service, les oncologues seront autorisés à renouveler verbalement (exceptionnellement durant la période de la pandémie) les ordonnances de chimiothérapie aux pharmaciens experts en oncologie. Le patient doit avoir été évalué par un professionnel de la santé autorisé auparavant (ex. : infirmière, pharmacien).
- Maintenir les activités de réadaptation par les ergothérapeutes et les physiothérapeutes pour la clientèle chez qui l'arrêt de ces activités pourrait entraîner des risques de détérioration de leur intégrité physique et les mettre à risque de complications médicales plus importantes.
- Privilégier les consultations par téléphone ou par rencontre virtuelle et éviter les rencontres en présence pour tous les autres professionnels.
- Les contacts directs avec les bénévoles et les intervenants des différents organismes devraient être faits uniquement par téléphone ou en rencontre virtuelle.

Les déplacements entre les différentes régions du Québec sont actuellement limités. Dans ce contexte, les rendez-vous prioritaires pour les patients vivant en régions éloignées des centres de cancérologie pédiatriques spécialisés devraient être réévalués et la possibilité d'effectuer les visites dans un centre de cancérologie de proximité devrait être envisagée.

Les visites à l'urgence devraient être évitées pour les patients en traitement et éprouvant des symptômes (exemple: neutropénie fébrile). Les services d'urgence devraient être offerts le plus possible au sein du centre de cancérologie. Lorsque le passage à l'urgence ne peut être évité, des protocoles doivent être clairement établis

pour isoler rapidement le patient et permettre une prise en charge rapide par l'hémato-oncologue de garde pour éviter une contamination.

Clientèle hospitalisée

Patient avec résultat de test COVID positif :

À la réception d'un résultat de test positif, le patient devrait être hospitalisé en isolement et sur une unité de soins identifiée chaude au sein de l'établissement.

Patient suspecté d'être atteint :

Lorsqu'un patient est considéré suspect sur les unités d'hospitalisation d'hématologie-oncologie pédiatrique, il devrait être transféré dans une zone tiède identifiée par l'établissement ou être isolé sur l'unité de soins d'hématologie-oncologie selon les règles de la prévention des infections de chacun des établissements en attendant les résultats du test de dépistage.

Les mesures d'isolement sont à établir selon les critères de sévérité et selon les directives relatives aux zones dans les établissements. Lorsque le patient est déplacé à l'extérieur de l'unité, le patient devrait réintégrer rapidement l'unité d'hématologie-oncologie à la réception d'un résultat de test négatif.

Pendant l'hospitalisation dans la zone froide, le patient doit demeurer dans la chambre en tout temps. Un seul parent devrait être autorisé à rester au chevet et la circulation hors de la chambre d'hospitalisation devrait être exceptionnelle pour ce dernier. Il est possible que les directives quant aux nombres d'accompagnateurs et de visiteurs diffèrent selon les règles établies dans chacun des établissements. Il est toutefois nécessaire de minimiser au maximum le nombre permis afin de se conformer aux règles ministérielles. Si le patient est hospitalisé dans une zone tiède ou chaude et doit recevoir des traitements hémato-oncologiques prioritaires[1], ces traitements devraient être administrés par le personnel détenant l'expertise nécessaire. Lorsque possible, ce personnel doit être dédié aux zones tiède et chaude et éviter de fréquenter la zone froide.

Radio-oncologie

La clientèle pédiatrique est considérée prioritaire pour la totalité des patients en traitement à visée curative pour un cancer pédiatrique ou à visée palliative pour certains de ces patients (ex. : métastases osseuses douloureuses, métastases cérébrales ou autres) en contexte de la pandémie de COVID-19. Le tableau de délestage des activités en radio-oncologie publié par le MSSS maintient la prise en charge des cas de pédiatrie dans tous les niveaux. En général, pour la clientèle pédiatrique, un début de traitement dans les 3 à 14 jours suivant la date à laquelle le patient est considéré comme médicalement prêt est un délai considéré comme ne mettant pas leur vie en danger.

Ce délai pourrait être prolongé en contexte de pandémie selon le jugement clinique de l'équipe traitante.

Étant donné les risques liés à la proximité du personnel soignant en radio-oncologie auprès du patient, il est important, comme à l'habitude, de favoriser au maximum les interventions sans anesthésie. Si toutefois une anesthésie est jugée nécessaire par l'équipe soignante, le traitement du patient demeure prioritaire et ne devrait pas être retardé.

Pendant toute la durée du traitement, une évaluation quotidienne devrait être effectuée par le personnel de la radio-oncologie les jours des traitements. À l'apparition de symptômes liés à la COVID-19, un test de dépistage est recommandé.

Une trajectoire pour la clientèle suspecte ou atteinte doit être identifiée par les équipes de radio-oncologie afin de permettre les traitements urgents de la clientèle pédiatrique.

Thérapie cellulaire :

Les patients pédiatriques greffés ou traités par thérapie cellulaire ou en attente de ce traitement sont une population très à risque de développer des infections graves. Les consignes de base comme l'isolement, l'hygiène des mains et les protections individuelles nécessaires lors des contacts avec cette clientèle sont d'autant plus importantes à respecter avec ces patients et leurs proches dans le contexte de pandémie actuel.

Il est recommandé, lorsque cela est possible, que cette clientèle soit prise en charge dans des milieux distincts et par du personnel dédié sans contact avec la clientèle à risque, en dépistage ou atteinte d'une infection à la COVID-19. Il faut également éviter la libre circulation sur les unités de soins prenant à charge cette clientèle. Pour cette raison, comme sur les autres unités de soins pédiatriques, il est primordial qu'un seul accompagnateur significatif puisse avoir accès à la chambre de l'enfant. Les autres visites doivent être interdites.

Pour les détails de prise en charge de cette clientèle, se référer sur le site web du MSSS au document « Recommandation du programme québécois de cancérologie : Politique et procédure spécifique à la greffe de cellules souches hématopoïétiques (GSCH) et la thérapie cellulaire. » Cette procédure a été rédigée en suivant les recommandations de la FACT (Fondation for the Accreditation of Cellular Therapy).

En ce qui concerne les recommandations de protection de cette clientèle traitée ou en attente de traitement, celles-ci diffèrent légèrement dans le contexte pédiatrique puisque la reprise immunitaire est connue pour être plus rapide chez l'enfant que chez l'adulte. Voici ces recommandations :

- Patients en attente de traitement : un isolement obligatoire à la maison pour une période de 2 semaines précédant la thérapie est recommandé.

- Patients post traitement : un isolement obligatoire est demandé pour les patients ayant récemment reçu un traitement parmi les suivants:
  - CAR-T cell depuis moins d'un mois;
  - Greffe autologue depuis moins de 3 mois ou si patient non en rémission ou sous thérapie d'entretien;
  - Greffe allogénique depuis moins de 6 mois ou si patient sous immunosuppresseurs ou avec maladie du greffon contre l'hôte**.**

4. Recherche clinique en cancérologie pédiatrique en contexte de COVID-19

Il est important de tenter la poursuite des protocoles pour les enfants déjà inclus dans un essai. Si des déviations liées à la COVID-19 se produisent dans des protocoles, une documentation des déviations spéciales COVID-19 est demandée (voir recommandations du Children oncology group).

Pour les décisions d'inclusion des nouveaux patients, celles-ci doivent être prises selon le jugement clinique d'un comité en tenant compte des trois critères suivants :

- L'intérêt pour le patient et le bénéfice attendu pour celui-ci. Par exemple : certains essais cliniques sont la seule façon pour un patient d'avoir accès à un traitement d'efficacité déjà démontré dans une population adulte;
- L'estimation de la force de travail disponible dans l'équipe de soins et l'équipe de recherche clinique au moment de l'inclusion. Le contexte de pandémie pouvant affecter les ressources, la quantité de travail nécessaire dans ces équipes en cas d'inclusion à l'essai doit aussi être considérée dans la décision;
- L'importance stratégique de l'essai pour le traitement de la population future.

Dans la mesure du possible, cette décision devrait être prise par des acteurs qui ne sont ni le médecin principal de l'enfant ni l'investigateur principal de l'essai (ex. : chef de service et gestionnaire clinico-administratif clinique et de recherche), après consultation de ceux-ci.

5. Plan de contingence

Chaque établissement offrant des services en cancérologie pédiatrique doit avoir un plan de contingence prévoyant la relève du personnel médical et infirmier détenant une expertise spécifique dans ce domaine. Les personnes détenant cette expertise, mais attitrées à d'autres secteurs, devraient être identifiées au sein des établissements et être prêtes à prendre la relève au besoin. Lorsque nécessaire, une formation devrait être offerte à ce personnel pour permettre un transfert rapide. La téléconsultation ou le soutien téléphonique par l'équipe de médecins spécialistes pourraient être utilisés pour soutenir les équipes de pédiatres sur place en cas de besoin.

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce document:

Mme Marie-Claude Charette, cogestionnaire clinico-administrative du programme de cancérologie, CHU Sainte-Justine

Dr Michel Duval, hématologue-oncologue, cogestionnaire médical du programme de cancérologie, CHU Sainte-Justine

Dre Anne-Marie Charpentier, radio-oncologue, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)

Mme Anne-Marie Suess, infirmière gestionnaire en hématologie-oncologie et transplantation de cellules souches, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Dr David Mitchell, hématologue-oncologue-chef médical en cancérologie pédiatrique, CUSM

Mme Anne Choquette, infirmière en pratique avancée en hémato-oncologie, CUSM

Mme Rosalie Hudon, infirmière en pratique avancée en hémato-oncologie pédiatrique, Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL)

Dr Bruno Michon, hématologue-oncologue, chef médical en cancérologie pédiatrique, CHU de Québec – UL

Dre Josée Brossard, hématologue-oncologue, chef médical du service d'hémato-oncologie pédiatrique, Centre hospitalier de Sherbrooke (CHUS)

Mme Josée Dion, coordonnatrice service de cancérologie, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Dr Jean-Benoît Bouchard, pédiatre-oncologue, CIUSSS Saguenay Lac-Saint-Jean

Mme Valérie Faucher, coordonnatrice en cancérologie, soins palliatifs et de fin de vie, CRDS et GACO, CIUSSS Saguenay Lac-Saint-Jean

Mme Marie-Ève Chevrette, CHU Sainte-Justine

Dr Jean Latreille, directeur national, Programme québécois de cancérologie, MSSS

Mme Josée Beaudet, conseillère en soins infirmiers en cancérologie, Programme québécois de cancérologie, MSSS

Approuvé par : les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le PQC

---

[1] Eric Bouffet Julia Challinor Michael Sullivan Andrea Biondi Carlos Rodriguez-Galindo Kathy Pritchard-Jones Early advice on managing children with cancer during the COVID-19 pandemic and a call for sharing experiences. Pediatric Blood and Cancer, 2020. https://doi.org/10.1002/pbc.28327

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 14 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Le suivi des données, tant sur le plan épidémiologique que sur le plan de l'organisation des services, est d'une première importance pour faire face à la pandémie de COVID-19. Ces données permettent de suivre l'évolution et de s'assurer du déploiement optimal des interventions requises dans les différents milieux de vie. La situation actuelle dans les milieux de vie hébergeant des personnes âgées ou vulnérables (centres d'hébergement et de soins de longue durée [CHSLD], résidences pour personnes âgées [RPA], ressources intermédiaires et de type familial [RI-RTF], etc.) a fait ressortir certains défis dans la concordance des données transmises par les établissements et les banques de données utilisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Pour remédier à la situation et compte tenu du caractère exceptionnel lié à la pandémie de COVID-19, le MSSS insiste sur l'importance que, dès maintenant, chaque établissement :

- Transmette immédiatement (dans la même journée) à l'Institut de la statistique du Québec l'original du bulletin de décès (SP-3) pour tout décès lié à la COVID-19, et ce, même si le règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2, r.1) stipule que ce formulaire doit être transmis dans les trois jours suivants;
- Transmette immédiatement (dans la même journée) une copie du SP-3 à la direction de santé publique (DSPublique) régionale, pour tout décès lié à la COVID-19;

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- Transmette via leur DSPublique ces informations chaque jour, avant 18 h, dans le système d'information V10 prévu à cette fin. Elle doit s'assurer de la conformité et de la validité de toutes les informations contenues dans ce fichier, notamment en ce qui concerne les analyses conséquentes à la déclaration d'un décès. La Direction générale de la santé publique (DGSP) du MSSS demeure disponible pour soutenir les DSPublique qui éprouvent des difficultés dans la saisie des informations;
- Poursuive temporairement la complétion des formulaires GESTRED 43 600 (milieux de vie) et 43 650 (portrait quotidien) et, pour ce faire, utilise la définition nosologique de cas établie par la DGSP (en pièce jointe et incluse dans les guides de saisie). Une attention toute particulière doit être portée à la saisie du formulaire 43 650 qui fournit les données quotidiennes nécessaires à la gestion courante. De nouvelles consignes seront ultérieurement transmises pour ces formulaires;
- Complète avec rigueur le formulaire GESTRED 43 100 qui porte sur les ruptures de services réelles ou appréhendées en CHSLD, RPA, RI-RTF et autres milieux de vie au Québec;
- S'assure que les informations contenues dans les états de situation qu'il dépose au MSSS soient identiques aux informations transmises grâce à tous ces outils (saisie des informations dans le V10, le nombre de cas confirmés (GESTRED 43 600 et 43 650), le nombre de décès confirmés (formulaire SP3) et les informations quant aux ruptures de services réelles ou appréhendées en CHSLD, RPA, RI-RTF et autres milieux de vie au Québec). Pour ce faire, les établissements et les DSPublique seront en contact constants pour s'assurer de la conformité de leurs données;
- Communique avec la Direction des communications du MSSS avant de rendre publiques toutes données, dans l'objectif d'assurer la cohérence dans la diffusion de l'information.

Pour toute autre information, nous vous invitons à contacter madame Marlène Mercier, directrice de la Direction de la vigie sanitaire, au 514 873-1580 ou par courriel à l'adresse suivante : marlene.mercier@msss.gouv.qc.ca.

Veuillez recevoir, Mesdames, Messieurs, mes sincères remerciements pour ces ajustements qui faciliteront la compilation des données et leur validité.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. PDGA des établissements publics du RSSS
Membres du CODIR

N/Réf. : 20-MS-02502-88

Coronavirus COVID-19

DÉFINITION DE CAS DE COVID-19 - QUÉBEC **2020-04-08**

La définition de cas pour la surveillance de la COVID-19 au Québec est celle qui est publiée sur le site web du MSSS (professionnels de la santé).

Cas confirmé[*]

Détection d'acides nucléiques du SARS-CoV-2

Décès : manifestations cliniques compatibles[1] observées avant le décès **ET** détection d'acides nucléiques du SARS-CoV-2

Cas confirmé par lien épidémiologique

Symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19[1] **ET** exposition à risque élevé[**] avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité, **ET** aucune autre cause apparente

Décès : manifestations cliniques compatibles[1] observés avant le décès **ET** exposition à risque élevé[**] avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité, **et** aucune autre cause apparente

Cas clinique

Symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 [1] sans aucune autre cause apparente

[1] **Manifestation cliniques compatibles (symptômes ou signes cliniques) suivants :**

Symptômes cliniques d'un cas de COVID-19 :

- Fièvre (plus de 38^0 C); **OU**
- toux (récente ou chronique exacerbée); **OU**
- Difficulté respiratoire; **OU**
- Anosmie brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie.

Signes cliniques d'un cas de COVID-19 :

- signes radiologiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie; **OU**
- syndrome de détresse respiratoire; **OU**
- examen pathologique compatible

[*] Lorsque le résultat de laboratoire est «équivoque», la personne doit être considérée sous investigation et ne pas être saisie comme un cas confirmé, si le patient est en milieu de soin. Si le patient est dans la communauté, il pourrait être considéré comme un cas clinique ou un cas confirmé par lien épidémiologique, si la définition s'applique.

[**] L'exposition à risque élevé est définie dans le document de l'Institut national de santé publique : COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté (https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19)

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 15 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Compte tenu de l'urgence d'agir dans le contexte de la COVID-19, nous vous informons que l'autorisation des projets des systèmes de réorientation de la clientèle à l'urgence (redirection des P4-P5) est déléguée, exceptionnellement, aux présidentes-directrices générales et aux présidents-directeurs généraux des établissements.

Toutefois, nous tenons à vous préciser qu'une reddition de comptes conformément à la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (RLRQ, chapitre G-1.03) et aux Règles relatives à la planification et à la gestion des ressources informationnelles, adoptées par le Conseil du trésor le 26 mars 2018, sera attendue en utilisant le Système intégré de gestion des ressources informationnelles.

Nous vous laissons le soin d'informer les secteurs concernés de cette délégation exceptionnelle pour qu'ils puissent amorcer rapidement les démarches nécessaires.

Pour toute question concernant cette procédure, nous vous invitons à communiquer avec M. Mathieu Bélanger, directeur du soutien et de la gouvernance des ressources informationnelles de la Direction générale des technologies de l'information, par courriel à l'adresse mathieu.belanger@msss.gouv.qc.ca ou par téléphone au 418 529-4898, poste 408.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M. Mathieu Bélanger, MSSS
M. Luc Bouchard, MSSS
PDGA des établissements publics du RSSS

N/Réf. : 20-MS-02265

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 15 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

À LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK ET AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

Mesdames,
Messieurs,

La présente vise à vous informer des orientations diffusées par le ministère de la Famille (MFA), le 9 avril dernier, dans le réseau des services de garde éducatifs à l'enfance (SGEE) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, quant aux nouvelles stratégies qui s'ajoutent afin d'assurer un filet de protection sociale aux enfants et à leur famille en situation de vulnérabilité.

Avec la fermeture des SGEE, des écoles et de plusieurs services de proximité, les enfants vulnérables qui sont en confinement dans leur résidence peuvent être davantage à risque de négligence ou de maltraitance. De plus, certaines familles présentent des besoins importants de répit. Devant cette situation, le MFA, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, a mis en place une série de mesures qui requièrent la collaboration des SGEE.

Le MFA offre ainsi des places en service de garde d'urgence (SDGU) aux enfants vulnérables, déjà identifiés par des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ou encore pour lesquels les éducatrices en milieu de garde ont des inquiétudes, compte tenu du contexte actuel.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Ces places en SDGU seront offertes :

- aux enfants qui occupaient des places réservées dans le cadre de protocoles d'entente entre le centre de la petite enfance, le service de garde subventionné et les centres intégrés et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux avant la fermeture de l'ensemble des services de garde;
- aux enfants à risque de négligence, de maltraitance ou toute autre forme d'abus, pris en charge par les services de proximité ou de la protection de la jeunesse et pour lesquels les intervenants ont des inquiétudes;
- aux enfants handicapés ou à besoins particuliers pour lesquels le service de garde reçoit une subvention (l'Allocation pour l'intégration d'un enfant handicapé et, pour certains d'entre eux, la Mesure exceptionnelle de soutien pour enfants ayant d'importants besoins) et qui sont particulièrement vulnérables du fait qu'ils ne fréquentent plus leur service de garde actuellement.

À cet effet, vous trouverez ci-joint la procédure abrégée définissant les mesures visées par cette stratégie.

Nous comptons sur votre collaboration habituelle pour informer le personnel de votre établissement afin d'assurer l'accompagnement et le soutien nécessaires aux enfants et aux familles présentant des facteurs de vulnérabilité en cette période particulière.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. PDGA des CISSS et CIUSSS
Comité de direction du MSSS

N/Réf. : 20-MS-02502-85

Coronavirus (COVID-19)

BULLETIN D'INFORMATION DU 9 AVRIL 2020

AUX SERVICES DE GARDE ÉDUCATIFS À L'ENFANCE ET AUX BUREAUX COORDONNATEURS DE LA GARDE EN MILIEU FAMILIAL POUR LA PRESTATION DE SERVICES ESSENTIELS AUX PARENTS QUI TRAVAILLENT DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DANS LES SERVICES ESSENTIELS

Le réseau des SDGU a vécu au cours des dernières semaines des défis importants. Il a fait preuve d'une mobilisation et d'une résilience dignes de mention. L'ensemble des personnes qui accueillent les enfants des travailleurs et travailleuses essentiels donnent des services qui sont grandement appréciés au quotidien.

Il est à prévoir que les conditions d'exercice actuelles devront se poursuivre encore pendant un certain temps. Quelques jours de congé sont donc bienvenus. À tous et toutes, nous souhaitons un congé paisible et un repos bien mérité. Joyeuses Pâques!

Vigie auprès des enfants vulnérables

Le ministère de la Famille s'associe au ministère de la Santé et des Services sociaux pour solliciter la collaboration du réseau des SGÉE pour une démarche de vigie auprès des enfants qui pourraient être considérés comme vulnérables dans le contexte de la fermeture actuelle des services de garde éducatifs à l'enfance.

Cette contribution est volontaire et pourra être modulée en fonction du bon jugement des gestionnaires et du personnel des services de garde. Le milieu familial peut aussi s'impliquer, avec les adaptations nécessaires aux documents joints. Dans tous les cas, l'idée de prendre des nouvelles de nos tous petits est certainement intéressante pour assurer la transition vers un retour à la normale!

Vous trouverez avec ce bulletin une lettre du ministre de la Famille qui expose sa vision du rôle des SGÉE dans cette démarche sociétale cruciale, et des documents de soutien pour faciliter la démarche.

Congé férié lundi pour le milieu familial

En raison du manque d'unanimité des syndicats concernés, la convention collective s'appliquera normalement pour le congé férié du lundi le 13 avril. Les milieux familiaux seront donc fermés.

Besoins d'horaires de garde étendus les soirs et fins de semaine

Les centres de la petite enfance (CPE) et les garderies subventionnées (GS) qui souhaitent répondre aux besoins de garde des parents dont l'horaire de travail est non usuel (de soir ou de nuit en semaine ou de jour, de soir ou de nuit la fin de semaine) peuvent le faire dès maintenant, sous réserve du respect des dispositions des conventions collectives en vigueur, le cas échéant, tout en s'assurant de la santé, de la sécurité et du bien-être des enfants. Si vous mettez en place une telle offre de services, vous devez en informer le ministère de la Famille (MFA) par courriel à l'adresse suivante : descrp@mfa.gouv.qc.ca. Veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'installation, le numéro de division et d'installation ainsi que les heures d'ouverture pour chaque jour de la semaine. L'objet du courriel doit être libellé comme suit : Garde à horaires non usuels.

Rétribution des RSG non-subventionnées : 16-27 mars 2020

Le Ministère a versé un montant compensatoire aux BC à l'intention des RSG reconnues non-subventionnées afin de les aider à respecter leurs obligations financières pour la période du 16 au 27 mars 2020 inclusivement. Cette aide financière sera calculée en fonction notamment du nombre de places de ces RSG. Les BC doivent répartir les sommes entre les RSG reconnues non subventionnées de leur territoire.

La compensation est calculée en fonction de l'allocation de base de 28,11 $ des RSG subventionnées à laquelle on ajoute la contribution parentale de 8,35 $ pour un total de 36,46 $. Le montant a été arrondi à 36,50 $. Ainsi, pour les semaines du 16 et 23 mars, soit 10 jours, les RSG reconnues non subventionnées ont reçu 36,50 $ X nombre d'enfants X 10 jours.

Pour la semaine du 30 mars, elles ne reçoivent aucune compensation car elles sont fermées et ne peuvent être des SDGU.

Programme actions concertées pour le maintien en emploi (PACME–COVID-19)

Un nouveau programme annoncé cette semaine mérite l'attention du réseau des SGEE et des partenaires associatifs.

Le Programme actions concertées pour le maintien en emploi (PACME) vise à fournir un soutien direct aux entreprises qui connaissent une réduction de leurs activités, en raison des effets de la pandémie de COVID-19, incluant les travailleurs autonomes notamment par l'entremise de promoteurs collectifs.

Ce programme du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale est offert en collaboration avec la Commission des partenaires du marché du travail. Il offre un soutien financier direct pour favoriser la formation et l'implantation de bonnes pratiques en gestion des ressources humaines, et optimiser le fonctionnement des entreprises et du marché du travail. Tous les détails sur Québec.ca/entreprises et travailleurs autonomes.

FAQ de nature technique et administrative

Pour des réponses à des questions touchant les conditions de travail, le financement et l'interprétation des lois et règlements, prière de vous référer à la section FAQ-MFA.

Nous vous remercions encore une fois de votre collaboration.

Pour toute question concernant la santé, visiter le site Québec.ca/Coronavirus.
Pour toute autre question, nous vous invitons à consulter la foire aux questions sur notre site Internet qui est mise à jour régulièrement.

Service des renseignements MFA : 1 855 336-8568 (du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30)

Soutien aux enfants vulnérables

Avec la fermeture des services de garde éducatifs à l'enfance, des écoles et de plusieurs services de proximité en raison de la crise sanitaire sans précédent que nous vivons, les enfants vulnérables qui sont en confinement dans leur résidence peuvent être davantage à risque. Nous vous suggérons donc de demander aux éducatrices de communiquer régulièrement avec les enfants de leur groupe et leur famille, tout simplement pour prendre de leurs nouvelles. Nous croyons donc qu'il est bénéfique que les enfants puissent maintenir le lien positif qu'ils ont avec leurs éducatrices. Aussi votre appel peut être l'occasion de les référer vers des ressources d'aide, si vous constatez qu'ils ont un besoin.

Nous vous conseillons par ailleurs de porter une attention particulière aux familles dont les enfants bénéficient d'une place protocole ou de la mesure exceptionnelle de soutien, puisqu'elles vivent souvent déjà des situations hors de l'ordinaire. Des ressources de répit sont disponibles et jointes à la présente procédure.

Naturellement, le bien-être des enfants demeure la grande priorité pour le Ministère. Vous connaissez bien les tout-petits qui fréquentent habituellement vos installations. Si vous avez des inquiétudes pour certains d'entre eux en raison de la période d'isolement, nous vous demandons d'agir de façon préventive.

Afin de vous aider dans cette démarche, nous avons préparé un guide d'appel qui est joint au présent document.

En fonctions de ce que vous aurez constaté à la suite de vos appels, des places dans vos services de garde d'urgence (SDGU) pourraient être offertes, au besoin, selon les modalités suivantes :

Dans le cadre de cette procédure, on entend par enfants vulnérables :

- Enfants qui occupaient des places réservées dans le cadre de protocoles d'ententes CPE/GS – CISSS/CIUSSS avant la fermeture de l'ensemble des services de garde.
- Enfants à risque de négligence, de maltraitance ou toute autre forme d'abus, pris en charge par les services de proximité ou de protection de la jeunesse et pour lesquels, les intervenants ont des inquiétudes.
- Enfants handicapés ou à besoins particuliers pour lesquels le service de garde reçoit une subvention (AIEH, MES) et qui sont particulièrement vulnérables du fait qu'ils ne fréquentent plus leur service de garde actuellement.

Important : Dans tous les cas d'accueil d'enfant dans un service de garde d'urgence (SDGU), il est important de s'assurer que l'enfant n'est pas à risque et respecte les mesures d'hygiène et les comportements à adopter dans le cadre de la Covid-19.

Si vous jugez qu'il y a des risques pour un enfant de rester dans son milieu, ou que les parents ont besoin d'un répit, il est possible d'offrir une place dans un SDGU à cet enfant lors de votre appel. Trois situations peuvent s'appliquer :

Situation 1 : L'enfant a déjà une place réservée dans le cadre d'un protocole d'entente avec un CISSS/CIUSSS

1. Contacter le parent de l'enfant sur lequel vous avez des doutes pour lui offrir une place dans le SDGU si vous jugez que cela est nécessaire ou plus prudent pour protéger l'enfant.
2. S'il accepte cette place, vous pourrez accueillir et intégrer l'enfant.
3. Aviser la Direction des services à la clientèle de votre région et convenir avec elle des modalités de réintégration de l'enfant.

Situation 2 : L'enfant n'a pas déjà une place réservée dans le cadre d'un protocole d'entente avec un CISSS/CIUSSS

1. Contacter le parent de l'enfant sur lequel vous avez des doutes pour lui offrir une place dans le SDGU si vous jugez que cela est nécessaire ou plus prudent pour protéger l'enfant.
2. Demander aux parents de l'enfant de communiquer avec le CLSC de sa région en cas de besoin. Celui-ci fera les démarches auprès du service de garde ou autres intervenants. Cependant, la réintégration de l'enfant peut se faire immédiatement, sans attendre le retour du CLSC.
3. Convenir avec l'intervenant du CLSC des modalités de réintégration d'un enfant qu'il vous réfère lui-même le cas échéant et pour lequel une place en SDGU est requise rapidement. Le Ministère demande aux gestionnaires des services de garde d'offrir une place rapidement aux enfants identifiés par un intervenant d'un CLSC.
4. Aviser la Direction des services à la clientèle de votre région et convenir avec elle des modalités de réintégration de l'enfant.

Situation 3 : L'enfant n'occupe pas une place réservée. Il s'agit d'un enfant handicapé ou à besoins particuliers pour lequel vous recevez une subvention (AIEH et possiblement MES)

1. Communiquer avec les parents de l'enfant lorsque vous le jugez nécessaire.
2. S'assurer que les parents sont en mesure de répondre aux besoins de l'enfant et s'assurer que sa santé et sa sécurité ne sont pas à risque.
3. Lorsqu'il y a un doute ou en cas de besoin, offrir une place à l'enfant dans votre service de garde.
4. Aviser la Direction des services à la clientèle de votre région et convenir avec elle des modalités de réintégration de l'enfant.

Attention ! En tout temps, si vous êtes inquiets pour la SÉCURITÉ de l'enfant, vous devez faire un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 15 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES, AU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL, À LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK ET AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

Mesdames,
Messieurs,

Dans le contexte de la pandémie actuelle, plusieurs mesures ont été mises en place pour limiter au maximum la contagion des personnes aînées et des personnes plus vulnérables à la COVID-19. Toutefois, ce contexte implique des impacts majeurs pour les personnes vivant dans divers milieux de vie et pour leurs proches. C'est pourquoi il est maintenant souhaité d'assouplir ces mesures concernant la contribution des familles et des proches auprès des résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Il sera donc permis, **dès le jeudi 16 avril 2020**, que certaines personnes proches aidantes puissent reprendre le soutien qu'elles offraient antérieurement auprès de leur proche hébergé.

Ces nouvelles mesures seront déployées avec beaucoup de précautions et devront être mises en place pour assurer un équilibre favorable entre les risques et les bénéfices associés pour le résident. La personne proche aidante devra prendre une décision éclairée qui considère les risques auxquels elle pourrait s'exposer et signer un formulaire de consentement à cet effet. Cette décision revient à leur discrétion et en fonction des volontés et capacités de la personne proche aidante.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Les résidents qui pourront recevoir le soutien d'une personne proche aidante sont ceux qui nécessitent ce soutien et qui bénéficiaient de ce soutien antérieurement aux mesures de restrictions de visite imposées en raison de la COVID-19. Les personnes proches aidantes devront être testées négatives à la COVID-19 et respecter l'ensemble des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les CHSLD. Cette nouvelle décision sera encadrée par des directives spécifiques. L'établissement et le directeur de santé publique peuvent adapter ces directives d'un CHSLD ou unité à l'autre en fonction de l'évolution de la pandémie, de l'éclosion de la COVID-19 dans certains milieux, des ressources humaines en place et de la condition du résident.

Vous trouverez ci-joint les directives ainsi que le formulaire de consentement, nous vous remercions de respecter les modalités habituelles de votre établissement concernant la gestion des formulaires.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. M[me] Martine Alfonso, CUSM
PDGA des CISSS et CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02502-91

Formulaire de consentement de la personne proche aidante qui soutiendra un proche en centre d'hébergement et de soins de longue durée en contexte de pandémie de la COVID-19

Afin de vous permettre de prendre une décision éclairée, vous devez bien comprendre les risques inhérents au fait de soutenir un résident en contexte de pandémie de la COVID-19 :

- en visitant un résident, le risque que cette personne, les autres résidents et le personnel contractent la COVID-19 est augmenté;
- en visitant un résident, le risque que la personne proche aidante contracte la COVID-19 est augmenté;
- qu'au surplus les personnes plus à risque de développer des complications après avoir contractées la COVID-19 sont celles âgées de 70 ans et plus et/ou celles présentant un facteur de vulnérabilité notamment une maladie cardiovasculaire, une maladie pulmonaire, de l'hypertension, du diabète, de l'insuffisance rénale chronique et/ou les personnes immunodéprimées.

En fonction de ce qui précède, je soussigné _____ :

- atteste avoir compris les risques inhérents à cette décision mentionnés ci-haut;
- me conformerai aux conditions et aux consignes imposées par l'établissement ou par les autorités de santé publique;
- comprends qu'en cas de non-respect des conditions et des consignes imposées par l'établissement ou par les autorités de santé publique, l'établissement peut mettre fin à cette possibilité de visite;
- reconnais, qu'en tout temps, l'établissement peut mettre fin à cette possibilité de visite.

_____ _____

Signature Date (aaaa/mm/jj)

Coronavirus COVID-19

2020-04-15

En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 dans le monde et de l'augmentation de cas d'infection au Québec, nous souhaitons vous transmettre de nouvelles informations et des consignes portant sur la présence de personnes proches aidantes auprès de résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Malgré que les visites soient suspendues dans les installations où sont exercées la mission de CHSLD en raison du contexte de pandémie, il sera possible à partir du 16 avril 2020, **sous réserve du respect de conditions spécifiques**, qu'une personne proche aidante puisse apporter du soutien à une personne hébergée. L'assouplissement de ces mesures est assujetti au respect de certaines précautions pour assurer un équilibre favorable entre les risques et les bénéfices associés.

L'établissement et le directeur régional de santé publique peuvent adapter ces directives d'un CHSLD ou unité à l'autre en fonction de l'évolution de la pandémie, de l'éclosion de la COVID-19 dans certains milieux, des ressources humaines en place et de la condition du résident.

CONSIGNES POUR L'ASSOUPLISSEMENT DES MESURES CONCERNANT LA PRÉSENCE DES PERSONNES PROCHES AIDANTS DANS LES CHSLD

Les résidents qui pourront recevoir le soutien d'une personne proche aidante sont ceux qui nécessitent ce soutien et qui en bénéficiaient antérieurement aux mesures de restrictions de visite imposées en raison de la COVID-19.

Les résidents qui pourront recevoir le soutien d'une personne proche aidante sont ceux qui nécessitent un soutien, au-delà du personnel en place, pour répondre à certains besoins de base qui étaient offerts avant la pandémie.

Ces directives s'appliquent donc à certaines personnes proches aidantes afin qu'elles puissent reprendre le soutien qu'elles offraient antérieurement à leur proche hébergé.

Ces personnes doivent être connues du personnel ou des gestionnaires du CHSLD pour leur implication auprès du résident. Il est fortement recommandé que les personnes proches aidantes de 70 ans et plus demeurent chez elles.

1. **Assurez-vous d'avoir le consentement de la personne proche aidante :**

   Consentement de la personne proche aidante

- La personne proche aidante doit signer un formulaire qui indique :
    - Qu'elle prend une décision éclairée et volontaire, en pleine connaissance des risques qui y sont associés et qu'il serait possible qu'elle contracte l'infection pendant les visites ou encore qu'elle infecte son proche.
    - Qu'elle s'engage à adopter les comportements requis pour assurer sa sécurité, celle du résident qu'elle soutient, celle des autres résidents et des membres du personnel.
    - Qu'elle accepte de faire un test de dépistage de la COVID-19.
- Le formulaire de consentement signé doit être versé au dossier du résident.

2. Assurez-vous que le résident soit :

- Asymptomatique ou rétabli pour la COVID-19 (14 jours depuis le début des symptômes, aucun symptôme aigu depuis 24 h à l'exception de la toux résiduelle qui peut persister, aucune fièvre depuis 48 h sans prise d'antipyrétique). De plus, il doit s'être écoulé un minimum de 14 jours depuis sa dernière exposition à un cas de COVID confirmé tel que défini dans les *Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires*.
- Admis au CHSLD depuis au moins 14 jours.

3. Assurez-vous que la personne proche aidante respecte les consignes suivantes :

Concernant la surveillance des symptômes et le dépistage :

- Être asymptomatique ou rétabli de la COVID-19 (voir plus haut). De plus, il doit s'être écoulé un minimum de 14 jours depuis sa dernière exposition à risque modéré ou élevé à un cas de COVID confirmé tel que défini dans les *Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires ou le retour de voyage*.
- Effectuer une autosurveillance des symptômes. Dès la moindre apparition de symptômes, elle ne doit pas se présenter dans le milieu de vie.
- Être dépistée si elle devient symptomatique ou si elle répond aux critères de la priorité 3 (P3) et recevoir un résultat négatif.
- S'isoler à domicile pour les 14 jours suivant le dernier contact avec le résident si le résident devient un cas confirmé ou probable de COVID-19.

Concernant les mesures de protection et de prévention des infections :

- Suivre les formations prioritaires qui seront offertes par l'établissement : hygiène des mains, étiquette respiratoire et utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI).
- Procéder à l'hygiène des mains en entrant et en sortant du CHSLD, ainsi qu'en entrant et en sortant de la chambre du résident.
- Porter correctement un masque de procédure dès l'entrée dans le CHSLD et le porter pendant toute la durée de la visite. Le masque de procédure ne peut être utilisé pour une visite subséquente.

- Utiliser les ÉPI de manière adéquate selon le type de soins offerts et la condition du résident. Sauf le masque de procédure, l'ÉPI doit être enlevé avant de sortie de la chambre.
- Ne pas apporter de nourriture, vêtement ou objet de la maison (sac à main, sac à lunch, documents, etc.) dans l'établissement.
- Un seul proche aidant s'occupe d'un seul résident à la fois. Cette consigne doit être respectée en tout temps, sans exception.
- Changer de vêtements à son arrivée à la maison et laver ses vêtements (lavage régulier).

Concernant les déplacements à l'intérieur du CHSLD :

- Limiter au maximum les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur de son domicile et entre le CHSLD.
- Circuler uniquement de l'entrée du CHSLD jusqu'à la chambre du résident à laquel il apporte son soutien et vice-versa.
- Être en mesure de se rendre à la chambre du résident sans s'approcher à moins de deux mètres des autres résidents.
- Éviter les contacts à moins de deux mètres des membres du personnel et des autres personnes proches aidantes.
- Ne jamais se rendre dans les aires communes (buanderie, etc.) à moins que des consignes claires concernant l'utilisation de ces aires ne soient émises par le CHSLD.
- Ne doit pas se déplacer dans les réserves d'équipement.
- Quitter la chambre si des interventions médicales générant des aérosols sont réalisées. Retourner dans la chambre après que le nombre de changement d'air requis a été complété (peut être différent selon le milieu).
- Limiter au maximum les déplacements à l'extérieur de son domicile outre ses déplacements au CHSLD.

Concernant les interactions entre le résident et le proche aidant :

- Un seul proche aidant s'occupe d'un seul résident (ou de deux résidents si ces derniers demeurent dans la même chambre).

4. Responsabilité du CHSLD :

- Tenir un registre des personnes proches aidantes et des dates de visites afin de faciliter la recherche de contacts les cas échéants.
- Accueillir la personne proche aidante et l'accompagner dans sa démarche au besoin.
- Informer les personnes proches aidantes que le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec ont émis des directives afin de limiter la propagation de la COVID-19. Ainsi, l'organisation et la prestation des soins et services peuvent avoir été modifiées pour tenir compte de ce contexte exceptionnel.
- En attendant les résultats des tests, s'assurer de mettre à la disposition des personnes proches aidantes les outils d'information et les formations développées sur différents sujets : les symptômes à surveiller (habituelles et atypiques), les mesures d'hygiène de base (hygiène des mains, étiquette respiratoire) et l'utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI) selon le type de soutien offert et la condition du résident.

- Fournir les équipements de protection individuelle (masque de procédure, protection oculaire, blouse, gants, le cas échéant) et s'assurer que le proche aidant est en mesure de les utiliser convenablement.
- Les mesures d'hygiène et de salubrité recommandées doivent être appliquées par tout le personnel du CHSLD avec attention particulière (augmentation de la fréquence du nettoyage) aux zones « high-touch », notamment les poignées de porte et les interrupteurs.
- S'assurer qu'un contenant est placé à l'intérieur de la chambre pour que l'ÉPI soit enlevé avant la sortie de la chambre.
- S'assurer que l'hygiène des mains peut être réalisée lors de la sortie de la chambre.
- Des politiques doivent être en place afin d'éviter au maximum les contacts entre les personnes proches aidantes. Par exemple, elles peuvent se faire attribuer un horaire spécifique afin d'éviter des rassemblements lors de l'arrivée et de la sortie du milieu de vie.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 15 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous partager les informations suivantes concernant des données relatives à la sensibilité de l'analyse SARS-CoV-2, dans le contexte de la pandémie COVID-19. Ces informations font suite aux travaux du **sous-comité de travail laboratoire,** et sont appuyées par le Comité directeur clinique COVID-19.

Il a été porté à notre attention que des données relatives à la sensibilité de l'analyse SARS-CoV-2 (agent de la COVID-19) circulent au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Ces informations, qui proviendraient d'un article chinois faisant mention d'une sensibilité à 70 %, auraient été transmises à des patients par des professionnels de la santé, générant un stress supplémentaire à ces derniers.

La présente vise à souligner l'importance capitale de la prudence lors de l'utilisation et de la divulgation de données tirées de la littérature scientifique, et ce, tout particulièrement dans le contexte excessivement anxiogène de la COVID-19.

D'emblée, il n'est pas possible de considérer des résultats obtenus dans un contexte différent à de multiples égards de celui du Québec comme étant comparables à ceux obtenus ici.

En effet, la sensibilité d'une analyse peut être influencée par différents facteurs, dont la méthode et la qualité du prélèvement, les conditions de conservation des échantillons, le milieu de transport utilisé, le protocole de l'analyse et la qualité des réactifs pour n'en nommer que quelques-uns.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

En ce qui concerne les analyses réalisées au Québec :

- L'analyse est réalisée par technique PCR (Polymerase Chain Reaction). Il s'agit de la méthode diagnostique la plus sensible pour les infections virales respiratoires;
- Le test est développé au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et celui-ci est utilisé massivement par les différents laboratoires de la province. Ce test :
  - est similaire en méthodologie et en performance aux tests des autres laboratoires de santé publique du Canada ainsi que du laboratoire national de santé publique du Canada à Winnipeg;
  - a une sensibilité analytique similaire aux tests approuvés par la Food and Drug Administration;
  - démontre des résultats identiques sur des centaines d'échantillons pour deux cibles génomiques virales différentes.
- Tous les établissements doivent passer par une étape de validation centralisée au LSPQ avant d'être autorisés à offrir le test à des patients.

La sensibilité épidémiologique d'un test représente la proportion des personnes infectées par la maladie qui ont été détectées par le test. Il faut connaitre le statut véritable (malade ou non malade) des personnes testées afin d'évaluer cette sensibilité. Cependant, nous ne disposons pas de cette information à ce moment-ci.

Les experts québécois considèrent excellentes la sensibilité et la spécificité de l'analyse actuellement déployée au Québec. Il ne faut toutefois pas perdre de vue qu'aucune analyse n'est infaillible. Ainsi, afin d'assurer un filet de sécurité supplémentaire en cas de résultat négatif, malgré une suspicion clinique élevée, il est recommandé de répéter le test après 48 à 72 heures.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-94

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 15 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICE ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Voici, en date du 15 avril, la mise à jour du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant les interventions de chirurgie cardiaque pour les bassins de desserte du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal (UdeM) et du RUIS de l'Université McGill (McGill).

Les directives suivantes doivent être mises en place dès ce jour, et ce, pour une période indéterminée pour les patients pour lesquels une chirurgie cardiaque urgente est nécessaire pour les régions mentionnées:

- Seules les chirurgies urgentes (P1-P2) doivent être effectuées, et ce, afin de protéger les inventaires d'équipement de protection individuelle et de médicaments prioritaires, ainsi que les lits de soins intensifs;
- L'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) n'est plus le centre désigné de chirurgie cardiaque pour les patients non COVID-19 des RUIS de l'UdeM et de McGill;
- Ainsi, chaque centre de chirurgie cardiaque doit prendre en charge ses patients nécessitant des interventions urgentes, et ce, selon les corridors de services habituels de leur RUIS;

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- Les patients desservis par l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) testés négatifs à la COVID-19 continueront d'être transférés à l'ICM pour leur chirurgie (P1-P2). Les patients testés positifs à la COVID-19 nécessitant une chirurgie urgente devront être opérés et demeurer à l'HSCM;
- Pour les cas suspectés ou confirmés à la COVID-19, il est demandé d'établir une zone chaude, tant au bloc opératoire, qu'aux soins intensifs et unités d'hospitalisation par la suite afin d'assurer un protocole pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant;
- Les patients testés positifs doivent demeurer en centre hospitalier jusqu'à la disparition des symptômes ou dès qu'ils ont un résultat de dépistage négatif, à moins d'être en mesure de retourner à domicile sécuritairement.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-94

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 16 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous vous transmettons une modification des directives pour les interventions de chirurgie cardiaque pour les bassins de desserte du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal (UdeM) et du RUIS de l'Université McGill (McGill). Ainsi, veuillez noter les changements ici-bas en **caractère gras**.

Les directives suivantes doivent être mises en place dès ce jour, et ce, pour une période indéterminée pour les patients pour lesquels une chirurgie cardiaque urgente **et semi-urgente** est nécessaire pour les régions mentionnées :

- Seules les chirurgies urgentes **et semi-urgentes** doivent être effectuées, et ce, afin de protéger les inventaires d'équipement de protection individuelle (ÉPI) et de médicaments prioritaires, ainsi que les lits de soins intensifs;
- L'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) n'est plus le centre désigné de chirurgie cardiaque pour les patients non COVID-19 des RUIS de l'UdeM et McGill;
- Ainsi, chaque centre de chirurgie cardiaque doit prendre en charge ses patients nécessitant des interventions urgentes, et ce, selon les corridors de services habituels de leur RUIS;

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- Les patients desservis par l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) testés négatifs à la COVID-19 continueront d'être transférés à l'ICM pour leur chirurgie. Les patients testés positifs à la COVID-19 nécessitant une chirurgie urgente devront être opérés et demeurer à l'HSCM;
- Pour les cas suspectés ou confirmés de COVID-19, il est demandé d'établir une zone chaude, tant au bloc opératoire, qu'aux soins intensifs et unités d'hospitalisation par la suite afin d'assurer un protocole pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant;
- Les patients testés positifs doivent demeurer en centre hospitalier jusqu'à la disparition des symptômes ou un résultat de dépistage négatif, à moins d'être en mesure de retourner à domicile sécuritairement.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 16 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.

Mesdames,
Messieurs,

Des préoccupations ont été portées à mon attention en lien avec l'administration de l'aide médicale à mourir (AMM) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, tant en ce qui concerne le maintien de ce soin, que les évaluations à effectuer par les médecins et la disponibilité des médicaments requis.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) considère l'AMM comme un soin essentiel qui doit pour l'instant être maintenu pendant la pandémie, compte tenu des considérations suivantes :

- l'accès à l'AMM est un droit prévu dans la Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre S-32.0001), qui ne peut être reporté dans le temps, selon les circonstances, contrairement à certains autres soins;
- malgré le contexte de la pandémie, d'un point de vue éthique, il est essentiel de continuer à alléger les souffrances inapaisables des patients dans le respect de leurs volontés et de leur dignité;
- ceci est particulièrement vrai pour les demandes d'AMM dans les derniers jours, semaines de la vie;
- certaines modulations peuvent être prévues dans le processus d'évaluation des demandes d'AMM, afin d'assurer la protection des professionnels et des personnes impliquées et de soutenir l'administration de l'AMM dans le milieu de soins du patient.

Dans le contexte actuel, l'AMM devrait prioritairement être réservée aux personnes les plus souffrantes.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Par ailleurs, cette orientation pourrait être réévaluée selon l'évolution de la pandémie et la disponibilité des médicaments.

Ainsi, afin de réduire les risques de transmission de la COVID-19, tout en assurant le respect rigoureux de la vérification des conditions d'admissibilité à l'AMM, la télémédecine pourra être utilisée dans le processus de demande d'AMM et d'évaluation de l'admissibilité, selon les modalités prévues en annexe.

En ce qui concerne les médicaments utilisés lors de l'administration de l'AMM, certaines difficultés d'approvisionnement pourraient survenir. Nous vous informons que des experts se penchent actuellement sur des alternatives au protocole pharmacologique prévu pour l'AMM afin de prévenir cette éventualité. Les chefs de département de pharmacie seront avisés de tout changement au protocole, le cas échéant.

Les consignes pour les soins palliatifs et de fin de vie ont été mises à jour le 14 avril dernier. Elles concernent notamment les visites aux patients en fin de vie et elles doivent être appliquées dans le contexte de l'AMM. Ces directives se trouvent sur le site COVID-19 du MSSS, dans l'onglet Soins palliatifs et de fin de vie.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDP
M. Michel A. Bureau, CSFV
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02502-96

ANNEXE

COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

UTILISATION DE LA TÉLÉMÉDECINE – AMM ET COVID-19

Les pratiques suivantes seront jugées conformes par la Commission sur les soins de fin de vie :

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM). Si la personne ou le professionnel de la santé n'a pas en main le formulaire de demande d'AMM, la demande initiale peut se faire par télémédecine avec deux témoins et un professionnel de la santé ou des services sociaux. Cette discussion doit être clairement documentée dans le dossier médical de la personne. Lorsque la personne est admise en établissement ou rencontre le médecin qui accepte de prendre en charge la demande d'AMM, le formulaire de demande d'AMM est alors signé. Dans ce cas, la date de la demande d'AMM est celle décrite dans la note au dossier médical de la personne. Par ailleurs, il est important que le médecin qui administre l'AMM documente bien le processus suivi dans son formulaire de déclaration transmis à la Commission.

EXAMEN DE LA PERSONNE PAR LE MÉDECIN QUI ACCEPTE DE PRENDRE EN CHARGE LA DEMANDE D'AMM. Le médecin qui accepte de prendre en charge la demande d'AMM doit faire son premier examen de la personne en personne – « les yeux dans les yeux » afin d'évaluer l'admissibilité de la personne à l'AMM. Les autres entretiens entre le premier examen et l'administration de l'AMM peuvent se faire par télémédecine. Le médecin doit avoir plusieurs entretiens avec la personne, minimalement deux en personne (la première évaluation et le jour de l'administration de l'AMM).

EXAMEN DE LA PERSONNE PAR LE SECOND MÉDECIN CONSULTÉ. L'examen de la personne par le second médecin consulté pour confirmer l'admissibilité à l'AMM doit se faire en personne – « les yeux dans les yeux ». Le rôle du second médecin est aussi déterminant que celui du premier médecin pour évaluer correctement la demande d'AMM et prévenir les dérives potentielles, plus risquées en contexte de pandémie. Le second médecin doit examiner lui-même la personne et non seulement avoir des entretiens avec elle ou consulter son dossier médical. D'autres évaluations du second médecin peuvent toutefois se faire par télémédecine. La Commission sera tolérante dans son jugement pour les déclarations d'AMM concernant les cas particuliers exceptionnels qui pourraient justifier l'évaluation en télémédecine du second médecin. Celui-ci devra expliquer avec clarté ces circonstances dans son avis. Le médecin qui administre l'AMM devra aussi expliquer avec clarté ces circonstances dans la section « résumé » à la fin du formulaire de déclaration transmis à la Commission, assurant ainsi l'évaluation critique et suffisante de la demande d'AMM et de la personne et du respect des critères de l'AMM.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 16 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous informer des nouveaux éléments adoptés, en date du 16 avril, par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en suivi des travaux effectués par **le Sous-comité COVID-19 en cancérologie,** et appuyés par le Comité directeur clinique COVID-19. **Ceci est la lettre numéro 8 en cancérologie.**

Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19

Certains cancers ont une évolution plus lente, et certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie. Dans ce contexte, des travaux en cancérologie sont menés pour mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devrait être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permet qu'un accès limité.

En complément du document portant sur le cancer du sein transmis le 14 avril dernier, vous trouverez ci-joint les sept documents contenant les recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie COVID-19 pour les sièges de cancer suivants :

- Volet Oncologie thoracique (cancer du poumon et autres tumeurs rares orphelines).
- Volet Cancers urologiques.
- Volet Cancers gynécologiques.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- Volet Cancers colorectaux.
- Volet Mélanome.
- Volet Cancers digestifs hauts.
- Volet Cancers ORL / tête et cou.

Prenez note que des mises à jour et des documents sur d'autres volets de la cancérologie suivront dans les prochains jours et selon l'évolution de la situation. Nous vous remercions d'assurer la diffusion de ces informations au sein de vos équipes.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j.

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR
Sécurité civile, MSSS
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-97

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie COVID-19 – Volet Oncologie thoracique (cancer du poumon et autres tumeurs rares orphelines)

Recommandations en date du 15 avril 2020

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Le présent guide a été réalisé par un comité d'experts en contexte d'urgence sanitaire. Il est basé sur la documentation disponible au moment de sa publication et est adapté à la réalité québécoise. Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Ces recommandations sont modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en cancérologie lorsqu'applicable. Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activités en cancérologie en situation de pandémie COVID-19 ». Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée.
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
  - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie;
  - Que les délais ne seront pas excessifs;
  - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente;
  - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état;
  - Répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.
- Bien que des alternatives thérapeutiques non standard soient parfois proposées dans les recommandations, celles-ci devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement offertes sur recommandation d'un CDTC en tenant compte de la disponibilité des ressources (traitement standard non accessible) de même que des risques et des bénéfices des traitements en contexte de pandémie COVID-19.

Recommandations spécifiques à l'oncologie thoracique

Niveaux 1-2 – Mesures à considérer ou à mettre en place pour toute la durée de la pandémie

Considérations générales :

- Maintenir un accès prioritaire aux plateformes diagnostiques et de stadification (incluant les chirurgies d'un jour telles la médiastinoscopie ou la thoracoscopie).
- Discuter du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques avec le patient et s'assurer de la documentation au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- Faire les marqueurs pertinents (ALK, EGFR, ROS, PDL-1) pour tous les cancers du poumon non à petites cellules, peu importe le stade, considérant la situation rapidement évolutive de la pandémie et son impact sur les ressources de traitements disponibles.
- Maintenir, voire augmenter les discussions au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC).
- Diminuer les examens de suivi et ne pas réaliser de dépistage.

Traitements à prioriser :

- Chirurgie pour cancer du poumon non à petites cellules pour les stades I à III.
- Chirurgie pour carcinoïde avec des symptômes ou avec maladie N1-2.
- Chirurgie pour tumeur médiastinale maligne et/ou symptomatique et/ou à risque de progression.
- Chirurgie pour tumeur maligne de la cage thoracique.
- Radiothérapie stéréotaxique (SBRT) pour cancer du poumon non à petites cellules de stade précoce à visée curative.
- Chimio-radiothérapie pour stade III et cancer à petites cellules limité.
- Traitements systémiques pour patients de stades IV avec bon statut de performance (ECOG 0 ou 1).
- Traitements adjuvants pour les stades IIB-IIIB ou néoadjuvants pour stade III chez les excellents candidats à la chirurgie.

Le délai visé devrait être de moins de 28 jours.

Traitements pouvant être reportés :

- Chirurgie pour oligométastase.
- Chirurgie pour tumeur carcinoïde cT1N0.
- Chirurgie pour thymome de stades I-II.
- Chirurgie de pleurectomie/décortication pour maladies pleurales malignes.
- Traitements adjuvants pour les cancers de stades IB et IIA à reporter ou annuler selon le risque du patient dans le contexte de la pandémie COVID-19.
- Chirurgie pour opacité en verre dépoli (GGO) pure ou avec composante solide < 1 cm.
- Chirurgie pour lésions déjà suivies qui évoluent lentement (temps de doublement > 200 jours).

Une imagerie de contrôle devrait être réalisée dans 2 à 4 mois et ceux-ci devraient être repriorisés au besoin selon l'évolution.

Alternatives thérapeutiques à considérer (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :

- Radiothérapie stéréotaxique pour cancer du poumon non à petites cellules de stade I : techniques maximisant l'hypofractionnement en radiothérapie.
- Traitements systémiques avec intervalles prolongés.

Niveau 3 – Mesures à mettre en place en présence d'une propagation importante de la COVID-19 dans l'hôpital et/ou d'une pénurie importante de ressources

Considérations générales :

- Chaque cas devrait être discuté au CDTC afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices pour le patient et de l'utilisation optimale des ressources en pénurie.
- Maintenir un accès prioritaire aux plateformes diagnostiques et de stadification (incluant la chirurgie d'un jour telle que la médiastinoscopie ou la thoracoscopie).
- Une confirmation histologique devrait être obtenue avant de débuter un traitement chirurgical ou de radiothérapie.
- Discuter du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques avec le patient et s'assurer de la documentation au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- Prioriser les plans de traitement à visée curative.

- Introduire précocement les soins palliatifs pour les stades avancés si les ressources sont disponibles en favorisant les soins palliatifs à domicile et en supportant les aidants naturels.
- Si l'accès à la chirurgie est compromis ou que les délais appréhendés sont trop importants, permettre l'accès à des alternatives thérapeutiques non standard pour les cancers de stade II et III (ex. : immunothérapie ou thérapies ciblées), sur recommandation du CDTC et en tenant compte de la disponibilité des ressources de même que des risques et des bénéfices des traitements.
- Maximiser la mutualisation des ressources disponibles régionalement et le travail en réseau (ressources humaines, ressources matérielles, plateaux techniques).

Traitements à prioriser :

- Chirurgie thoracique pour cancer du poumon non à petites cellules de stades IA3 à III, seulement si prouvé par biopsie ou post-traitement néoadjuvant (déjà débuté).
- Chirurgie pour pathologie maligne avec phénomène de pneumonie obstructive ou hémoptysie non-contrôlée par radiologie interventionnelle avec bon pronostic par ailleurs.
- Chirurgie pour tumeur médiastinale symptomatique.
- Chirurgie pour tumeur maligne de la cage thoracique.
- Radiothérapie stéréotaxique (SBRT) si cette alternative est choisie et acceptée par un patient avec cancer de stade IA3 à IIA et candidat à la chirurgie.
- Radiothérapie standard à visée curative chez un patient symptomatique.
- Chimio-radiothérapie pour cancer de stade III et cancer à petites cellules limité.
- Traitements adjuvants pour stades IIB-IIIB chez un patient sans comorbidité après discussion partagée sur le risque de contracter la COVID-19.
- Traitements systémiques pour patients de stades IV avec bon un statut de performance ECOG 0 ou1.

Le délai visé devrait être de moins de 28 jours mais pourrait être doublé en contexte de niveau 3-4.

Traitements qui devraient être reportés :

Ces traitements s'ajoutent à ceux déjà mentionnés pour les niveaux 1 et 2.

- Chirurgie pour les cancers de stades IA1 et IA2 ;
- Interventions chirurgicales pour maladies pleurales malignes ;
- Traitements néoadjuvants ;

- Traitements adjuvants chez un patient IB-IIA et IIB-IIIB avec autre facteur de risque COVID-19 (exemple : âge, comorbidités) ;
- Chimiothérapie d'entretien en cours à rediscuter ;
- Chimiothérapie pour maladie à évolution plus lente (ex. : documentée par une imagerie antérieure, mésothéliome épithélioïde) ;
- Traitements systémiques chez un patient avec statut de performance altéré ECOG 2 et + ;
- Radiothérapie pour oligoprogression ;
- Traitement pour métastases cérébrales asymptomatiques ;
- Radiothérapie thoracique ou cérébrale prophylactique ;
- Radiothérapie thoracique adjuvante post chirurgie (sauf évaluation au cas par cas des résections R2 peu fréquentes).

Une imagerie de contrôle devrait être réalisée dans 2 à 4 mois et ceux-ci devraient être repriorisés au besoin selon l'évolution.

Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :

- Radiothérapie stéréotaxique ou radiothérapie hypofractionnée définitive pour les cancers de stade I à IIA incluant des patients opérables.
- Traitements systémiques pour des lésions localisées de stade II afin de retarder une chirurgie ou si la radiothérapie n'est pas envisagée ou disponible.
- Traitements systémiques pour des lésions localisées de stade III si la radiothérapie n'est pas disponible.
- Techniques de radiothérapie maximisant l'hypofractionnement.
- Traitements systémiques oraux et régimes à intervalles prolongés.
- Traitements non chirurgicaux pour les maladies pleurales malignes.

Niveau 4 – Mesures à mettre en place si toutes les ressources de l'hôpital sont redirigées à la prise en charge de la COVID-19

Considérations générales :

- Le réseau devrait envisager une structure avec identification de zones ou d'installations protégées de la COVID-19 pour pallier cette éventualité et faciliter la reprise des activités.
- Maximiser l'utilisation régionale des ressources en tentant de garder un niveau d'activité minimal dans un point de service pour offrir les traitements prioritaires.

- Arrêt des examens d'imagerie de suivi chez un patient qui n'est pas sous traitement actif.

Traitements devant être réalisés dans les plus brefs délais :

- Chirurgie seulement si risque de mort rapide et espoir de guérison raisonnable (exemple : stade localisé avec hémoptysie non contrôlée).
- Traitement de radiothérapie hypofractionnée des cas urgents si aucun traitement médical alternatif n'est disponible ou si réfractaire : compression médullaire, hémoptysie, syndrome de la veine cave supérieure (VCS), métastase cérébrale symptomatique.

Tous les autres traitements nécessitant une hospitalisation ou visites ambulatoires multiples doivent être reportés.

Alternatives thérapeutiques recommandées selon la disponibilité des ressources :

- Traitement qui ne nécessite aucune hospitalisation et faible utilisation de ressources (exemple : thérapie orale ciblée ou non, dose unique de radiothérapie, immunothérapie espacée) chez les patients déjà investigués et diagnostiqués ou si les ressources diagnostiques encore disponibles dans la région.
- Augmenter l'offre de soins palliatifs à domicile.

Document élaboré par :

Membres du comité de gouverne du Réseau québécois de cancérologie pulmonaire :

Dr Normand Blais, hématologue et oncologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Dr Jonathan Spicer, chirurgien thoracique, Centre universitaire de santé McGill

Dre Myriam Bouchard, radio-oncologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dr Simon Martel, pneumologue, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)

Mme Hélène Lizotte, directrice adjointe à la direction générale, IUCPQ

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, Programme québécois de cancérologie (PQC)

Mme Mireille Chinas, conseillère, PQC

Approuvé par : les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le PQC.

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet Cancers urologiques

Recommandations en date du 15 avril 2020

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Le présent guide a été réalisé par un comité d'experts en contexte d'urgence sanitaire. Il est basé sur la documentation disponible au moment de sa publication et est adapté à la réalité québécoise. Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Ces recommandations sont modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en cancérologie lorsqu'applicable. Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activités en cancérologie en situation de pandémie COVID-19 ». Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée.
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
  - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie ;
  - Que les délais ne seront pas excessifs ;
  - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente ;
  - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état ;
  - Répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.
- Bien que des alternatives thérapeutiques non standard soient parfois proposées dans les recommandations, celles-ci devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement offertes sur recommandation d'un CDTC en tenant compte de la disponibilité des ressources (traitement standard non accessible) de même que des risques et des bénéfices des traitements en contexte de pandémie COVID-19.

Méthodologie pour l'élaboration des recommandations spécifiques aux cancers urologiques

Dans un premier temps, une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations et sociétés savantes en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée par les professionnels de l'INESSS (l'avis sera disponible sur le site de l'INESSS : https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html). Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers urologiques a par la suite été formé pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des recommandations en lien avec la priorisation des soins. Le présent document a également été approuvé par les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le Programme québécois de cancérologie.

Considérations générales pour tous les cancers urologiques

Les recommandations proposées dans ce document constituent des exemples de traitements devant être réalisés dans les plus brefs délais ainsi que d'alternatives thérapeutiques pouvant être considérées dans un contexte de pandémie; elles ne remplacent pas le jugement clinique. Chaque cas devrait être évalué dans son contexte et les cas incertains devraient être discutés au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique à préconiser en tenant compte des risques et des bénéfices.

- Le traitement des patients dont le cancer est symptomatique devrait être priorisé par rapport à ceux dont la maladie est asymptomatique.
- Les interventions chirurgicales devraient être limitées à celles identifiées comme prioritaires dans ce document, en considérant les alternatives thérapeutiques dans la mesure du possible afin de pallier les restrictions d'accès au bloc opératoire et aux services d'anesthésiologie, de préserver le matériel médical et d'assurer la disponibilité des lits d'hospitalisation en contexte de pandémie.
- Les traitements locaux pour les maladies métastatiques devraient être évités. Dans ces situations cliniques, privilégier plutôt des alternatives thérapeutiques systémiques.
- En général, il est souhaitable de retarder ou d'éviter les thérapies avec risque d'immunosuppression augmenté, car le risque de morbidité et de mortalité lié à la COVID-19 pourrait excéder celui découlant des délais de traitement.
- Les patients dont le traitement a été retardé ou suspendu devraient faire l'objet d'une surveillance étroite afin de s'assurer que leur état de santé lié au cancer ne se détériore pas.

Cancer de la prostate

Principes généraux

- Les thérapies anti-androgéniques ne devraient pas être interrompues sans justification. Ces thérapies devraient être préférées à la chimiothérapie.
- Lorsqu'une chimiothérapie est nécessaire, considérer de réduire le nombre de cycles ou d'espacer les cycles de traitement. Considérer d'éviter ou de retarder les traitements nécessitant l'usage de corticostéroïdes et d'interrompre ceux en cours.
- La majorité des prostatectomies peuvent être retardées pour la plupart des indications ou remplacées par une radiothérapie (avec ou sans hormonothérapie, selon la situation clinique) afin de pallier les restrictions d'accès au bloc opératoire et aux services d'anesthésiologie, de préserver le matériel médical et d'assurer la disponibilité des lits d'hospitalisation en contexte de pandémie.
- Lorsqu'une radiothérapie est nécessaire, administrer le traitement selon un schéma hypofractionné ou ultra-hypofractionné si cette approche est sécuritaire pour le patient (avec ou sans hormonothérapie néoadjuvante, selon la situation clinique).
- Tous les traitements de radiothérapie adjuvante post-prostatectomie devraient être retardés. Alternativement, un traitement hormonal pourrait être considéré si la maladie est jugée à haut risque de métastases.
- Les traitements de curiethérapie peuvent être retardés afin de pallier les restrictions d'accès au bloc opératoire et aux services d'anesthésiologie, de préserver le matériel médical et d'assurer la disponibilité des lits d'hospitalisation en contexte de pandémie. Alternativement, la radiothérapie externe (avec ou sans hormonothérapie) pourrait être considérée selon la situation clinique.
- Il est justifié de retarder les traitements chez la plupart des patients âgés de > 70 ans, car le risque de morbidité et de mortalité lié à la COVID-19 pourrait excéder celui découlant des délais de traitement.

Suspicion de cancer

- Réaliser les biopsies sans délai en cas de suspicion de maladie métastatique ou jugée à haut risque de progression métastatique.
- Retarder la biopsie chez les patients avec un taux d'APS < 10 et un toucher rectal normal.

Maladie à faible risque ou de risque intermédiaire favorable

- Tous les traitements peuvent être reportés pour une durée de 3 à 6 mois avec suivi appropriés (niveaux 1 à 4).

- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
  - Surveillance active : privilégier cette approche pour la prise en charge des patients ;
  - Radiothérapie : si une radiothérapie est nécessaire, administrer le traitement selon un schéma hypofractionné ou ultra-hypofractionné, si cette approche est sécuritaire pour le patient, sans hormonothérapie néoadjuvante préalable.

Maladie de risque intermédiaire défavorable ou à haut risque

- Prostatectomie radicale : réaliser l'intervention seulement si la maladie est à très haut risque.
- Tous les autres traitements devraient être reportés pour une période de 3 mois dans la mesure du possible.
- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
  - Radiothérapie : lorsqu'une radiothérapie est nécessaire, administrer le traitement selon un schéma hypofractionné, si cette approche est sécuritaire pour le patient ;
  - Commencer une hormonothérapie néoadjuvante en attendant le traitement définitif.

Maladie récidivante post-prostatectomie

- Retarder la radiothérapie de rattrapage.
- Si la maladie récidivante est à haut risque, commencer une hormonothérapie en attendant de pouvoir administrer la radiothérapie.

Maladie métastatique

- Débuter le traitement systémique de première intention dès que possible. Préférer la privation androgénique et l'hormonothérapie de nouvelle génération (selon la situation clinique) à la chimiothérapie. Éviter ou limiter les traitements nécessitant l'usage de corticostéroïdes.
- Retarder les traitements systémiques de deuxième intention ou plus dans la mesure du possible.
- Retarder ou omettre les traitements de radiothérapie des formes oligométastatiques.

- Alternatives thérapeutiques à considérer (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
  - Lorsqu'une chimiothérapie est nécessaire, limiter le nombre de cycles et considérer de réduire les doses;
  - Préférer les traitements à base d'apalutamide ou d'enzalutamide;
  - Lorsqu'indiqué et nécessaire, un traitement palliatif de deuxième intention ou plus à base de radium devrait être préféré à la chimiothérapie chez les patients candidats à ces 2 options thérapeutiques.
- Il est souhaitable de rapprocher le suivi des patients ayant un cancer avancé pour éviter au maximum la nécessité de recours aux hospitalisations non programmées et les passages aux services des urgences.

Cancer du rein

Tumeur localisée ou localement avancée

- Néphrectomie radicale : réaliser l'intervention dans un délai maximum de 1 mois en présence d'un thrombus ou d'une tumeur de > 7 cm (cT2 ou plus) ou d'une maladie symptomatique quelle que soit sa taille (exemple : petite tumeur avec hémorragie active). Prioriser les patients présentant un thrombus, puis en fonction de la taille de la lésion et de la présence de symptômes.
- Report d'intervention : privilégier cette approche pour la prise en charge des tumeurs de ≤ 7 cm, avec une surveillance étroite afin de s'assurer de l'absence de progression à > 7 cm.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.

Maladie métastatique

- Pour toutes les catégories de pronostic, privilégier les thérapies systémiques plutôt que les autres approches palliatives, en optant préférentiellement pour la thérapie la moins immunosuppressive possible (exemple : la combinaison axitinib et pembrolizumab).
- Néphrectomie cytoréductrice : omettre la néphrectomie cytoréductrice pour le traitement local d'une maladie métastatique. Privilégier plutôt un traitement systémique.
- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
  - Chez les patients stables sous traitement systémique, considérer espacer les cycles de traitement d'immunothérapie ou de thérapie ciblée anti-VEGF dans

la mesure du possible, voire suspendre l'immunothérapie (exemple : si elle a déjà été administrée pendant une période prolongée [1 à 2 ans]) :

- Chez les patients plus âgés, considérer la thérapie ciblée anti-VEGF par voie orale seule (sans immunothérapie).

Cancer de la glande surrénale

Lésion surrénalienne ≥ 6 cm (suspicion de carcinome corticosurrénalien)

- Surrénalectomie : Réaliser l'intervention de manière urgente (dans un délai de 1 mois suivant la date de médicalement prêt). Un délai chirurgical pourrait affecter la résécabilité et la survie.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.

Lésion surrénalienne < 6 cm (lésion moins suspecte de cancer)

- Surrénalectomie : un report de l'intervention est acceptable, avec un suivi adéquat, sauf exception (exemple : progression rapide du volume de la lésion).

Cancer de la vessie et des voies excrétrices supérieures

Principes généraux

- La prise en charge proposée s'applique tout autant aux cancers urothéliaux qu'aux autres histologies plus rares (variantes histologiques).
- La prise en charge d'une maladie métastatique est la même pour les cancers de la vessie (vésical) et des voies excrétrices supérieures.

Tumeur vésicale sans invasion musculaire (TVNIM)

- Cystoscopie : pour les TVNIM à haut risque ou à risque de récidive post-BCG, effectuer la surveillance par cystoscopie à 3 mois, et poursuivre les cystoscopies subséquentes à la fréquence habituelle.
- Résection transurétrale de la tumeur de la vessie : réaliser l'intervention dans un délai maximum de 1 mois en cas de suspicion d'une tumeur invasive ou d'une récidive à la cystoscopie ou à l'imagerie post-BCG.
- Cystectomie radicale : lorsque ce traitement est indiqué pour un TVNIM à haut risque ou récidivant/réfractaire au BCG, réaliser l'intervention dans un délai maximum de 3 mois.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.

- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
    - Cystoscopie : pour les TVNIM à faible risque ou de risque intermédiaire, effectuer la surveillance par cystoscopie à 3 mois, mais retarder les cystoscopies subséquentes;
    - Instillation intravésicale de BCG ou de chimiothérapie : pour les TVNIM à haut risque, poursuivre le traitement d'induction, mais omettre le traitement d'entretien jusqu'à nouvel ordre. Pour les TVNIM à faible risque ou de risque intermédiaire, omettre les traitements d'induction et d'entretien.

<u>Tumeur vésicale invasive sur le plan musculaire (TVIM)</u>

- Résection transurétrale de la tumeur de la vessie : réaliser l'intervention dans un délai maximum de 1 mois, si une tumeur invasive suspectée à la cystoscopie.
- Cystectomie radicale : privilégier ce traitement et réaliser l'intervention d'emblée (sans traitement néoadjuvant, sauf exception [voir alternatives thérapeutiques]) dans un délai maximum de 2 mois.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.
- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
    - Traitement systémique : omettre la chimiothérapie néoadjuvante, sauf si la tumeur n'est pas résécable de manière sécuritaire;
    - Thérapie trimodale : pour un patient qui y est candidat et selon le stade de la maladie, considérer ce traitement si l'accès au bloc opératoire est très limité ou que la cystectomie radicale est contre-indiquée. Privilégier la radiothérapie administrée selon un schéma hypofractionné, si cette approche est sécuritaire pour le patient, avec une chimiothérapie concomitante.

<u>Tumeur des voies excrétrices supérieures superficielles</u>

- Urétéroscopie diagnostique : réaliser l'intervention dans un délai maximum de 1 mois dans le cas d'une maladie symptomatique, de haut grade ou en présence d'une obstruction.
- Néphro-urétérectomie totale : réaliser l'intervention d'emblée (sans traitement néoadjuvant) dans un délai maximum de 2 mois dans le cas d'une maladie de haut grade, en priorisant les patients atteints d'une maladie symptomatique.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.

Tumeur des voies excrétrices supérieures infiltrant le parenchyme rénal

- Néphro-urétérectomie totale : réaliser l'intervention d'emblée (sans traitement néoadjuvant), dans un délai maximum de 1 mois en priorisant les patients atteints d'une maladie symptomatique.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.
- Omettre la chimiothérapie néoadjuvante, dans la mesure du possible. L'équilibre entre les risques et les bénéfices de la chimiothérapie néoadjuvante doit être évalué au cas par cas; privilégier la néphro-urétérectomie totale d'emblée dans ce contexte.

Maladie métastatique (cancer vésical ou des voies excrétrices supérieures)

- Poursuivre la chimiothérapie palliative de première intention ou la débuter dès que possible. Ne pas interrompre le traitement de première intention sans justification.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.
- Omettre les traitements palliatifs de deuxième intention ou plus, sauf en deuxième intention lorsque le risque de morbidité et de mortalité lié au cancer excède celui lié à la COVID-19.
- Dans le cas d'une maladie réfractaire aux sels de platine, ne pas commencer de la chimiothérapie sans justification et considérer interrompre ou retarder le traitement chez les patients qui ne répondent pas à la thérapie.

Cancer du testicule

Principes généraux

- La prise en charge proposée s'applique aux tumeurs germinales séminomateuse et non séminomateuses.

Suspicion de cancer et tumeur de stade III ou moins

- Orchidectomie diagnostique ou thérapeutique : réaliser l'intervention dans un délai de 1 semaine (urgence). Un éventuel retard de traitement ne peut être justifié.
- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
    - Surveillance active : privilégier un suivi étroit après l'orchidectomie, sans traitement systémique, dans le cas d'une tumeur de stade I ;
    - Lorsqu'un traitement est considéré dans le cas d'une tumeur séminomateuse de stade IIa, privilégier la radiothérapie plutôt qu'un traitement systémique chez les patients candidats aux 2 options ;

- Dans le cas d'une tumeur non séminomateuse de stade IIa, considérer la résection des ganglions rétropéritonéaux plutôt que la chimiothérapie, si l'accès au bloc opératoire est possible ;
- Privilégier la chimiothérapie pour les tumeurs de stade IIb ou plus ;
- Tenter de reporter la chirurgie pour les masses résiduelles, avec un suivi radiologique rapproché. Intervenir en cas de progression.

Maladie métastatique

- Débuter les traitements à visée curative de première et deuxième intention dès que possible, en évitant de dévier des protocoles habituels. Ne pas suspendre le traitement sans justification. Éviter les traitements à base de bléomycine dans la mesure du possible.
- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
  - Traitement local : la radiochirurgie pourrait être indiquée dans certaines situations cliniques (exemple : métastases cérébrales).

Cancer du pénis et de l'urètre

Principes généraux

- Tous les traitements de curiethérapie doivent être retardés. Compléter les traitements en cours, mais ne pas en commencer de nouveaux. Cette option de traitement doit être évitée en raison des restrictions d'accès au bloc opératoire et afin de préserver le matériel médical.
- Si un traitement est nécessaire, la curiethérapie peut être remplacée par la radiothérapie externe ou par une hormonothérapie en attendant de pouvoir administrer la curiethérapie ou la radiothérapie.

Tumeur *in situ*

- Traitement conservateur : commencer le traitement de la lésion pénienne dès que possible afin d'éviter une progression. Lorsque toutes les options thérapeutiques sont disponibles, privilégier le traitement topique à domicile plutôt qu'une pénectomie partielle différée. Opter pour la pénectomie partielle si le traitement topique est contre-indiqué.
- Après échec d'un traitement conservateur : proposer de retarder tout traitement subséquent, avec une surveillance stricte.

Tumeur invasive

- Pénectomie partielle : réséquer la tumeur pénienne dès que possible afin d'éviter une progression vers une tumeur nécessitant une pénectomie totale.
- Curage ganglionnaire inguinal : retarder les traitements prophylactiques pour une période d'environ 3 mois avec suivi approprié. Considérer remplacer le curage par une radiothérapie en cas de métastases au niveau des ganglions lymphatiques inguinales.

Maladie métastatique

- Administrer la chimiothérapie au cas par cas, en la retardant dans la mesure du possible.

Document élaboré par :

Dr Jamil Asselah, oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Dr Armen Aprikian, urologue, chef médical, cogestionnaire médical du programme de cancérologie, CUSM

Dre Cynthia Ménard, radio-oncologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dr Éric Lévesque, hémato-oncologue, Faculté de médecine, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL)

Dr Éric Vigneault, radio-oncologue, CHU de Québec – UL

Dr Fred Saad, urologue, CHUM

Mme Anne-Julie Rancourt-Poulin, conseillère en accès, Programme québécois de cancérologie (PQC)

Mme Mireille Chinas Ugalde, conseillère, PQC

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Avec la collaboration de :

Mme Vanessa Dufour, professionnelle scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

M. Jim Boulanger, coordonnateur scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet Cancers gynécologiques

Recommandations en date du 15 avril 2020

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Ces recommandations sont modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en cancérologie lorsqu'applicable. Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activités en cancérologie en situation de pandémie COVID-19 ».

Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée.
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
  - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie ;
  - Que les délais ne seront pas excessifs ;
  - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente ;
  - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état ;
  - Répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.

Méthodologie pour l'élaboration des recommandations spécifiques aux cancers gynécologiques

Dans un premier temps, une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations et sociétés savantes en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée par les professionnels de l'INESSS (l'avis sera disponible sur le site de l'INESSS :https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html). Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers gynécologiques a par la suite été formé pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des

recommandations en lien avec la priorisation des soins. Le présent document a également été approuvé par les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le Programme québécois de cancérologie.

Considérations générales pour les cancers gynécologiques

Afin de faire face au contexte actuel de crise de santé publique, une réorganisation significative des soins destinés aux patients atteints de cancer est en cours afin de protéger les patients des risques de contracter la COVID-19, et aussi de permettre une réallocation de certaines ressources à la prise en charge de la COVID-19.

Une baisse significative d'accès au bloc opératoire a déjà été observée. Une réduction de l'accès aux traitements de systémiques (chimiothérapie, immunothérapie ou thérapies ciblées) et de radiothérapie est à craindre si une proportion importante du personnel devient infectée par la COVID-19. Conséquemment, des délais dans la prise en charge des femmes avec un cancer gynécologique seront inévitablement rencontrés. Certains de ces délais pourraient être préjudiciables pour les patients avec un impact négatif sur la survie si aucune mesure n'était prise pour mitiger les risques.

Dans ces circonstances, il est nécessaire d'établir des critères de priorisation et des alternatives afin de faciliter et de standardiser la prise en charge des cancers gynécologiques au Québec. Ces critères doivent être établis en fonction de l'agressivité des pathologies rencontrées de même que des chances de guérison, des comorbidités et du statut de performance (ECOG) des femmes. Une discussion du plan de traitement et du niveau de soins prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie de COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patiente.

Bien que les experts aient parfois proposé des alternatives thérapeutiques qui ne sont pas inscrites aux listes de médicaments (indiqué dans le document), celles-ci devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement considérées sur recommandation du CDTC, après que les traitements reconnus aient d'abord été envisagés et exclus en tenant compte de la disponibilité des ressources de même que des risques et des bénéfices.

Lignes directrices

- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les femmes doivent être réévaluées périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.
- L'avis concerté d'un Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) pour les cas complexes est recommandé et il permet de documenter la conduite au dossier de la patiente. Les patientes prises en charge dans un centre périphérique peuvent faire l'objet d'un avis par télémédecine.

- Dans la situation où un transfert ou une demande de consultation en centre oncologique est requis, une évaluation par le biais de la télémédecine devrait être favorisée dans un premier temps. Un appel vers le médecin receveur devrait être fait pour discuter du cas de la patiente avant la référence.
- En période de pandémie, à des fins d'utilisation appropriée des ressources opératoires, anesthésiques et de soins intensifs, la chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique (CHIP) devrait être omise de même que les chirurgies de stadification ganglionnaire para-aortiques pour cancer du col utérin.
- Les services d'imagerie diagnostique et les services de biopsie radioguidés devraient être maintenus afin d'éviter d'utiliser une ressource chirurgicale.

Les présentes lignes directrices sont applicables uniquement à la période de pandémie coronavirus. La situation est sujette à une modification régulière et ces lignes directrices seront jugées caduques au moment du retour à un accès normal aux soins oncologiques usuels et à la suite du rattrapage du retard opératoire engendré par la pandémie.

Chirurgie

- Chez la patiente porteuse de la COVID-19, toute chirurgie devrait être reportée minimalement après la fin des symptômes, à moins d'une urgence de catégorie A (cf ci-bas). La chirurgie non urgente devrait être reprogrammée en suivant les consignes établies par le service de prévention et contrôle des infections (PCI). Les risques de complications respiratoires postopératoires sont nettement augmentés chez cette clientèle de la COVID-19 et d'autant plus dans un contexte oncologique (Liang et al., 2020).
- En ce temps de pandémie, les procédures complexes utilisant des ressources importantes en termes de temps opératoire, transfusions, soins intensifs et matériel de protection individuelle (EPI) devraient être évitées lorsque possible afin de permettre une meilleure allocation des ressources. Dans les cas où cela est possible, privilégier une anesthésie locale ou locorégionale pour réduire les risques d'exposition.

Priorisation de catégorie A – Prise en charge immédiate

Critères basés sur les symptômes importants sans égard au site de malignité primaire avec risque de décès à court terme :

- Les patientes avec un cancer gynécologique qui devraient être priorisées pour l'accès à la chirurgie sont les femmes avec :

- Saignement hémorragique réfractaire avec chute d'hémoglobine dont la cause est traitable par une chirurgie ;
- Symptôme réfractaire qui requiert une attention chirurgicale (exemple : douleur) ;
- Signes d'occlusion intestinale à risque de perforation digestive (anse fermée, occlusion colique) ;
- Môle hydatiforme :
  - Curetage ou hystérectomie sans différer.

Priorisation de catégorie B – Accès en moins de 4 semaines

Critères basés sur l'agressivité de la maladie ET la possibilité d'un traitement à visée curative, et ce, sans égard à l'âge de la patiente. Par le délai de chirurgie, ces conditions sont à risque de détérioration avec impact délétère sur la survie de la patiente. Les femmes avec une maladie métastatique devraient être orientées vers une approche médicale. Bien que le délai recommandé soit de moins de 28 jours pour ces femmes, certaines situations pourraient nécessiter une chirurgie plus urgente si le médecin juge que le risque de détérioration est trop important.

Cancer de l'ovaire

- Masses suspectes avec élévation des marqueurs tumoraux (calcul du score de risque de malignité).
- Cancer ovarien pour lequel une chimiothérapie néoadjuvante est possible (le nombre de cycles à recevoir en néoadjuvant pourra être augmenté de 3 à 6.
- Diagnostic de cancer de l'ovaire non chimiosensible (tout stade) ;
  - Exemple : carcinome séreux de bas grade ou mucineux.

Cancer de l'endomètre et de l'utérus

- Cancer de haut grade (FIGO G3/ séreux/ carcinosarcome/indifférencié, G2 p53+).
- Sarcome utérin suspecté ou prouvé.

Cancer du col de l'utérus

- Taille de la lésion IB2 ou IB1 macroscopique (FIGO 2019). En cas de délai plus important pour réaliser la chirurgie, considérer un traitement par radiochimiothérapie concomitante ou une chimiothérapie néoadjuvante (Ramirez et al. IJGC 2020;0:1-3).
- Lésion qui progresse sous surveillance.

Cancer de la vulve

- Tumeur de gros volume sans contact avec les sphincters.

Priorisation de catégorie C – accès en 28 à 56 jours

Bien qu'une chirurgie soit préférable dans les 28 jours comme le stipulent les normes d'accès à la chirurgie oncologique du ministère de la Santé et des Services sociaux, les risques d'évolution défavorable sont cependant estimés moindres.

Un délai de 28 à 56 jours est acceptable chez les patientes avec :

Tumeur ovarienne

- Masse ovarienne complexe avec marqueurs tumoraux normaux (index de risque de malignité faible).

Cancer de l'ovaire

- Cancer ovarien avancé avec possibilité d'amorcer une chimiothérapie néoadjuvante.
- Chirurgie intercalée pour laquelle il y a une possibilité d'administrer un/des cycles supplémentaires de chimiothérapie (maximum de 6 cycles).

Cancer de l'endomètre

- Dans la majorité des cas, le report de 4 à 8 semaines est jugé moins délétère pour les patientes avec une histologie de bas grade et en l'absence d'évidence de maladie localement avancée ou métastatique au niveau ganglionnaire. Dans ces deux situations, en l'absence de contre-indication, un traitement hormonal progestatif (per os (voie orale) ou dispositif intra-utérin si le délai devait être plus long) pourrait être offert dans l'attente de la chirurgie :
  - EIN ;
  - Cancer de l'endomètre de bas grade.

Cancer de la vulve

- Les tumeurs de gros volume qui touchent les sphincters devraient être adressées par radiochimiothérapie concomitante.
- Les tumeurs de petit volume pourraient être adressées par exérèse chirurgicale élargie sous anesthésie locale dans des cas sélectionnés.

Cancer du vagin

- Les cancers du vagin devraient être adressés en radiothérapie ou radiochimiothérapie concomitante selon le stade.

Cancer du col

- Les cancers du col micro-infiltrants (FIGO IA1 et IA2).

Traitements systémiques

- Toute femme avec un diagnostic d'infection active au coronavirus ne devrait pas recevoir de traitement de chimiothérapie, d'immunothérapie ou de thérapie ciblée, qu'elle soit orale ou intraveineuse. La durée du report devrait être en fonction de l'évolution clinique et les consignes établies par la PCI. Le risque de complications sévères de la COVID-19 pour cette population déjà immunodéprimée est grandement augmenté.
- En période de pandémie :
  - Les agents minimisant les risques d'immunosuppression de même que les régimes qui requièrent moins de visites médicales (incluant les thérapies orales) devraient être favorisés lorsque possible ;
  - Les femmes porteuses d'une néoplasie tubo-ovarienne qui sont sous thérapie de maintenance avec un inhibiteur de PARP devraient poursuivre leur traitement ;
  - L'initiation d'une thérapie de maintenance avec un inhibiteur de PARP sera évaluée au cas par cas par le médecin traitant selon la récupération hématologique post-chimiothérapie ;
  - Une chimiothérapie pour traitement adjuvant pour des cancers où les indications de chimiothérapie sont débattues devrait être omise :
    - Cancer de l'ovaire IA-IB G2;
    - Cancer de l'endomètre :
      - Stade II endométrioïde ;
      - Stade I à risque intermédiaire élevé ;
      - Stade IA à cellules claires.
- Dans un contexte de pandémie de COVID-19, certaines options non conventionnelles (non inscrites aux listes des médicaments), mais supportées par la littérature, devraient être discutées afin d'offrir des alternatives permettant de limiter l'exposition des patientes et une meilleure utilisation des ressources hospitalières. À titre d'exemple :

- Régime non hebdomadaire avec le bevacizumab ou la cyclosphamide orale pour le cancer de l'ovaire ;
- Pemetrexed pour le cancer du col ;
- Combinaison lenvatinib et pembrolizumab ou doxorubicine liposomale combiné ou non à un sel de platine pour le cancer de l'endomètre métastatique.

Priorisation de catégorie A – Immédiat-urgent

Les patientes suivantes avec un nouveau diagnostic de malignité ou un fardeau tumoral élevé sont celles qui bénéficient d'une prise en charge urgente afin de maximiser la survie globale et la survie sans récidive :

- Néoplasie gestationnelle trophoblastique ;
- Tumeurs germinales ;
- Patientes qui requièrent une chimiothérapie primaire à visée curative ;
- Chimiothérapie néoadjuvante pour cancer ovarien ou endométrial avancé ;
- Chimiothérapie de sensibilisation per-radiothérapie pour cancer du col, du vagin ou de la vulve avancé ;
- Crise viscérale ;
- Récidive symptomatique de cancer ovarien sensible aux sels de platine.

Priorisation de catégorie B – Semi-urgent

Les femmes avec les conditions suivantes devraient bénéficier d'une administration de chimiothérapie dans un délai de 1 à 3 mois afin de maximiser leur survie et/ou la gestion de leurs symptômes :

- Nouveau diagnostic de malignité qui requiert un traitement adjuvant à visée curative ;
- Diagnostic d'une récidive de malignité après traitement initial :
  - Récidive sensible aux sels de platine de cancer ovarien non symptomatique ;
  - Cancer de l'utérus métastatique :
    - Favoriser une hormonothérapie dans les cas susceptibles d'y répondre ;
    - Considérer reporter les traitements si maladie minimalement symptomatique.

Priorisation de catégorie C – Pertinence à discuter au cas par cas

Pour les femmes dont les chances de réponse à la chimiothérapie sont moindres, une discussion sur l'objectif des soins, leur pertinence et la qualité de vie devrait être prioritaire.

- Cancer ovarien résistant aux sels :
  - Bien peser les risques et les bénéfices au cas par cas ;
  - Favoriser les traitements à intervalle plus long ;
  - Considérer le traitement oral (etoposide oral) chez les patientes susceptibles de bien le tolérer ;
  - Considérer reporter les traitements si la maladie est minimalement symptomatique ou de petit volume ;
  - Le bevacizumab devrait être considéré pour les femmes qui sont candidates.
- Léiomyosarcome utérin métastatique :
  - Favoriser les alternatives orales.

Radiothérapie

- Des directives d'ordre général s'appliquant à la radio-oncologie ont été élaborées et elles sont disponibles au lien suivant. La consultation de ce document est recommandée: www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/
- Pour la curiethérapie, si cette dernière nécessite une anesthésie, une anesthésie régionale devrait être favorisée.

Priorisation de catégorie A – Immédiat-urgent

Un délai de 1-2 jours est acceptable.

- Saignement réfractaire ou douleur réfractaire au traitement médical.

Priorisation de catégorie B – Semi-urgent

B1 : Un délai jusqu'à 3 à 4 semaines est acceptable.

- Cancer en place à visée curative (radiothérapie ±chimio±curiethérapie) :
  - Col ;
  - Vulve ;
  - Vagin ;
  - Utérus pour lequel une chirurgie ne peut être considérée.

B2 : Un délai jusqu'à 8 à 12 semaines postopératoire est acceptable.

- Traitement adjuvant d'un cancer du col utérin (radiothérapie ± chimiothérapie).
- Traitement adjuvant du cancer de la vulve avec critères de risque élevés (radiothérapie ± chimiothérapie).

Priorisation de catégorie C – Non urgent

Un délai de 12 à 16 semaines postopératoire est acceptable.

- Traitement adjuvant d'un cancer de l'endomètre (radiothérapie externe seule ou curiethérapie seule ou radiothérapie externe et curiethérapie ou chimiothérapie et radiothérapie ou chimiothérapie et curiethérapie).

Points complémentaires pour la radiothérapie et la curiethérapie

Pour les guides de fractionnement et des informations plus précises sur les doses, les radio-oncologues peuvent se référer au site Web de l'Association des radio-oncologues du Québec (AROQ).

Document élaboré par :

Dre Alexandra Sebastianelli, gynéco-oncologue, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL)

Dre Vanessa Samouëlian, gynéco-oncologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dre Shannon Salvador, gynéco-oncologue, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Dr Vincent Castonguay, hémato-oncologue, CHU de Québec – UL

Dr François Vincent, radio-oncologue, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Dre Annie Ebacher, radio-oncologue, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Mme Sarah Fournier, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC)

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Avec la collaboration de :

Mme Mélanie Béland, professionnelle scientifique, INESSS

M. Jim Boulanger, coordonnateur scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

Tableau 1 – Résumé de la priorisation chirurgicale en contexte de pandémie de COVID-19

Priorité	Définition	Délai de prise en charge et autres considérations
A	Patiente avec une situation de cancer critique avec risque d'atteinte à la vie imminente : • Saignements hémorragiques avec chute d'hémoglobine dont la cause est traitable par une chirurgie ; • Symptôme réfractaire qui requiert une attention chirurgicale (exemple : douleur) ; • Signes d'occlusion intestinale ; • Maladie gestationnelle trophoblastique.	Chirurgie urgente à pratiquer sans délai
B	Condition chirurgicale urgente à risque de détérioration majeure à court terme en lien avec l'histologie et comportement agressif : **Cancer de l'ovaire** • Masses suspectes/élévation des marqueurs/ascite ; • Cancer de l'ovaire dont le nombre maximal de cycles de chimiothérapie néoadjuvant jugé efficace a été reçu. **Cancer de l'endomètre et de l'utérus** • FIGO G3 (séreux de haut grade / carcinosarcome / indifférencié) ; • FIGO G2, p53+. **Cancer du col de l'utérus** • Saignements actifs ; • Taille de la lésion IB2 ou IB1 macroscopique ; • Lésion qui progresse sous surveillance. **Cancer de la vulve** • Tumeur de gros volume sans contact avec les sphincters.	Délai accepté jusqu'à 28 jours. Chirurgie à pratiquer dans les 14 jours si risque de détérioration important.

Priorité	Définition	Délai de prise en charge et autres considérations
C	Condition chirurgicale avec malignité ou risque de malignité sous-jacente pour laquelle un report de la chirurgie est à moindre risque d'être délétère : **Tumeur ovarienne** • Masse ovarienne avec marqueurs tumoraux normaux. **Cancer de l'ovaire** • Chirurgie intercalée pour laquelle il y a une possibilité d'administrer un/des cycles supplémentaires de chimiothérapie. **Cancer de l'endomètre** • EIN/FIGO G1 ; • FIGO G2 p53 WT. **Cancer du col** • Lésion IA1/IA2/IB1 microscopique.	Patientes pouvant être reportées après évaluation au cas par cas Délai 28-56 jours Traitement hormonal progestatif peut être offert Surveillance coloscopique requise
D	• Chirurgie pour lésion préinvasive avec risque de malignité sous-jacente jugée faible CIN/VIN/VAIN) . • Chirurgie diagnostique pour laquelle une option radiologique est disponible. • Chirurgie de stadification para-aortique pour cancer du col utérin. • Chirurgie ultraradicale pour laquelle la consommation des soins anesthésiques, de l'USI ou des ressources opératoires est jugée importante.	Report de la chirurgie jusqu'à nouvel ordre Omettre la chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique

Tableau 2 – Résumé de la priorisation des traitements systémiques en contexte de pandémie de COVID-19

Priorité	Définition	Délai de prise en charge et autres considérations
A	Patiente avec une situation de cancer critique avec risque d'atteinte à la vie imminente : • Chimiothérapie pour néoplasie gestationnelle trophoblastique ; • Tumeur germinale ; • Chimiothérapie de sensibilisation per radiothérapie pour cancers du col, du vagin ou de la vulve avancés ; • Crise viscérale. Patiente avec une option de traitement à visée curative ou palliative comme une maladie métastatique, mais chimio-sensible : • Chimiothérapie néoadjuvante pour cancer avancé ; tubaire/ovarien/péritonéal ou endométrial avec ascite ou épanchement pleural ; • Patiente sous chimiothérapie néo-adjuvante pour cancer de l'ovaire déjà en cours ; • Récidive symptomatique de cancer ovarien sensible aux sels de platine.	Le traitement doit débuter dès que possible

Priorité	Définition	Délai de prise en charge et autres considérations
B	Maladie avec maladie guérissable par traitement multimodal : • Traitement adjuvant d'un cancer de l'endomètre, du col, de l'ovaire ; • Patiente en chimiothérapie pour cancer de l'ovaire sensible aux sels de platine ; • Cancer gynécologique métastatique sous chimiothérapie avec preuve de réponse au traitement.	Le traitement doit commencer entre 1 et 3 mois après le diagnostic
C	Chimiothérapie pour néoplasie métastatique à pauvre pronostic : • Léiomyosarcome métastatique ; • Néoplasie ovarienne résistante aux sels de platines : o L'utilisation du bevacizumab devrait être considérée pour ces patientes.	La pertinence du traitement doit être individualisée Une discussion d'optimisation de la qualité de vie doit être prépondérante.

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet Cancers colorectaux

Recommandations en date du 15 avril 2020

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Le présent guide a été réalisé par un comité d'experts en contexte d'urgence sanitaire. Il est basé sur la documentation disponible au moment de sa publication et est adapté à la réalité québécoise.

Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Les recommandations sont traitées par siège tumoral et modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en cancérologie lorsqu'applicable. ***Généralement, les premières recommandations s'appliquent au niveau d'activités 1 et 2. Des ajustements thérapeutiques sont proposés et ils peuvent s'appliquer au niveau d'activités 2 et 3, lorsque mentionnés. Un degré de flexibilité plus important (exemple : doubler les délais) pourrait être acceptable dans un contexte de niveau 3 ou 4. Lorsque les ressources sont disponibles, le traitement standard doit être privilégié.***

Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activités en cancérologie en situation de pandémie COVID-19 ». Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée.
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
  - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie;
  - Que les délais ne seront pas excessifs;
  - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente;
  - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état;
  - Répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et être documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.

- Bien que des alternatives thérapeutiques non standard soient parfois proposées dans les recommandations, celles-ci devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement offertes sur recommandation d'un CDTC en tenant compte de la disponibilité des ressources (traitement standard non accessible) de même que des risques et des bénéfices des traitements en contexte de pandémie COVID-19.

Méthodologie pour l'élaboration des recommandations spécifiques aux cancers colorectaux

Dans un premier temps, une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations et sociétés savantes en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée par les professionnels de l'INESSS (l'avis sera disponible sur le site de l'INESSS : https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html). Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers colorectaux a par la suite été formé pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des recommandations en lien avec la priorisation des soins. Le présent document a également été approuvé par les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le Programme québécois de cancérologie.

Considérations générales pour les cancers colorectaux

- Chaque cas devrait être évalué dans son contexte et les cas incertains devraient être discutés au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique à préconiser en tenant compte des risques et des bénéfices.
- Les examens d'imagerie prévus en cours de traitement peuvent être retardés pour un délai maximal de 3-4 mois. Les examens de suivi post-traitement (adjuvant) peuvent être retardés jusqu'à un maximum de 12 mois, sauf dans le cas d'une surveillance active (*watch and* wait), où les examens devront être idéalement réalisés dans les 3 mois.
- Privilégier le suivi des patients par la cinétique des marqueurs tumoraux, sinon, à l'aide de l'examen clinique.

Cancer du côlon localisé ou avancé (TxNxM0)

Cancer du côlon < T4, < N2

- La chirurgie à visée curative est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais appropriés (report maximal de 4 à 6 semaines).

- Si l'accès au bloc opératoire est limité (niveau 3) :
  - Cancer asymptomatique : la chirurgie pourrait être reportée jusqu'à un maximum de 8 semaines ; un dosage des marqueurs tumoraux (CEA) devra être réalisé avant la chirurgie et si une augmentation significative était observée, il est souhaitable de refaire un examen d'imagerie (TDM) avant la chirurgie ;
  - Cancer symptomatique : le report de la chirurgie jusqu'à un maximum de 2 à 4 semaines est acceptable, selon le jugement clinique du chirurgien.

Cancer du côlon, stade localement avancé (T4), ou ≥ N2

- Une chimiothérapie néoadjuvante pourrait être administrée afin de retarder la chirurgie.
- Les protocoles CapOX et FOLFOX sont indiqués ; ils présentent des bénéfices différents selon le contexte clinique (avantage d'administration et de fréquence pour le CapOX et meilleure tolérance générale pour le FOLFOX).

Cancer du côlon réséqué

- Une chimiothérapie adjuvante devrait être envisagée selon le protocole standard, en fonction du contexte clinique de la maladie :
  - Stade 2 : l'omission de la chimiothérapie adjuvante pourrait être discutée ;
  - Stade 3 : l'administration d'une chimiothérapie adjuvante devrait être envisagée si elle est indiquée. Le choix de la chimiothérapie à utiliser dépend du contexte clinique. Les options disponibles sont :
    - Capécitabine (patients plus âgés, comorbidités, neuropathie, absence d'instabilité des microsatellites) ;
    - CapOX (traitement de 3 mois, maladie à faible risque de récidive) ;
    - FOLFOX (traitement de 6 mois, maladie à haut risque de récidive).

Cancer du côlon obstructif, microperforé ou perforé

- Effectuer une chirurgie de manière urgente. Aucun délai n'est à envisager, quel que soit le niveau d'urgence sanitaire (niveaux 1 à 4).

Cancer du rectum localisé

T1, N0

- La chirurgie à visée curative est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais appropriés (niveaux 1 et 2).

- Si l'accès au bloc est limité (niveau 3) et qu'il n'y a pas de facteurs de mauvais pronostic associés, la chirurgie pourrait être retardée et une réévaluation du stade tumoral devrait être réalisée dans les 6 à 8 semaines.

T2, N0

- La chirurgie oncologique à visée curative est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais appropriés (niveaux 1 et 2).
- Si l'accès au bloc est limité (niveau 3) :
    - Une radiochimiothérapie (*long-course*) à visée curative pourrait être administrée, suivie d'observation si une réponse clinique complète était obtenue ;
    - Dans l'impossibilité de réaliser un traitement de radiochimiothérapie, le protocole de radiothérapie de 25 Gy en 5 fractions (*short-course*) pourrait être envisagé et la chirurgie pourrait être reportée de 6 à 8 semaines.

T3, N0-N1 (sauf tiers distal et CRM+)

- Un traitement néoadjuvant pourrait être administré, en privilégiant le protocole de radiothérapie de 25 Gy en 5 fractions (*short-course*), plutôt que la radiochimiothérapie (*long-course*).
- Si l'accès au bloc est limité (niveau 3), une radiochimiothérapie à visée curative (*long-course*) pourrait être administrée ;
    - En présence d'une réponse clinique complète, la stratégie de surveillance active (watch and wait) avec un suivi rapproché pourrait être envisagée ;
    - Sinon, la chirurgie à visée curative devrait être réalisée dans un délai de 8 à 12 semaines maximum.

T4, N0-N1

- Une radiochimiothérapie néoadjuvante (*long*-course) pourrait être envisagée, suivie d'une chirurgie 6 à 12 semaines plus tard.
- Si les ressources sont limitées (niveau 3), une chimiothérapie néoadjuvante (CapOX, capécitabine) pourrait être envisagée, suivie d'une radiothérapie de 25 Gy en 5 fractions (*short-course*) ou d'une radiochimiothérapie néoadjuvante (*long-course*), puis d'une chirurgie 6 à 12 semaines plus tard, selon la réponse tumorale.
- Pour les patients dont le traitement néoadjuvant de radiochimiothérapie est terminé, qu'une réponse complète n'est pas obtenue et que l'accès au bloc opératoire est toujours compromis :
    - Considérer la chirurgie prioritaire si un délai de 14 semaines est dépassé ;

- En cas d'impossibilité, une réévaluation du stade tumoral devrait être effectuée aux 4 semaines ;
- L'administration d'une chimiothérapie pourrait être discutée (FOLFOX, CapOX, capécitabine) si la maladie présentait une progression.

T4, N2 (T3, N2 sans équivoque)

- Si les ressources sont limitées (niveau 3), une chimiothérapie néoadjuvante (CapOX, capécitabine) pourrait être envisagée, suivie d'une radiothérapie de 25 Gy en 5 fractions (*short-course*) ou d'une radiochimiothérapie néoadjuvante (*long-course*), puis d'une chirurgie 6 à 12 semaines plus tard, selon la réponse tumorale.

Tiers distaux et CRM rapprochées

- Un traitement de radiochimiothérapie (*long*-course) est privilégié.

Cancer du rectum avec occlusion

- Effectuer une chirurgie de diversion urgente (stomie). Aucun délai n'est à envisager, quel que soit le niveau d'urgence sanitaire (niveaux 1 à 4).

Cancer colorectal métastatique

- Un traitement systémique devrait être envisagé selon les protocoles conventionnels (niveaux 1 et 2).
- Les protocoles indiqués sont FOLFIRI, FOLFOX, CapOX, CapIri, avec ou sans thérapie ciblée (bévacizumab ou panitumumab).
- Si l'accès aux soins est limité (niveaux 3 et 4), les traitements associés à moins de visites à l'hôpital et les formes orales (capécitabine) devraient être envisagés.
- Les trichimiothérapies (FOLFOXIRI) sont à éviter ; le traitement CapIri peut nécessiter une réduction des doses initiales, en raison de la toxicité associée.
- En présence d'une maladie stable ou à progression lente, les traitements oraux (capécitabine) sont à privilégier avec suivi téléphonique. Si un traitement d'entretien est envisagé, la capécitabine (avec ou sans bévacizumab ou panitumumab) doit être privilégiée. Une pause thérapeutique de 2 mois ou plus selon l'évolution peut également être discutée.
- Pour les lignes de traitements subséquentes, les options thérapeutiques doivent être discutées selon la situation clinique.
- L'utilisation de trifluridine-tipiracil ou du regorafenib doit être considérée avec prudence.

Cancer du canal anal

- Pour le cancer du canal anal localisé, le traitement standard de radiochimiothérapie devrait être envisagé. Les options disponibles de chimiothérapie associées à la radiothérapie sont la capécitabine ou le 5-FU associé à la mitomycine C.
- Privilégier le schéma capécitabine-mitomycine avec la radiothérapie au lieu du 5-FU en perfusion continue.

Carcinomes in situ, polypes

- La chirurgie pourra être retardée jusqu'à la fin de la pandémie pour les carcinomes *in situ* ou toute autre lésion précancéreuse et les polypes bénins ou malins.

Document élaboré par :

Dr Jamil Asselah, oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill – Site Glen / Hôpital Royal Victoria

Dre Francine Aubin, hématologue et oncologue médical, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dre Laurence Bernier, radio-oncologue, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL) / Hôtel-Dieu de Québec

Dre Marylise Boutros, chirurgienne générale, Hôpital général juif

Dr Alexis Bujold, radio-oncologue, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal / Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Dr Félix Couture, hématologue et oncologue médical, CHU de Québec – UL / Hôtel-Dieu de Québec

Dre Carole Richard, chirurgienne générale et colorectale, CHUM

Dr Benoit Samson, hématologue et oncologue médical, CISSS de la Montérégie-Centre / Hôpital Charles-Le Moyne

Mme Anne-Julie Rancourt-Poulin, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC)

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, PQC

Dre Laurence Eloy, médecin-conseil, PQC

Mme Caroline Riou, conseillère, PQC

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Avec la collaboration de :

Mme Camille Lehuédé, professionnelle scientifique, Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

M. Jim Boulanger, coordonnateur scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet Mélanome

Recommandations en date du 15 avril 2020

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Ces recommandations sont modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en cancérologie lorsqu'applicable.

Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activités en cancérologie en situation de pandémie COVID-19 ». Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée.
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
  - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie ;
  - Que les délais ne seront pas excessifs ;
  - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente ;
  - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état ;
  - Répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.

Méthodologie pour l'élaboration des recommandations spécifiques aux mélanomes

Dans un premier temps, une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations et sociétés savantes en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée par les professionnels de l'INESSS (l'avis sera disponible sur le site de l'INESSS :

https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html). Un comité d'experts québécois spécialisés en mélanome a par la suite été formé pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des recommandations en lien avec la priorisation des soins. Le présent document a également été approuvé par les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le Programme québécois de cancérologie.

Considérations générales applicables aux mélanomes

Les recommandations proposées dans ce document constituent des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles ne remplacent pas le jugement clinique. Chaque cas devrait être évalué dans son contexte et les cas incertains devraient être discutés au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique à préconiser en tenant compte des risques et des bénéfices.

Les recommandations de ce document s'appliquent à un niveau d'activités 1 et 2 en cancérologie. Des reports de traitement plus importants (exemple : doubler les délais) pourraient être considérés dans un contexte de niveau d'activités 3 ou 4.

Mélanome cutané de stade précoce

Biopsie diagnostique (tous les niveaux)

- Si possible, procéder à une biopsie exérèse le plus rapidement possible (délai maximum : 1 mois après le diagnostic clinique) pour enlever complètement la lésion cliniquement visible de manière à obtenir une marge saine de 1 à 2 mm autour de la lésion. La transsection histologique de la composante *in situ* en marge périphérique (en absence de pigmentation résiduelle ou de grande lésion résiduelle clinique) est d'une importance moindre.
- Une biopsie par rasage (partielle ou complète selon le diamètre de la lésion) pourrait être effectuée lorsque l'on suspecte un mélanome *in situ* de type lentigo malin au visage (mélanome causé par une exposition chronique au soleil).
- Pour les nouveaux patients, privilégier une première consultation par télésanté si une technologie de qualité était accessible (nécessité d'avoir accès à des photos de qualité) et compléter, si nécessaire, l'historique et l'examen physique (clinique) le jour de la chirurgie.

Exérèse large de mélanome *in situ*

- Reporter l'exérèse du mélanome *in situ* (MIS) jusqu'à 3 mois suivant la date du diagnostic. Dans les cas de larges mélanomes *in situ* de type lentigo malin

(exemple : 2 cm de diamètre et plus) pour lesquels uniquement une biopsie partielle a été effectuée, une exérèse plus rapprochée est souhaitable. En effet, la littérature nous indique que jusqu'à 20 % de ces mélanomes présentent une composante invasive à l'analyse histopathologique complète et définitive.

Exérèse large de mélanome invasif – Principes généraux

- La prise en charge chirurgicale des mélanomes T3/T4 (épaisseur supérieure à 2 mm) devrait être prioritaire sur les mélanomes T1/T2 (épaisseur inférieure ou égale à 2 mm).
- Dans le cas d'un mélanome invasif partiellement réséqué pour lequel une grande lésion résiduelle est cliniquement évidente, privilégier d'abord, à l'intérieur de 1 mois, une résection à marges saines sous anesthésie locale pour documenter les caractéristiques exactes de la tumeur (épaisseur de Breslow, présence d'ulcération, etc.).

Mélanome invasif, toute épaisseur, marges de biopsie négatives

- L'exérèse oncologique peut être reportée jusqu'à 3 mois après la biopsie pour les mélanomes invasifs de toute profondeur, pour lesquels la biopsie diagnostique avait une marge saine.

Mélanome invasif, toute épaisseur, marges de biopsie positives pour mélanome *in situ*

- Reporter jusqu'à 3 mois après la biopsie l'exérèse oncologique pour les mélanomes invasifs de toute profondeur, pour lesquels la biopsie diagnostique avait une marge transversale ou périphérique démontrant une composante *in situ*.

Mélanome invasif de < 2 mm, marges de biopsie positives pour composante invasive

- En présence d'une marge positive invasive, l'exérèse oncologique peut être reportée jusqu'à 8 semaines pour les lésions de moins de 2 mm.
- Si le délai ne pouvait être respecté pour les marges positives, il est souhaitable de faire une excision complémentaire sous anesthésie locale, pour obtenir des marges saines de 1-2 mm en attendant de faire l'exérèse définitive à l'intérieur de 1 mois.

Mélanome invasif de ≥ 2 mm, marges de biopsie positives pour composante invasive

- En présence d'une marge positive invasive, l'exérèse oncologique peut être reportée jusqu'à 4 semaines pour les lésions de plus de 2 mm.

- Si le délai ne pouvait être respecté pour les marges positives, il est souhaitable de faire une excision complémentaire sous anesthésie locale, pour obtenir des marges saines de 1-2 mm en attendant de faire l'exérèse définitive à l'intérieur de 1 mois.

Biopsie du ganglion sentinelle

- Si l'accès du bloc opératoire était possible, considérer de faire dès maintenant une biopsie du ganglion lymphatique sentinelle pour les mélanomes cutanés d'une épaisseur supérieure à 0,8 mm. Il serait possible de reporter jusqu'à 3 mois plus tard.

Suivi

- Privilégier toutes les visites de suivi par télésanté si une technologie de qualité est accessible et la compétence est disponible (nécessité d'avoir accès aux photos). Colliger les informations dans le dossier du patient.
- Reporter les visites de suivi et de suivi actif pour les patients opérés et les patients avec mélanome localisé de stades 0, I et II asymptomatiques depuis au moins 3 à 6 mois.

Mélanome de stade III (atteinte ganglionnaire régionale)

Biopsie du ganglion sentinelle positive

- Privilégier un suivi clinique avec échographie du bassin ganglionnaire à intervalles réguliers (4 à 6 mois) (Étude MSLT-2).
- Envisager d'espacer la fréquence des examens de suivi selon la gravité du mélanome et la disponibilité des ressources du milieu.

Dissection ganglionnaire formelle prévue

- Lorsqu'une lymphadénectomie thérapeutique est indiquée (atteinte ganglionnaire clinique ou radiologique), mais que les salles d'opération ne sont pas disponibles, cette intervention pourrait être retardée (maximum 1 mois) si une thérapie néoadjuvante pouvait être effectuée, à l'exception des patients avec nodules métastatiques envahissants ou adjacents à une structure vitale (exemples : carotide, base de crâne).
- Une alternative à considérer pour les patients avec la mutation BRAF est la double thérapie ciblée avec le dabrafenib 150 mg bid/trametinib 2 mg die X 12 semaines (étude NeoCombi).

Patients avec mélanome de stade III sous traitement adjuvant

- Limiter au minimum le suivi radiologique pour les patients sous traitement adjuvant, lequel ne devrait être envisagé qu'en l'absence de symptômes pouvant suggérer un échec au traitement.

Chirurgie palliative pour mélanomes de stade IV

- Les résections de mélanomes de stade IV devraient être suspendues pour la durée de la pandémie à moins que le patient ne soit symptomatique ou dans un état critique (en s'assurant que le bloc opératoire est fonctionnel et que l'hôpital n'est pas en surcapacité) :
  - La thérapie systémique devrait être priorisée ;
  - Une dose unique de radiothérapie palliative pourrait être pertinente pour une grosse métastase ou une métastase symptomatique, selon le cas.

Thérapie adjuvante des mélanomes de stade III

- La thérapie adjuvante devrait être débutée à l'intérieur de 12 semaines suivant la confirmation histologique du stade III.
- Privilégier des schémas thérapeutiques nécessitant le moins de ressources possible (minimiser les visites en milieu hospitalier ou effectuer le suivi des symptômes par télésanté, favoriser les thérapies orales) et ayant le moins de toxicités pour le patient.
- Les options de traitement adjuvant incluent le nivolumab 480 mg IV aux 4 semaines pendant 1 an.
- Il existe également d'autres alternatives (non inscrites aux listes de médicaments) :
  - Pembrolizumab, 200 IV aux 3 semaines pendant 1 an ;
  - Pembrolizumab, 400 mg IV aux 6 semaines pendant 1 an (Lala *et coll.*, ASCO 2018, Abstr 3062) ;
  - BRAFi/MEKi (Dabrafenib/Trametinib).
- La thérapie ciblée est à privilégier chez les patients BRAF muté afin de limiter les visites hospitalières.
- Favoriser le suivi des symptômes par télésanté/téléphone.

Mélanome de stade IV

- Pour l'instant, on ne connait pas la réaction des patients infectés par la COVID-19 sous immunothérapie. Le suivi de ces patients doit être fait sous haute surveillance.
- Dans le but de diminuer le risque de toxicité, la pression sur le système et l'utilisation de stéroïdes à haute dose (ou autres agents immunosuppresseurs), privilégiez

l'utilisation d'une mono-immunothérapie (anti-PD1) à la double thérapie après discussion sur les avantages et les risques des traitements.

- La monothérapie anti-PD1 devrait être privilégiée pour les patients sans métastase cérébrale.
- En présence de métastases cérébrales et pour certains cas particuliers, une double immunothérapie (ipilimumab + nivolumab X 4 doses suivi de nivolumab en entretien) demeure le premier choix. Un régime avec de faibles doses d'ipilimumab (ipilimumab 1 mg/kg et de nivolumab 3 mg/kg et ensuite nivolumab) pourrait être considéré. Pour les patients avec mutations BRAF, une combinaison avec un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK peut aussi être considérée.

Autres cancers cutanés

- Pour les carcinomes cutanés agressifs comme le carcinome de Merkel et le carcinome spinocellulaire à haut risque (tumeur > 2 cm, carcinome mal différencié, invasion sous la graisse ou osseuse, invasion périnerveuse > 0,1 mm, immunosuppression, métastases en transit ou récidive), un accès au bloc opératoire est souhaitable à l'intérieur de 1 mois selon les disponibilités si une chirurgie sous anesthésie locale en externe était impossible.

Document élaboré par :

Dr Joël Claveau, dermatologue, Clinique du mélanome et des cancers cutanés, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL) / Hôtel-Dieu de Québec (HDQ)

Dr Félix Couture, hématologue et oncologue médical, CHU de Québec – UL / HDQ

Dr Ari Meguerditchian, chirurgien oncologue, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Mme Anne-Julie Rancourt-Poulin, conseillère en offres de soins et de services en cancérologie, Programme québécois de cancérologie (PQC)

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et services en cancérologie, PQC

Avec la collaboration de :

M. Jim Boulanger, coordonnateur scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet Cancers digestifs hauts

Recommandations en date du 15 avril 2020

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Les recommandations sont traitées par siège tumoral et modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en

cancérologie lorsqu'applicable. **Généralement, les premières recommandations s'appliquent aux niveaux d'activités 1 et 2. Des ajustements thérapeutiques sont proposés et ils peuvent s'appliquer aux niveaux d'activités 3 et 4, lorsque mentionné. Un degré de flexibilité plus important (exemple : doubler les délais) pourrait être acceptable dans un contexte de niveau 3 ou 4. Lorsque les ressources sont disponibles, le traitement standard doit être privilégié.**

Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activité en cancérologie en situation de pandémie COVID-19 ». Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée;
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
  - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie ;
  - Que les délais ne seront pas excessifs ;
  - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente ;
  - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état ;
  - De répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnelle a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.
- Bien que les experts aient parfois proposé des alternatives thérapeutiques qui ne sont pas inscrites aux listes de médicaments (indiqué dans le document), celles-ci

devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement considérées sur recommandation du CDTC, après que les traitements reconnus aient d'abord été envisagés et exclus en tenant compte de la disponibilité des ressources de même que des risques et des bénéfices.

Méthodologie pour l'élaboration des recommandations spécifiques aux cancers digestifs hauts

Dans un premier temps, une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations et sociétés savantes en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée par les professionnels de l'INESSS (l'avis sera disponible sur le site de l'INESSS : https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html). Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers digestifs hauts a par la suite été formé pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des recommandations en lien avec la priorisation des soins. Le présent document a également été approuvé par les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le Programme québécois de cancérologie.

Considérations générales applicables à tous les cancers digestifs hauts

- Les examens d'imagerie prévus en cours de traitement (suivi) ou post-traitement (adjuvant) peuvent être retardés pour un délai maximal de 3-4 mois.
- Privilégier le suivi des patients par la cinétique des marqueurs tumoraux ou, sinon, à l'aide de l'examen clinique.
- Le suivi d'un traitement pour la maladie métastatique pourrait être retardé de 1 ou 2 mois. Le report pourrait être un peu plus long selon le jugement clinique et l'évaluation des marqueurs tumoraux.

Cancer du pancréas

Localisé/résécable

- La chirurgie à visée curative est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1 et 2). Cette recommandation s'applique également aux cancers péri-ampullaires.
- Si l'accès au bloc opératoire est limité (niveau 3), une chimiothérapie pourrait être administrée afin de retarder la chirurgie en privilégiant le protocole gemcitabine + nab-paclitaxel (J1 et J15, pas de J8) qui est mieux toléré et qui diminue le nombre de visites. Le rapport entre bénéfices et risques doit être discuté avec le patient (inscrit sur les listes de médicaments en contexte métastatique uniquement).

- Dans un contexte adjuvant, le FOLFIRINOX avec facteurs de croissance des granulocytes est le traitement standard et il devrait être initié ou poursuivi (niveaux 1 et 2). L'administration de ce traitement devrait être évaluée en fonction de l'âge, des comorbidités et de l'échelle de performance ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group)*, quel que soit le niveau d'urgence. Si l'accès aux ressources est limité (niveaux 3 et 4), il est recommandé de retarder ou de ne pas commencer l'administration du traitement.

Limite résécable

- La chimiothérapie (FOLFOX, FOLFIRINOX) est le traitement usuel et elle devrait être initiée ou poursuivie (niveaux 1 et 2). Le protocole gemcitabine+nab-paclitaxel modifié (voir plus haut, inscrit sur les listes de médicaments en contexte métastatique uniquement) est aussi une option. L'administration d'une chimiothérapie devrait être évaluée en fonction de l'âge, des comorbidités et de l'ECOG, quel que soit le niveau d'urgence. Si l'accès aux ressources est limité (niveaux 3 et 4), il est recommandé de retarder ou de ne pas commencer l'administration du traitement.
- Comme les chances de conversion sont faibles, en temps de pandémie, une évaluation pour un traitement palliatif pourrait être faite.
- Dans un contexte adjuvant, une chimiothérapie (FOLFIRINOXm avec facteurs de croissance des granulocytes) est le traitement standard et elle devrait être initiée ou poursuivie (niveaux 1 et 2). L'administration de ce traitement devrait être évaluée en fonction de l'âge, des comorbidités et de l'ECOG, quel que soit le niveau d'activités. Si l'accès aux ressources est limité (niveaux 3 et 4), il est recommandé de retarder ou de ne pas commencer l'administration du traitement.

Localement avancé et métastatique

- Un traitement systémique devrait être envisagé selon les protocoles conventionnels (niveaux 1 et 2) :
  - Pour le protocole gemcitabine-nab-paclitaxel, une administration aux jours 1 et 15 sans J8 est à privilégier ;
  - D'autres options de traitement peuvent être envisagées selon l'état général du patient : gemcitabine en monothérapie, bi-chimiothérapie à base de 5-FU, capécitabine et FOLFIRINOX ;
  - Avant de considérer l'administration d'une chimiothérapie de deuxième intention, évaluer la balance entre les bénéfices et les risques.
- Si l'accès aux ressources est limité (niveaux 3 et 4), il est recommandé de retarder ou de ne pas commencer l'administration du traitement.

Carcinome hépatocellulaire

Localisé/résécable

- La chirurgie à visée curative est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1 et 2) :
  - Exceptionnellement, un report de 4 à 6 semaines pourrait être envisagé dans le cas d'un nodule unique de petite taille sans rapport vasculaire menaçant et/ou peu évolutif, si le chirurgien estime que le délai ne compromettra pas la résécabilité ;
  - Si une exérèse hépatique mineure est possible, maintenir l'intervention pour les patients à faible risque opératoire.
- Le report de toutes les interventions est indiqué si l'accès au bloc opératoire est limité (niveau 3). Des traitements alternatifs peuvent être évalués en CDTC : thérapie de bridge, chimioembolisation (TACE), ablation par radiofréquence ou radiothérapie stéréotaxique (SBRT) :
  - Pour des lésions de moins de 3 cm, privilégier la destruction percutanée par radiofréquence ;
  - Dans les autres situations, considérer une SBRT ou TACE.

Localement avancé (inopérable)

- Un traitement par TACE devrait être continué ou initié si le patient est éligible (niveaux 1 et 2).
- Un traitement systémique devrait être considéré (voir alternatives ci-dessous), si l'accès à un traitement par TACE est limité (niveau 3).
- De plus, la SBRT est une option acceptable pour le traitement des cancers qui ne sont pas métastatiques (niveau 3).
- Les traitements systémiques par voie orale devraient être initiés ou maintenus en proposant une téléconsultation pour la gestion des effets indésirables. Les chimiothérapies indiquées sont : lenvatinib, sorafenib, regorafenib, cabozantinib.

Métastases hépatiques

Métastases hépatiques résécables de cancer colorectal

- La chirurgie est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais prévus en fonction des comorbidités (niveaux 1 et 2). La chirurgie pour les métastases hépatiques d'origine non colorectale devrait être reportée.
- Les résections non complexes devraient être maintenues en fonction de la disponibilité des ressources.

- Si l'accès au bloc opératoire est restreint (niveau 3), une chimiothérapie périopératoire (FOLFOX) peut être administrée en attendant la reprise des services, en limitant le nombre de cycles afin de ne pas altérer le foie et de risquer de compromettre chirurgie subséquente.
- En absence d'option opératoire (niveau 4 ou chirurgie complexe), les alternatives de traitement suivantes peuvent être considérées :
    - Une thérapie bridge peut permettre de retarder la chirurgie ;
    - Une ablation par radiofréquence peut être envisagée si les lésions sont petites et peu nombreuses ;
    - La SBRT pourrait être considérée au cas par cas.

Cholangiocarcinome

Résécable

- La chirurgie est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais prévus sans dépasser 3 à 4 semaines (niveaux 1 et 2). La chirurgie pourrait être reportée, si l'accès au bloc est restreint (niveau 3). Une chimiothérapie néoadjuvante ne devrait pas être administrée.
- La SBRT et la TACE peuvent être considérées comme des alternatives pour les cholangiocarcinomes intrahépatiques; aucune alternative de traitement local n'est disponible pour les cholangiocarcinomes distaux.
- Une chimiothérapie adjuvante ne devrait pas être administrée compte tenu du bénéfice mineur de la capécitabine.

Non résécable

- Le traitement systémique standard gemcitabine-cisplatine devrait être privilégié (niveaux 1 et 2).
- Avant de considérer l'administration d'une chimiothérapie de deuxième intention, évaluer la balance entre les bénéfices et les risques.
- La SBRT et la TACE peuvent être considérées comme des alternatives pour les cholangiocarcinomes intrahépatiques.
- Le traitement systémique peut être reconsidéré lorsque les ressources sont limitées (niveaux 3 et 4).

Cancer de l'œsophage thoracique proximal et moyen

Carcinome épidermoïde résécable (cT1-T2N0)

- La chirurgie devrait être reportée après la reprise des services (tous les niveaux).

- Des traitements alternatifs peuvent être considérés :
  - Une prise en charge endoscopique est indiquée s'il s'agit du traitement standard (T1a) ;
  - Une radiochimiothérapie préopératoire peut être réalisée en attente de la chirurgie. Le protocole CROSS est privilégié. En présence d'une réponse complète, une surveillance active pourrait être faite. En présence de maladie résiduelle, une chirurgie devrait être envisagée dans les plus brefs délais. La dose de radiothérapie pourrait être ajustée à 50 Gy, même en préopératoire advenant une incertitude prolongée sur l'accès au bloc opératoire.

<u>Adénocarcinome résécable (cT1-T2N0)</u>

- La chirurgie est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1 et 2).
- Une prise en charge endoscopique est indiquée s'il s'agit du traitement standard (T1a).
- Si l'accès au bloc opératoire est limité (niveau 3), le report des interventions est indiqué. Une radiochimiothérapie préopératoire (CROSS) avec un report de la chirurgie jusqu'à 3 mois est acceptable. La dose de radiothérapie pourrait être ajustée à 50 Gy, même en préopératoire, advenant une incertitude prolongée sur l'accès au bloc opératoire.

<u>Stades localement avancés (cT3-T4 ou cN1-3 M0)</u>

- Un traitement néoadjuvant est le traitement standard et il devrait être administré en fonction des ressources disponibles.
  - Pour les carcinomes épidermoïdes :
    - Une radiochimiothérapie radicale (dose de radiothérapie à 50 Gy) peut être envisagée en favorisant le régime de chimiothérapie carboplatine-paclitaxel comme dans le protocole CROSS (moins toxique que cisplatine-5-FU). Effectuer le suivi clinique approprié après la radiochimiothérapie, en réservant la chirurgie comme traitement de sauvetage.
  - Pour les adénocarcinomes :
    - Une radiochimiothérapie préopératoire (CROSS) est indiquée. La dose de radiothérapie pourrait être ajustée à 50 Gy, même en préopératoire advenant une incertitude prolongée sur l'accès au bloc opératoire (niveau 3). La chirurgie est le traitement standard pour les adénocarcinomes et elle devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1 et 2). La chirurgie devrait être effectuée dans un délai maximal de 3 mois.

T4Nx non résécable ou mauvais candidat à la chirurgie

- Une radiochimiothérapie définitive (50 Gy) doit être considérée, si la maladie est localisée mais non résécable. Une chimiothérapie avec carboplatine-paclitaxel devrait être considérée comme dans le protocole CROSS (moins de toxicité).
- Les traitements de chimiothérapie palliative (privilégier le protocole FOLFIRI ou FOLFOX) peuvent être considérés en fonction de l'état du patient et du niveau de pandémie. Considérer la radiothérapie palliative (favoriser l'hypofractionnement), si le patient est symptomatique (exemple : dysphagie), mais qu'il n'est pas candidat à une radiothérapie définitive avec fractionnement standard.

Cancer de l'œsophage distal et de la jonction gastro-œsophagienne

cT1N0

- La chirurgie est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1-2).
- Si l'accès au bloc opératoire est limité (niveaux 3 et 4), le report des interventions est indiqué. Une chimiothérapie périopératoire ou une radiochimiothérapie néoadjuvante ou radicale peuvent être considérées :
  - Le protocole CROSS (dose de 50 Gy) pourrait permettre de retarder la chirurgie de 2 à 3 mois ;
  - Le protocole FLOT pourrait permettre de retarder la chirurgie de 2 à 3 mois ;
  - Le passage d'un protocole à un autre ne doit pas être considéré.

cT2+ et/ou N+

- Un traitement néoadjuvant est le traitement standard et devrait être administré en fonction des ressources disponibles.
- Une chimiothérapie périopératoire ou une radiochimiothérapie néoadjuvante ou radicale devraient être considérées :
  - Le protocole FLOT (amélioration plus rapide de la qualité de vie chez les patients en bon état général, moins de visites à l'hôpital) et le protocole CROSS (possibilité d'œsophagite, mais mieux toléré pour les patients plus frêles) peuvent être considérés ;
  - Le protocole CROSS (dose de 50 Gy) pourrait permettre de retarder la chirurgie de 2 à 3 mois ;
  - Le protocole FLOT pourrait permettre de retarder la chirurgie de 2 à 3 mois ;
  - Le passage d'un protocole à un autre ne doit pas être considéré.
- Pour les patients en cours de traitement, évaluer s'il est préférable de continuer avec le protocole FLOT ou avec une chimiothérapie moins agressive (diminuer la

dose, enlever une des chimiothérapies) en fonction de la toxicité, si la chirurgie devait être retardée.

Cancer de l'estomac

cT1-N0

- La chirurgie est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1 et 2).
- Si l'accès au bloc opératoire est limité (niveaux 3 et 4), le report des interventions est indiqué. Une chimiothérapie périopératoire pourrait être considérée. Le protocole FLOT pourrait permettre de retarder la chirurgie de 2 à 3 mois.

cT2-4 et/ou N+

- Un traitement périopératoire avec le protocole FLOT est le traitement standard et il devrait être privilégié, si possible, en raison de l'ampleur du bénéfice de survie, en ajoutant des facteurs de croissance des granulocytes pour diminuer les risques de complications d'emblée. La chirurgie devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1-2).
- Si le traitement néoadjuvant n'a pas pu être administré, le protocole CapOX devrait être privilégié en thérapie adjuvante par rapport à un traitement de radiochimiothérapie (MacDonald).

Cancers métastatiques d'origine gastrique, de la jonction gastroœsophagienne et de l'œsophage

- En première intention de traitement, le protocole CAPOX devrait être privilégié (voie orale, peut toutefois parfois être difficile en raison de la dysphagie), bien que FOLFOX et FOLFIRI restent de bonnes options (+ trastuzumab si HER-2 +).
- Les autres intentions de traitement devraient être envisagées en fonction de l'état du patient. Si le bénéfice estimé est modeste, évaluer les risques et les bénéfices dans le contexte de risque accru d'infection sérieuse. Reporter un traitement de quelques semaines peut être la solution à privilégier pour éviter les déplacements et les contacts sociaux.
- Une radiothérapie doit être considérée pour la palliation de symptômes comme la dysphagie, le saignement et la douleur. Des traitements hypofractionnés sont à privilégier.
- Les traitements sont à évaluer au cas par cas pour les patients très symptomatiques (niveaux 3 et 4).

Tumeurs neuroendocrines (TNE)

TNE bien différenciées de faible grade (G1 et G2)

- La chirurgie à visée curative peut être reportée (délai ne dépassant pas 3 mois, tous niveaux). Un traitement aux analogues de la somatostatine (octréotide ou lanréotide) devrait être envisagé, si la chirurgie est retardée.

TNE bien différenciée de haut grade (G3)

- Lorsque la chirurgie est le traitement standard, elle devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1 et 2).
- Un traitement aux analogues de la somatostatine (octréotide ou lanréotide) est indiqué en attente de la chirurgie, si l'accès au bloc opératoire est limité (niveaux 3 et 4).
- Si la tumeur ne peut être réséquée, une chimiothérapie orale (Capécitabine/Temolozomide) pourrait être administrée sans délai (niveaux 1 et 2) (indication non inscrite aux listes de médicaments).

Carcinome neuroendocrine pauvrement différencié d'origine digestive

- Un traitement par multimodalité (chirurgie/chimiothérapie ou radiochimiothérapie définitive) peut être considéré dans les rares cas de maladie localisée.
- La chimiothérapie systémique est le traitement standard pour les stades IV et elle devrait être administrée, si la condition du patient le permet.

Tumeurs stromales digestives (GIST)

- La chirurgie est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1 et 2). Si l'accès au bloc opératoire est limité (niveaux 3 et 4), un traitement oral (imatinib) est indiqué en attente de la chirurgie pour les lésions de grande taille. Le report de la chirurgie présente le risque que la lésion devienne non résécable ou qu'elle demeure résécable, mais implique la résection d'un plus grand nombre de structures intra-abdominales.
- Pour les cas de GIST jugés non urgents (sans saignement ou obstruction) pour lesquels la résécabilité ne semble pas compromise à court terme, le délai chirurgical pourrait être étendu de 4 à 6 semaines. Pour les GIST gastriques de 2 cm ou moins, une observation seule pendant la période de pandémie avec nouvelle évaluation par la suite devrait être favorisée plutôt qu'une chirurgie immédiate.

Document élaboré par :

Dr Jamil Asselah, oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Dre Francine Aubin, hématologue et oncologue médical, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dre Laurence Bernier, radio-oncologue, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL) / Hôtel-Dieu de Québec (HDQ)

Dr Alexis Bujold, radio-oncologue, CIUSSS Est-de-l'Île-de-Montréal/Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Dr Félix Couture, hématologue et oncologue médical, CHU de Québec – UL / HDQ

Dr Normand Gervais, chirurgien oncologue, CISSS du Bas-Saint-Laurent / Centre hospitalier régional du Grand-Portage

Dr Jean-François Ouellet, chirurgien oncologue, CHU de Québec – UL / HDQ

Dr Benoit Samson, hématologue et oncologue médical, CISSS de la Montérégie-Centre / Hôpital Charles-Le Moyne

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, Programme québécois de cancérologie (PQC), MSSS

Mme Anne-Julie Rancourt-Poulin, conseillère, PQC

Dre Laurence Eloy, médecin-conseil, PQC

Mme Caroline Riou, conseillère, PQC

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, PQC

Avec la collaboration de :

Mme Camille Lehuédé, professionnelle scientifique, Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

M. Jim Boulanger, coordonnateur scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet Cancers ORL / tête et cou

Recommandations en date du 15 avril 2020

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Le présent guide a été réalisé par un comité d'experts en contexte d'urgence sanitaire. Il est basé sur la documentation disponible au moment de sa publication et est adapté à la réalité québécoise. Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Ces recommandations sont modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en cancérologie lorsqu'applicable. Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activités en cancérologie en situation de pandémie COVID-19 ». Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée.
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
  - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie ;
  - Que les délais ne seront pas excessifs ;
  - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente ;
  - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état ;
  - Répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.
- Bien que des alternatives thérapeutiques non standard soient parfois proposées dans les recommandations, celles-ci devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement offertes sur recommandation d'un CDTC en tenant compte de la disponibilité des ressources (traitement standard non accessible) de même que des risques et des bénéfices des traitements en contexte de pandémie COVID-19.

Méthodologie pour l'élaboration des recommandations spécifiques aux cancers ORL

Dans un premier temps, une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations et sociétés savantes en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée par les professionnels de l'INESSS (l'avis sera disponible sur le site de l'INESSS : https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html). Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers ORL a par la suite été formé pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des recommandations en lien avec la priorisation des soins. Le présent document a également été approuvé par les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le Programme québécois de cancérologie.

Considérations générales relatives aux cancers ORL

Les recommandations proposées dans ce document constituent des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et ne remplacent pas le jugement clinique. Chaque cas devrait être évalué dans son contexte et les cas incertains devraient être discutés au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique à préconiser en tenant compte des risques et des bénéfices.

Prise en charge en cas de suspicion

- Privilégier une première rencontre par téléconsultation.
- Les patients susceptibles d'être atteints d'un cancer ORL/tête et cou (priorité B de l'accès priorisé aux services spécialisés) devraient être pris en charge en priorité. En tenant compte du risque de contagion, évaluer la possibilité de tenir une consultation en présentiel.
- Les consultations conjointes avec l'oto-rhino-laryngologiste, l'oncologue médical et le radio-oncologue peuvent encore se faire. Cependant, en règle générale, un seul médecin doit être dans la même pièce que le patient.
- Si une rhino-pharyngo-laryngoscopie sur écran est jugée nécessaire pour éviter une répétition inutile des procédures, plus d'un médecin peut être présent, à condition de respecter les mesures de protection individuelle en vigueur. Alternativement, les consultations avec l'un et l'autre de ces spécialistes devraient avoir lieu le même jour pour limiter les déplacements pour le patient.
- Pour les personnes dont le risque d'être atteint d'un cancer ORL/tête et cou est faible, la consultation devrait être reportée. Le patient devrait être informé des

coordonnées de la personne à contacter pour rapporter tout changement relatif à son état de santé.

- Durant la pandémie, afin d'éviter les délais indus, chaque médecin devrait se doter d'un mécanisme de suivi des patients en investigation et réviser fréquemment l'ensemble des cas afin d'apporter des ajustements relatifs à la priorisation des examens.

Diagnostic / stadification

- Limiter les investigations aux modalités nécessaires à une prise de décision en matière de traitement. Les interventions supplémentaires devraient être limitées aux situations d'absolue nécessité (exemples : évaluation/extraction dentaire, gastrostomie endoscopique percutanée).
- Si possible, organiser les tests d'investigation et les consultations en présentiel de façon à ce que le patient passe le moins de temps possible à l'hôpital.
- La rhino-pharyngo-laryngoscopie, l'endoscopie nasale rigide et la laryngoscopie flexible sont considérées comme des procédures médicales générant des aérosols; l'équipement de protection individuelle approprié doit être utilisé pendant ces procédures.
- L'endoscopie des voies aérodigestives supérieures ne devrait être réalisée que lorsqu'absolument nécessaire. Le personnel ne doit pas utiliser d'atomiseur pour l'anesthésie et la décongestion.
- Pour les patients qui sont testés positifs pour la COVID-19 ou qui ont des symptômes, l'examen devrait se faire dans une pièce à pression négative par le médecin traitant ou un sénior en formation, et avec l'équipement de protection individuel approprié (https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19).
- Favoriser la photodocumentation lors des examens afin de ne pas avoir à les répéter inutilement.

CDTC

- Les CDTC doivent être maintenus, par téléconférence, avec des outils assurant la confidentialité des échanges.
- Les décisions impliquant le recours à des alternatives thérapeutiques non conventionnelles devraient être discutées/corroborées avec l'équipe d'un centre surspécialisé. À cet effet, favoriser les CDTC communs entre centres.
- Tenir un registre des patients pour qui une alternative thérapeutique non conventionnelle est retenue.

Traitements : éléments généraux

- La décision de procéder au traitement (chirurgie, radiothérapie et/ou traitement systémique) doit prendre en compte le risque pour le patient de contracter la COVID-19 selon le fardeau de la maladie de l'établissement, en particulier pour les personnes les plus à risque de conséquences graves (≥ 70 ans, maladie cardiaque, maladie pulmonaire, diabète).
- La stratégie envisagée en matière de traitement doit être discutée avec le patient (consentement éclairé), de même que la notion de niveau de soins (intensité thérapeutique).
- Pour les patients chez qui une trachéotomie doit être pratiquée, un filtre HME devrait être fourni afin de limiter les aérosols (actuellement non remboursé au Québec).
- Les interventions chirurgicales auprès de patients testés positifs pour la COVID-19 devraient seulement se faire dans les cas d'urgence, dans une salle dédiée. Seul, le personnel essentiel doit participer à l'opération et il doit porter l'équipement de protection individuelle approprié.

Priorisation des traitements

- Priorisation de niveau A - traitement urgent :
    - Cas d'obstruction des voies aérodigestives supérieures ;
    - Cas d'hémorragie.
- Priorisation de niveau B - traitement ne pouvant pas être retardé plus de 4 à 6 semaines*****, sous peine d'une diminution significative du pronostic vital ou d'une atteinte fonctionnelle majeure et permanente :
    - Cancers des voies aérodigestives supérieures de stades III-IVA/B (TNM, édition 7 de l'AJCC (American Joint Committee on Cancer)) ;
    - Cancer avec atteinte imminente des voies respiratoires ;
    - Cancer des glandes salivaires de haut grade ou progressif ;
    - Cas nécessitant une chirurgie de sauvetage pour une maladie récidivante/persistante.
- Priorisation de niveau C : traitement pouvant être retardé > 4-6 semaines*****, avec suivi :
    - Cancers des voies aérodigestives supérieures de stades T1-T2N0 ;
    - Cancer de la thyroïde bien différencié, sans métastases ;
    - Tumeur des glandes salivaires de bas grade.

*** Dans l'éventualité où les délais devaient se prolonger, les cas visés devraient être présentés à nouveau au CDTC pour une révision du niveau de priorité afin de prévenir toute détérioration du pronostic.**

Autres considérations

- Lorsqu'un traitement est envisagé, il faut s'assurer que les ressources soient disponibles pour compléter toute la trajectoire de traitement (exemple : chimioradiothérapie possible après certaines chirurgies majeures).
- Lorsque les ressources d'un centre ne sont pas disponibles pour entreprendre un traitement, envisager la possibilité de transférer le patient vers un centre de référence possédant les ressources nécessaires.
- En fonction des ressources disponibles, la priorisation pourrait différer de l'approche par niveau de priorisation (exemple : résection de certaines tumeurs de petite taille en chirurgie d'un jour lorsque le nombre de lits est limité).
- Les tumeurs des voies aérodigestives supérieures de stades T3-T4 peuvent nécessiter qu'une trachéotomie soit pratiquée. Or, le risque d'infection au coronavirus dans cette situation est accru. Porter une attention particulière à ces cas pour éviter que la trachéotomie ne doive être pratiquée en urgence, avec moins de préparation.

Alternatives thérapeutiques

- Généralités
  - Les alternatives thérapeutiques pour lesquelles le niveau de données probantes d'efficacité est le plus élevé doivent être offertes en premier, tout en tenant compte des principes visant à limiter la propagation du coronavirus et les complications possibles ;
  - Les patients doivent être informés quant à la nécessité d'avoir recours à une alternative thérapeutique.
- Chirurgie
  - Favoriser les alternatives non chirurgicales à la chirurgie lorsque les résultats oncologiques attendus sont similaires. Envisager la chimioradiothérapie lorsqu'appropriée ;
  - Le recours à la chirurgie robotique (TORS) pour le traitement des cancers de l'oropharynx est déconseillé ;
  - Selon la situation clinique et la disponibilité des ressources, adapter le plan chirurgical pour diminuer la durée d'intervention. Autant que possible :
    - Favoriser la chirurgie d'un jour ;
    - Limiter la durée de séjour hospitalier ;

        - Éviter le recours aux soins intensifs postopératoires ;
        - Éviter la trachéostomie ;
        - Limiter les reconstructions complexes (ne pas reconstruire ou utiliser un lambeau régional).
- Radiothérapie
    - Pour les stades I et II, favoriser la radiothérapie et ne réserver les traitements combinés que pour les situations à haut risque pendant la pandémie ;
    - Favoriser les protocoles qui réduisent la durée de l'ensemble du traitement. La surimpression (boost) intégrée simultanée et l'hypofractionnement sont encouragés.
- Traitements systémiques
    - Chimiothérapie d'induction
        - Envisager pendant la pandémie d'omettre la chimiothérapie d'induction à base de cisplatine en raison de la toxicité hématologique potentielle ;
        - Envisager d'omettre le docetaxel (protocole PF au lieu du TPF) en prenant en considération les risques de la chimiothérapie en période de COVID-19;
        - Envisager des choix de séquence de traitement moins toxique en diminuant le nombre de modalités (exemple : chimioradiothérapie ou chirurgie d'emblée si possible).
    - Chimioradiothérapie
        - Envisager d'omettre la chimiothérapie pour les patients âgés ≥ 70 ans et pour ceux moins âgés présentant des comorbidités comme le diabète et les maladies cardiovasculaires (facteurs de risque en cas d'infection au coronavirus) ;
        - Chez les patients atteints d'un cancer tête et cou de stade III ou IV pour qui un traitement de chimioradiothérapie est indiqué, si la chimiothérapie à base de platine est jugée trop risquée, envisager d'abord de la remplacer par le cétuximab, si cela était approprié (indication reconnue au Québec chez certains cas particuliers; l'indication pourrait être étendue aux sites autres que l'oropharynx si jugé approprié après discussion avec l'équipe d'un centre de référence) :
        - Exceptionnellement, la chimiothérapie pourrait être remplacée par le pembrolizumab après discussion avec l'équipe d'un centre de référence (indication non évaluée par l'INESSS, thérapie expérimentale émergente; intérêt principalement pour les jeunes patients pour qui le cétuximab est jugé non approprié).
    - Traitements systémiques en intention palliative

- Pour certains patients atteints d'une maladie stable et peu symptomatique, envisager de reporter le traitement, en considérant les risques et les bénéfices ;
- Pour les patients atteints d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou de stade métastatique ou localement avancé, sans possibilité de traitement local, le pembrolizumab pourrait exceptionnellement remplacer le traitement à base de sels de platine en première intention de traitement (indication non évaluée par l'INESSS) ;
- L'espacement entre les doses de nivolumab devrait être de 4 semaines, si ce n'est déjà la pratique en place; celui entre les doses de pembrolizumab devrait être de 6 semaines (s'applique seulement si administré en intention palliative).

Suivi après le traitement

- En l'absence de symptômes, privilégier la téléconsultation pour le suivi, autant que possible.
- Accorder la priorité aux patients en phase post-traitement immédiate (4 premières semaines) et envisager des intervalles plus longs entre les suivis dès que possible.
- Limiter les examens de suivi (exemple : imageries), autant que possible.
- En présence de symptômes, la consultation en présentiel est nécessaire, particulièrement pour les patients qui peuvent bénéficier d'un traitement de sauvetage.

Document élaboré par :

Dre Nathalie Audet, oto-rhino-laryngologiste et chirurgienne cervico-faciale, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL) / Hôpital de l'Enfant-Jésus

Dr Nathaniel Bouganim, oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill (CUSM) – Site Glen

M. Frédéric Côté, infirmier pivot en oncologie pour les cancers ORL et cancer de la thyroïde, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dr Mathieu Leclerc, radio-oncologue, CHU de Québec – UL / Hôtel-Dieu de Québec

Dr Luc Monet, oto-rhino-laryngologiste et chirurgien cervico-facial, Polyclinique de l'oreille, Gatineau

Dr Phuc Felix Nguyen-Tan, radio-oncologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dr Denis Soulières, hématologue, oncologue médical, pédiatre, CHUM

Mme Chantale Dumont, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC)

Mme Sara Vaillancourt, conseillère, PQC

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Avec la collaboration de :

M. Gino Boily, professionnel scientifique, Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

M. Jim Boulanger, coordonnateur scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 16 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICE ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Comme vous le savez, la pandémie actuelle exerce une pression énorme sur les stocks de médicaments de sédation. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a demandé à l'Institut national d'excellence en santé en en services sociaux (INESSS) de se pencher sur les alternatives et principes de sédation aux soins intensifs et au bloc opératoire, de même que sur les traitements alternatifs pour les médicaments utilisés dans le contexte des soins palliatifs. Vous pouvez prendre connaissance de leurs conclusions en consultant les documents en pièce jointe. Celles-ci sont également disponibles sur le site de l'INESSS : https://www.inesss.qc.ca/covid-19/

Nous vous invitons à partager ces informations avec vos collègues, partenaires et particulièrement les chefs des départements d'anesthésie et de soins intensifs.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-97

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 17 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Vous avez reçu une directive du **Sous-comité Covid-19 bloc opératoire** émise en date du 23 mars dernier à l'effet que « chaque établissement doit mettre en place un mécanisme de vigie pour gérer les patients oncologiques qui ne pourront pas être opérés et identifier les alternatives thérapeutiques ou une nouvelle date de chirurgie. Ce mécanisme listera les patients, et transmettra cette liste au Directeur du Programme de cancérologie qui en assurera le suivi ». Cette directive est disponible au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/bloc-operatoire/.

Dans l'objectif de nous assurer d'une application juste et uniforme des consignes données, nous vous prions de nous fournir un exemple dénominalisé de la liste de patients reportés qui est transmise au Directeur du Programme de cancérologie de votre établissement, en nous précisant la fréquence de transmission de cette liste et les variables qui y sont colligées. Nous souhaitons également que vous nous décriviez le mécanisme de vigie mis en place sous la responsabilité du Programme de cancérologie, en collaboration avec le bloc opératoire, de même que les actions déclenchées à la réception de cette liste.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Cette information nous permettra de valider d'une compréhension commune de la consigne et de soutenir les établissements, le cas échéant, dans l'application de celle-ci, notamment par le biais des rencontres du Comité national de coordination du réseau de cancérologie qui se tiennent en continu.

Nous vous rappelons également l'importance de compléter la requête opératoire et d'inscrire les patients sur la liste d'attente de chirurgie dès que la décision d'opérer est prise, et ce, même si l'accès à la chirurgie peut être compromis à court terme. Cette façon de faire permet d'avoir le portrait le plus juste possible des patients en attente et d'être en mesure de planifier adéquatement la reprise des activités.

Merci de transmettre le tout au Programme québécois de cancérologie au plus tard le 22 avril prochain à l'adresse suivante : cnc.dgc@msss.gouv.qc.ca.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02502-97

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 16 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

À LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK ET AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

Mesdames,
Messieurs,

Une directive ministérielle, émise le 17 mars dernier visant les clientèles vulnérables hébergées, notamment en centres de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation ainsi qu'en ressources intermédiaires et de type familial, est venue préciser que les visites dans ces milieux d'hébergement sont proscrites. Elle précisait également que les visites et les sorties essentielles à l'intervention et au suivi clinique demeuraient toutefois autorisées.

De plus, l'arrêté ministériel numéro 2020-006, signé par la ministre de la Santé et des Services sociaux le 19 mars dernier, est venu préciser que les conclusions d'une décision ou d'une ordonnance rendue par la Cour du Québec – Chambre de la jeunesse, ordonnant tout contact en présence physique de l'enfant avec ses parents, ses grands-parents ou toute autre personne sont suspendues, dans la mesure où le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) considère, suivant les recommandations de santé publique, que ces conclusions ne peuvent être respectées d'une façon qui protège la santé de la population dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Il indique également que le DPJ doit, lorsque possible, prévoir d'autres modalités de contact sécuritaire par tout moyen jugé utile, notamment des moyens technologiques, et permettre l'exécution des conclusions dès qu'elles peuvent être appliquées sans représenter une menace à la santé de la population.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

La directive ministérielle ainsi que cet arrêté demeurent toujours en vigueur au même titre que les mesures de prévention et d'hygiène reconnues par la santé publique.

Ainsi, en raison du prolongement des mesures de confinement et du maintien de la suspension des contacts entre l'enfant et son milieu familial, nous avons procédé à une mise à jour de l'algorithme décisionnel soutenant les DPJ dans la prise de décision quant aux sorties et aux visites. Celle-ci vise à prendre en considération les conséquences de cette situation sur certains enfants, notamment en ce qui a trait au lien d'attachement ou aux impacts sur le processus de retour dans leur milieu familial. L'algorithme révisé apporte certaines précisions sur les mesures alternatives pouvant être considérées pour offrir ce contact tout en intégrant les mesures sanitaires les plus récentes.

Cette nouvelle version de l'algorithme demeure en cohérence avec les objectifs sanitaires mis en place par le gouvernement du Québec, tout en reconnaissant l'importance d'assurer la sécurité des personnes concernées (l'enfant, les parents et les membres du milieu d'hébergement du jeune), la préservation du lien parent-enfant ainsi que l'intérêt et le bien-être de l'enfant.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. Algorithme décisionnel concernant les contacts et visites d'un jeune hébergé

c. c. PDGA des CISSS et CIUSSS
Comité de direction du MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-03

Algorithme décisionnel concernant les contacts et visites d'un jeune hébergé

L'algorithme décisionnel s'inscrit dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire décrété par le gouvernement du Québec, le 13 mars 2020, et des directives de la Direction générale de la santé publique (DGSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19.

Il se conforme aussi à l'arrêté ministériel 2020-006, du 19 mars 2020, précisant que « sont suspendues les conclusions d'une décision ou d'une ordonnance rendue par la Cour du Québec, ordonnant tout contact en présence physique de l'enfant avec ses parents, ses grands-parents ou toute autre personne, dans la mesure où le directeur de la protection de la jeunesse considère, suivant les recommandations de santé publique, que ces conclusions ne peuvent être respectées d'une façon qui protège la santé de la population dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Le directeur de la protection de la jeunesse doit, lorsque possible, prévoir d'autres modalités de contact sécuritaire par tout moyen jugé utile, notamment des moyens technologiques. Le directeur de la protection de la jeunesse doit permettre l'exécution des conclusions dès qu'elles peuvent être appliquées sans représenter une menace à la santé de la population. »

Dans le présent document, l'expression « la personne désignée » fait référence « aux parents, grands-parents ou à toute autre personne », comme il est mentionné dans l'arrêté ministériel susmentionné.

L'algorithme décisionnel détaille le processus établi pour aider à la prise de décision quant aux contacts entre un jeune hébergé (en ressource intermédiaire ou de type familial ou en centre de réadaptation), ci-après « milieu d'hébergement », et la personne désignée. Aux fins de l'algorithme, pour des besoins de simplification, la présente concerne aussi les jeunes confiés à un parent dont les modalités de contact sont ordonnées dans une décision de la Cour du Québec avec son autre parent ou une autre personne.

PRINCIPE DIRECTEUR

Assurer une gestion de risque responsable en tenant compte de la protection de la santé de la population (entendu que le risque « 0 » ne sera jamais possible), tout en considérant le meilleur intérêt de l'enfant et le respect de ses droits (et ceux de la personne désignée).

1RE ÉTAPE : DOCUMENTATION DES FACTEURS DE RISQUE

Trois éléments sont à prendre en considération.

Facteurs de risque associés à la COVID-19

- Les questions suivantes concernant l'enfant, la personne désignée et le milieu d'hébergement permettront de documenter les facteurs de risque :
    - **L'un d'eux a-t-il reçu un diagnostic de COVID-19 ou est-il en attente du résultat d'un test de détection pour la COVID-19?**
    - **L'un d'eux est-il en contact étroit (par exemple : vivant sous le même toit) avec une personne ayant eu un diagnostic de COVID-19?**
    - **L'un d'eux a-t-il voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours?**
    - **L'un d'eux a-t-il un ou des symptômes associés à la COVID-19 (fièvre, apparition ou aggravation d'une toux, difficulté respiratoire, perte subite de l'odorat sans congestion nasale accompagnée ou non de perte de goût)?**

Facteurs de risque associés à la santé globale des individus

- L'état de santé des personnes présentes dans les milieux de vie concernés, soit le milieu de la personne désignée et le milieu d'hébergement, devra être documenté.
- Rappelons que certaines personnes sont identifiées comme étant plus à risque de complications ou de décès : une personne de plus de 70 ans, une personne atteinte d'un cancer, une personne diabétique, une personne souffrant d'un déficit immunitaire ou aux prises avec une pathologie chronique comme l'hypertension artérielle ou des antécédents cardiovasculaires. Ces situations particulières doivent être prises en considération dans l'évaluation des facteurs de risque.

Facteurs de risque associés au milieu familial de la personne désignée

- Le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) déterminera également si les mesures minimales requises pour assurer la santé et la protection des personnes et du public sont garanties en regard de la COVID-19 :
    - environnement physique, par exemple : grandeur du logement, proximité, conditions de vie à la maison, etc.;
    - mode de vie de la personne désignée, par exemple : problèmes de toxicomanie, d'itinérance, de négligence quant aux soins à donner à l'enfant, etc.;
    - vulnérabilité de l'usager;
    - capacité de la personne désignée de mettre en place au moment de la visite, les mesures de protection recommandées pour diminuer les risques de contagion ou de contamination (en s'assurant d'être à jour sur les mesures les plus récentes recommandées par la santé publique) :
        - Consignes sanitaires générales (pour tous, en tout temps)

          Hygiène des mains
            - Se laver souvent les mains avec de l'eau et du savon pendant au moins 20 secondes. (https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-207-03F.pdf)
            - Utiliser une solution hydroalcoolique (60 % ou plus) s'il n'y a pas d'accès à de l'eau et à du savon.

          Hygiène et étiquette respiratoire
            - Tousser et éternuer dans le creux du bras et non dans les mains. (https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-207-01F.pdf)
            - Jeter immédiatement dans une poubelle tout mouchoir en papier utilisé et se laver les mains par la suite.
            - Éviter de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées.

          Mesures de distanciation physique
            - Demeurer à son domicile, ne pas recevoir de visiteurs et, dans la mesure du possible, ne pas fréquenter les endroits publics.
            - Garder une distance de 2 mètres entre les personnes si vous quittez votre domicile.
        - Consignes spécifiques pour les sorties ou visites
            - À l'arrivée au lieu de rencontre, se laver les mains avec de l'eau et du savon (durant 20 secondes) ou avec une solution désinfectante à base d'alcool (par exemple : Purell).
            - Nettoyer et désinfecter, avant et après la rencontre, les objets et les surfaces touchés fréquemment tels que poignées de porte, robinets, interrupteurs, rampes d'escalier et toilettes.
              (https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement/nettoyage-surfaces)
              Se laver les mains après le contact avec une de ces surfaces.
            - Se laver les mains en sortant du lieu de rencontre.

Facteurs de risque associés aux conséquences de la suspension de contacts

- Dans le contexte où les mesures de prévention de la COVID-19 mises en place par le gouvernement s'étirent dans le temps, il devient important d'évaluer les conséquences d'une suspension de contacts pour l'enfant. Divers facteurs peuvent ainsi être pris en considération, notamment :
    - le projet de vie de l'enfant (contexte du placement, sa durée et sa projection dans le temps, l'éventualité d'un retour dans le milieu familial, etc.);
    - la signification du contact pour l'enfant (déroulement, sens accordé au contact, comment il le vit, qualité du lien, attachement, etc.);
    - la notion de temps (âge de l'enfant, temps écoulé depuis le dernier contact, etc.);
    - les modalités habituelles de contacts (nature, fréquence, durée, supervision ou non, environnement physique, etc.);
    - les enjeux relationnels et de continuité de la figure parentale (attachement, état des contacts depuis la COVID-19, mesures alternatives, niveau de détresse de l'enfant, etc.).

2E ÉTAPE : APPRÉCIATION DU RISQUE AVEC LA PERSONNE DÉSIGNÉE ET APPLICATION DE LA DÉCISION

Le DPJ procédera ensuite, avec la personne désignée, à l'évaluation de la situation et des facteurs de risque ainsi qu'à la prise de décision quant au contact et ses modalités, à partir des dimensions évaluées précédemment :

- les facteurs associés à la COVID-19;
- les facteurs associés à la santé globale des individus;
- les facteurs associés au milieu familial de la personne désignée : capacité de mettre en place les conditions minimales requises à la situation précise;
- les facteurs de risque associés aux conséquences de la suspension de contacts.

Jusqu'à indication contraire :

- **Pour toutes les situations, il sera possible pour la personne désignée et le DPJ de conclure une entente sur des modalités différentes de celles prévues, y compris celles ordonnées par la Chambre de la jeunesse ou de la Cour supérieure. Certaines personnes désignées pourraient en effet demander ou consentir à modifier les contacts vu le contexte de la COVID-19.**
- **Si les mesures de prévention et de protection minimales ne peuvent être garanties ou assurées, le DPJ pourra suspendre temporairement un contact, y compris celui prévu dans le cadre d'une ordonnance. Cette décision devra toutefois être réévaluée selon l'évolution de la situation.**

TROIS SITUATIONS POSSIBLES :

1. **PRÉSENCE D'UN FACTEUR DE RISQUE ASSOCIÉ À LA COVID-19 (SI LA RÉPONSE EST OUI À L'UNE DES QUESTIONS POSÉES À LA 1RE ÉTAPE)**

   Le contact physique (visite, sortie dans le milieu) n'est pas possible advenant la présence d'une personne répondant à ces critères, que ce soit l'enfant, la personne désignée ou le milieu d'hébergement (c'est-à-dire s'il y a une réponse positive à l'une des questions des facteurs de risque associés à la COVID-19), et ce, pour la durée de la période de contagion, soit :

   - pour les personnes ayant des symptômes : absence de symptômes aigus depuis 24 heures (sauf une toux résiduelle et la perte de l'odorat qui peuvent persister), absence de fièvre durant 48 heures sans prise d'antipyrétiques et délai de 14 jours depuis le début des symptômes;
   - délai de 14 jours depuis la dernière exposition à risque élevé à un cas de COVID-19 ou depuis le retour de voyage;
   - résultat négatif du test de COVID-19 OU résultat de COVID-19 positif et conditions suivantes : absence de symptômes aigus depuis 24 heures (sauf une toux résiduelle et la perte de l'odorat qui peuvent persister), absence de fièvre durant 48 heures sans prise d'antipyrétiques et délai de 14 jours depuis le début des symptômes.

   Au terme de ce délai, la situation pourra être réévaluée et, le cas échéant, une nouvelle décision pourra être appliquée en fonction de l'évolution de la situation.

   Des alternatives virtuelles devront être proposées pour permettre le maintien du lien (par exemple : Facetime, Skype, téléphone).

2. **PRÉSENCE D'UN FACTEUR DE RISQUE**

   La capacité de la personne désignée à mettre en application les mesures de prévention et de protection minimales de la santé publique sera prise en considération dans la décision du DPJ (elles sont précisées plus haut).

   a. **PRÉSENCE D'UN FACTEUR DE RISQUE, AVEC CAPACITÉ DE LA PERSONNE DÉSIGNÉE À APPLIQUER LES MESURES MINIMALES DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION**

   Le contact peut avoir lieu, mais la personne qui présente un facteur de risque de complication associé à la santé doit rester à 2 mètres de toute autre personne. Sinon, la personne qui s'en approche devra porter un masque ou un couvre-visage fait maison. Cependant, le couvre-visage maison ne peut être utilisé chez un enfant de moins de 2 ans.

b. PRÉSENCE D'UN FACTEUR DE RISQUE, AVEC LIMITE DANS LA CAPACITÉ DE LA PERSONNE DÉSIGNÉE À APPLIQUER LES MESURES MINIMALES DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION

Étant donné la limite dans la capacité de la personne désignée ou de son impossibilité d'offrir un milieu approprié, il y aura lieu d'offrir des alternatives au contact (en nature, lieu, durée), par exemple :

- un contact dans un milieu offrant une garantie de diminution des risques de contagion ou de contamination (par exemple : chez un tiers en mesure d'assurer les mesures d'hygiène, dans un organisme communautaire, etc.);
- une sortie à l'extérieur (par exemple : marche, parc, etc.);
- une alternative virtuelle (par exemple : Facetime, Skype, téléphone).

Dans le contexte de la prolongation des mesures de prévention émises par le gouvernement, il est important d'apprécier la valeur relative de chacun des facteurs de risque afin de déterminer lesquels ont préséance ou sont moins dommageables.

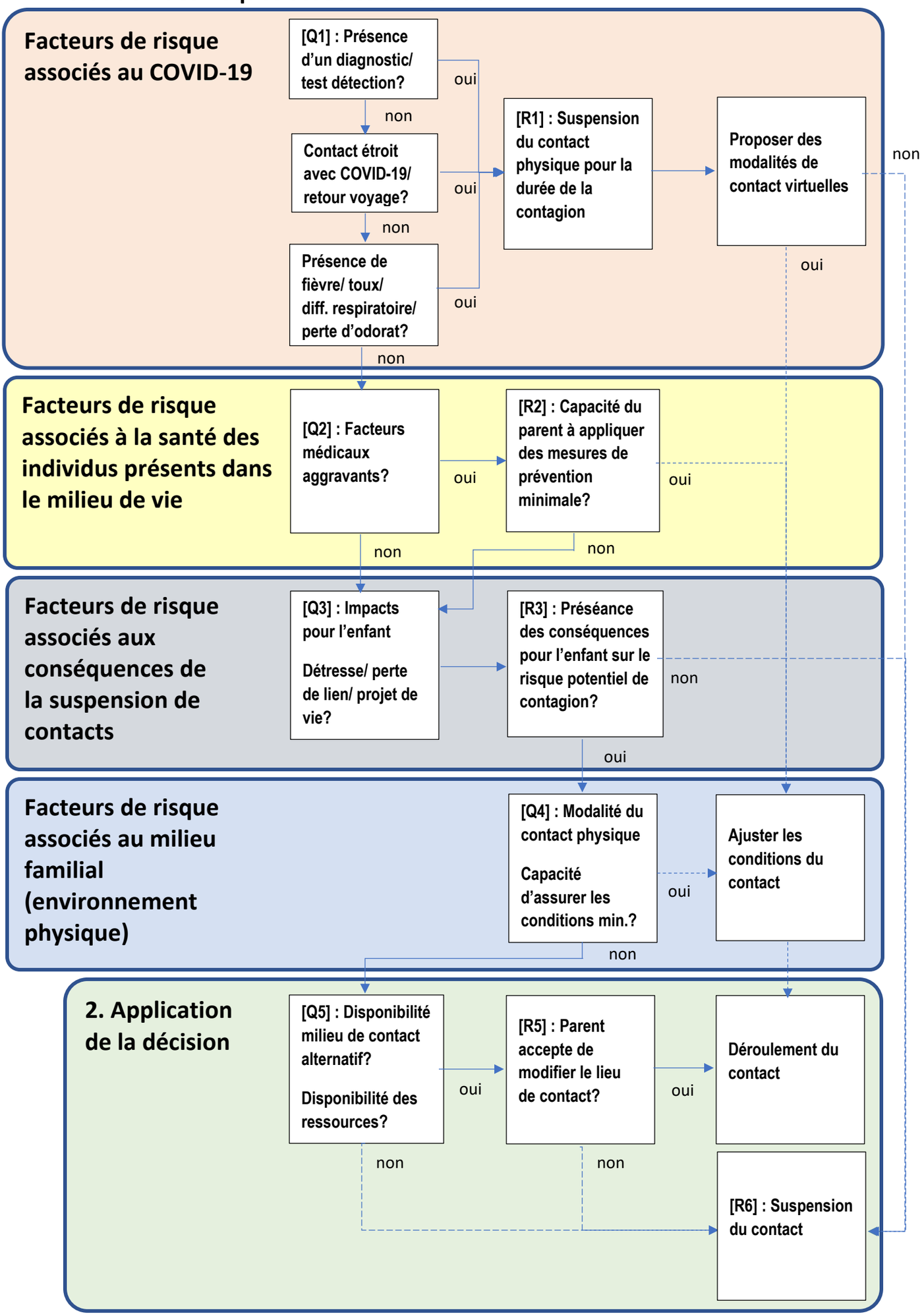
Malgré les limites d'un parent à offrir des garanties minimales de prévention, un contact physique pourrait ainsi être autorisé lorsque les conséquences de la suspension des contacts sont jugées plus dommageables pour l'enfant (par exemple : enfant en détresse de cette rupture de lien, impact possible sur le plan de l'attachement, la suspension nuit au processus de retour dans le milieu, etc.). Il faudrait alors établir une modalité de contact adaptée à la situation, mais qui assure en même temps la protection de la santé de la population (par exemple : supervision de contact avec lavage de mains préalable, port du masque ou autres mesures sanitaires).

3. AUCUN FACTEUR DE RISQUE IDENTIFIÉ

Le contact se maintient, selon l'entente avec la personne désignée.

ALGORITHME DÉCISIONNEL

1. Évaluation des risques associés au contact



Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 17 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES, AU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL

À LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK ET AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

Mesdames,
Messieurs,

Nous désirons par la présente vous informer que depuis le 14 avril 2020, des visites non annoncées à l'avance sont effectuées de façon continue dans tous les milieux de vie qui accueillent des aînés ou des personnes vulnérables à la COVID-19 afin d'observer la mise en œuvre des bonnes pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections, le respect des directives ministérielles, de même que l'organisation des soins et services en contexte de pandémie. Les milieux visés par cette démarche sont :

- les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics, privés conventionnés et privés non conventionnés;
- les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF);
- les résidences privées pour aînés (RPA).

Cette démarche vise à assurer la continuité de la prestation des soins et des services, ainsi que la sécurité des personnes qui y vivent et du personnel qui y travaille.

Ces visites sont réalisées à la fois par le personnel de votre établissement ainsi que par des visiteurs ministériels.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Dans ce contexte, vous devez vous assurer, d'une part, que vos installations CHSLD soient accessibles et, d'autre part, que les exploitants des RPA et des RI-RTF de votre territoire soient informés d'une telle démarche et qu'ils doivent permettre l'accès à ces visiteurs.

En complément des observations qui seront réalisées par les visiteurs ministériels, nous vous demandons de réaliser vos propres observations lors de visites régulières dans les milieux de vie de votre territoire. Pour ce faire, vous devez remplir quotidiennement une grille standardisée accessible en ligne pour chacun des milieux de vie visités par le personnel de votre établissement.

Voici les liens vers les outils de saisie en ligne à utiliser :

CHSLD :
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1hqxfhQrgL08V0klzFwS0ZDWvqredIobeChl9zL_zqrI/edit?usp=sharing

RI-RTF :
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1-aM0ITDwbUFZ4Unpdmt3jPR1QOoZxft2m2XzjS_P6wA/edit?usp=sharing

RPA :
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1oaxPy5PXmspCOd9gKGx7mIv4Z_9gw33qzm9TFYgTnPo/edit?usp=sharing

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M^me^ Martine Alfonso, CUSM
PDGA des CISSS et CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-07

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 17 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite rappeler aux résidences privées pour aînés (RPA) leurs obligations relativement au respect des directives ministérielles et du droit d'accès au domicile pour les résidents qui auraient séjourné dans les hôpitaux et les urgences. À titre d'établissement qui émette la certification aux exploitants de RPA, vous devez transmettre les informations suivantes aux RPA de votre territoire et veiller à ce qu'elles soient appliquées.

En plus, des directives ministérielles particulières émises en période de pandémie à la COVID-19, nous vous rappelons que les exploitants de RPA doivent, par ailleurs, se conformer au Code civil ainsi qu'à la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui demeurent en vigueur actuellement.

Ainsi, le Code civil ne permet pas à un exploitant d'interdire unilatéralement l'accès des locataires aux lieux loués.

« 1854. Le locateur est tenu de délivrer au locataire le bien loué en bon état de réparation de toute espèce et de lui en procurer la jouissance paisible pendant toute la durée du bail.

Il est aussi tenu de garantir au locataire que le bien peut servir à l'usage pour lequel il est loué, et de l'entretenir à cette fin pendant toute la durée du bail. »

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

« 1936. Tout locataire a un droit personnel au maintien dans les lieux; il ne peut être évincé du logement loué que dans les cas prévus par la loi. »

Ainsi, en refusant l'accès à une unité locative à un résident qui a signé un bail, l'exploitant contrevient, notamment, au deuxième alinéa de l'article 13 du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés.

En conclusion, vous devez rappeler aux exploitants de RPA qu'ils doivent faciliter l'accès aux unités locatives des résidents actuels, et ce, conformément aux directives spécifiques émises par le MSSS en période de pandémie lorsque celles-ci le permettent.

En espérant le tout conforme, veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

c. c. PDGA des CISSS et CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 18 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Dans le contexte de la réaffectation des médecins en lien avec la pandémie de la COVID-19, nous souhaitons apporter des clarifications aux questions qui nous ont été soulevées concernant les précautions à prendre en zone chaude et l'utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI) en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), résidence privée pour aînés (RPA) et ressource intermédiaire-ressource de type familial (RI-RTF).

L'objectif étant de maintenir les effectifs médicaux en place, les consignes suivantes doivent être appliquées dès ce jour :

- Dans un même quart de travail, un médecin ne doit pas se déplacer d'une installation à une autre et il doit travailler dans une seule zone, qu'elle soit chaude, tiède ou froide;

- La mise en quarantaine pour tout médecin ayant travaillé dans une zone chaude ou tiède en CHSLD, RPA et RI-RTF n'est pas requise si toutes les précautions de protection ont été prises et si la personne ne présente pas de symptômes reliés à la COVID-19. Si le port de l'ÉPI a été adéquat, le médecin peut revenir par la suite à son lieu de travail habituel, sans quarantaine;

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- L’utilisation d’ÉPI doit être appliquée, de la même manière, pour tous les types de travailleurs en CHSLD, RPA et en RI-RTF, médecin ou non. Par ailleurs, le port du masque N95 n’est requis que dans des contextes rares et spécifiques et l’utilisation uniforme des ÉPI doit être effectuée en conformité avec les recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec.

Nous comptons sur votre habituelle collaboration afin de vous assurer que ces consignes soient diffusées auprès de vos équipes et demeurons disponibles si vous avez des questionnements.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l’expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^{me} Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Directeurs SAPA
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02908-08

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 17 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous informer des consignes, en date du 17 avril, concernant la réintégration des usagers en résidence privée pour personnes âgées (RPA) et en ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF) à la suite d'un séjour à l'urgence ou d'une visite à un établissement de santé et de services sociaux. Ces consignes font suite aux travaux du Comité directeur clinique COVID-19.

L'objectif de cette consigne est d'assurer un retour sécuritaire à la clientèle qui réside en RPA et RI-RTF. Il est important de noter qu'ils ne peuvent refuser à un résident de réintégrer son milieu de vie à la suite d'une visite inférieure à 24 heures.

Par conséquent, la mesure nécessitant l'obligation, pour un résident vivant en RPA ou en RI-RTF, d'avoir reçu un résultat négatif de dépistage de la COVID-19 avant un retour à sa résidence ne s'applique pas dans ce contexte.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02908-08

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e^ étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 17 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Le 3 avril dernier, vous avez reçu deux tableaux faisant état des directives qui ont été mises en vigueur jusqu'à cette date, dans le cadre de la gestion de la pandémie de la COVID-19.

Vous trouverez ci-joint une mise à jour en date du 16 avril de ces deux tableaux (parties surlignées) résumant l'ensemble des éléments adoptés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en suivi des travaux effectués par les sous-comités COVID-19 :

1) Directives cliniques;

2) Directives fonctionnelles. Chaque élément des tableaux vous réfère également à la directive complète au besoin. Nous vous précisons que ceux-ci sont également appuyés par le Comité clinique directeur COVID-19. Les tableaux ont également été déposés dans la section réservée aux professionnels sur le site Web du MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Nous espérons que cette compilation vous sera utile et nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-2908-08

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

STRATÉGIES ET ACTIONS

Les stratégies et actions figurant dans le présent document dérivent des plans de contingence locaux et ministériels, ainsi que des lettres acheminées aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Elles sont présentées selon les phases et de façon chronologique.

La plupart des outils développés en soutien aux actions sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans la section « COVID-19 pour les professionnels ».

En tout temps et en toutes circonstances, il est demandé d'établir un protocole pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant lors de la prise en charge de cas suspectés ou confirmés COVID-19 et ce, selon les recommandations des services de prévention et contrôle des infections.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020

GÉRER LA MAIN-D'ŒUVRE ET L'APPLICATION DES MESURES DE PRÉVENTION EN SANTÉ ET SÉCURITÉ POUR LE PERSONNEL DU RSSS	• Élaboration par les établissements, le MSSS et les ordres professionnels, d'une liste de ressources humaines alternatives, toutes catégories, de gens qui voudront apporter leur soutien au personnel régulier lors d'une pandémie.
	• Considération de la possibilité que les résidents des résidences privées pour aînés (RPA) et des ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), aient des besoins et que les ressources du RSSS soient appelées à contribuer.
	• Appel à des bénévoles pour remplir des tâches qui ne nécessitent pas de formation en santé ou en service social.
	• Possibilité de modifications des conditions de travail à convenir avec les syndicats nationaux.
	23 mars 2020 *20-MS-00496-68_PDG_Médecins et travailleurs santé, 20-MS-00496-68_PJ1_Matrice évaluation risque exposition TS CINQ, 20-MS-00496-68_PJ2_Mesures-prevention-milieu-de-travail-COVID-19 et 20-MS-00496-68_PJ3_Proposition levée mesures_CINQ*
	Recommandations relatives aux mesures d'isolement pour les médecins et travailleurs de la santé.
	30 mars 2020 *200330_COVID19_Deplacements_regions*
	Si un déplacement devait être nécessaire pour effectuer une activité jugée indispensable dans l'une des régions placées en isolement, il est suggéré d'utiliser le projet de lettre suggéré par l'Organisation de la sécurité civile du Québec (*200330_COVID-19_Modèle_Contrôles-routiers_Mars20_vf*). La décision de franchir ou non un point de contrôle relève entièrement de la Sûreté du Québec.
	2 avril 2020 *20-MS-02502-20_LET_PDG_Travailleurs de la santé et 20-MS-02502-20_PJ_Recommandations travailleurs INSPQ_COVID-19*
	Mise à jour des recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé en date du 2 avril.
		3 avril 2020 *20-MS-02502-37_LET_PDG_Travailleuses enceintes*
		En lien avec la directive transmise le 1er avril sur la réaffectation des travailleurs enceintes, prendre connaissance et mettre en œuvre les modalités suivantes :
		• Considérant de nouvelles préoccupations soulevées à l'égard des travailleuses enceintes, faire en sorte qu'elles ne soient plus en contact étroit avec des patients ou des usagers.
		• Réaffecter les travailleuses enceintes dans les plus brefs délais en respectant les mesures de distanciation physique ou de leur proposer d'effectuer du télétravail si cela s'avère possible.
		• Advenant que l'une ou l'autre de ces options ne soient pas réalisables, la travailleur enceinte sera retournée chez elle en retrait préventif et elle bénéficiera du programme de maternité sans danger.
		3 avril 2020 *20-MS-02502-33_LET_PDG_DSP_CNREM-COVID-19*
		Les mesures suivantes sont mises en place, dont certaines exigent une action des établissements :
		• Sous la responsabilité de la Dre Lucie Poitras, création du comité national de réaffectation des effectifs médicaux (CNREM) qui a pour mandat de :
		  • s'assurer que, en cas de pénurie ou d'impossibilité pour un établissement, par ses structures locales de combler des besoins en effectifs, des effectifs nationaux soient mobilisés pour assurer la dispensation des services (tous les établissements pourraient être mis à contribution).
		  • veiller à la mobilisation de tous les médecins omnipraticiens ou spécialistes, à la retraite ou œuvrant dans d'autres domaines (administration ou privé), d'être mobilisés là où les besoins seront démontrés de façon prioritaire et en fonction des profils de compétence de tout un chacun.
		Pour cette semaine, il est attendu de la part des établissements que :

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020
		• Un coordonnateur des effectifs médicaux doit être nommé et son nom doit être communiqué à l'adresse suivante : reaffectationmedicale@msss.gouv.qc.ca. Une séance de travail sera prévue en début de semaine prochaine avec les coordonnateurs locaux. • Une base de données ou un fichier Excel vous sera transmis lundi prochain pour être complété au plus tard pour le jeudi 9 avril, et qu'il soit acheminé. • En cas de pénurie appréhendée pour la semaine du 13 avril, le CRNEM doit être contacté dans les délais les plus brefs afin de discuter des possibles solutions. Le CNREM déploie aussi un service de médecins répondants avec un numéro d'appel unique. Des liens avec les universités sont en cours pour harmoniser et favoriser l'intégration de tous les résidents aux structures cliniques. Pour le moment, le moonlighting ne demeure pas permis dans les milieux universitaires. Il est demandé de préserver, dans les spécialités non délestées, les résidents dans leurs stages.
COORDONNER LA PRESTATION DES SOINS	• Adaptation des activités régulières à la situation pandémique et préserver les activités urgentes liées ou non à la pandémie, notamment les services essentiels dont les signalements en protection de la jeunesse. • Collecte d'information concernant l'utilisation des lits de soins aigus pour les usagers atteints de la COVID-19 demandée par le MSSS. **19 mars 2020** *20-MS-00496-39 PDG_Plan de délestage et NSA_Plan de délestage_Pandémie COVID-19_Orientations provinciales_DSAD (002)* Transmission du plan de délestage des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA) dans les centres hospitaliers (CH) du RSSS. **23 mars 2020** *20-MS-00496-68_p.j._Plan de contingence provincial.pdf* Transmission du Plan de contingence provincial La mise en tension d'un niveau d'alerte est décidée par le MSSS et se fait régionalement, ainsi que par clientèle (adulte ou pédiatrique). **23 mars 2020** *Arrêté 2020-009 du 23 mars 2020* Arrêté numéro 2020-009 de la ministre de la Santé et des Services sociaux concernant l'ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de la COVID-19. **25 mars 2020** *20-MS-00496-83_PDG_Planification des lits* Planification de la gestion des lits avec les établissements; outil de référence *20-MS-00496-83_PJ_Protocole de surcapacité*	**6 avril 2020** *20-MS-02502-46, PJ1_COVID_Classification CH par région_2020-04-06 et PJ2_Plan de contingence provincial_v11* Transmission de la nouvelle version du Plan de contingence provincial et tableau des CH désignés sous tension et « froid ». **9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_Protocole de réanimation et 20-MS-02502-66_Protocole de réanimation révisé* Nouvelles orientations concernant le protocole de réanimation simplifié de la COVID-19.

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020
	27 mars 2020 *5-20-MS-00496-92_LET_ niveau alerte 2* Annonce de la mise sous tension des installations de niveau d'alerte 2 pour le service d'urgence et le préhospitalier pour les régions de l'Estrie, Montréal et de la Montérégie. **27 mars 2020** *1-20-MS-00496-92_PJ_Procédures dentaires COVID-19* Transmission des directives, algorithme et centres désignés pour la santé dentaire : CHUM, CUSM, HGJ, CHUQ, Cégep de Chicoutimi **31 mars 2020** *Plan de contingence provincial_v9* Transmission de la nouvelle version du Plan de contingence provincial	
ASSURER LA MISE EN PLACE DES MESURES DE PCI DANS LES MILIEUX DE SOINS	• Mise à disposition des orientations nécessaires pour le milieu de soins et suivi de leurs applications. **24 mars 2020** *20-MS-00496-72_LET_PDG-DSP_Zones de traitement d'urgence, 20-MS-00496-72_PJ1_Zonage hospitaliers_fin, 20-MS-00496-72_PJ2_Aires de traitement Urgence et 20-MS-00496-72_PJ3_Consignes pour zones* Directives détaillées pour mettre en place des mesures de zonage et de confinement pour l'urgence et l'hospitalisation (incluant les unités de réadaptation intensives DI-TSA et DP et les cliniques ambulatoires). La terminologie retenue est : • Zone froide : clientèle sans COVID-19. • Zone tiède : clientèle avec COVID-19 suspectée. • Zone chaude : clientèle avec COVID-19 confirmée. Pour les CHSLD et les NSA, directives pour mettre en place des zones de confinement de manière à isoler les personnes testées COVID-19 positives (zone chaude) des personnes testées COVID-19 négatives (zone froide). **25 mars 2020** *20-MS-00496-83_PDG_Équipement de protection individuel* Milieux de 1re ligne : Les usagers infectieux devront mettre un masque de procédure et appliquer du désinfectant à base d'alcool. Ces équipements doivent être disponibles à la réception seulement. Les intervenants de santé et de services sociaux ne doivent pas porter de masque de procédure. CDD et CDÉ : Les usagers doivent appliquer les mêmes mesures (voir milieu de 1re ligne). Pour ce qui est des intervenants, l'équipement suivant doit être utilisé : masque de procédure, protection oculaire, blouse à manches longues jetable et gants non stériles jetables. Bloc opératoire : directives concernant la disponibilité des EPI et leur utilisation judicieuse *20-MS-00496-83_PDG_Bloc opératoire*	**4 avril 2020** *LET PDG-DSP_Directives orientation port du masque_2020-04-04* • La transmission communautaire de la COVID-19 a été annoncée sur tout le territoire du Québec. Il est demandé à tous les établissements d'appliquer les recommandations de l'INSPQ figurant dans l'avis intitulé « Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue ». • Il est recommandé d'assurer une disponibilité adéquate de cet équipement pour les travailleurs et usagers concernés, tout en assurant une utilisation raisonnée des masques. À cet effet, des recommandations spécifiques sur l'usage des masques seront diffusées par le Direction générale de la santé publique et la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques. **9 avril 2020** *20-MS-02502-64_LET_PDG_Masques de procédure, 20-MS-02502-64_PJ_PDG_Masque de procédure et 20-MS-02502-64_PJ2_PDG_Masque de procédure* Nouveaux avis développés ou mis à jour par l'INSPQ sur le port du masque : La PJ intitulée « Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue » concerne tous les milieux de soins, soit les hôpitaux (soins aigus), les cliniques médicales (groupes de médecine de famille, cliniques externes, cliniques médicales, cliniques désignées d'évaluation, etc.), les milieux de réadaptation et les milieux de soins de longue durée (CHSLD), ainsi que lors des soins à domicile. La PJ intitulée « Avis port du masque pour protéger les personnes vulnérables dans tous les milieux de vie lors de transmission communautaire soutenue » concerne toute personne offrant un service d'assistance personnelle, de soins corporels ou toute autre intervention à une personne vulnérable.

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020
ADAPTER LES SERVICES À DOMICILE – SOUTIEN AU RPA	• Confirmation que les personnes connues du soutien à domicile (SAD) et identifiées comme vulnérables soient inscrites comme telles, notamment au 811, et qu'elles continuent de recevoir les services prioritaires dont elles ont besoin. • Assurance que, si une personne atteinte, non connue du SAD, est maintenue à domicile parce que ses symptômes ne nécessitent pas une hospitalisation, elle reçoive les services du SAD, en fonction de ses besoins et de sa vulnérabilité. • Adaptation des services du SAD aux besoins des différents milieux de vie (RPA, RI/RTF, etc.). • Il est important de préciser que les personnes vivant en RPA et les RI-RTF sont considérées comme vivant à domicile. **20 mars 2020** *20-MS-02321_LET_RPA* Mettre en place un mécanisme de communication avec les RPA : vérifier le respect des directives, diriger les RPA vers les DRH pour les candidatures soumises, répondre aux questionnements des RPA, guider les RPA vers les bonnes ressources en cas de COVID-19 positive. **23 mars 2020** *20-MS-00496-56_Lettre PDG-Directives_RIRTF 2020-03-22_VF et COVID-19 Directives_RI-RTF_2020-03-22_VF* Consignes complémentaires pour les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) concernant les mesures à prévoir et à mettre en œuvre en présence de cas suspectés ou confirmés de COVID19 chez une personne confiée en RI-RTF.	
ASSURER L'ACCÈS À INFO-SANTÉ ET À INFO-SOCIAL	•Évaluation quant à la mise à la disposition d'autres services téléphoniques gouvernementaux pour : Éviter un débordement d'appels, exercer un premier filtre des questions de la population et orienter le plus rapidement possible les personnes vers les ressources appropriées. **19 mars 2020** *20-MS-00496-41_LET_INFO 811* Info santé 811 : Les infirmières sont autorisées à ne plus faire l'évaluation de l'état de santé lors d'appel lié au dépistage de la COVID-19.	
CONSEILLER LA POPULATION ET LES PARTENAIRES ET OFFRIR LES SERVICES ADAPTÉS À LA SITUATION	• Information aux partenaires sur les impacts psychosociaux de la pandémie, de leurs décisions et de leurs actions et des services psychosociaux visant à soutenir les personnes et les divers milieux de vie dans la prise en charge des besoins psychosociaux de leurs membres. • Information à la population sur l'auto-évaluation et l'auto-intervention, et encouragement de la mobilisation sociale et de la solidarité parmi les citoyens. **18 mars 2020** *20-MS-00496-34_Organismes communautaires* Rappel à tous les **organismes communautaires de suivre les directives énoncées par la santé publique** et de prendre les dispositions appropriées afin de protéger la santé et le bien-être de leurs travailleurs et de leur clientèle en cohérence avec les orientations gouvernementales. Les organismes communautaires dont les activités favorisent des rassemblements devraient réduire au maximum leurs activités et même les suspendre temporairement. Toutefois, les organismes	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020**
	communautaires qui offrent des services essentiels à la population, dont les milieux d'hébergement en itinérance et en violence conjugale, les banques alimentaires et les services d'intervention de crise, devraient poursuivent leurs activités tout en respectant les consignes sanitaires.	
PRÉPARER LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	**13 mars 2020** • Mise à la disposition des services préhospitaliers d'urgence des outils permettant le traitement optimal des appels de la population. • Partage à l'ensemble du personnel des mesures mises en place. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/Procedure-MRS-2020-DGAPSP_20200313.pdf **1er avril 2020** *2-20-MS-02502-04_LET_PDG-DSP_Déploiement plan contingence PRÉHOS_2020-03-31 et 2-20-MS-02502-04_PJ_PC* Déploiement du plan de contingence des soins préhospitaliers d'urgences (version du 31 mars)	**7 avril 2020** *20-MS-02502-52_LET_PDG_Phase jaune* Nouvelles zones régionales en phase jaune. En plus des régions de Montréal, de l'Estrie et de la Montérégie, les régions suivantes sont considérées en jaune : Laval, Lanaudière, Laurentides, Capitale-Nationale, Mauricie-et-Centre-du-Québec, Outaouais et Chaudière-Appalaches. **7 avril 2020** *20-MS-02502-52_LET_PDG_Transfert de patients* Mise en application des directives suivantes : • Les établissements doivent s'assurer d'aviser les intervenants du préhospitalier de toute modification aux accès à la salle d'urgence. • La réorientation vers une autre installation doit comporter une évaluation préalable du patient par le personnel du centre hospitalier. • Dans tous les cas suspectés ou confirmés de maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI), peu importe la stabilité de l'usager, les TAP doivent effectuer un préavis à la salle d'urgence (10-10). • Dans la mesure du possible, lorsque le véhicule ambulancier arrive au centre hospitalier, une prise en charge immédiate du patient doit être effectuée. • Le triage de tous les usagers, peu importe leur condition, doit se faire dans un endroit désigné. Il ne doit pas se faire dans le module de soins de l'ambulance. En tout temps, le principe de distanciation physique doit être respecté. À cet effet, le matériel utilisé dans la mobilisation de l'usager (exemple : civière, fauteuil roulant, etc.) doit être disponible pour le transfert immédiat. Seul un rapport verbal sera donné et aucune documentation ne sera remise au centre hospitalier. L'inscription de l'usager doit être effectuée par le personnel désigné du centre hospitalier receveur. • Les TAP ne doivent pas procéder à un changement de leurs équipement s de protection individuelle (ÉPI) lors de la prise en charge par les centres hospitaliers receveurs. • Afin de réduire les délais, lors de l'arrivée d'un cas instable, un membre du personnel hospitalier avec ÉPI, doit guider les TAP vers la zone appropriée dans le centre hospitalier. • Les TAP ne doivent pas se déplacer inutilement entre les déplacements
URGENCE	**23 mars 2020** *20-MS-00496-68_PDG_Urgence et préhospitalier* Nouvelles orientations pour les précautions d'usage lors de contact dans une situation de soins aux urgences. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/ Permettre le port du masque de procédure ou chirurgical, de la blouse à manches longues et des gants lors des soins pour tout patient ayant une clinique infectieuse. **23 mars 2020** *20-MS-00496-68_PDG_Réorientation des usagers ambulatoires* Réorientation des usagers ambulatoires vers les sites de 1re ligne et les cliniques de dépistage. Mise en application d'une procédure de réorientation vers une clinique externe de l'établissement et de prise en charge à l'urgence des usagers par les médecins spécialistes sans demande de consultation par le médecin d'urgence. Adapter et moduler des ententes et listes des raisons de visite par spécialité pouvant être prise en charge directement par les médecins spécialistes en 1re ligne. **24 mars 2020** *20-ms-00496-72PJ2_aires de traitement Urgence et 20-ms-00496-72-PJ3-consigne pour zones* Recommandations pour le zonage à l'urgence **27 mars 2020** *20-MS-00496-92_PJ_Plan de contingence Urgence _2020-03-25* Transmission du plan de contingence de l'Urgence	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020
		ou sur les étages des centres hospitaliers sauf pour les transports interétablissements. • Une aire de décontamination et une station de désinfection doivent être mises à la disposition des TAP, le tout, à proximité immédiate du point de transfert des patients. Le nettoyage des équipements doit également être effectué. Cette station de nettoyage doit être couverte et chauffée (sur le principe des cliniques de dépistage mobile) et inclure, un lavabo et du savon. Ces aires doivent être aménagées en collaboration avec les partenaires SPU.
PREMIÈRE LIGNE	**9 au 20 mars 2020** • Ouverture graduelle et en séquence des cliniques désignées de dépistage. **18 mars 2020** *2020 20-MS-00496-30_LET_PDG_Première ligne* • Maximiser l'offre de sans rendez-vous. • Privilégier les télésoins pour les clientèles âgées de + de 70 ans, pour les maladies chroniques et immunosupprimées. • Les suivis de grossesse, de clientèle en santé mentale et le suivi des 0-2 ans doivent être maintenus. **23 au XX mars 2020** • Ouverture graduelle et en séquence des cliniques désignées d'évaluation.	
CLINIQUES DÉSIGNÉES DE DÉPISTAGE	•	**11 avril 2020** *20-MS-02502-78_LET_PDG_Priorités Tests révisés et PJ Priorisation des tests de dépistage pour le COVID_11 avril 2020* Nouvelle échelle de priorisation : P1 : Les patients hospitalisés symptomatiques (incluant les tests requis pour la levée d'isolement), les patients symptomatiques des unités d'hémodialyse, les patients symptomatiques à l'urgence dont l'état justifie une hospitalisation ou qui présentent des facteurs de risque de complications, les femmes enceintes symptomatiques au 3e trimestre, et les personnes devant accompagner une femme à un accouchement, lorsque symptomatique à la fin de la grossesse. P2 : Les professionnels de la santé symptomatiques en contact direct avec les patients, incluant les services ambulanciers, dont le retrait causerait un bris de service (incluant les tests requis pour les mesures de retour au travail). P3 : Les usagers et le personnel dans des milieux d'hébergement tels que les CHSLD, les RPA et les RI-RTF, dès qu'un nouveau cas positif non isolé est identifié, à la sortie des usagers d'un centre hospitalier qui sont dirigés

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020
		vers un milieu de vie comme un CHSLD, RPA, RI-RTF, les personnes symptomatiques habitant dans d'autres milieux à risque (ex. : refuges pour itinérants, RI, etc.), dans des milieux de vie hébergeant des personnes âgées (plus de 70 ans) sur recommandation du directeur régional de santé publique. P4 : Les personnes symptomatiques vivant dans les régions éloignées, les communautés isolées et venant des Premières Nations/Inuit qui ont un accès limité à un hôpital. Sauf en cas d'indication contraire de la Direction de la Santé publique, ceci inclut les régions ou secteurs placés sous cordon sanitaire. P5 : Les premiers répondants ou travailleurs du système de sécurité publique (ex. : policiers et pompiers, agents des services correctionnels) et autres travailleurs symptomatiques fournissant des services jugés critiques/essentiels. P6 : Les personnes symptomatiques de la communauté sur autorisation du Directeur de la santé publique.
CLINIQUE DÉSIGNÉE D'ÉVALUATION (CDE)	**20 mars 2020** *20-MS-00496-36_LET_Cliniques désignées d'évaluation.pdf* Évaluation médicale de tout patient qui présente des SAG et les patients COVID-19 positifs qui sont dirigés vers ces cliniques pour tout besoin de santé. Les cliniques désignées d'évaluation (CDE) peuvent procéder au dépistage avec corridor de services spécifiques. La désignation est faite par le MSSS selon le seuil épidémiologique et la pénurie de matériel de protection.	**9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_Cliniques désignées d'évaluation, 20-MS-02502-66_PJ1_Utilisation optimale des EPI et 20-MS-02502-66_PJ2_Ressources CDÉ - CORRIGÉ - 03-04-2020* Nouvelles orientations concernant les dépenses liées à l'activité des CDÉ et l'utilisation optimale des équipements de protection individuelle (ÉPI). • Les ÉPI doivent être transférés par le CISSS/CIUSSS vers les CDÉ de son territoire, en respect des quantités recommandées (voir PJ1). • Les ressources humaines dédiées dans le cadre du mandat des CDÉ pourront être assignées, dans certains cas, par le CISSS/CIUSSS. Les dépenses liées à l'embauche des ressources humaines qui ne sont pas assignées par l'établissement pourront être transmises à ce dernier par chaque CDÉ pour obtenir un remboursement. **10 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG-DSP_Correctif et 20-MS-02502-66_PJ_Ressources CDÉ_Correctif* Ajustement au document « Ressources en cliniques désignées d'évaluation » diffusé le 9 avril. Utiliser la PJ qui remplace la PJ déjà acheminée qui était une version préliminaire. Les informations modifiées concernent notamment les masques de procédure pour le personnel de la clinique.
CLINIQUES EXTERNES	**17 mars 2020** *2020-03-17 RAMQ clinique externe (let)COVID-19*	

COVID-19

Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020
SPÉCIALISÉES	• Autorisation de facturation pour les médecins durant le transfert de cliniques externes dans d'autres installations. **18 mars 2020** *20-MS-00496-35_LET_PDG-DSP_Cliniques externes spécialisées* • Maintenir toutes les consultations et suivis urgents et semi-urgents. • Maintenir tous les suivis non-urgents de clientèle chronique, incluant la santé mentale. • Toutes les priorités des centres de répartition des demandes de services spécialisées (CRDS) de niveau A et B doivent être prises en charge. Les demandes de niveau C doivent être priorisées pour la nécessité de prise en charge. • Privilégier les priorisations et rendez-vous par téléconsultation ou téléphone. **24 mars 2020** *20-ms-00496-72PJ1_Zonage hospitalier_fin* • Recommandations pour le zonage en cliniques ambulatoires et en soins et services hospitaliers.	
HOSPITALISATION	**18 mars 2020** *20-MS-00496-35_LET_PDG-DSP_Hospitalisation* Mêmes directives que pour les cliniques spécialisées. **19 mars 2020** • Les CH non désignés COVID-19 doivent reprendre dans leur établissement les patients testés COVID-19 négatifs actuellement hospitalisés en CH désigné. • Les patients hospitalisés suspectés d'avoir contracté la COVID-19 doivent demeurer dans leur CH jusqu'à confirmation du résultat positif. Les protocoles de prévention des infections appropriés doivent donc être mis en place. • Les patients hospitalisés recevant un résultat COVID-19 positif nécessitant une hospitalisation doivent être transférés au CH désigné le plus près après communication de transfert avec l'établissement. À partir de lundi le 23 mars, tout transfert se fera par le bais de l'outil COOLSI. • Les personnes suspectées ou confirmées COVID-19 en quarantaine à la maison et dont l'état se détériore doivent être évaluées pour décision d'hospitalisation dans une clinique désignée, pendant les heures d'ouverture, ou à l'urgence de leur CH le plus près en l'absence de clinique ou hors des heures d'ouverture. • Une communication avec le CH désigné doit obligatoirement avoir lieu avant tout transfert de personnes COVID19 positif. **23 mars 2020** *20-MS-00496-68_PDG_Hospitalisation et procédures* • Les patients hospitalisés COVID-19 suspectés doivent demeurer dans leur installation jusqu'à confirmation. • Les COVID-19 positifs doivent être transférés dans le centre désigné de référence – obligation d'accepter le transfert. • Transfert (hospitalisation et soins intensifs) coordonné par le COOLSI. • Transfert de pédiatrie, néonatalogie et obstétrique coordonnés par CCPQ.	**6 avril 2020** *20-MS-02502-46, PJ1_COVID_Classification CH par région_2020-04-06 et PJ2_Plan de contingence provincial_v11* Révision des directives pour la prise en charge des patients hospitalisés et clarification de la trajectoire de la clientèle obstétricale : En PJ1, voir le tableau de classification des centres hospitaliers (CH) par région. Cette liste est évolutive et une mise à jour sera transmise au moment opportun. Les catégories doivent être interprétées selon les définitions suivantes : • Centre désigné COVID-19 : centre de prise en charge hospitalière de patients confirmés à la COVID-19, tant au niveau local qu'à la suite des transferts d'autres CH • Centre sous tension en vue d'être désigné : préparation à la prise en charge hospitalière de patients confirmés à la COVID-19 au niveau local, ne sont pas ouverts aux transferts d'autres CH • CH « froid » : CH conservé pour la prise en charge de patients hospitalisés non COVID-19. Transfère ses patients positifs vers les centres désignés. En contexte de transmission communautaire, il est nécessaire de désigner des zones tièdes pour les patients suspectés d'avoir contracté la COVID-19 Comme indiqué dans le plan de contingence (voir PJ2), au niveau d'alerte 4, toutes les installations pourront être interpellées pour hospitaliser des patients COVID-19 positifs, Tous les établissements doivent se préparer en ce sens. Les centres désignés ou non désignés hospitalisant des patients COVID-19 positifs doivent avoir un protocole en vigueur pour la prestation sécuritaire

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020**
	• Les personnes suspectées ou confirmées COVID-19 en quarantaine à la maison dont l'état se détériore doivent être évaluées. Un algorithme est disponible : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/Algorithme-COVID-19_Depistage-CH-designe_vf.pdf • Les patients COVID-19 trop instables pour envisager un transfert vers le CD doivent être pris en charge dans leur CH, si l'usager est trop instable pour l'installation dans laquelle il se trouve et ne peut se rendre au centre désigné, il faut le transférer au centre de niveau supérieur le plus proche. • Au moment de la mise en tension du niveau d'alerte 3, les directives suivantes doivent être mises en place dès ce jour, et ce, pour une période indéterminée : o Les installations désignées au niveau d'alerte 3 doivent hospitaliser eux-mêmes les patients COVID-19 positifs ne présentant aucun symptôme pulmonaire, mais nécessitant des soins d'une autre nature. o Les patients COVID-19 positifs et nécessitant une hospitalisation avec des symptômes pulmonaires doivent obligatoirement être transférés en installation désignée. o Toutes les installations doivent avoir leurs protocoles d'isolement et de prévention et de contrôle des infections à jour. **24 mars 2020** *20-ms-00496-72PJ1_Zonage hospitalier_fin et 20-ms-00496-72-PJ3-consigne pour zones* Recommandations pour le zonage en cliniques ambulatoires et soins et services hospitaliers. **2 avril 2020** *2-20-MS-02502-20_LET_PDG-DSP_Transferts vers centres désignés* Dès maintenant, tous les patients COVID-19 confirmés doivent être transférés en centres désignés, à l'exception d'une indication contraire mentionnée pour les clientèles spécifiques qui suivent : • Patients instables : à transférer en centre désigné aussitôt stabilisé pour transfert • Refus de transfert : doivent être transférés malgré le refus. • Obstétrique, psychiatrie, soins palliatifs (voir ligne appropriée dans le tableau) Nous vous rappellerons que : • Les centres désignés ont l'obligation d'accepter le transfert, et ce, cohérence avec le décret d'état d'urgence sanitaire. • Tous les transferts de patients testés COVID-19 positifs sont coordonnés par le système de coordination des lits de soins intensifs (COOLSI), à l'exception de l'obstétrique, la pédiatrie et de la néonatalogie qui coordonnés par le centre de coordination en périnatalogie au Québec (CCPQ). Une communication avec l'installation désignée doit obligatoirement avoir lieu avant tout transfert d'une personne testée COVID-19 positive.	de soins pour les patients et le personnel soignant, notamment pas la création de zones dédiées aux patients positifs. **9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_DSP_Hospitalisation, 20-MS-02502-66_PJ1_Lignes directrices_Hospitalisation, 20-MS-02502-66_PJ1Classification CH par région_2020-04-11, 20-MS-02502-66_PJ2_Femmes enceintes et nouveau-nés_Professionnels_COVID-19 et 20-MS-02502-66_PJ3_Enfant_Professionnels_COVID-19 et PJ4 COVID_Classification CH par région_2020-04-09* • Rassemblement de toutes les directives des différents milieux et clientèles spécifiques mises à jour (voir PJ1). Les directives d'hospitalisation en santé mentale demeurent à venir. • Guide complet relativement à la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés (voir PJ2), et des enfants (voir PJ3). • Tableau de classification des centres désignés, incluant maintenant les centres de réadaptation désignés connus à ce jour (voir PJ4). Cette liste demeure évolutive et une mise à jour vous sera transmise au moment opportun. **12 avril 2020** *20-MS-02502-66_PJ1Classification CH par région_2020-04-11 et 20-MS-02502-66_PJ2 Lignes directrices hospitalisation* • Mise à jour de la classification des centres désignées (voir PJ1) • Mise à jour des directives d'hospitalisation des différents milieux et clientèles spécifiques, notamment en santé mentale (voir PJ2).
IMAGERIE MÉDICALE	**18 mars 2020** *20-MS-00496-35_LET_Imagerie médicale* • Pertinence de l'imagerie médicale (IM). • Modalités les plus souvent indiquées pour les cas de COVID-19.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020**
	• Privilégier l'appareil de graphie mobile. • Toute requête d'IM pour patients suspectés sans résultats doit être analysée et validée par un radiologue ou autre médecin du service. • Reporter tout examen non-urgent et dont le report ne porte aucun préjudice. • Le triage des requêtes doit être fait par un comité. • Les salles d'attente doivent laisser 1-2 mètres entre chaque personne. • Limiter les accompagnateurs et leur faire passer le questionnaire de triage. **31 mars 2020** *20-MS-02502-04_LET_PDG_Imagerie médicale* Nouvelle recommandation pour le délestage des activités électives : • Toutes les activités électives devraient être cessées sauf celles jugées essentielles, soit les examens électifs qui ne peuvent être reportés après le 30 avril 2020. Ce délestage doit se faire en fonction de la condition clinique des patients et sans leur occasionner d'effets collatéraux indésirables. Orientations pour la protection du personnel effectuant les examens et interventions : • Pour tout le personnel d'IM appelé à effectuer un examen chez un patient testé COVID19 positive ou avec facteurs de risque ou symptômes douteux, appliquer la protection gouttelettes-contact (masque chirurgical, gants, blouse, lunettes de protection). • Dans le cas d'intervention générant des aérosols chez un patient COVID19 positive ou suspectée, le port du masque N95 par le personnel en contact avec le patient est nécessaire. Type d'examen d'imagerie requis : • Utilisation de l'appareil mobile recommandée. • Tenir compte que la COVID19 entraîne un niveau anormalement élevé des D-dimères lors de l'évaluation des patients pour ne pas les diriger en IM pour recherche d'embolie pulmonaire. LIM désignés : Les LIM pourraient servir de corridors de services aux hôpitaux ou aux GMF désignés (centre désigné d'évaluation). Dans ces cas-ci, des mesures devraient être mises en place de manière à assurer l'accès aux équipements de protection individuelle requis selon les orientations.	
ENDOSCOPIE	**18 mars 2020** *20-MS-00496-35_LET_Endoscopiques* • Mise en place d'un comité décisionnel des activités endoscopiques. Composition définie. • De reporter toutes procédures électives pour pathologies bénignes. • De continuer les procédures urgentes et bien évaluer les demandes semi-urgentes et électives. • De cesser toutes activités dans les centres hors établissements. • Il est demandé à toutes les unités d'endoscopie d'utiliser les équipes minimales requises et de diminuer autant que possible la rotation du personnel pendant les interventions pour l'économie de	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020**
	matériel et d'équipements de protection. **27 mars 2020** *4-20-MS-00496-92_P.J.1_Endoscopie-Cancérologie délestage* Recommandations pour le délestage des activités endoscopiques.	

HÉMODYNAMIE		**4 avril 2020** *20-MS-02502-33_LET PDG-DSP_Directives hémodynamie et 20-MS-02502-33_COVID-19_pj_Consignes Hémodynamie*
		Directives à mettre en place dès ce jour pour une période indéterminée :
		• Prioriser la téléconsultation ou reporter les visites si cela est jugé à faible risque pour le patient.
		• Reporter toutes les procédures électives chez les patients stables et asymptomatiques.
		• Tous les cas urgents qui présentent des risques élevés d'incident cardiaque doivent être traités sans délai.
		• Pour les cas à risque élevé ou confirmés de COVID-19 (vor la définition d'un cas à risque élevé de COVID-19 dans la pièce jointe) ainsi que pour les cas urgents, il est essentiel d'avoir un protocole hospitalier pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant.
		• Il est recommandé à tous les services d'hémodynamie d'utiliser les équipes minimales requises pour les interventions qui sont maintenues et de diminuer autant que possible la rotation du personnel pendant les interventions.
		• Dans les cas d'infarctus du myocarde :
		  • Pour les patients COVID-19 négatif ou à bas risque d'infection, poursuivre les traitements et trajectoires habituels.
		  • Pour les patients COVID-19 positifs ou à haut risque d'infection, suivre les lignes directrices et les algorithmes décisionnels qui se trouvent en pièce jointe.
		• Pour les procédures de remplacement valvulaire par cathéter, procéder seulement pour les cas urgents et reporter toutes procédures électives.

HÉMODIALYSE	**18 mars 2020** *20-MS-00496-35_LET_PDG_Hémodialyse* • Tous les patients hémodialysés ne nécessitant pas d'hospitalisation doivent demeurer dans leur centre de dialyse habituel. • Pour tous les cas suspectés ou confirmés COVID-19 hémodialysés en externe nécessitant une hospitalisation, se référer aux directives sur l'hospitalisation.	
BLOC OPÉRATOIRE	**17 mars 2020** *20-MS-00496-30_LET_PDG-DSP Comité Bloc opératoire-COVID-19_17-03-2020* • Mise en place, dans chaque établissement, d'un comité décisionnel de surveillance des activités	**3 avril 2020** *20-MS-02502-33_LET_PDG_Directive bloc opératoire 3 avril, PJ1_20-MS-00496-30_PDG_Bloc opératoire et PJ2_20-MS-00496-30_LET_PDG-*

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020**
	chirurgicales. La composition du comité est définie. • Pour les cas suspectés ou confirmés de COVID-19, il est demandé d'établir un protocole pour la prestation sécuritaire de soins chirurgicaux pour les patients et le personnel soignant. • De reporter toutes procédures électives pour pathologies bénignes. • De continuer à opérer les urgences chirurgicales et obstétricales. • De limiter au maximum la prestation chirurgicale pour les cas jugés semi-urgents, incluant l'oncologie. • De cesser toutes activités dans les centres de chirurgies hors établissements en lien avec des ententes. • Il est demandé à tous les blocs d'utiliser les équipes minimales requises pour les interventions qui sont maintenues et de diminuer autant que possible la rotation du personnel pendant les interventions pour l'économie de matériel et équipements de protection. **23 mars 2020** *20-MS-00496-30_PDG_Bloc opératoire* Précision des éléments transmis les 17 et 20 mars 2020. • Chaque établissement doit mettre en place un comité de vigie pour gérer les patients oncologiques qui ne pourront être opérés et identifier les alternatives thérapeutiques. Ce mécanisme listera les patients, et transmettra cette liste au directeur du programme de cancérologie qui en assurera le suivi. • Maintenir un niveau de service chirurgie essentiel – éviter la morbidité et la mortalité secondaire : conserver et identifier l'expertise des ressources et prévoir un plan de suppléance de ressources critiques médicales (infirmières, inhalothérapeutes) qui ne peuvent pas toutes être transférées dans les secteurs d'hospitalisation. **24 mars 2020** *20-MS-00496-72_LET_PDG_Chirurgie cardiaque - Copie* Directives pour les patients qui nécessitent une chirurgie cardiaque urgente : • Le patient ne doit pas être COVID-19 positif ou suspecté pour être transféré. • Les patients COVID-19 positifs et les patients en situation instable demeurent dans leur centre de chirurgie de départ. • Les patients hospitalisés à l'ICM suspectés d'avoir la COVID-19 y restent jusqu'à la confirmation du diagnostic. • Les patients COVID-19 positifs doivent être transférés dans le centre désigné de référence, lorsque possible, après qu'une communication ait obligatoirement été établie avec l'installation désignée. • Les privilèges seront donnés aux chirurgiens cardiaques des centres référents pour effectuer leurs cas. **25 mars 2020** *20-MS-00496-83_PDG_Bloc opératoire, 20-MS-00496-83_PJ1_Recommandations pour intubation et 20-MS-00496-83_PJ2_USherbrooke_trajectoire-bloc-covid-final1*	*DSP Comité Bloc opératoire-COVID-19_17-03-2020* Considérant l'impératif de protection des patients et du personnel soignant, que la prise en charge de la pandémie demande un équilibre entre les capacités de traitement assignées pour la COVID-19 et les capacités de traitement pour les autres pathologies; que le contexte de pénurie d'équipements de protection individuelle se poursuit, mais qu'une certaine disponibilité permet un rehaussement partiel du niveau d'activités chirurgicales et une pénurie mondiale des médicaments anesthésiques : • Les établissements sont autorisés à reprendre un niveau d'activités selon les consignes qui étaient prescrites dans la correspondance du 17 mars et des précisions apportées le 23 mars (voir les pièces jointes). • Ce fonctionnement doit permettre de couvrir les besoins chirurgicaux des patients urgents et semi-urgents, particulièrement ceux atteints de cancer, tout en tenant compte de l'impact des activités chirurgicales sur les plans de pandémie. • Le niveau d'activités chirurgicales que réalise chaque installation doit lui permettre, selon sa situation, de passer à son niveau d'alerte supérieur à l'intérieur de 24 heures. • Ces directives doivent être appliquées avec grande vigilance et l'applicabilité de celles-ci doit s'ajuster en fonction des régions, de l'épidémiologie et des recommandations publiées par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec. Une vigie doit être maintenue pour assurer une utilisation judicieuse des équipements. • Rappel sur l'importance d'analyser les cas qui étaient annulés depuis le 17 mars, de manière à valider si leur statut a pu changer de semi-électif à semi-urgent. • Ces consignes sont validées du 6 au 10 avril 2020; d'autres consignes suivront pour les semaines suivantes. **3 avril 2020** *20-MS-02502-33_LET_PDG_DSP_Programme opératoire* En suivi des directives transmises précédemment, fournir les programmes opératoires pour le lundi 6 avril. Les consignes qui doivent être suivies sont celles du comité directeur clinique COVID-19 et non pas celles des associations chirurgicales. Transmettre le tout au plus tard le dimanche 5 avril à 8 h. **7 avril 2020** *20-MS-02502-52_LET_PDG_Bloc opératoire* Mettre en place des mesures de précaution additionnelles pour l'évacuation des fumées chirurgicales et lors de l'exsufflation du pneumopéritoine.

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020**
	Recommandations pour intubation sécuritaire au bloc opératoire et détail de la trajectoire du patient et précautions selon le type d'anesthésie. **1er avril 2020** *20-MS-02502-04_LET_PDG-DSP_Bloc opératoire_Direct_COVID-19* Il est demandé à tous les établissements : • D'adopter un programme de fin de semaine pour la semaine à venir (à compter du jeudi 2 avril) en inscrivant seulement les chirurgies urgentes. Réserver les chirurgies semi-urgentes aux cas sans alternative thérapeutique approuvées par le comité du bloc avec appui de comité de cancérologie au besoin. • Tenir un registre des dérogations pour les cas semi-urgents qui doit être déposé au DSP, qui pourra le fournir au MSSS dur demande. • De poursuivre la tenue du registre des patients reportés pour en assurer un suivi clinique et une réévaluation. Les directives précédentes concernant l'intubation sont maintenues et rappelées. Il est recommandé d'appliquer l'avis de Comité sur les infections nosocomiales du Québec publié par l'INSPQ pour l'utilisation des salles d'opération et des équipements de protection. *20-MS-02502-04_PJ_AVIS INSPQ_2020-03-27*	Il est recommandé : • De retarder toute procédure jugée non urgente, en accord avec les recommandations déjà émises; • D'évaluer, selon la prévalence de la COVID-19 dans la communauté, les risques et bénéfices de toute intervention chirurgicale; • D'utiliser un système de filtration durant les procédures laparoscopiques et lors de l'évacuation du pneumopéritoine; • D'utiliser la pression d'insufflation la plus basse possible; • D'utiliser les réglages d'électrocautères les plus bas possible; • De s'assurer de l'étanchéité des trocarts durant la procédure; • De ne pas considérer, dans l'état actuel des connaissances, l'approche ouverte comme une option plus sécuritaire que l'approche laparoscopique dans les cas confirmés de COVID-19; • D'envisager, dans les cas jugés à haut risque de transmission de la COVID-19, une approche alternative ou un traitement médical seul; • De mettre à jour l'ensemble de ces recommandations en fonction de l'évolution des connaissances et de la prévalence de la COVID-19 dans la communauté. À venir : Recommandations concernant les risques associés aux liquides biologiques et ceux associés à la chirurgie ouverte. **16 avril 2020** *20-MS-02502-94_LET_PDG_Chirurgie cardiaque* Mise à jour sur les interventions de chirurgie cardiaque pour les bassins de desserte des RUIS de l'Université de Montréal (UdM) et de l'Université McGill Les directives doivent être mises en place dès ce jour, et ce, pour une période indéterminée pour les patients pour lesquels une chirurgie cardiaque urgente et semi-urgente est nécessaire pour les régions mentionnées : • Seules les chirurgies urgentes et semi-urgentes doivent être effectuées, et ce, afin de protéger les inventaires d'équipement de protection individuelle et de médicaments prioritaires, ainsi que des lits de soins intensifs • L'ICM n'est plus le centre désigné de chirurgie cardiaque pour les patients non COVID-19 des RUIS de l'UdM et de McGill. • Chaque centre de chirurgie cardiaque doit prendre en charge ses patients nécessitant des interventions urgentes, et ce, selon les corridors de

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020
		services habituels de leur RUIS • Les patients desservis par l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) testés négatifs à la COVID-19 continueront d'être transférés à l'ICM pour leur chirurgie. Les patients testés positifs à la COVID-19 nécessitant une chirurgie urgente devront être opérés et demeurer à l'HSCM. • Pour les cas suspectés ou confirmés à la COVID-19, il est demandé d'établir une zone chaude, tant au bloc opératoire, qu'aux soins intensifs et unités d'hospitalisation par la suite afin d'assurer un protocole pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant. • Les patients testés positifs doivent demeure en CH jusqu'à la disparition des symptômes ou dès qu'ils ont un résultat de dépistage négatif, à moins d'être en mesure de retourner à domicile sécuritairement. **16 avril 2020** *20-MS-02502-97_LET_PDG_Médicaments sédation INESSS et 20-MS-02502-97_PJ_INESSS- SédationSI et bloc* Conclusions de l'INESSS sur les alternatives et principes de sédation aux soins intensifs et au bloc opératoire, de même que sur les traitements alternatifs pour les médicaments utilisés dans le contexte des soins palliatifs (voir PJ).
CANCÉROLOGIE	**17 mars 2020** *20-MS-00496-30_LET_PDG-DSP Comité Cancérologie-COVID-19_17-03-2020* 1. Annulation des rendez-vous de suivi sur place, sauf si jugé autrement par le radio-oncologue ou infirmière (voir option téléphonique) 2. Directives détaillées pour les patients qui ont voyagé dans les 2 dernières semaines hors Canada 3. Cas bénins : Consultations, traitements et suivi sont reportés. 4. Les réunions : Conférences téléphoniques/visio sont privilégiées et arrêt de l'envoi de lettres d'invitation, de rappel ou de relance. Arrêt des prises de rendez-vous pour dépistage du cancer du sein. Autres directives pour le PQDCS, la recherche Activités de dépistage et investigation du cancer du sein *(20-MS-00496-30_PJ_PDG-DSP Comité Cancérologie-COVID-19_17-03-2020)* **23 mars 2020** *20-MS-00496-41_LET_PDG_Cancérologie et 20-MS-00496-41_PJ_Recommandations générales Cancérologie 2020-03-19* Lettre numéro 2 en cancérologie – se référer aux politiques et procédures générales en cancérologie pour la COVID19 et la protection des personnes touchées par le cancer et des professionnels. **27 mars 2020** *4-20-MS-00496-92_P.J.1_Endoscopie-Cancérologie délestage* Recommandations pour le délestage des activités endoscopiques.	**7 avril 2020** *20-MS-02502-52_LET_PDG_Cancérologie_Zone froide et 20-MS-02502-52_PJ_Cancérologie_Zone froide Lettre 6* Recommandations pour l'application du concept de zone froide aux secteurs de la cancérologie (voir PJ) : • Il est conseillé de créer une zone froide dans le centre de cancérologie, d'aménager une zone tiède dans le centre de cancérologie pour accueillir les usagers qui ont des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou chez qui une infection est suspectée, et d'aménager une zone chaude pour admettre la clientèle atteinte de la COVID-19 dans l'hôpital (pas dans le centre de cancérologie). Précision sur le niveau d'activités en radio-oncologie • Le niveau d'activités de délestage en cancérologie et en radio-oncologie devrait être en lien avec le niveau d'activités global COVID-19 de votre établissement, mais également en fonction du niveau de ressources humaines en place dans les secteurs visés par la cancérologie. Le niveau d'activités réalisé au centre de cancérologie devrait toutefois permettre, selon la situation, de passer à un niveau d'alerte supérieur dans une

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020**
	1er avril 2020 *4-20-MS-02502-04_LET_PDG-DSP_Cancérologie Lettre 4_COVID-19, 4-20-MS-02502-04_PJ1_Cancérologie_Délestage et niveaux d'activités, 4-20-MS-02502-04_PJ2_Cancérologie_Radio-oncologie-COVID-19 et 4-20-MS-02502-04_PJ3_Cancérologie_MAJ PQDCS* • Plan de délestage et niveaux d'activité en cancérologie : voir la PJ1 qui est complémentaire aux indications fournies dans les autres secteurs. • Activités en radio-oncologie : recommandations spécifiques au secteur de la radio-oncologie en PJ2 qui précise l'échelle de priorité applicable jusqu'à nouvel ordre et les indications cliniques associées. Activités de dépistage et d'investigation du cancer du sein (mise à jour) : recommandations en PJ3 concernant le programme de dépistage du cancer du sein.	période de 24 à 48 heures. **14 avril 2020** *20-MS-02502-84_LET_PDG_Cancérologie - Lettre numéro 7, PJ1_Cancérologie_Recommandations Cancer du sein et PJ2_Cancérologie_Recommandations Onco-Pédiatrie* Recommandations pour le secteur de l'oncologie pédiatrique : • Voir PJ2 le document « Recommandations concernant la prise en charge de la clientèle en oncologie pédiatrique dans le contexte de la COVID-19 ». Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet cancer du sein : • Voir PJ1 le document « Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 0 Volet cancer du sein ». Des recommandations portant sur d'autres sièges de cancer suivront au cours des prochains jours. **16 avril 2020** *20-MS-02502-97_LET_PDG_Cancérologie_Lettre 8, PJ1_Recommandations_oncologie thoracique 200415, PJ2_Recommandations_cancers urologiques_200415, PJ3_Recommandations_cancers gynécologiques_200415, PJ4_Recommandations_cancers colorectaux 200415, PJ5_Recommandations_mélanome 200415, PJ6_Recommandations_cancers digestifs hauts 200415 et PJ7_Recommandations_cancers ORL_200415* Suite des recommandations sur les autres sièges de cancers : • Volet oncologie thoracique (cancer du poumon et autres tumeurs rares orphelines) (voir PJ1) • Volet cancers urologiques (voir PJ2) • Volet cancers gynécologiques (voir PJ3) • Volet cancers colorectaux (voir PJ4) • Volet mélanome (voir PJ5) • Volet cancers digestifs hauts (voir PJ6) • Volet cancers ORL/tête et cou (voir PJ7)
SOINS CRITIQUES	**17 mars 2020** *20-MS-00496-30_LET_PDG-DSP Comité Soins critiques-COVID-19_17-03-2020 et 20-MS-00496-30 PJ_Plan contingence Soins critiques COVID-19_MSSS_v5* Plan de contingence pour l'utilisation des lits de soins intensifs pour tout le Québec. Quatre niveaux d'alerte doivent être considérés pour déployer l'utilisation optimale des lits de soins intensifs avec une coordination centralisée. Plan de contingence des premiers centres désignés intégrés au plan national	**9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_Triage soins intensifs, PJ1. Protocole national triage aux Soins intensifs – pandémie, PJ2. Formulaire triage pandémie ADULTE et 5.Protocole-triage_Processus de consultation* Élaboration d'un protocole de triage aux soins intensifs (voir en PJ1 avec l'outil de triage pandémique en PJ2).

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020
	des soins critiques.	• Le recours au protocole doit être utilisé seulement dans le cas où toutes les ressources existantes auraient été utilisées, et que toutes les tentatives raisonnables auraient été faites pour déplacer les patients concernés vers les ressources disponibles. • Ce protocole s'appliquerait à tous les patients, quel que soit la cause de leur hospitalisation et viserait à minimiser la mortalité et la morbidité pour l'ensemble de la population en contexte de pandémie, optimiser l'équité des soins, et veiller à ce que les décisions soient conformes aux valeurs éthiques et procédurales de notre système de santé. • Aucune donnée prévisionnelle n'indique qu'il sera nécessaire d'utiliser cet outil de triage. **16 avril 2020** *20-MS-02502-97_LET_PDG_Médicaments sédation INESSS et 20-MS-02502-97_PJ_INESSS- SédationSI et bloc* Conclusions de l'INESSS sur les alternatives et principes de sédation aux soins intensifs et au bloc opératoire, de même que sur les traitements alternatifs pour les médicaments utilisés dans le contexte des soins palliatifs (voir PJ).
SANTÉ MÈRE-ENFANTS	**23 mars 2020** *20-MS-00496-68_PDG_Hospitalisation et procédures* • Les patientes hospitalisées suspectées d'avoir contracté la COVID-19 doivent demeurer dans leur installation jusqu'à confirmation du résultat COVID-19 positif. • Les patientes hospitalisées pour grossesse à risque recevant un résultat COVID-19 positif sans symptôme pulmonaire doivent rester dans leur installation en respectant les règles de PCI. • Les patientes hospitalisées pour grossesse à risque recevant un résultat COVID-19 positif avec symptôme pulmonaire doivent être transférées vers le centre désigné le plus près après communication de transfert avec l'établissement. • Les patientes suspectées ou confirmées COVID-19 positifs doivent rester à leur domicile en attente du début du travail. • Pour les cas suspectés ou confirmés de COVID-19, il est demandé d'établir un protocole pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant. **25 mars 2020** *20-MS-00496-78_LET_PDG_Services mère-enfant, 20-MS-00496-78_PJ1_Recommandations_mère-enfant_Professionnels_COVID-19_2020-03-24 -vf, 20-MS-00496-78_PJ2_Directives pratique sage-femme COVID-19_2020-03-24 (3))_og et Priorisation des services mère-enfant en contexte de pandémie* • Les recommandations relatives à la prise en charge, aux hospitalisations et aux transferts de cas confirmés pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants. Les directives sur la pratique sage-femme et aux accouchements à domicile.	**9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_DSP_Hospitalisation, 20-MS-02502-66_PJ1_Lignes directrices_Hospitalisation, 20-MS-02502-66_PJ1Classification CH par région_2020-04-11, 20-MS-02502-66_PJ2_Femmes enceintes et nouveau-nés_Professionnels_COVID-19 et 20-MS-02502-66_PJ3_Enfant_Professionnels_COVID-19 et PJ4 COVID_Classification CH par région_2020-04-09* • Rassemblement de toutes les directives des différents milieux et clientèles spécifiques mises à jour (voir PJ1). Les directives d'hospitalisation en santé mentale demeurent à venir. • Guide complet relativement à la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés (voir PJ2), et des enfants (voir PJ3). • Tableau de classification des centres désignés, incluant maintenant les centres de réadaptation désignés connus à ce jour (voir PJ4). Cette liste demeure évolutive et une mise à jour vous sera transmise au moment opportun.

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020
	2 avril 2020 *2-20-MS-02502-20_LET_PDG-DSP_Transferts vers centres désignés* Dès maintenant, tous les patients COVID-19 confirmés doivent être transférés en centres désignés, à l'exception d'une indication contraire mentionnée pour les clientèles spécifiques qui suivent : Obstétrique en travail actif : doivent être accouchées puis transférées aussitôt après en centres désignés	
SANTÉ MENTALE	**20 mars 2020** *20-MS-00496-42_LET_PDG_Santé mentale* Maintenir l'ensemble de l'offre de services en santé mentale. Fiches à venir à l'intention du personnel, des intervenants du RSSS et de la clientèle utilisatrice des services en santé mentale et leurs proches. **23 mars 2020** *20-MS-00496-68_PDG_Hospitalisation et procédures* **25 mars 2020** *2-20-MS-00496-92_LET_PDG-DSP_DSM_Traitements d'électroconvulsothérapie (ECT)* Recommandations pour les traitements d'électroconvulsothérapie (ECT) : • Annuler les ECT pour les patients en mode ambulatoire. • Pour les ECT urgents : Évaluation de la pertinence des traitements et hospitalisation. • Les ECT sont des services essentiels pour les patients hospitalisés; en réévaluer la pertinence selon les modalités indiquées dans la lettre. La décision revient au psychiatre. • Les patients COVID-19 positifs hospitalisés en psychiatrie avec symptômes pulmonaires (selon l'INSPQ) doivent obligatoirement être transférés en centres désignés. • Les patients COVID-19 positifs hospitalisés en psychiatrie sans symptômes pulmonaires doivent obligatoirement demeurer dans leur centre. Les patients hospitalisés suspectés d'avoir contracté la COVID-19 doivent demeurer dans l'établissement jusqu'à confirmation du résultat COVID-19 positif. **2 avril 2020** *2-20-MS-02502-20_LET_PDG-DSP_Transferts vers centres désignés* Dès maintenant, tous les patients COVID-19 confirmés doivent être transférés en centres désignés, à l'exception d'une indication contraire mentionnée pour les clientèles spécifiques qui suivent : Psychiatrie : installer des zones chaudes/tièdes et froides dans les unités dédiées. Des mesures de distanciation sociale doivent être établies. Plus de précisions suivront.	**11 avril 2020** *20-MS-02502-66 Lettre Hospitalisation en santé mentale* D'ici le mardi 14 avril, tous les patients de psychiatrie COVID-19 confirmés doivent être transférés en centres désignés comme présenté dans le tableau en PJ. • En centre désigné de psychiatrie : installer des zones chaudes/tièdes et froides dans les unités dédiées. Des mesures de distanciation sociale doivent être établies. • En centre « froid », soit non-désigné pour la clientèle psychiatrique confirmée à la COVID-19 : installer malgré tout une zone tiède pour les patients suspectés ou développant des symptômes en attendant le résultat du dépistage. Advenant un résultat positif, le patient doit alors être transféré en centre désigné pour la clientèle psychiatrique. • Refus de transfert : doivent être transférés malgré le refus. • Les centres désignés ont l'obligation d'accepter le transfert et ce, en cohérence avec le décret d'état d'urgence sanitaire. • Une communication avec l'installation désignée doit obligatoirement avoir lieu avant tout transfert de personnes COVID-19 positif. • Tous les transferts de patients psychiatriques COVID-19 positifs sont coordonnés par le COOLSI, à l'exception de la pédopsychiatrie qui sera coordonnée par le CCPQ. De plus, le COOLSI ne coordonne pas les transferts des CHSLD, des RI et des RPA. • L'évaluation du type de transport pour transférer le paient relève du centre référent. • Les centres désignés ou non désignés hospitalisant des patients COVID-19 positifs doivent avoir un protocole pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant en vigueur.
SOINS PALLIATIFS ET SOINS DE FIN DE VIE	**31 mars 2020** *20-MS-02502-04_LET_PDG_Soins palliatifs de fin de vie et 20-MS-2502-04_PJ_Directives_SPFV _COVID-19* Mise en place des directives dès le 31 mars pour une période indéterminée : • Toutes les personnes en soins palliatifs et de fin de vie doivent avoir un niveau de soins à jour. Le formulaire de niveau de soins, signé par un médecin, doit être transféré dans le milieu de soins	**9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_Soins palliatifs en fin de vie et 20-MS-02502-66_PJ_COVID-19 Directives_SPFV* Mise à jour des directives envoyées le 31 mars pour une gestion optimale de la clientèle en SPFV. À mettre en place dès le 9 avril pour une durée indéterminée.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020
	accueillant. • Interdiction des visites régulières dans tous les milieux, sauf pour des raisons humanitaires, comme en situation de fin de vie. • Suivre les consignes selon le milieu de vie / milieu de soins **2 avril 2020** *2-20-MS-02502-20_LET_PDG-DSP_Transferts vers centres désignés*	• Admission dans les unités de soins palliatifs et de fin de vie et réorientation : Aucun cas de la COVID-19 confirmé, en investigation ou symptomatique avec de la fièvre OU de la toux OU des difficultés respiratoires n'est admis dans les unités de soins palliatifs afin de maintenir ces unités en zone froide (CH, CHSLD, MSP). Ainsi, il y aura une réorientation des usagers vers les milieux identifiés ci-après avec les aires de confinement zone tiède ou zone chaude sur le territoire. • Des précisions et un assouplissement des consignes concernant les visites ont été apportés (voir PJ). • Directives pour les SPFV en centre hospitalier selon qu'il soit désigné ou non (voir PJ). • Directives pour le suivi post-mortem : Les établissements sont invités à mettre en place les mesures nécessaires pour accompagner les proches dans le suivi post-mortem tout en respectant les directives de la santé publique. **11 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_SPFV et 20-MS-02502-66_LET_PJ_SPFV* Clarification de la mise à jour des directives envoyées le 9 avril, notamment en ce qui a trait aux visiteurs. **16 avril 2020** *20-MS-02502-97_LET_PDG_Médicaments sédation INESSS et 20-MS-02502-97_PJ_INESSS- SédationSI et bloc* Conclusions de l'INESSS sur les alternatives et principes de sédation aux soins intensifs et au bloc opératoire, de même que sur les traitements alternatifs pour les médicaments utilisés dans le contexte des soins palliatifs (voir PJ).
LABORATOIRE	**19 mars 2020 – Montérégie** *matériel Dépistage COVID* • La recherche de C. trachomatis/N.Gonorrheae sur le Panther de Hologic ne sera réalisée que sur l'urine. • Retourner tous les kits de collecte multitest et unisexe Aptima inutilisés à votre service d'approvisionnement. **23 mars 2020** *20-MS-00496-68_PJ_Priorisation analyse SARS-CoV-2 recommandations ministérielles_2020-03-20* Priorisation des tests COVID-19.	**15 avril 2020** *20-MS-02502-94_PDG_SARS-CoV-2* Partage d'informations concernant les données relatives à la sensibilité de l'analyse SARS-CoV-2 : • L'analyse est réalisée par technique PCR. Il s'agit de la méthode diagnostique la plus sensible pour les infections virales respiratoires. • Le test est développé au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et celui-ci est utilisé massivement par les différents laboratoires de la province. Ce test : • est similaire en méthodologie et en performance aux tests des autres laboratoires de santé publique du Canada ainsi que du laboratoire national de santé publique du Canada à Winnipeg;

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020
		• a une sensibilité analytique similaire aux tests approuvés par la Food and Drug Administration; • démontre des résultats identiques sur des centaines d'échantillons pour deux cibles génomiques virales différentes. • Tous les établissements doivent passer par une étape de validation centralisée au LSPQ avant d'être autorisés à offrir le test des patients.
TÉLÉSANTÉ	**17 mars 2020** *20-DI-00167-01_LET_PDG_DRI* • Privilégier les consultations téléphoniques. • Déploiement des plates-formes Zoom et React. • Disponibilité des licences de Microsoft Teams pour les communications d'ordre administratives ou cliniques. • Déploiement d'une solution permettant le continuum de soins par : Phase 1 : cardiologie, chirurgie, dermatologie, endocrinologie, gastro-entérologie, gériatrie, médecine interne, microbiologie, néphrologie, neurologie, obstétrique gynécologie, pédiatrie; Phase 2 : évaluation des spécialités suivantes : orthopédie, plastie, chirurgie thoracique, ophtalmologie, ORL, physiatrie, radio-oncologie, rhumatologie, urologie.	

ASSURER LES SERVICES DANS LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT ET CHSLD	Pour l'hébergement jeunesse en centre de réadaptation
	• Prévision de mesures de relève pour assurer des services adéquats aux jeunes hébergés dans les familles d'accueil et les centres de réadaptation dans l'éventualité d'une pénurie de ressources humaines.
	• En cas de détection de jeunes infectés :
	  • Prévision de scénarios de quarantaine et de mesures spécifiques pour les unités sécuritaires;
	  • Plan de communication pour l'information aux parents;
	  • Mécanismes de visites des parents des jeunes en quarantaine, le cas échéant;
	  • Prévision de mécanismes interrégionaux pour les jeunes hébergés dans une autre région que celle de leurs parents.
	• Prévision d'orientations et procédures en cas de retour de jeunes en fugue.
	15 mars 2020 *20-MS-00496-22_LET_PDG_Visites CHSLD*
	• Les visites non essentielles dans les centres hospitaliers, les CHSLD, les ressources intermédiaires, les ressources de type familial sont interdites sur tout le territoire québécois.
	• Il est recommandé aux personnes âgées de 70 ans et plus de rester chez elles et de limiter leurs déplacements sauf en cas de situations exceptionnelles.
	17 mars 2020 *20-MS-00496-29_LET_PDG et DG EPC*
	Les visites sont proscrites pour toutes les clientèles vulnérables hébergées dans les milieux suivants : centres de réadaptation, résidences à assistance continue, ressources d'hébergement en
		11 avril 2020 *20-MS-02502-78_LET_PDG_Priorités Tests révisés et PJ_Annexe_Analyses COVID-19 en CHSLD_2020-04-11*
		• Nouvelles mesures à mettre en œuvre dans les milieux de vie qui accueillent des aînés ou des personnes vulnérables à la COVID-19. Celles-ci s'appliquent aux différents milieux de vie des clientèles ciblées, soit les CHSLD, les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF) dès maintenant.
		Recommandations concernant les prélèvements et analyses TAAN pour la COVID-19 dans les CHSLD (incluant les installations avec mission CHSLD)
		13 avril 2020 *20-MS-02502-61_LET_Mesures_amélioration_soutien_médical et 20-MS-02502-61_Guide CHSLD_13_avril*
		Amélioration du soutien médical dans les CHSLD :
		• Bien identifier les besoins en médecins dans les CHSLD de votre territoire et vous assurer qu'ils sont suffisamment couverts.
		• Intensifier les visites médicales dans les CHSLD pour assurer le suivi des résidents sur place et prévenir la nécessité de les transférer dans les hôpitaux.
		• Pour soutenir les équipes soignantes et faciliter le maintien du lien avec le médecin, chaque CHSLD doit utiliser une plateforme de visioconférence; le service téléphonique doit aussi être privilégié.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020**

	dépendance, RI et RTF, URFI en santé physique, tout autre milieu d'hébergement régi par entente selon l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Les visites ou sorties essentielles à l'intervention et au suivi clinique demeurent autorisées.
	19 mars 2020 *20-MS-00496-41_LET_CHSLD*
	• Les transferts de résidents CHSLD vers les CH doivent être évités et devenir une mesure d'exception.
	• Tout résident doit être évalué par un MD avant le transfert vers le CH.
	• Augmenter la fréquence des visites en CHSLD.
	• Évaluation clinique par téléconsultation ou téléphone.
	• Niveau de soins pour toutes nouvelles admissions et un maximum de résidents hébergés doivent avoir un niveau de soins au dossier (privilégier le téléphone ou la téléconsultation).
	• Maintenir la physiothérapie et autres services professionnels.
	• Les soins infirmiers doivent être assumés à même les CHSLD.
	21 mars 2020 *20-MS-00496-54_Lettre PDG - MAJ lignes CHSLD 2020_03_21 et COVID-19 Directives_CHSLD_maj_2020_03_21_VF2*
	Mise à jour des informations et des consignes transmises le 16 mars 2020 : consignes à mettre en place concernant, plus spécifiquement, l'activité repas; l'animation et le support dans le milieu de vie; l'hébergement temporaire; les mesures à prévoir et à mettre en œuvre en présence de cas suspectés ou confirmés de COVID-19 chez les résidents; la procédure à suivre pour l'admission de nouveaux résidents en CHSLD en contexte de pandémie COVID-19.
		• Les besoins en médecins doivent d'abord être comblés localement. Vous pourrez ensuite regarder lesquels peuvent être réaffectés. Si les besoins vont au-delà de vote capacité, le Comité national de réaffectation pourra faciliter l'accès à des médecins.
		• Voir le Guide pour la prise en charge des résidents en CHSLD dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 (voir PJ).
		15 avril 2020 *20-MS-02502-94_PDG_Réaffectation médicale*
		• Précision des attentes dans la réaffectation des médecins vers les secteurs d'activités (CHSLD, RPA, RI).
		• Il a été convenu :
		  • D'établir des listes locales de réaffectation afin de faciliter le jumelage des ressources médicales en CHSLD, RI et RPA. Les médecins sont invités à contacter le DSP, le DRMG ou le coordonnateur médical à la réaffectation de l'établissement concerné, ces derniers travailleront en collaboration pour établir ces listes.
		  • De transmettre par le biais des deux fédérations médicales un message clair à l'ensemble des médecins. L'information sera transmise à l'instance locale nommée précédemment si le médecin souhaite donner sa disponibilité directement à sa fédération.
		• Les ressources médicales devront être déployées en fonction des priorités établies, selon les centres ayant les plus grands besoins.
		• Dans la mesure où les besoins médicaux s'avéraient au-delà de la capacité locale, le DSP, le chef de DRMG ou le coordonnateur médical devront référer les médecins au Comité national de réaffectation des effectifs médicaux (CNREM).
		• Un logiciel interactif sera mis en place sous peu pour faciliter le processus de jumelage des médecins dans les milieux concernés.

PROTECTION DE LA JEUNESSE	**20 mars 2020** *20-MS-00496-___LET PDG-DG_Protection de la jeunesse_2020_03_20 et 20-MS-00496-___PJ1_Algorithme_Décisionnel-Visite-sortie-jeunes-hébergés_COVID-19 (002)* • Suspension des décisions ou des ordonnances rendues par la Cour du Québec ordonnant tout contact en présence physique de l'enfant avec ses parents, grands-parents ou tout autre personne dans la mesure où la DPJ considère que ces conclusions ne peuvent être respectées d'une façon qui protège la santé de la population en contexte de pandémie, prévoir d'autre modalité de contact.	**14 avril 2020** *20-MS-02502-06_LET_YGendron-PDG_ProgServ. Jeunes en difficulté, 20-MS-02502-06_PJ1_JED_CRDJA-2020-04-09 et 20-MS-02502-06_PJ2_Services-essentiels-JED-et-modalite-de-travail_2020-04-07* • Consignes s'appliquant au retour d'une sortie autorisée ou non autorisée d'un jeune hébergé en centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation ou lorsqu'un jeune déjà hébergé présente des symptômes durant son hébergement (voir PJ1). • Il est primordial que les services identifiés en PJ2 soient assurés, particulièrement dans le contexte actuel de pandémie qui peut contribuer

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020
		à exacerber les difficultés vécues par les familles et les jeunes en difficulté. • Il est encouragé de poursuivre l'ensemble des activités du programme-services Jeunes en difficulté tant que cela sera possible, et ce, en fonction des ressources disponibles au sein de votre établissement. **15 avril 2020** *20-MS-02502-85_LET_YGendron-PDG_Orientations soutien enfants, 20-MS-02502-85_PJ1_Bulletin réseau services essentiels_2020-04-09 et 20-MS-02502-85_PJ2_Soutien enfants_2020-04-09* Nouvelles stratégies qui s'ajoutent pour assurer un filet de protection sociale aux enfants et à leur famille en situation de vulnérabilité. Le ministère de la Famille (MFA) offre des places en service de garde d'urgence (SDGU) aux enfants vulnérables, déjà identifiés par des intervenants du réseau de la santé et des services ou encore pour lesquels les éducatrices en milieu de garde ont des inquiétudes, compte tenu du contexte actuel. Ces places en SDGU seront offertes : • Aux enfants qui occupaient des places réservées dans le cadre de protocoles d'entente entre le centre de la petite enfance, le service de garde subventionné et les CISSS/CIUSSS avant la fermeture de l'ensemble des services de garde. • Aux enfants à risque de négligence, de maltraitance ou tout autre forme d'abus, pris en charge par les services de proximité ou de la protection de la jeunesse pour lesquels les intervenants ont des inquiétudes. • Aux enfants handicapés ou à des besoins particuliers pour lesquels le service de garde reçoit une subvention et qui sont particulièrement vulnérables du fait qu'ils ne fréquentent plus leur service de garde actuellement. En PJ1 et PJ2, procédure abrégée définissant les mesures visées par cette stratégie. **16 avril 2020** *20-MS-02908-03_LET_PDG_Visite jeune hébergé et 20-MS-02908-03_Algorithme_Décisionnel-Visite-sortie-jeunes-hébergés_COVID-19* Mise à jour de l'algorithme décisionnel dans la prise de décision quant aux sorties et aux visites (voir PJ) en raison du prolongement des mesures de confinement et du maintien de la suspension des contacts entre l'enfant et son milieu familial. L'algorithme révisé apporte des précisions sur les mesures alternatives pouvant être considérées pour offrir ce contact tout en intégrant les

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020
		mesures sanitaires les plus récentes.
DÉPLOYER DES SITES NON TRADITIONNELS DE SOINS	• Planification et éventuellement désignation de sites non traditionnels de soins pour la prise en charge de la clientèle dont l'état de santé ne permet pas le maintien à domicile, dans l'éventualité d'une incapacité pour les lieux de soins habituels à suffire aux besoins générés par la pandémie.	
DISPOSER EFFICACEMENT DES DÉPOUILLES	• En tenant compte des particularités à prendre en considération pour la COVID-19, mise en place de mécanismes particuliers pour la gestion efficace des dépouilles en collaboration avec les établissements du RSSS, des associations ou des entreprises de services funéraires.	

COVID-19
Suivi des directives ministérielles – fonctionnelles : soutien aux activités cliniques
MSSS

STRATÉGIES ET ACTIONS

Les stratégies et actions figurant dans le présent document dérivent des plans de contingence locaux et ministériels, ainsi que des lettres acheminées aux établissements du RSSS. Elles sont présentées selon les phases et de façon chronologique.

La plupart des outils développés en soutien aux actions sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans la section « COVID-19 pour les professionnels ».

En tout temps et en toutes circonstances, il est demandé d'établir un protocole pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant lors de la prise en charge de cas suspectés ou confirmés COVID-19 et ce, selon les recommandations des services de prévention et contrôle des infections.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020
COMMUNICATION	**17 mars 2020** *20-MS-00496-31_LET_PDG_Communications* • Le MSSS demeure l'unique responsable de définir les grandes orientations structurantes à déployer et à mettre en œuvre. Ces orientations seront transmises sous la signature du sous-ministre. • Éviter les adaptations et les déclinaisons régionales. • Les messages opérationnels, liés aux réalités régionales, doivent être arrimés au point de presse national quotidien. • Les communiqués de presse régionaux ou les points de presse doivent être subséquents au point de presse national. S'assurer que les responsables en communication des établissements ont préalablement informé la Direction des communications du MSSS de cette intention. Coordination des communications entre les établissements et le MSSS. • Mise à la disposition des ressources du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et des partenaires, incluant les associations et organismes représentant les RI-RTF et les RPA, de l'information utile à leur contribution et au développement d'un sentiment de confiance pour faire face à une pandémie. • Vérification que ces informations sont accessibles aux partenaires, que les différents partenaires connaissent les sources d'information officielles et qu'ils s'y réfèrent. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/ **30 mars 2020** *Arrêté 2020-012 du 30 mars 2020* • Les pharmacies, les épiceries et autres commerces d'alimentation ainsi que les surfaces hors centre commercial offrant des services d'épicerie ou de pharmacie peuvent, du lundi au samedi inclusivement, étendre les heures d'admission du public au-delà des périodes légales et faire travailler le nombre d'employés nécessaires. • Les établissements commerciaux de vente au détail soient fermés au public le dimanche, à l'exception des pharmacies, des dépanneurs, des stations-service, des restaurants pour les commandes à l'auto, les commandes pour emporter et la livraison, de même que des	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020**
	épiceries pour les commandes en ligne ou par téléphone et la livraison. **31 mars 2020** *20-MS-00496-82_LET_PDG_Accès au Canada* • Les compagnies aériennes doivent interdire aux voyageurs doivent interdire aux voyageurs de toute nationalité qui présentent des symptômes de la COVID19 de monter à bord des vols internationaux à destination du Canada. • Cette interdiction de vol et d'entrée au Canada est également en vigueur pour les patients pris en charge à l'étranger par des compagnies d'assurance. Nous vous invitons ainsi à refuser toute demande de prise en charge de ces patients, le cas échéant. **1er avril 2020** *Arrêté 2020-013 du 1er avril 2020 version signée* • L'accès aux régions sociosanitaires placées en isolement est limité à certaines personnes, notamment celles qui transportent des biens dans ces régions, celles dont le déplacement est nécessaire à des fins humanitaires, et celles dont le déplacement est nécessaire pour obtenir des soins et des services requis par leur état de santé ou pour fournir de tels soins ou de tels services à une personne qui les requiert. • Les personnes qui accèdent à ces régions pour regagner leur résidence principale doivent s'isoler pendant 14 jours dès leur retour, à l'exception des personnes s'étant déplacées pour aller travailler entre autres. • Les mesures prévues par cet arrêté remplacent les mesures concernant l'accès à certaines régions sociosanitaires prévues par l'arrêté du 20 mars 2020.	

GÉRER L'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS, FOURNITURES ET ÉQUIPEMENTS	**23 mars 2020** *20-MS-00496-51_PDG_Stratégie d'approvisionnement et 20-MS-00496-51_PJ1_Stratégie d'approvisionnement_2020-03-23*
	Élargissement de la priorité 2 à centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et centres intégrés de santé et de services sociaux, établissements, établissements non fusionnés, instituts, CHSLD (publics et privés), cliniques d'avortement, Héma-Québec.
	2 avril 2020 *20-MS-00496-51_LET_PDG_Stratégie d'approvisionnement et 20-MS-00496-51_PJ1_Stratégie d'approvisionnement_2020-04-02*
	Mise à jour de la stratégie d'approvisionnement avec l'inclusion des centres préhospitaliers en priorité 1 et la fusion des priorités 3 et 4 comprenant les garderies, organismes communautaires, milieux carcéraux et refuges.
		7 avril 2020 *20-MS-00496-51_LET_PDG_Stratégie d'approvisionnement et 20-MS-00496-51_PJ1_Stratégie d'approvisionnement_2020-04-07*
		Nouvelles orientations concernant la stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures :
		• En fonction des recommandations émises par le CINQ, l'INSPQ recommande pour les régions où une transmission communautaire soutenue est documentée, il soit possible d'appliquer les actions suivantes. Ces recommandations sont émises pour tous les milieux de soins et ne concernent que les masques de procédure.
		  • que les usagers se présentant pour une consultation (urgence, clinique médicale ou autre) portent un masque de procédure seulement s'ils présentent des symptômes compatibles ou ayant des facteurs de risque identifiés 2 pour la COVID-19;
		  • que tous les travailleurs de la santé (hôpitaux, cliniques médicales, CHSLD, soins à domicile) qui donnent des soins et qui sont à moins de deux mètres d'un usager portent un masque de procédure en continu (ils doivent le changer s'il est mouillé, souillé ou à la fin du quart de travail). Chaque milieu

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020
		devrait aussi déterminer la nécessité de garder le masque lors de proximité entre les travailleurs de la santé eux-mêmes • Inclusion des groupes de médecine famille, cliniques médicales, résidences privées pour aînés, ressources intermédiaires et cliniques privées dans la priorité 2 **14 avril 2020** *20-MS-00496-51_LET et 20-MS-00496-51_PJ1_Stratégie d'approvisionnement_2020-04-14* Nouvelles orientations concernant la stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures : • Ajout des centres de réadaptation désignés en priorité 1 • Ajout des maisons de soins palliatifs, du soutien à domicile (incluant les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) et travailleurs qui dispensent des services dans le cadre de l'allocation directe/chèque emploi-service) en priorité 2
INFORMER ET SENSIBILISER LA POPULATION	• Organisation d'activités d'information et de sensibilisation fournissant des données factuelles et des renseignements de base notamment sur l'état de situation au Québec, la préparation du réseau à faire face à la pandémie, les consignes générales à la population par rapport aux risques et aux mesures à prendre.	
SOUTIEN AUX ÉQUIPES CLINIQUES		**14 avril 2020** *20-MS-02502-84_LET_PDG_Réaffectations médicales -Centre d'appels MEDCOVID-19* Offre d'un service spécialisé aux médecins qui ont été réaffectés dans les milieux où ils ont à réaliser des activités cliniques qu'ils ne pratiquent pas de façon régulière. • Le service de Centre d'appels MEDCOVID-19 permet d'aiguiller un médecin ayant une réaffectation confirmée vers un répondant, également médecin, qui est en mesure d'offrir un soutien en matière d'informations cliniques. • Les médecins réaffectés sont d'abord invités à utiliser les corridors et les référents auxquels ils ont habituellement recours pour obtenir le soutien de leur établissement ou de leur communauté médicale. • Le Centre d'appels MEDCOVID-19 est réservé aux situations et aux besoins qui ne peuvent être répondus grâce aux mécanismes internes déjà en place. La coordination est assurée par le Bureau de l'accès aux services médicaux de proximité de Montréal du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal en collaboration avec le MSSS.
MOBILISER LES RÉSEAUX	• Mobilisation des réseaux à trois niveaux :	**12 avril 2020** *20-RM-00104_LET_PDG, Arrêté 2020-019 du 10 avril 2020, Guide_2020-019, transfert personnel RSSS_2020-04-12 et Formulaire déplacement personnel*

COVID-19
Suivi des directives ministérielles – fonctionnelles : soutien aux activités cliniques
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020**
	o Instances du RSSS, y compris les établissements, le personnel du réseau; o Différents milieux de vie, notamment les RPA, les RI-RTF; o Autres ministères et autres réseaux (les élus locaux, par exemple via le programme Municipalité amis des aînés MADA), qui seront amenés à joindre leurs propres clientèles et à collaborer pour rendre disponibles éventuellement au réseau de la santé des locaux appropriés pour desservir leurs citoyens, si le besoin se présente; o Grandes organisations médicales, syndicales, membres des ordres professionnels, ressources communautaires et autres groupements de la société civile.	Nouvel arrêté ministériel (2020-019) qui permet le redéploiement des effectifs des commissions scolaires et des collèges vers le RSSS. Avant l'application de ces mesures exceptionnelles, les ressources de votre établissement doivent être pleinement utilisées selon les leviers mentionnés à l'arrêté ministériel 2020-07.
REPÉRER LES CLIENTÈLES	• Vigie quant à d'éventuels phénomènes psychosociaux émergeant de la pandémie. • Déploiement de ressources psychosociales en cas de besoin. • Repérage psychosocial des clientèles pour : o Identifier et apprécier les impacts psychosociaux de la pandémie; o Guider l'action des divers intervenants; o Prévoir les mécanismes de référence et de recours aux services.	
CRÉER DES INFRASTRUCTURES DE COMMUNICATION DÉDIÉES À LA LUTTE CONTRE LA PANDÉMIE	• Création d'infrastructures spécifiquement pour la lutte contre la pandémie et mise en place pour répondre aux impératifs de la communication. o Le Centre d'opérations des communications s'assurera, en collaboration avec Urgence Québec et le Secrétariat à la communication gouvernementale, de préparer les campagnes d'information et de répondre aux besoins d'information sur la situation entourant la COVID-19.	
UTILISER DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES	• Livraison rapide des applications de support aux activités de cueillette de données. • Adaptation et maintien des systèmes déjà existants pour lesquels l'utilisation devient critique dans le cadre de la pandémie. • Ajouts de sites temporaires au réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM). • Rehaussement de l'infrastructure d'accès à distance pour permettre l'utilisation accrue de systèmes et d'applications à l'extérieur des sites publics du RSSS.	**14 avril 2020** *20-MS-02502-88_LET_PDG_Conformité des données et PJ_Définition nosologique COVID-19 - 2020-04-08* Le MSSS insiste sur l'importance que, dès maintenant, chaque établissement : • Transmette immédiatement (dans la même journée) à l'Institut de la statistique du Québec l'original du bulletin de décès (SP-3) pour tout décès lié à la COVID-19. • Transmette immédiatement (dans la même journée) une copie du SP-3 à la direction de santé publique régionale, pour tout décès lié à la COVID-19. • Transmette via leur direction de santé publique ces informations chaque jour, avant 18 h, dans le système d'information V10 prévu à cette fin. • Poursuive temporairement la complétion des formulaires GESTRED 43500 (milieux de vie) et 43650 (portrait quotidien) et, pour ce faire, utiliser la définition nosologique de cas établie par la Direction générale de la santé publique (voir PJ). • Complète avec rigueur le formulaire GETSRED 43100 qui porte sur les

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 3 AVRIL 2020
		ruptures de services réelles ou appréhendées en CHSKD, RPA, RI-RTF et autres milieux de vie au Québec. • S'assure que les informations contenues dans les états de situation qu'il dépose au MSSS soient identiques aux informations transmises grâce à tous ces outils. • Communique avec la Direction des communications du MSSS avant de rendre publiques toutes données, dans l'objectif d'assurer la cohérence dans la diffusion de l'information.
STRATÉGIE EN LIEN AVEC LES RESSOURCES FINANCIÈRES	• Émission d'orientations aux établissements publics afin de compiler les coûts additionnels engagés par les établissements. • Si requis, confirmation d'un soutien financier aux établissements qui assument des coûts importants. • Diffusion de paramètres à suivre basés sur la pandémie d'influenza, mais adaptés à la COVID-19. • Suivi auprès des organismes du gouvernement concernant le volet financier.	**9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_Cliniques désignées d'évaluation, 20-MS-02502-66_PJ1_Utilisation optimale des EPI et 20-MS-02502-66_PJ2_Ressources CDÉ - CORRIGÉ - 03-04-2020* Nouvelles orientations concernant les dépenses liées à l'activité des CDÉ et l'utilisation optimale des équipements de protection individuelle (ÉPI). • Les ÉPI doivent être transférés par le CISSS/CIUSSS vers les CDÉ de son territoire, en respect des quantités recommandées (voir PJ1). • En PJ2, guide proposé à titre de modèle de référence pour les dépenses admises en CDÉ. Les informations qui s'y trouvent constituent les quantités maximales accordées. • Les ressources humaines dédiées dans le cadre du mandat des CDÉ pourront être assignées, dans certains cas, par le CI(U)SSS. Les dépenses liées à l'embauche des ressources humaines qui ne sont pas assignées par l'établissement pourront être transmises à ce dernier par chaque CDÉ pour obtenir un remboursement. • Toutes les dépenses doivent être soumises au PDG, après analyse et sur recommandation du chef du DRMG, pour son approbation après validation de la conformité. **10 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG-DSP_Correctif et 20-MS-02502-66_PJ_Ressources CDÉ_Correctif* Ajustement au document « Ressources en cliniques désignées d'évaluation » diffusé le 9 avril. Utiliser la PJ qui remplace la PJ déjà acheminée qui était une version préliminaire. Les informations modifiées concernent notamment les masques de procédure pour le personnel de la clinique.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 20 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous informer des nouvelles orientations concernant la stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures requis, prévue par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour contrer la pandémie de la COVID-19. À cet effet, vous trouverez ci-joint une mise à jour de la note d'information au réseau de la santé et des services sociaux, **en date du 17 avril 2020**.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M. Horacio Arruda, MSSS
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M^me^ Louise Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Chefs de DRMG
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-00496-51

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Santé et Services sociaux Québec

NOTE D'INFORMATION – CORONAVIRUS

Stratégie d'approvisionnement

Le 17 avril 2020

Dans ses orientations stratégiques pour contrer la pandémie COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prévoit une stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures requis. Cette stratégie prévoit notamment :

1. La détermination d'une liste formelle des produits essentiels à la prestation de soins et de services et la catégorisation de ceux-ci en produits critiques ou produits essentiels.

2. La réalisation d'ententes d'approvisionnement avec des fournisseurs et la constitution des réserves de produits critiques nécessaires pour la pandémie. Ces réserves pourront être localisées chez les fournisseurs ou dans des entrepôts centraux du réseau de la santé et des services sociaux.

3. La constitution des règles de distribution (allocation des équipements de protection individuelle (EPI)) de réserves locales des produits essentiels et critiques nécessaires :
   - pour le démarrage et le fonctionnement des centres désignés déterminés par le MSSS;
   - pour le démarrage et le fonctionnement des cliniques d'évaluation désignées déterminées par le MSSS;
   - pour le fonctionnement et le maintien des activités du réseau.

4. La mise en place, le 25 mars dernier, des cliniques désignées d'évaluation (CDE) pour les milieux de première ligne.

5. En fonction des recommandations émises par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) recommande que, pour les régions où une transmission communautaire soutenue est documentée, il soit possible d'appliquer les actions suivantes. À noter que ces recommandations sont émises pour tous les milieux de soins[1] et ne concernent que les masques de procédure.

   a. Que les usagers se présentant pour une consultation (urgence, clinique médicale ou autre) portent un masque de procédure seulement s'ils présentent des symptômes compatibles ou ayant des facteurs de risque identifiés 2 pour la COVID-19;

   b. Que tous les travailleurs de la santé (hôpitaux, cliniques médicales, CHSLD, soins à domicile), qui donnent des soins et qui sont à moins de deux mètres d'un usager, portent un masque de procédure en continu (ils doivent le changer s'il est mouillé, souillé ou à la fin du quart de travail). Chaque milieu devrait aussi déterminer la nécessité de garder le masque lors de proximité entre les travailleurs de la santé eux-mêmes.

---

[1] Cet avis concerne tous les milieux de soins, soit les hôpitaux (soins aigus), les cliniques médicales (GMF, cliniques externes, cliniques médicales, cliniques désignées d'évaluation, etc.) et les milieux de soins de longue durée (CHSLD), ainsi que lors des soins à domicile.

L'approvisionnement aux différents organismes mentionnés aux priorités 1, 2 et 3, est sous la responsabilité de l'établissement public de leur territoire.

Voici donc la liste des priorités :

Priorité 1

- Cliniques désignées de dépistage (CDD), CDE, centres désignés, préhospitalier, centres de réadaptation désignés, établissements avec des cas confirmés hospitalisés.

Priorité 2

- Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et centres intégrés de santé et de services sociaux, établissements, établissements non fusionnés, instituts, centres d'hébergement de soins de longue durée (établissements publics et privés), cliniques d'avortement, Héma-Québec[2], groupes de médecine de famille, cliniques médicales, résidences privées pour aînés, ressources intermédiaires, cliniques privées, maisons de soins palliatifs, soutien à domicile (incluant les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) et travailleurs qui dispensent des services dans le cadre de l'allocation directe/chèque emploi-service).

Priorité 3

Garderies, organismes communautaires, milieux carcéraux, refuges.

Notes :

La stratégie de répartition peut être ajustée par les établissements en fonction de la criticité.

En cette période de pandémie, nous prions les établissements de ne pas surconsommer, de s'en tenir aux besoins normaux ou à une consommation moyenne de leurs fournitures, produits d'entretien, denrées et équipements. Commander en quantités raisonnables permettra aux fournisseurs de rationaliser leurs livraisons à tous les établissements. Adoptez un approvisionnement réfléchi.

Par ailleurs, si des projets de remplacement d'équipement peuvent être retardés sans mettre en péril la continuité des opérations des établissements, ce serait une voie à privilégier pour que les canaux d'acquisition soient priorisés pour la pandémie.

Le MSSS poursuit l'allocation des quantités des fournitures médicales des EPI ainsi que toutes les fournitures à risque de pénurie dans le contexte actuel. Par conséquent, la distribution du stock est maintenant sous la gouverne du MSSS. Les établissements n'ont plus à faire de suivi avec les distributeurs à ce sujet. Ils recevront la confirmation de leur expédition seulement. Aucune autre information ne sera donnée par les distributeurs.

[2] Pour Héma-Québec, il sera approvisionné au même titre qu'un établissement public.

En référence aux mesures exceptionnelles émises par l'INSPQ pour les EPI, nous vous invitons à considérer les éléments suivants :

1. Les normes minimales de qualité à respecter sont celles émises en cas de pénurie réelle[3];
2. Les EPI distribués par le MSSS ont préalablement été inspectés par des cliniciennes et testés en laboratoire;
3. Le MSSS ne reprendra aucun EPI distribué;
4. Tous les EPI distribués par le MSSS sont comptabilisés dans l'allocation permise par établissement;
5. Les EPI distribués par le MSSS sont ceux qui sont accessibles dans un contexte de pénurie mondiale.

De plus, les EPI qui sont alloués par les distributeurs ne sont possiblement pas les mêmes que ceux hors période de pandémie. En conséquence, les mêmes mesures exceptionnelles émises par l'INSPQ s'appliquent pour ces produits.

Nous vous demandons également de poursuivre les actions pour réduire la consommation d'EPI.

[3] https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2957-mesures-exceptionnelles-equipements-protection-individuelle-covid19.pdf

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 20 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Tout d'abord, nous vous remercions pour les efforts déployés dans les dernières semaines concernant les mesures mises en place dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 causée par le SARS-CoV-2.

Par la présente, nous tenons à vous sensibiliser à la situation particulière des usagers du Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD). Cette clientèle inclut notamment des usagers adultes et pédiatriques atteints de maladies neuromusculaires, de cyphoscoliose ou d'autres syndromes respiratoires restrictifs causant une hypoventilation alvéolaire chronique. Cette condition chronique nécessite une assistance ventilatoire invasive ou non invasive.

Malgré le fait que certains usagers peuvent sembler moins à risque (ligne de base de fonction respiratoire) dans un contexte de maladie aiguë, surtout respiratoire, leur capacité à faire face à la situation peut être très limitée. Des décès peuvent survenir rapidement si les usagers ne sont pas adéquatement ventilés ou s'ils n'ont pas accès à leur équipement de type bi-niveaux ou à un respirateur.

Dans l'éventualité où un usager du PNAVD se présenterait à l'urgence de votre établissement, nous vous saurions gré de permettre à cet usager de recevoir une assistance ventilatoire identique à celle utilisée à domicile. De plus, étant donné que certains usagers résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée, nous vous demandons de ne pas cesser l'assistance ventilatoire à domicile sans consulter l'équipe du PNAVD ou le médecin traitant responsable de l'usager.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Toutefois, afin de maximiser la disponibilité des équipements de ventilation du RSSS, nous avons demandé aux usagers d'apporter tout l'équipement nécessaire à leur ventilation advenant une visite à l'urgence ou une hospitalisation. Ainsi, nous vous invitons à contacter l'équipe du PNAVD responsable de cet usager pour obtenir les renseignements sur le diagnostic et sur les paramètres de ventilation. Vous trouverez, dans le tableau ci-dessous, les coordonnées des équipes du PNAVD.

Fiduciaires PNAVD		
Centre universitaire de santé McGill	514 934-1934, poste 32111	Service de garde : 514 946-1081
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval	418 656-8711, poste 4875	Service de garde : 418 565-4875
Centres satellites PNAVD		
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides	450 432-2777, poste 26822	Service de garde : 450 560-2369
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval	450 978-8635	Service de garde : 514 458-9145
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – CHUS	819 780-2220, poste 44307	Service de garde : 819 571-1632

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. PDGA des CISSS et CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-10

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 21 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Cette lettre annule et remplace la précédente.

Tout d'abord, nous vous remercions pour les efforts déployés dans les dernières semaines concernant les mesures mises en place dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 causée par le SARS-CoV-2.

Par la présente, nous tenons à vous sensibiliser à la situation particulière des usagers du Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD). Cette clientèle inclut notamment des usagers adultes et pédiatriques atteints de maladies neuromusculaires, de cyphoscoliose ou d'autres syndromes respiratoires restrictifs causant une hypoventilation alvéolaire chronique. Cette condition chronique nécessite une assistance ventilatoire invasive ou non invasive.

Malgré le fait que certains usagers peuvent sembler moins à risque (ligne de base de fonction respiratoire) dans un contexte de maladie aiguë, surtout respiratoire, leur capacité à faire face à la situation peut être très limitée. Des décès peuvent survenir rapidement si les usagers ne sont pas adéquatement ventilés ou s'ils n'ont pas accès à leur équipement de type bi-niveaux ou à un respirateur.

Dans l'éventualité où un usager du PNAVD se présenterait à l'urgence de votre établissement, nous vous saurions gré de permettre à cet usager de recevoir une assistance ventilatoire identique à celle utilisée à domicile. De plus, étant donné que certains usagers résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée, nous vous demandons de ne pas cesser l'assistance ventilatoire à domicile sans consulter l'équipe du PNAVD ou le médecin traitant responsable de l'usager.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Toutefois, afin de maximiser la disponibilité des équipements de ventilation du RSSS, nous avons demandé aux usagers d'apporter tout l'équipement nécessaire à leur ventilation advenant une visite à l'urgence ou une hospitalisation. Ainsi, nous vous invitons à contacter l'équipe du PNAVD responsable de cet usager pour obtenir les renseignements sur le diagnostic et sur les paramètres de ventilation. Vous trouverez, dans le tableau ci-dessous, les coordonnées des équipes du PNAVD.

Fiduciaires PNAVD		
Centre universitaire de santé McGill	514 934-1934, poste 32111	Service de garde : 514 946-1081
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval	418 656-8711, poste 4875	Service de garde : 418 656-4875
Centres satellites PNAVD		
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides	450 432-2777, poste 26822	Service de garde : 450 560-2369
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval	450 978-8635	Service de garde : 514 458-9145
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – CHUS	819 780-2220, poste 44307	Service de garde : 819 571-1632

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. PDGA des CISSS et CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-10

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 21 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS DE RÉADAPTATION

Mesdames,
Messieurs,

En raison de l'évolution rapide de cas d'infection et de la présence de transmission communautaire de la maladie à coronavirus (COVID-19) au Québec, il est essentiel d'ajuster l'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique (DP) ou en santé physique (SP), incluant le volet gériatrique, ainsi que ceux de réadaptation modérée ou post-aiguë pour les personnes qui en ont besoin.

À cet égard, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) demande aux établissements de prendre connaissance des orientations contenues dans les documents suivants, que vous trouverez en pièces jointes :

- fiche mise à jour sur les programmes-services en DP, déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA) et en SP;
- fiche pour une approche adaptée auprès des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA en centre hospitalier (CH);
- fiche pour soutenir les interventions liées à l'application des mesures d'isolement volontaire (arrêté ministériel 2020-015), lorsque les personnes ne s'y conforment pas.

Les mesures de prévention et de contrôle des infections à mettre en place pour chaque type de milieu de réadaptation, ainsi que leurs modalités d'admission, sont incluses aux documents.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Milieux de réadaptation désignés COVID-19 (milieux chauds)

Le 9 avril dernier, le MSSS demandait aux établissements qu'un milieu par région sociosanitaire soit désigné à titre de milieu de réadaptation régional COVID-19 et que celui-ci soit effectif à partir du 15 avril. Ce milieu doit permettre de regrouper les personnes suspectées ou confirmées à la COVID-19, nécessitant les services susmentionnés, en provenance des CH ou des milieux de réadaptation non désignés, afin de prévenir les éclosions et la propagation du virus dans ces installations.

Le Centre d'optimisation d'occupation des lits intégrés (COOLSI) assurera la coordination des transferts interinstallations d'un même établissement ou interétablissements des usagers confirmés positifs à la COVID-19, nécessitant de la réadaptation. Pour les questions relatives au volet réadaptation du COOLSI, vous pouvez communiquer avec madame Cynthia Adaimé par courriel à l'adresse cynthia.adaime.chum@ssss.gouv.qc.ca.

Dans le contexte d'urgence sanitaire actuel, le MSSS demande aux milieux désignés de réadaptation que les admissions soient possibles 7 jours sur 7, de 8 heures à 22 heures, qu'une couverture médicale soit assurée 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, et que tous les transferts demandés par le COOLSI soient acceptés. Aucun refus n'est possible.

Milieux de réadaptation non désignés (milieux froids)

Les milieux de réadaptation non désignés sont réservés aux usagers ayant reçu un résultat négatif à un test de dépistage, qui doivent de plus être isolés pendant quatorze jours à la chambre au moment de l'admission. Le MSSS rappelle que chaque milieu de réadaptation non désigné doit quand même établir une zone chaude, pour y installer les usagers suspectés ou confirmés à la COVID-19, dans l'attente du transfert en milieu de réadaptation désigné. S'ensuit une période de quatorze jours où toute admission dans ce milieu doit être suspendue.

Si le milieu de réadaptation non désigné est situé dans le même bâtiment qu'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) :

- les services aux usagers déjà admis peuvent se poursuivre;
- des mesures additionnelles s'imposent, notamment, la présence de barrières physiques entre le secteur de la réadaptation et celui du CHSLD et d'un départage du personnel, c'est-à-dire par des lieux physiques complètement séparés et en s'assurant d'aucun échange entre les deux secteurs ni par l'ensemble du personnel. L'ensemble des mesures à respecter sont identifiées dans la fiche mise à jour sur les programmes-services en DP, DI et TSA et en SP en pièce jointe;

... 3

- le milieu peut poursuivre les admissions, conditionnellement à l'application intégrale de ces mesures;
- les milieux ne respectant pas toutes ces mesures doivent cesser les admissions.

Enfin, le MSSS rappelle que chaque établissement doit prévoir des sites non traditionnels d'hébergement ou de services de réadaptation, chauds et froids, pour les usagers ne pouvant être admis dans les installations habituelles ou si la configuration des installations de la région ne permet pas de rencontrer les mesures de prévention et de contrôle des infections nécessaires.

Nous profitons de l'occasion pour saluer le travail et la mobilisation du personnel au sein de vos établissements. Nous sommes reconnaissants de pouvoir compter sur votre essentielle collaboration.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 3

c. c. PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux et des établissements privés conventionnés de réadaptation
Membres du CODIR, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02502-36

2020-04-20

À L'INTENTION DES GESTIONNAIRES DES PROGRAMMES-SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP), EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (DI-TSA) ET DES SERVICES EN RÉADAPTATION EN SANTÉ PHYSIQUE (SP) (INCLUANT LE VOLET GÉRIATRIQUE) DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET DES HÔPITAUX DE RÉADAPTATION

Les personnes ayant une déficience intellectuelle (DI), une déficience physique (DP) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et celles ayant une problématique de santé physique (SP) sont parmi les groupes vulnérables fragilisés par le contexte entourant la COVID-19 considérant qu'elles peuvent rencontrer des problèmes de communication, dans leur compréhension de la situation ou leur capacité à se protéger. De plus, ces personnes, selon leur condition médicale, sont plus à risque de développer des complications à la suite de la contamination à la COVID-19 et leur prise en charge en soins aigus ou intensifs peut être plus complexe.

Les présentes consignes doivent s'appuyer sur le jugement clinique en tenant compte du profil de l'usager et de son environnement physique et humain. La sécurité et l'intégrité des personnes doivent être protégées en tout temps.

Les établissements doivent prendre les mesures nécessaires, adaptées selon les clientèles, pour s'assurer que tous les usagers et leurs proches comprennent la situation pandémique actuelle, prennent les moyens pour se protéger et, le cas échéant, soient dépistées et reçoivent les services appropriés.

Les établissements doivent respecter les mesures gouvernementales de protection et de contrôle des infections, notamment en matière d'hygiène, d'asepsie et de distanciation physique qu'importe le milieu où les services sont dispensés;

TABLE DES MATIÈRES

Consignes relatives à la prévention et de contrôle des infections (PCI) 3
Consignes relatives au nettoyage des lieux..... 3
Consignes relatives au personnel..... 4
Consignes cliniques générales..... **Erreur ! Signet non défini.**
Références utiles..... 6
Annexe 1 : Mesures pour les milieux de réadaptation désignés COVID-19..... 7
Annexe 2 : Mesures pour les milieux de réadaptation non-désignés..... 11
Annexe 3 : Mesures pour les milieux de réadaptation non-désignés situés en CHSLD 17
Annexe 4 : Mesures spécifiques aux services externes de réadaptation..... 23
Annexe 5 : Activités essentielles en déficience physique (DP)..... 25
Annexe 6 : Activités essentielles en DI-TSA..... 33
Annexe 7 : Activités essentielles en santé physique (SP)..... 37
Annexe 8 : Trajectoire de l'usager rétabli du COVID-19 du milieu désigné vers un milieu non-désigné 40

Les mesures spécifiques aux milieux de réadaptation sont décrites dans les annexes suivantes :

Annexe 1 – Mesures concernant les milieux de réadaptation désignés COVID-19

Annexe 2 – Mesures concernant les milieux de réadaptation non-désignés

Annexe 3 – Mesures concernant les milieux de réadaptation non-désignés situés dans les CHSLD

Annexe 4 – Mesures spécifiques aux services externes de réadaptation

CONSIGNES RELATIVES À LA PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI)

- Afficher à plusieurs endroits les informations relatives au coronavirus et prévoir des moyens de communication adaptés aux besoins et aux caractéristiques des usagers (ex. : pictogrammes, grossissement des caractères) : https ://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/types/affiche
- Prévoir des mesures adaptées de prévention et de contrôle des infections (ex. : encadrement, compensation) pour les usagers qui ne seraient pas en mesure d'appliquer celles-ci de manière autonome;
- Se laver souvent les mains à l'eau tiède courante et au savon pendant au moins 20 secondes ou utiliser un désinfectant à base d'alcool;
- Éviter de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec les mains;
- Éternuer ou tousser dans un papier mouchoir ou dans sa manche (pli du coude, bras, creux de l'épaule). Jeter le mouchoir dès que possible et se laver les mains après s'être mouché. Ne pas toucher à d'autres personnes ou à des objets avant de s'être lavé les mains;
- Éviter le contact direct pour les salutations (poignées de main, accolades, etc);
- Proscrire tous les contacts entre les usagers;

Des formations sont disponibles sur l'Environnement numérique d'apprentissage provincial (ENA) à l'adresse https://www.inspq.qc.ca/covid-19/formations.

CONSIGNES RELATIVES AU NETTOYAGE DES LIEUX

- Procéder au nettoyage à l'aide de la solution recommandée par l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/publications
- Nettoyer les surfaces et les objets qui sont fréquemment touchés (ex. : poignées de porte, rampes, lumières, comptoirs, lavabos, tables, chaises, etc.), ainsi que toutes les aides techniques utilisées par les usagers ou celles utilisées dans le cadre des interventions (fauteuils roulants, cannes, déambulateurs, planches de transferts, etc.);
- Procéder également au nettoyage après la tenue d'une activité;
- Nettoyer dès qu'il y a des souillures (ex. : crachats, fluides corporels, etc.) sur les surfaces et les objets contaminés et désinfecter par la suite;

- Avoir des papiers-mouchoirs et des poubelles, vidées de façon régulière, en quantité suffisante et prévoir à ces dernières un couvercle au besoin (ex. : si elles risquent d'être fouillées). Le mécanisme d'ouverture du couvercle doit être sans toucher (ex. mécanisme d'ouverture avec une pédale).

CONSIGNES RELATIVES AU PERSONNEL

- S'assurer de l'application des mesures pour les travailleurs de la santé.
  - COVID-19 : Mesures pour les travailleurs de la santé lors de la prestation de soins à domicile : recommandations intérimaires.

    https://www.inspq.qc.ca/publications/2917-mesures-soins-domicile-covid19
  - Évaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID.

    https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-evaluation-risque-travailleurs-covid19
  - Recommandations pour la levée des mesures d'isolement -- Travailleurs de la santé.

    https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19

  Pour plus de détails sur la documentation développée par l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/publications

- Les bénévoles ne sont plus permis dans les installations.

CONSIGNES CLINIQUES GÉNÉRALES

- Adapter l'offre de services pour assurer la santé, l'intégrité et la sécurité des usagers, notamment afin de prévenir toute détérioration, en révisant la planification régulière des évaluations et des interventions pour offrir des services jugés essentiels en priorité;
- Prioriser les objectifs du plan d'intervention et les activités cliniques jugées essentielles pour l'usager, en privilégiant :
  - D'abord les mesures alternatives (exemples : télésanté, télé-réadaptation, suivis téléphoniques, suivis virtuels, etc.);
  - Si ce n'est pas possible d'actualiser ces mesures alternatives, privilégier l'offre de services à domicile;
  - En dernier recours, si incontournable et de manière exceptionnelle, réaliser l'intervention dans un plateau technique de l'établissement;
- Les usagers et les proches doivent être avisés de toute modification aux activités cliniques prévues ou décision prise en lien avec cette situation. Il doit être demandé aux usagers et leurs proches de communiquer avec l'établissement si des problématiques survenaient;

- S'assurer de répondre aux besoins des usagers dont la condition est chrono-dépendante à l'intérieur de la fenêtre d'opportunité liée à leur incapacité;
- Suspendre toutes les activités de groupes ou interactives entre usagers jusqu'à nouvel ordre;
- Les activités individuelles réalisées en gymnase peuvent être reprises à la condition du respect de toutes les mesures de prévention, en particulier en ce qui a trait à la protection des travailleurs de la santé;
- Suspendre toutes les activités socioprofessionnelles ou communautaires;
- Prévoir la mise en place de moyens de communication adaptés aux besoins et aux caractéristiques des usagers (ex. : personnes ayant une déficience auditive ou une déficience visuelle, personnes ayant une faible littératie);
- Pour les usagers ayant une DP, une DI ou un TSA positifs à la COVID-19 qui nécessitent des soins médicaux actifs en lien avec cette condition, les directions des programmes-services en DP et en DI-TSA doivent assurer un soutien clinique aux équipes hospitalières dans la réponse aux besoins spécifiques de ces personnes. Des approches favorables permettent d'optimiser la communication, les interactions sociales et la gestion du comportement de ces personnes. Ce soutien pourra s'actualiser à distance (ex. téléphone, télésanté) auprès des équipes hospitalières ou sous la forme de télé-réadaptation auprès de la personne ayant une DP, une DI ou un TSA;
- Dans le contexte exceptionnel de pandémie COVID-19, afin de favoriser la sortie des usagers en niveaux de soins alternatifs (NSA) dans les centres hospitaliers et le congé des usagers en fin d'épisode de réadaptation en URFI, favoriser les services de réadaptation à domicile en privilégiant les mesures suivantes :
  - Bonifier les services externes et faire les arrimages requis avec les équipes du soutien à domicile;
  - Assurer, au besoin, certains services spécifiques en collaboration avec les équipes de soutien à domicile et avec les équipes de soutien aux familles (milieu de vie naturel et milieux de vie substituts);
  - Mettre en place des mesures qui assurent la sécurité de l'usager et des intervenants qui travaillent dans le milieu de vie, notamment en :
    - Ajoutant, au besoin, du personnel (milieux de vie naturels et milieux de vie substituts);
    - Mettant en place, au besoin et en collaboration avec le milieu de vie, une programmation d'activités individuelles dans le milieu qui respectent les mesures socio-sanitaires imposées par le gouvernement;
  - Porter une attention particulière au transfert des usagers et aux arrimages entre les équipes cliniques des milieux concernés.

RÉFÉRENCES UTILES

Site web de Québec.ca :
https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/#c46383

Affiches et publications du MSSS :
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/sujets/covid-19?txt=

Recommandations pour l'intervention :
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/

Note : Les éléments mentionnés dans ce document s'appuient sur la connaissance actuelle de la maladie à coronavirus et des informations disponibles en date du 20 avril 2020. Des mises à jour pourraient être faites selon l'évolution de la situation, si requis.

ANNEXE 1 : MESURES POUR LES MILIEUX DE RÉADAPTATION DÉSIGNÉS COVID-19

Le milieu de réadaptation régional désigné vise à regrouper les usagers suspectées ou confirmées positifs à la COVID-19 qui nécessitent des services en URFI DP, en URFI SP et de réadaptation modérée et post-aiguë.

CONSIGNES RELATIVES À L'AMÉNAGEMENT DES LIEUX

- Respecter les critères du MSSS et de l'INSPQ pour la mise en place d'une zone chaude:

  https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/Zones-de-confinement-pour-les-soins-hospitaliers-2020-04-02.pdf

  https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.pdf

- Ne doit pas être situé dans le même bâtiment qu'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Offrir une situation géographique à proximité d'un centre hospitalier (CH) désigné;
- Instaurer des mesures de distanciation physique dans les aires communes. Disposer les lits, les chaises et les tables à distance minimale de 2 mètres, si possible, entre les usagers;
- Sécuriser le milieu de réadaptation désigné par la présence d'une barrière physique et d'un départage complet du personnel, c'est-à-dire par des lieux physiques complètement séparés et en s'assurant d'aucun échange entre cette zone chaude et une zone froide, par le matériel ou par l'ensemble du personnel;
- S'assurer que les espaces fonctionnels (réserves de matériel, zones pour la collecte des repas qui sont amenés aux usagers, zones de repas pour les employés, bureaux de travail, pharmacie, etc.) soient dédiés à une seule clientèle;
- S'assurer que les espaces communs et les toilettes ne sont pas partagés par deux clientèles, ni par le personnel.

CONSIGNES RELATIVES À L'ADMISSION ET À LA PRESTATION DES SERVICES

- Effectuer les admissions des usagers dépistés positifs à la COVID-19 7 jours sur 7, selon une plage horaire de 8h à 22h.
- Assurer la couverture médicale 24 heures sur 24, 7 jours sur 7;
- Disposer d'une procédure établie pour encadrer les interventions de réadaptation afin que celles-ci soient réalisées en respect des règles de prévention et de contrôle des infections (PCI);
- Assurer la présence de personnel qualifié pour prodiguer des soins aigus, au besoin assurer la formation du personnel;

- S'assurer que les membres du personnel soient en contact uniquement avec les autres membres du personnel qui s'occupent de la même clientèle. S'assurer que le matériel de soins n'est pas partagé par deux clientèles, ni par le personnel.

COORDINATION DU TRANSFERT DES USAGERS DÉPISTÉS POSITIFS À LA COVID-19

Tous les transferts des usagers COVID-19 positifs nécessitant une hospitalisation ou un épisode de réadaptation en milieu de réadaptation désigné sont coordonnés par le Centre d'optimisation occupation des lits de soins intensifs (COOLSI), à l'exception de l'obstétrique, la pédiatrie et de la néonatalogie qui sont coordonnées par le Centre de Coordination en Périnatalogie au Québec (CCPQ).

Les centres hospitaliers et les milieux de réadaptation désignés ont l'obligation d'accepter le transfert du COOLSI. Aucun refus n'est possible.

Planification et coordination du transfert

- **À partir du milieu de réadaptation désigné vers le centre hospitalier désigné OU à partir du milieu de réadaptation non-désigné vers le milieu de réadaptation désigné**

  Le médecin du centre demandeur doit appeler le COOLSI au 514-890-8084 ou au 1-877-990-8084.

- **À partir du centre hospitalier vers un milieu de réadaptation désigné**

  Transmission de la demande de réadaptation au mécanisme d'accès aux services de réadaptation. Une fois la demande analysée et acceptée par le mécanisme d'accès aux services de réadaptation, ce dernier la transmet au COOLSI par courriel à l'adresse coolsi.chum@ssss.gouv.qc.ca. Le COOLSI oriente alors l'usager vers le milieu de réadaptation désigné.

- Une fois la demande traitée par le COOLSI et le transfert confirmé, le centre demandeur est responsable d'effectuer la demande de transport et de communiquer avec le centre receveur.
- Si détérioration importante : appeler le 911.

Planification du transport

- Le déplacement des usagers doit être fait en fonction de la condition clinique de l'usager. Les transports alternatifs (transport adapté, taxi, etc.) doivent être privilégiés avant d'envisager le transport par ambulance.

  Si le patient doit être transféré par ambulance :

  - Le centre demandeur est responsable d'effectuer la demande de transport. Afin d'optimiser l'utilisation des ressources ambulancières, celle-ci doit être idéalement faite au moins 24 heures à l'avance au centre de communication santé (CCS) du territoire qui dessert le centre demandeur;

- Si le déplacement doit être fait dans la même journée que la demande, prévoir un délai d'au moins quatre (4) heures à six (6) heures entre la demande et le transport. Ce genre de transport pour les services préhospitaliers ne constitue pas une urgence. Ce délai pourrait s'allonger en fonction des différentes phases du plan de contingence en situation de pandémie;
- Advenant le cas où la condition clinique de l'usager présente une détérioration importante de son état, le centre demandeur doit rappeler au CCS afin de faire modifier la priorité d'affectation de sa demande initiale.

Obligations des milieux de réadaptation désignés

- Les milieux de réadaptation désignés doivent transmettre à 7h30 chaque matin la mise à jour des informations suivantes dans le fichier fourni par le COOLSI à l'adresse coolsi.chum@ssss.gouv.qc.ca:
  - la disponibilité des lits;
  - les coordonnées du médecin de référence pour la journée.

CONSIGNES RELATIVES AUX VISITES ET AUX COMMUNICATIONS

- Toutes les visites aux usagers sont proscrites dans les milieux de réadaptation non-désignés et dans les RAC;
- Seules les visites ou sorties essentielles à l'intervention et au suivi clinique des usagers le nécessitant demeurent autorisées;
- Afin de maintenir le lien entre l'usager et ses proches, encourager l'utilisation de moyens de communication alternatifs (ex. : téléphonique ou virtuels);
- La communication des équipes avec les familles et les représentants légaux (parents, tuteurs, curateurs) des usagers doit être maintenue, voire accentuée, afin de les informer adéquatement, et ce que l'usager soit ou non infecté ou en isolement.
- Les congés temporaires sont suspendus considérant la vulnérabilité importante des usagers, car ils augmentent considérablement les risques de propagation au retour de la personne dans le milieu.

DÉTERMINATION DU NIVEAU DE SOINS

- Le niveau de soins doit être déterminé pour tous les usagers;
- La détermination du niveau de soins permettra de faciliter les décisions relatives au transfert de l'usager et d'orienter celui-ci vers le milieu adapté à ses besoins, advenant que sa condition le requiert;
- Les volontés exprimées par l'usager orienteront les soins et guideront le choix des interventions thérapeutiques. L'expression de celles-ci doit découler d'une discussion entre l'usager ou son représentant et le médecin concernant l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins qui peuvent s'offrir à lui et leurs conséquences. Les niveaux de soins se définissent ainsi :
  - Niveau A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires.

- Niveau B : Prolonger la vie par des soins limités.
- Niveau C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie.
- Niveau D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie.

Pour plus de détails sur les niveaux de soins : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

CONSIGNES POUR LES SOINS AIGUS, PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

En lien avec la pandémie actuelle, tous les milieux de réadaptation, qu'ils soient désignés pour la COVID-19 ou non, doivent mettre en place diverses mesures exceptionnelles afin de traiter les usagers qui ne pourront pas être transférés vers un autre milieu et, au besoin, leur assurer une fin de vie dans la dignité.

- L'établissement doit être en mesure de dispenser des soins infirmiers en continu ainsi que de recourir à une équipe dédiée et formée pour intervenir. Une recension des professionnels étant en mesure de dispenser des soins aigus ainsi que des soins palliatifs au besoin est recommandée. De plus, prévoir un transfert de connaissances aux professionnels qui en auront besoin afin qu'ils soient en mesure d'offrir ces soins si la situation le requiert.
- Un médecin de garde doit être disponible en tout temps afin d'assurer un soutien à l'équipe, coordonner les transferts vers d'autres établissements et au besoin, faire le suivi des soins palliatifs.
- Les différentes technologies doivent être utilisées pour maintenir le lien de l'usager avec ses proches tout en réduisant le risque de propagation de la COVID-19.
- Les différentes technologies doivent être utilisées dans la dispensation des soins pour soutenir les professionnels dans la gestion des symptômes ou tout autre besoin relié aux soins des usagers.

Soins palliatifs et soins de fin de vie

- La Loi concernant les soins de fin de vie (2014, chapitre 2) prévoit que tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. En cette période de pandémie, il est donc prioritaire de prévoir l'arrimage de votre établissement avec les programmes et procédures qui sont en vigueur dans votre CISSS-CIUSSS. De plus, faire les liens nécessaires avec les conseillers en soins infirmiers de votre territoire pour avoir accès aux protocoles et obtenir le soutien requis.
- Toutes les personnes en soins palliatifs et de fin de vie doivent avoir un niveau de soins à jour. Le formulaire doit être signé par un médecin.
- Dans le cas de la fin de vie imminente, souvent annoncée par des signes non spécifiques telles l'agitation, la somnolence, l'angoisse, les modifications de la peau et aussi par l'apparition de signes de détresse respiratoire dans les derniers jours, les directives du MSSS s'appliquent : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/soins-palliatifs-et-de-fin-de-vie/.

ANNEXE 2 : MESURES POUR LES MILIEUX DE RÉADAPTATION NON-DÉSIGNÉS

Les milieux de réadaptation non désignés sont réservés aux usagers ayant reçu un résultat négatif à un test de dépistage de la COVID-19.

CONSIGNES GÉNÉRALES

- Tous les usagers admis en milieu de réadaptation non-désigné, même s'ils ont un dépistage négatif à la COVID-19, devront se soumettre à un isolement préventif de 14 jours à la chambre, dès l'admission. L'équipe doit :
  - Prioriser les services et les soins à la chambre;
  - Assurer une surveillance quotidienne des symptômes associés à la COVID-19 pendant la période d'isolement. Une attention particulière doit être portée aux usagers qui ne seraient pas en mesure de percevoir ou de nommer la présence de symptômes, le cas échéant;
  - Utiliser le matériel recommandé par l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/publications
  - Limiter les déplacements de l'usager hors de sa chambre à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales;
  - Lors de ces déplacements, l'usager doit porter un masque de procédure et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre;
  - Encourager l'usager exposé à pratiquer l'hygiène des mains, ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoire;

  Pour les mesures et le matériel recommandés, voir les recommandations de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/publications.
- Si un usager développe des symptômes associés à la COVID-19 au cours de son séjour en milieu de réadaptation non-désigné, s'il y a présence d'une éclosion potentielle d'infection respiratoire (au moins 2 cas) ou lors d'un décès inattendu avec une cause respiratoire infectieuse suspectée, il doit y avoir un dépistage de la COVID-19.
  - Procéder au transfert dans la zone chaude dès l'apparition des symptômes;
  - Assurer quotidiennement une surveillance des signes et symptômes typiques et atypiques pour tous les usagers de la zone chaude;
  - Respecter le niveau de soins déterminé avec l'usager;
  - Procéder au transfert :
    - Vers le milieu de réadaptation désigné de sa région s'il est en mesure de poursuivre la réadaptation aussitôt que l'usager est stabilisé pour le transfert
    - Vers le centre hospitalier désigné selon les modalités prévues localement ou régionalement si sa condition médicale l'exige.
- Si un usager est dépisté positif à la COVID-19 dans le milieu de réadaptation non-désigné, il doit s'ensuivre une période de 14 jours où toute admission dans cette installation doit être suspendue.

- Pour les usagers répondant à la définition d'exposition potentielle :
  - surveiller quotidiennement les symptômes associés à la COVID-19 pendant les 14 jours suivant le dernier contact avec le cas symptomatique;
  - limiter les déplacements de l'usager hors de sa chambre à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales;

    Lors de ces déplacements, l'usager doit porter un masque de procédure et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre;
  - encourager l'usager exposé à pratiquer l'hygiène des mains, ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoire;
  - pour les mesures et le matériel recommandés, vous référer aux recommandations de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/publications.

CONSIGNES RELATIVES À L'AMÉNAGEMENT DES LIEUX

- Toutes les URFI en DP, en SP et les unités de réadaptation modérée doivent établir des zones chaudes et froides. Les zones chaudes permettent d'installer, dans l'attente de leur transfert en milieu de réadaptation désignée, les personnes développant des symptômes ou devenant confirmées à la COVID-19 en cours d'épisode de réadaptation.

  Pour plus de détails sur les zones chaudes et froides, veuillez consulter les documents suivants :
  - https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/Zones-de-confinement-pour-les-soins-hospitaliers-2020-04-02.pdf
  - https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.pdf
- Prévoir une limitation de la circulation à l'intérieur et à l'extérieur de l'installation (rappel des mesures à respecter, enseignes, portes barrées ou surveillance des entrées et sorties selon le milieu de vie, etc.);
- Instaurer des mesures de distanciation physique dans les aires communes. Disposer les lits, les chaises et les tables à distance minimale de 2 mètres, si possible, entre les usagers.
- Si le milieu de réadaptation non-désigné accueille également des usagers recevant une prestation de services en externe dans les salles de traitement ou sur les plateaux techniques :
  - Délimiter des zones dédiées pour la clientèle interne et pour la clientèle externe.
  - Empêcher l'accès aux zones dédiées pour la clientèle interne aux usagers externes. Des affiches, des barrières physiques (portes barrées, étages distincts, etc.), de la surveillance supplémentaire ou d'autres moyens doivent être mis en place pour faire respecter cette consigne en présence de résidents ayant des troubles cognitifs.
  - Les usagers externes ne doivent pas circuler à proximité des usagers en interne. Il peut être nécessaire d'identifier des trajets ou des corridors réservés aux usagers internes pour qu'elles puissent se rendre dans les salles de traitement.
  - S'assurer que les membres du personnel sont en contact avec une seule des deux clientèles (incluant le personnel d'entretien ménager).

- S’assurer que les membres du personnel soient en contact uniquement avec les autres membres du personnel qui s’occupent de la même clientèle. S’assurer que les espaces fonctionnels (réserves de matériel, zones pour la collecte des repas qui sont amenés aux usagers, etc.) soient dédiés à une seule clientèle.
- S’assurer que les espaces communs ne sont pas partagés par les deux clientèles. (Limiter l’utilisation des espaces communs pour les deux clientèles.)
- S’assurer que les toilettes ne sont pas partagées par les deux clientèles.
- S’assurer que le matériel de soins n’est pas partagé par les deux clientèles.
- Veiller au respect de la distanciation physique de deux mètres entre tous les usagers (entre eux) et entre tous les membres du personnel (entre eux).
- S’assurer d’aménager ces lieux ou les horaires en dédiant des salles réservées aux personnes qui sont admises à l’interne vs les personnes qui viennent en consultation externe.

CONSIGNES CLINIQUES

- S’assurer que le personnel, les locaux et les plateaux techniques soient mis à la disposition des usagers requérant des soins et services de réadaptation à la suite de leur libération des unités de soins post-aigus ou du centre hospitalier;
- Libérer précocement les usagers qui ont atteint un niveau de réadaptation permettant un suivi par des équipes de réadaptation externe et des équipes de soutien à domicile;
- Selon le profil de la clientèle, prévoir une gestion potentielle des insatisfactions et des conflits générés par le confinement dans le milieu d’hébergement, particulièrement auprès des usagers manifestant un trouble du comportement ou un trouble grave du comportement.

COORDINATION DU TRANSFERT DES USAGERS DÉPISTÉS POSITIFS À LA COVID-19

Tous les transferts des usagers COVID-19 positifs nécessitant une hospitalisation ou un épisode de réadaptation en milieu de réadaptation désigné sont coordonnés par le Centre d’optimisation occupation des lits de soins intensifs (COOLSI), à l’exception de l’obstétrique, la pédiatrie et de la néonatalogie qui sont coordonnées par le Centre de Coordination en Périnatalogie au Québec (CCPQ).

Planification et coordination du transfert à partir du milieu de réadaptation non-désigné vers le centre hospitalier désigné ou vers le milieu de réadaptation désigné :

- Le médecin du centre demandeur doit appeler le COOLSI au 514-890-8084 ou au 1-877-990-8084.
- Une fois la demande traitée par le COOLSI et le transfert confirmé, le centre demandeur est responsable d'effectuer la demande de transport et de communiquer avec le centre receveur.
- Les centres hospitaliers et les milieux de réadaptation désignés ont l’obligation d’accepter le transfert.

- Si détérioration importante : appeler le 911.

Planification du transport

- Le déplacement des usagers doit être fait en fonction de la condition clinique de l'usager. Les transports alternatifs (transport adapté, taxi, etc.) doivent être privilégiés avant d'envisager le transport par ambulance.

  Si le patient doit être transféré par ambulance :

  - Le centre demandeur est responsable d'effectuer la demande de transport. Afin d'optimiser l'utilisation des ressources ambulancières, celle-ci doit être idéalement faite au moins 24 heures à l'avance au centre de communication santé (CCS) du territoire qui dessert le centre demandeur;
  - Si le déplacement doit être fait dans la même journée que la demande, prévoir un délai d'au moins quatre (4) heures à six (6) heures entre la demande et le transport. Ce genre de transport pour les services préhospitaliers ne constitue pas une urgence. Ce délai pourrait s'allonger en fonction des différentes phases du plan de contingence en situation de pandémie;
  - Advenant le cas où la condition clinique de l'usager présente une détérioration importante de son état, le centre demandeur doit rappeler au CCS afin de faire modifier la priorité d'affectation de sa demande initiale.

CONSIGNES RELATIVES AUX VISITES ET AUX COMMUNICATIONS

- Toutes les visites aux usagers sont proscrites dans les milieux de réadaptation non-désignés et dans les RAC;
- Seules les visites ou sorties essentielles à l'intervention et au suivi clinique des usagers le nécessitant demeurent autorisées;
- Afin de maintenir le lien entre l'usager et ses proches, encourager l'utilisation de moyens de communication alternatifs (ex. : téléphonique ou virtuels);
- La communication des équipes avec les familles et les représentants légaux (parents, tuteurs, curateurs) des usagers doit être maintenue, voire accentuée, afin de les informer adéquatement, et ce que l'usager soit ou non infecté ou en isolement.
- Les congés temporaires sont suspendus considérant la vulnérabilité importante des usagers, car ils augmentent considérablement les risques de propagation au retour de la personne dans le milieu.

DÉTERMINATION DU NIVEAU DE SOINS

- Le niveau de soins doit être déterminé pour tous les usagers;
- La détermination du niveau de soins permettra de faciliter les décisions relatives au transfert de l'usager et d'orienter celui-ci vers le milieu adapté à ses besoins, advenant que sa condition le requiert;
- Les volontés exprimées par l'usager orienteront les soins et guideront le choix des interventions thérapeutiques. L'expression de celles-ci doit découler d'une discussion

entre l'usager ou son représentant et le médecin concernant l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins qui peuvent s'offrir à lui et leurs conséquences. Les niveaux de soins se définissent ainsi[1] ;

- Niveau A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires.
- Niveau B : Prolonger la vie par des soins limités.
- Niveau C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie.
- Niveau D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie.

Pour plus de détails sur les niveaux de soins, veuillez consulter le document suivant : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

CONSIGNES POUR LES SOINS AIGUS, PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

En lien avec la pandémie actuelle, tous les milieux de réadaptation, qu'ils soient désignés pour la COVID-19 ou non, doivent mettre en place diverses mesures exceptionnelles afin de traiter les usagers qui ne pourront pas être transférés vers un autre milieu et, au besoin, leur assurer une fin de vie dans la dignité.

- L'établissement doit être en mesure de dispenser des soins infirmiers en continu ainsi que de recourir à une équipe dédiée et formée pour intervenir. Une recension des professionnels étant en mesure de dispenser des soins aigus ainsi que des soins palliatifs au besoin est recommandée. De plus, prévoir un transfert de connaissances aux professionnels qui en auront besoin afin qu'ils soient en mesure d'offrir ces soins si la situation le requiert.
- Un médecin de garde doit être disponible en tout temps afin d'assurer un soutien à l'équipe, coordonner les transferts vers d'autres établissements et au besoin, faire le suivi des soins palliatifs.
- Les différentes technologies doivent être utilisées pour maintenir le lien de l'usager avec ses proches tout en réduisant le risque de propagation de la COVID-19.
- Les différentes technologies doivent être utilisées dans la dispensation des soins pour soutenir les professionnels dans la gestion des symptômes ou tout autre besoin relié aux soins des usagers.

Soins palliatifs et soins de fin de vie

- La Loi concernant les soins de fin de vie (2014, chapitre 2) prévoit que tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. En cette période de pandémie, il est donc prioritaire de prévoir l'arrimage de votre établissement avec les programmes et procédures qui sont en vigueur dans votre CISSS-CIUSSS. De plus, faire les liens nécessaires avec les conseillers en soins infirmiers de votre territoire pour avoir accès aux protocoles et obtenir le soutien requis.

[1] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2016). Les niveaux de soins. Normes en standards. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

- Toutes les personnes en soins palliatifs et de fin de vie doivent avoir un niveau de soins à jour. Le formulaire doit être signé par un médecin.
- Dans le cas de la fin de vie imminente, souvent annoncée par des signes non spécifiques telles l'agitation, la somnolence, l'angoisse, les modifications de la peau et aussi par l'apparition de signes de détresse respiratoire dans les derniers jours, les directives du MSSS s'appliquent : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/soins-palliatifs-et-de-fin-de-vie/.

ANNEXE 3 : MESURES POUR LES MILIEUX DE RÉADAPTATION NON-DÉSIGNÉS SITUÉS EN CHSLD

Au Québec, certains milieux de réadaptation sont situés dans le même bâtiment qu'un CHSLD, bien que les missions de ces deux entités soient différentes. La clientèle des CHSLD est vulnérable à l'infection à la COVID-19. Les résidents infectés sont à risque élevé de développer des complications, de nécessiter une hospitalisation, voire de décéder. De nombreuses éclosions de COVID-19 se sont déclarées dans des CHSLD au Québec depuis les dernières semaines. De ce fait, plusieurs mesures ont été mises en place pour prévenir la survenue de nouveaux cas dans les CHSLD.

Une de ces mesures prévoit qu'aucune nouvelle admission en CHSLD n'ait lieu pour les personnes en provenance d'un centre hospitalier. Toutefois, cette recommandation ne s'applique pas aux personnes devant être transférées dans un milieu de réadaptation non-désigné situé dans un CHSLD. Par conséquent, les mesures suivantes doivent être mises en place pour éviter une transmission de l'infection aux résidents d'un CHSLD qui se trouvent dans le même bâtiment.

Les milieux de réadaptation non-désignés situés en CHSLD ne rencontrant pas ces critères doivent cesser toute admission.

MESURES OBLIGATOIRES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS POUR LA POURSUITE DES ADMISSIONS EN MILIEU DE RÉADAPTATION SITUÉ EN CHSLD[2]

Toutes les mesures suivantes doivent être mise en place afin de poursuivre les admissions dans ces milieux.

Mesures relatives à l'aménagement des lieux pour interdire les contacts potentiels entre le personnel et les usagers en réadaptation avec le personnel et les résidents ou visiteurs du CHSLD (incluant les contacts indirects via du personnel commun)

- Sécuriser le milieu de réadaptation situé en CHSLD par la présence d'une barrière physique et d'un départage complet du personnel, c'est-à-dire par des lieux physiques complètement séparés et en s'assurant d'aucun échange entre les deux secteurs ni par l'ensemble du personnel. En l'absence de ces éléments, aucune admission n'est possible.
- Prévoir et sécuriser une zone chaude pour l'accueil des usagers qui pourraient développer des symptômes associés à la COVID-19 ou pour les usagers dépistés positifs en attente de leur transfert vers un milieu de réadaptation désigné COVID-19.

[2] Source : Recommandations de la Direction générale de la santé publique du MSSS et de l'Institut national de santé publique du Québec (version du 13 avril 2020)

- Le milieu de réadaptation situé dans le même bâtiment qu'un CHSLD doit être un milieu froid. Le CHSLD doit également être un milieu froid.
- L'entrée du CHSLD doit être distincte de celle du milieu de réadaptation.
- Délimiter des zones dédiées pour la réadaptation et des zones dédiées pour le CHSLD.
- Les services externes offerts en milieu de réadaptation situé dans le même bâtiment qu'un CHSLD doivent être offerts à domicile.
- Appliquer les mêmes mesures d'hygiène et de salubrité dans le milieu de réadaptation que celles qui sont recommandées pour les CHSLD (fréquence du nettoyage des surfaces, produits utilisés, etc.).
- Instaurer des mesures de distanciation physique dans les aires communes. Disposer les lits, les chaises et les tables à distance minimale de 2 mètres, si possible, entre les usagers.
- Empêcher l'accès aux zones dédiées pour la réadaptation aux résidents ou aux visiteurs des CHSLD. Des affiches, des barrières physiques (portes barrées, étages distincts, etc.), de la surveillance supplémentaire ou d'autres moyens doivent être mis en place pour faire respecter cette consigne en présence de résidents ayant des troubles cognitifs.
- Empêcher l'accès aux zones dédiées pour le CHSLD aux personnes en réadaptation. Les personnes en réadaptation ne doivent pas circuler à proximité des résidents ou des visiteurs des CHSLD. Ainsi, des corridors doivent être réservés aux personnes en réadaptation pour qu'elles puissent se rendre dans les salles de traitement.
- S'assurer que les membres du personnel sont en contact avec une seule des deux clientèles (incluant le personnel d'entretien ménager).
- S'assurer que les membres du personnel soient en contact uniquement avec les autres membres du personnel qui s'occupent de la même clientèle. S'assurer que les espaces fonctionnels (réserves de matériel, zones pour la collecte des repas qui sont amenés aux usagers, zones de repas pour les employés, bureaux de travail, pharmacie, etc.) soient dédiés à une seule clientèle.
- S'assurer que les espaces communs ne sont pas partagés par les deux clientèles, ni par le personnel.
- S'assurer que les toilettes ne sont pas partagées par les deux clientèles, ni par le personnel.
- S'assurer que le matériel de soins n'est pas partagé par les deux clientèles, ni par le personnel.

Avant l'admission

- Lorsqu'une place est disponible dans deux milieux de réadaptation situés à une distance raisonnable du lieu de résidence de la personne, prioriser l'admission de la personne dans le milieu de réadaptation qui n'est pas situé dans un CHSLD.
- Limiter les admissions dans les milieux de réadaptation situés dans un CHSLD aux admissions essentielles. Toutes les admissions qui peuvent être reportées sans altérer le potentiel de réadaptation de la personne devraient être reportées.
- Dépister la personne pour la COVID-19 dans les 48 heures précédant l'admission de la personne. En présence d'un négatif, permettre l'admission.
- En présence d'un résultat positif avec la COVID-19, orienter la personne vers un milieu de réadaptation désigné COVID-19.

À l'admission et au cours de l'épisode de réadaptation

- Pendant les 14 premiers jours suivant l'admission, procéder à un isolement à la chambre et limiter les déplacements de la personne à l'extérieur :
  - Les professionnels de la santé doivent venir rencontrer l'usager à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé.
  - Privilégier la réalisation des examens et des procédures thérapeutiques dans la chambre de la personne lorsque cela est possible.
  - La personne doit porter un masque de procédure lorsqu'elle quitte sa chambre.

- S'assurer que le personnel applique les précautions additionnelles gouttelettes-contact (masque de procédure, protection oculaire, blouse, gants) pendant les 14 jours suivant l'admission de la personne, et ce, même si un test négatif est obtenu à l'admission. En effet, un résultat négatif n'exclut pas que la personne soit en période d'incubation.
- Effectuer les interventions de réadaptation à distance en utilisant les technologies requises dans toutes les situations pour lesquelles les professionnels de la santé jugent qu'il s'agit d'une solution cliniquement adéquate.
- La personne doit demeurer dans le milieu de réadaptation situé dans un CHSLD pendant toute la durée de la réadaptation.
- Installer la personne en zone chaude dès la réception d'un résultat positif ou si des symptômes compatibles avec la COVID-19 apparaissent.
  - **Aucune admission dans l'installation ne sera permise pour une période de 14 jours suivant la déclaration d'un usager positif à la COVID-19.**
- S'assurer que tous les professionnels de la santé qui s'approchent à moins de 2 mètres d'une personne en réadaptation portent un masque de procédure en continu.
- Veiller au respect de la distanciation physique de deux mètres entre tous les usagers (entre eux) et entre tous les membres du personnel (entre eux).
- S'assurer de l'utilisation adéquate des EPI.

CONSIGNES RELATIVES AUX VISITES ET AUX COMMUNICATIONS

- Toutes les visites aux usagers sont proscrites dans les milieux de réadaptation non-désignés et dans les RAC;
- Seules les visites ou sorties essentielles à l'intervention et au suivi clinique des usagers le nécessitant demeurent autorisées;
- Afin de maintenir le lien entre l'usager et ses proches, encourager l'utilisation de moyens de communication alternatifs (ex. : téléphonique ou virtuels);
- La communication des équipes avec les familles et les représentants légaux (parents, tuteurs, curateurs) des usagers doit être maintenue, voire accentuée, afin de les informer adéquatement, et ce que l'usager soit ou non infecté ou en isolement.
- Les congés temporaires sont suspendus considérant la vulnérabilité importante des usagers, car ils augmentent considérablement les risques de propagation au retour de la personne dans le milieu.

COORDINATION DU TRANSFERT DES USAGERS DÉPISTÉS POSITIFS À LA COVID-19

Tous les transferts des usagers COVID-19 positifs nécessitant une hospitalisation ou un épisode de réadaptation en milieu de réadaptation désigné sont coordonnés par le Centre d'optimisation occupation des lits de soins intensifs (COOLSI), à l'exception de l'obstétrique, la pédiatrie et de la néonatalogie qui sont coordonnées par le Centre de Coordination en Périnatalogie au Québec (CCPQ).

Planification et coordination du transfert à partir du milieu de réadaptation non-désigné vers le centre hospitalier désigné ou vers le milieu de réadaptation désigné :

- Le médecin du centre demandeur doit appeler le COOLSI au 514-890-8084 ou au 1-877-990-8084.
- Une fois la demande traitée par le COOLSI et le transfert confirmé, le centre demandeur est responsable d'effectuer la demande de transport et de communiquer avec le centre receveur.
- Les centres hospitaliers et les milieux de réadaptation désignés ont l'obligation d'accepter le transfert.
- Si détérioration importante : appeler le 911.

Planification du transport

- Le déplacement des usagers doit être fait en fonction de la condition clinique de l'usager. Les transports alternatifs (transport adapté, taxi, etc.) doivent être privilégiés avant d'envisager le transport par ambulance.

  Si le patient doit être transféré par ambulance :

  - Le centre demandeur est responsable d'effectuer la demande de transport. Afin d'optimiser l'utilisation des ressources ambulancières, celle-ci doit être idéalement faite au moins 24 heures à l'avance au centre de communication santé (CCS) du territoire qui dessert le centre demandeur;
  - Si le déplacement doit être fait dans la même journée que la demande, prévoir un délai d'au moins quatre (4) heures à six (6) heures entre la demande et le transport. Ce genre de transport pour les services préhospitaliers ne constitue pas une urgence. Ce délai pourrait s'allonger en fonction des différentes phases du plan de contingence en situation de pandémie;
  - Advenant le cas où la condition clinique de l'usager présente une détérioration importante de son état, le centre demandeur doit rappeler au CCS afin de faire modifier la priorité d'affectation de sa demande initiale.

DÉTERMINATION DU NIVEAU DE SOINS

- Le niveau de soins doit être déterminé pour tous les usagers;
- La détermination du niveau de soins permettra de faciliter les décisions relatives au transfert de l'usager et d'orienter celui-ci vers le milieu adapté à ses besoins, advenant que sa condition le requiert;

- Les volontés exprimées par l'usager orienteront les soins et guideront le choix des interventions thérapeutiques. L'expression de celles-ci doit découler d'une discussion entre l'usager ou son représentant et le médecin concernant l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins qui peuvent s'offrir à lui et leurs conséquences. Les niveaux de soins se définissent ainsi[3] ;

  - Niveau A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires.
  - Niveau B : Prolonger la vie par des soins limités.
  - Niveau C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie.
  - Niveau D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie.

  Pour plus de détails sur les niveaux de soins, veuillez consulter le document suivant : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

CONSIGNES POUR LES SOINS AIGUS, PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

En lien avec la pandémie actuelle, tous les milieux de réadaptation, qu'ils soient désignés pour la COVID-19 ou non, doivent mettre en place diverses mesures exceptionnelles afin de traiter les usagers qui ne pourront pas être transférés vers un autre milieu et, au besoin, leur assurer une fin de vie dans la dignité.

- L'établissement doit être en mesure de dispenser des soins infirmiers en continu ainsi que de recourir à une équipe dédiée et formée pour intervenir. Une recension des professionnels étant en mesure de dispenser des soins aigus ainsi que des soins palliatifs au besoin est recommandée. De plus, prévoir un transfert de connaissances aux professionnels qui en auront besoin afin qu'ils soient en mesure d'offrir ces soins si la situation le requiert.
- Un médecin de garde doit être disponible en tout temps afin d'assurer un soutien à l'équipe, coordonner les transferts vers d'autres établissements et au besoin, faire le suivi des soins palliatifs.
- Les différentes technologies doivent être utilisées pour maintenir le lien de l'usager avec ses proches tout en réduisant le risque de propagation de la COVID-19.
- Les différentes technologies doivent être utilisées dans la dispensation des soins pour soutenir les professionnels dans la gestion des symptômes ou tout autre besoin relié aux soins des usagers.

Soins palliatifs et soins de fin de vie

- La Loi concernant les soins de fin de vie (2014, chapitre 2) prévoit que tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. En cette période de pandémie, il est donc prioritaire de prévoir l'arrimage de votre

[3] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2016). Les niveaux de soins. Normes en standards. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

établissement avec les programmes et procédures qui sont en vigueur dans votre CISSS-CIUSSS. De plus, faire les liens nécessaires avec les conseillers en soins infirmiers de votre territoire pour avoir accès aux protocoles et obtenir le soutien requis.

- Toutes les personnes en soins palliatifs et de fin de vie doivent avoir un niveau de soins à jour. Le formulaire doit être signé par un médecin.
- Dans le cas de la fin de vie imminente, souvent annoncée par des signes non spécifiques telles l'agitation, la somnolence, l'angoisse, les modifications de la peau et aussi par l'apparition de signes de détresse respiratoire dans les derniers jours, les directives du MSSS s'appliquent : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/soins-palliatifs-et-de-fin-de-vie/.

ANNEXE 4 : MESURES SPÉCIFIQUES AUX SERVICES EXTERNES DE RÉADAPTATION

- Les services externes offerts en milieu de réadaptation situé dans le même bâtiment qu'un CHSLD doivent être offerts à domicile.
- Seules les interventions requérant l'accès à des plateaux techniques, dont les services d'aides techniques en déficience motrice, auditives ou visuelles seront permises. Ainsi, uniquement les évaluations visant la prévention du risque de chute, la gestion des plaies, la réparation des appareils ou composantes défectueuses pouvant compromettre leur sécurité seront permises. Les services d'attribution, réparation et remplacement d'aide à la locomotion pour les travailleurs dont l'emploi est visé par les services essentiels et dont l'aide est requise pour permettre à la personne d'occuper ses fonctions seront maintenus.
- Les services de maintien des acquis et de soutien à la participation sociale non essentiels peuvent être suspendus;
- Les établissements devront identifier et contacter régulièrement les usagers vulnérables inscrits à leurs programmes et ceux en attente de services, notamment ceux qui vivent seuls, qui ont des problèmes de santé complexes ou ceux ayant des difficultés de communication marquées (compréhension, expression, LSQ) pour s'assurer qu'ils soient informés des enjeux et des consignes ministérielles sur la gestion du COVID-19 et de leur offrir des services, le cas échéant;
- Les usagers doivent se présenter seuls à leurs interventions, à moins qu'un accompagnateur soit requis;
- Prévoir une limitation de la circulation à l'intérieur de l'installation (rappel des mesures à respecter, enseignes, portes verrouillées ou surveillance des entrées et sorties selon le milieu de vie, etc.);
- Selon le profil de la clientèle, prévoir une gestion potentielle des insatisfactions et des conflits générés par le changement de l'environnement physique, particulièrement auprès des usagers manifestant un trouble du comportement ou un trouble grave du comportement.
- Si le milieu de réadaptation non-désigné accueille également des usagers recevant une prestation de services en externe dans les salles de traitement ou sur les plateaux techniques :
  - Délimiter des zones dédiées pour la clientèle interne et pour la clientèle externe.
  - Empêcher l'accès aux zones dédiées pour la clientèle interne aux usagers externes. Des affiches, des barrières physiques (portes barrées, étages distincts, etc.), de la surveillance supplémentaire ou d'autres moyens doivent être mis en place pour faire respecter cette consigne en présence de résidents ayant des troubles cognitifs.
  - Les usagers externes ne doivent pas circuler à proximité des usagers en interne. Il peut être nécessaire d'identifier des trajets ou des corridors réservés aux usagers internes pour qu'elles puissent se rendre dans les salles de traitement.
  - S'assurer que les membres du personnel sont en contact avec une seule des deux clientèles (incluant le personnel d'entretien ménager).

- S’assurer que les membres du personnel soient en contact uniquement avec les autres membres du personnel qui s’occupent de la même clientèle. S’assurer que les espaces fonctionnels (réserves de matériel, zones pour la collecte des repas qui sont amenés aux usagers, etc.) soient dédiés à une seule clientèle.
- S’assurer que les espaces communs ne sont pas partagés par les deux clientèles. (Limiter l’utilisation des espaces communs pour les deux clientèles.)
- S’assurer que les toilettes ne sont pas partagées par les deux clientèles.
- S’assurer que le matériel de soins n’est pas partagé par les deux clientèles.
- Veiller au respect de la distanciation physique de deux mètres entre tous les usagers (entre eux) et entre tous les membres du personnel (entre eux).
- S’assurer d’aménager ces lieux ou les horaires en dédiant des salles réservées aux personnes qui sont admises à l’interne vs les personnes qui viennent en consultation externe.

ANNEXE 5 : ACTIVITÉS ESSENTIELLES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP)

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) - DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
Services d'adaptation-réadaptation (ergothérapie, physiothérapie, TRP, psychologues, neuropsychologues, kinésiologues, etc.)				
Accueil, évaluation et orientation	X			Maintenir les activités d'accès aux services et se doter de mécanismes pour identifier les usagers pour qui le contexte actuel modifierait le niveau de priorité à urgent si la mise en place des services ne s'actualise pas (exemples : famille hospitalisée ou en isolement ne pouvant plus prendre soin de leur enfant ou proche, usager qui se retrouverait hospitalisé ou en niveau de soins alternatifs (NSA) s'il ne reçoit pas les services, etc.) Adapter le processus d'admission selon la fiche des directives du programme DP-DI-TSA si un usager est suspecté, investigué ou testé positif à la COVID-19.
Évaluation disciplinaire		X		Privilégier les évaluations à la chambre de l'usager si possible. Adapter la prestation de services aux recommandations de prévention et de contrôle des infections en vigueur dans l'établissement en contexte de la COVID-19 pour les intervenants, les usagers et le matériel de réadaptation.
Traitement de réadaptation		X	X	Maintenir l'intensité des traitements en URFI en priorisant les interventions visant à assurer la sécurité et l'intégrité de la personne. Adapter les interventions pour éviter les traitements dans les salles communes en privilégiant les traitements à la chambre. Revoir le choix des modalités thérapeutiques au besoin. Suspendre les activités de groupe.
Confinement d'un usager		X		En concertation avec d'autres directions de votre établissement, développer des milieux de confinement adaptés advenant qu'un usager soit dépisté COVID-19 positif afin de le transférer dans ce milieu si nécessaire (arrêté ministériel du 4 avril 2020 no 2020-015)

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) - DP

Activités	Maintenir	Adapter	Suspendre	Consignes spécifiques
Visites, sorties et congés temporaires			X	Les visites sont interdites, ainsi que les sorties et les congés temporaires. Toutefois, les visites et les sorties essentielles à l'intervention et au suivi clinique aux usagers le nécessitant demeurent autorisées.
Repas		X	X	Tous les repas devraient être pris à la chambre de l'usager, au plateau, pour ceux qui sont autonomes pour s'alimenter. S'assurer de leur offrir la préparation du plateau au moment du service. Assigner une personne dédiée à la surveillance et à la réponse aux besoins de l'ensemble des usagers qui mangent à la chambre, en portant une attention particulière à ceux qui ont besoin d'aide à l'alimentation, ceux qui sont dysphagiques et ceux qui ont besoin d'une surveillance étroite ou de stimulation pour s'alimenter. Les contacts entre les usagers doivent être suspendus.
Visite à domicile pour l'adaptation du domicile		X		Adapter par l'intégration de mesures alternatives lorsque possible (exemples : utilisation d'outils technologiques, photos, etc.) pour procéder à l'évaluation du besoin d'adaptation du domicile. Se conformer aux consignes transmises pour le soutien à domicile.
Référence en hébergement	X			
Coordination des services et suivis long terme		X		
Autres services offerts en CRDP				
Activités en piscine, bassin thérapeutique ou gymnase			X	Suspendre toutes les activités de groupe et individuelles réalisées en piscine ou en bassin thérapeutique. Suspendre toutes les activités de groupe en gymnase ou salle d'entraînement. Évaluer la possibilité de remplacer par des activités individuelles alternatives.
Services spirituels		X	X	Privilégier l'intervention individuelle pour les usagers ayant une situation particulière. Suspendre les rassemblements de groupe.

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) - DP

Activités	Maintenir	Adapter	Suspendre	Consignes spécifiques
Soutien aux bénévoles			X	Ne plus accepter de bénévoles ou de stagiaires.
Services de soutien aux jeunes et à la famille		X	X	Évaluer le niveau de soutien et d'intervention requis afin d'éviter une perte importante des acquis et favoriser le service dans le milieu de vie de l'enfant notamment pour faire face au contexte d'isolement: soutien à la mise en place de routine et activités dans le milieu de vie du jeune (exemples : milieu familial, RI-RTF, RAC ou autre). Suspendre les activités de groupes. Privilégier des mesures alternatives lorsque possible pour évaluer et réévaluer les besoins de soutien de la famille et des proches notamment si la famille est elle-même affectée par le virus.
Services de soutien à la personne et la famille et proches		X		**Usager vivant en appartement autonome** : Mettre en place un filet de sécurité sociale pour l'usager avec l'implication des proches, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, incluant ceux du SAD et des organismes communautaires, si pertinent. **Tous les usagers :** Informer l'usager ainsi que ses proches des mesures de prévention à respecter dans la communauté et transmettre les recommandations à suivre en présence de symptômes. **Famille :** Évaluer et réévaluer les besoins de soutien de la famille et des proches notamment si la famille est elle-même affectée par le virus et que l'usager y demeure.
Services de soutien au milieu de vie de la personne		X		**Usagers vivant en appartement autonome** : Une attention particulière doit être portée afin que l'usager comprenne bien les mesures imposées par le gouvernement et solliciter les proches pour convenir des mesures à mettre en place pour qu'elle puisse maintenir son autonomie résidentielle : épicerie, mode de paiement sans argent, mesures d'hygiène, isolement, etc.

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) - DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				Mettre en place un filet de sécurité sociale pour l'usager avec l'implication des proches, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, incluant ceux du SAD et des organismes communautaires, si pertinent. **Tous les usagers :** Soutenir l'usager dans son milieu de vie en fonction des besoins identifiés dans le contexte actuel. Mettre en place ou s'assurer qu'il a des stratégies et moyens de communication adaptés à la situation de l'usager, ses proches et des milieux de vie afin d'éviter l'isolement social pendant la période de confinement.

Services en cliniques externes - DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
Prévention		X		Maintenir les services de prévention en identifiant et en contactant les usagers vulnérables connus des programmes (vivant seuls, ayant un faible réseau social, ayant des problèmes médicaux importants, ayant des difficultés de communication marquées (compréhension/expression/LSQ) afin qu'ils comprennent bien la situation et qu'ils adoptent les consignes pour se protéger et des mesures advenant des symptômes associés à la COVID-19. Porter une attention particulière pour rejoindre les personnes en situation de surdicécité qui sont pour la plupart privées de l'information disponible et des moyens normalement utilisés (ex. accompagnateurs en surdicécité. Leur offrir les services afférents au besoin.
Congé précoce assisté (CPA)		X		Maintenir ces services essentiels dans un contexte uniquement de compromission d'intégrité ou de sécurité. Appliquer les consignes pour les services à domicile. Augmenter le nombre d'usagers desservis, notamment en lien avec les mesures NSA.
Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) en externe		X		Maintenir les services en RFI pour les concentrer sur les services permettant de préserver l'intégrité de la personne et assurer sa sécurité, et augmenter la capacité d'accueil, si possible.
Surveillance du développement de l'enfant et de dépistage – Agir tôt			X	Suspendre les activités de dépistages des retards de développement par la plateforme numérique ou par l'utilisation de questionnaire.
Stimulation précoce chez les enfants		X	X	Maintenir et adapter les services de stimulation aux enfants afin de ne pas compromettre la sécurité et le développement de l'enfant. Fournir des programmes généraux de stimulation aux parents qui pourront les appliquer à domicile; Mettre en place un service de dépannage en ligne pour des questions d'ordre clinique.

Services en cliniques externes - DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				Suspendre les activités de groupe.
Activités socioprofessionnelles et communautaires			X	Suspendre toutes les activités socioprofessionnelles (évaluation, développement des capacités de travail, adaptation, insertion professionnelle, etc.) et communautaires.
Programme d'aides techniques en déficience motrice – volet aides à la locomotion		X	X	Maintenir les services d'évaluation urgente (plaies, SLA, positionnement) pour assurer la sécurité de l'usager ou l'intégrité de la peau. Maintenir l'octroi d'un appareil de locomotion ou d'une aide à la marche pour un usager en URFI ou pour un usager présentant un risque élevé de chutes et ne pouvant avoir accès à une aide temporaire. Maintenir les services d'attribution, réparation et remplacement d'aide à la locomotion pour les travailleurs dont l'emploi est visé par les services essentiels et dont l'aide est requise pour permettre à la personne d'occuper ses fonctions. Maintenir le service d'urgence dépannage et de réparation urgente des aides à la locomotion pour assurer la sécurité de l'usager. Favoriser l'expédition directement au domicile de la personne, lorsqu'applicable et efficient. Suspendre les cliniques de mobilité en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), les demandes de révision de positionnement et entretien mécanique des appareils qui ne sont pas urgents.
Programmes d'aides techniques en déficience motrice – volet orthèses-prothèses		X	X	Maintenir les services d'évaluation et de suivi de l'attribution de la prothèse pour la clientèle en URFI et les réparations urgentes (plaies-réparation de bris). Maintenir les services d'attribution, réparation et remplacement d'orthèses-prothèses pour les travailleurs dont l'emploi est visé par les services essentiels et dont l'aide est requise pour permettre à la personne d'occuper ses fonctions.

Services en cliniques externes - DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				Favoriser l'expédition directement au domicile de la personne, lorsqu'applicable et efficient. Suspendre les activités non essentielles.
Programme d'aides techniques en déficience auditive		X	X	Maintenir les services essentiels d'attribution, réparation, remplacement pour répondre aux besoins de sécurité de la personne, aux besoins d'accès à l'information essentielle et ceux de communications urgentes. Maintenir les services d'attribution, réparation et remplacement d'aide auditives pour les travailleurs dont l'emploi est visé par les services essentiels et dont l'aide est requise pour permettre à la personne d'occuper ses fonctions. Favoriser l'expédition directement au domicile de la personne, lorsqu'applicable et efficient. Suspendre les activités non essentielles.
Programme d'aides techniques en déficience visuelle		X	X	Maintenir les services d'attribution, réparation, remplacement pour répondre aux besoins de sécurité de la personne, aux besoins d'accès à l'information essentielle et ceux de communications urgentes. Maintenir les services d'attribution, réparation et remplacement d'aides visuelles pour les travailleurs dont l'emploi est visé par les services essentiels et dont l'aide est requise pour permettre à la personne d'occuper ses fonctions. Favoriser l'expédition directement au domicile de la personne, lorsqu'applicable et efficient. Suspendre les activités non essentielles.
Programme AVQ-AVD		X	X	Maintenir l'attribution, le remplacement ou la réparation des aides requises pour favoriser le maintien à domicile et éviter une hospitalisation. Maintenir les services d'attribution, réparation et remplacement d'aides aux AVQ-AVD pour les travailleurs dont l'emploi est visé par les services essentiels et dont l'aide est requise pour permettre à la personne d'occuper ses fonctions.

Services en cliniques externes - DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				Favoriser l'expédition directement au domicile de la personne, lorsqu'applicable et efficient. Suspendre l'attribution ou la réparation des aides techniques non essentielles.
Programme d'aides techniques à la communication		X	X	Maintenir les services d'attribution, réparation, remplacement des aides à la communication pour répondre aux besoins de sécurité de la personne, aux besoins d'accès à l'information essentielle et ceux de communications urgentes Maintenir les services d'attribution, réparation et remplacement d'aide à la communication pour les travailleurs dont l'emploi est visé par les services essentiels et dont l'aide est requise pour permettre à la personne d'occuper ses fonctions. Favoriser l'expédition directement au domicile de la personne, lorsqu'applicable et efficient. Suspendre les activités non essentielles.
Programme d'évaluation de la conduite automobile et d'adaptation du véhicule			X	
Interventions pour les troubles du langage		X		Maintenir les services essentiels pour répondre aux besoins des usagers.
Clinique de dépistage de TCC léger		X		Maintenir ce service pour prévenir le risque de chronicité. Procéder par téléphone lorsqu'applicable
Cliniques spécialisées et externes		X	X	Maintenir les services pour les situations urgentes.

ANNEXE 6 : ACTIVITÉS ESSENTIELLES EN DI-TSA

Note s'appliquant à l'ensemble des activités du tableau ci-dessous : Afin de prévenir la désorganisation des usagers ayant un trouble du comportement ou trouble grave du comportement (TC-TGC) et les conséquences qui peuvent en découler (hospitalisation, demande d'hébergement, blessures de divers acteurs impliqués, etc.), les établissements doivent évaluer prioritairement le soutien et les interventions requises pour ces usagers. L'évaluation doit être réalisée en collaboration avec l'ensemble des personnes concernées, et ce, peu importe l'âge et le milieu de vie de l'usager, incluant les familles naturelles. L'actualisation des mesures retenues doit, par conséquent, être priorisée pour ces usagers.

Activités essentielles en DI-TSA				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
Accueil, évaluation et orientation	X			Maintenir les activités d'accès aux services et se doter de mécanismes pour identifier les usagers pour qui le contexte actuel modifierait le niveau de priorité à urgent si la mise en place des services ne s'actualise pas (exemples : famille hospitalisée ou en isolement ne pouvant plus prendre soin de leur enfant ou proche, usager qui se retrouverait hospitalisé ou en niveau de soins alternatifs (NSA) s'il ne reçoit pas les services, etc.)
Confinement d'un usager		X		En concertation avec d'autres directions de votre établissement, développer des milieux de confinement adaptés advenant qu'un usager soit dépisté COVID-19 positif afin de le transférer dans ce milieu si nécessaire (arrêté ministériel du 4 avril 2020 no 2020-015)
Visites, sorties et congés temporaires			X	Les visites sont interdites, ainsi que les sorties et les congés temporaires. Toutefois, les visites et les sorties essentielles à l'intervention et au suivi clinique aux usagers le nécessitant demeurent autorisées.
Repas			X	Tous les repas devraient être pris à la chambre de l'usager, au plateau, pour ceux qui sont autonomes pour s'alimenter. S'assurer de leur offrir la préparation du plateau au moment du service. Assigner une personne dédiée à la surveillance et à la réponse aux besoins de l'ensemble des usagers qui mangent à la chambre, en portant une attention particulière à ceux qui ont besoin d'aide à l'alimentation, ceux qui sont dysphagiques

Activités essentielles en DI-TSA				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				et ceux qui ont besoin d'une surveillance étroite ou de stimulation pour s'alimenter. Les contacts entre les usagers doivent être suspendus.
Services aux jeunes (ergothérapie, physiothérapie, psychologues, neuropsychologues, etc.)				
Évaluation disciplinaire		X		Privilégier les évaluations à la chambre de l'usager si possible. Adapter la prestation de services aux recommandations de prévention et de contrôle des infections en vigueur dans l'établissement en contexte de la COVID-19 pour les intervenants, les usagers et le matériel de réadaptation.
Surveillance du développement de l'enfant et de dépistage – Agir tôt			X	Suspendre les activités de dépistages des retards de développement par la plateforme numérique ou par l'utilisation de questionnaire.
Stimulation précoce chez les enfants		X	X	Maintenir et adapter les services de stimulation aux enfants afin de ne pas compromettre la sécurité et le développement de l'enfant. Fournir des programmes généraux de stimulation aux parents qui pourront les appliquer à domicile; Mettre en place un service de dépannage en ligne pour des questions d'ordre clinique. Suspendre les activités de groupe.
Traitement d'adaptation et de réadaptation		X	X	Maintenir l'intensité des traitements en unité de réadaptation comportementale intensive en priorisant les interventions visant à assurer la sécurité et l'intégrité de la personne. Adapter les interventions pour éviter les traitements dans les salles communes,en privilégiant les traitements à la chambre. Revoir le choix des modalités thérapeutiques. Suspendre les activités de groupe.
Intervention comportementale intensive (ICI)		X	X	Évaluer le niveau de soutien et d'intervention requis afin d'éviter une perte importante des acquis et favoriser le service dans le milieu de vie de l'enfant notamment pour faire face au contexte d'isolement: soutien à la mise en place de routine et activités dans le milieu de vie du jeune :

Activités essentielles en DI-TSA				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				milieu familial, ressource intermédiaire (RI), ressource de type familial (RTF), résidence à assistance continue (RAC) ou autres. Suspendre les activités de groupes.
Services de soutien aux jeunes et à la famille		X	X	Évaluer le niveau de soutien et d'intervention requis afin d'éviter une perte importante des acquis et favoriser le service dans le milieu de vie de l'enfant notamment pour faire face au contexte d'isolement: soutien à la mise en place de routine et activités dans le milieu de vie du jeune (exemples : milieu familial, RI-RTF, RAC ou autre). Suspendre les activités de groupes. Privilégier des mesures alternatives lorsque possible pour évaluer et réévaluer les besoins de soutien de la famille et des proches notamment si la famille est elle-même affectée par le virus.
Services aux adultes (ergothérapie, physiothérapie, psychologues, neuropsychologues, etc.)				
Services de soutien à la personne et la famille et proches		X		**Usager vivant en appartement autonome** : Mettre en place un filet de sécurité sociale pour l'usager avec l'implication des proches, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, incluant ceux du SAD et des organismes communautaires, si pertinent. **Tous les usagers :** Informer l'usager ainsi que ses proches des mesures de prévention à respecter dans la communauté et transmettre les recommandations à suivre en présence de symptômes. **Famille :** Évaluer et réévaluer les besoins de soutien de la famille et des proches notamment si la famille est elle-même affectée par le virus et que l'usager y demeure.
Services de soutien au milieu de vie de la personne		X		**Usagers vivant en appartement autonome** : Une attention particulière doit être portée à cette clientèle afin qu'elle comprenne bien les mesures imposées par le gouvernement et solliciter

Activités essentielles en DI-TSA				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				les proches pour convenir des mesures à mettre en place pour qu'elle puisse maintenir son autonomie résidentielle : épicerie, mode de paiement sans argent, mesures d'hygiène, isolement, etc. Mettre en place un filet de sécurité sociale pour l'usager avec l'implication des proches, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, incluant ceux du SAD et des organismes communautaires, si pertinent. **Tous les usagers :** Soutenir l'usager dans son milieu de vie en fonction des besoins identifiés dans le contexte actuel. Porter une attention particulière aux usagers qui pourraient développer de l'anxiété, des troubles du comportement ou troubles graves du comportement (TC-TGC) dans un contexte d'isolement dans le milieu de vie. Mettre en place ou s'assurer qu'il a des stratégies et moyens de communication adaptés à la situation de l'usager, ses proches et des milieux de vie afin d'éviter l'isolement social pendant la période de confinement.
Activités socioprofessionnelles et communautaires			X	Les activités socioprofessionnelles et activités de jour sont suspendues. Prévoir un mécanisme de communication et de soutien lors de la reprise des activités.
Services de soutien aux partenaires et à la communauté		X		Assurer un mécanisme de soutien et de communication régulier avec tous les partenaires et la communauté qui accueillent les usagers vivant avec une DI ou un TSA : exemple épicerie, organismes communautaires qui offriraient du soutien à des usagers en appartement autonome, etc. Prévoir un mécanisme de communication rapide et facilement accessible pour eux avec l'établissement.
Soutien aux bénévoles			X	Ne plus accepter de bénévoles ou de stagiaires.

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et unité de réadaptation modérée - SP

Activités	Maintenir	Adapter	Suspendre	Consignes spécifiques
Services d'adaptation-réadaptation (ergothérapie, physiothérapie, TRP, psychologues, neuropsychologues, kinésiologues, etc.)				
Accueil, évaluation et orientation	X	X		Maintenir les activités d'accès aux services et se doter de mécanismes pour identifier les usagers pour qui le contexte actuel modifierait le niveau de priorité à urgent si la mise en place des services ne s'actualise pas (exemples : famille hospitalisée ou en isolement ne pouvant plus prendre soin de leur enfant ou proche, usager qui se retrouverait hospitalisé ou en niveau de soins alternatifs (NSA) s'il ne reçoit pas les services, etc.) Adapter le processus d'admission selon les directives RFI santé physique et réadaptation modérée si un usager est suspecté, investigué ou testé positif à la COVID-19.
Évaluation disciplinaire		X		Privilégier les évaluations à la chambre de l'usager si possible. Adapter la prestation de services aux recommandations de prévention et de contrôle des infections en vigueur dans l'établissement en contexte de la COVID-19 pour les intervenants, les usagers et le matériel de réadaptation.
Traitement de réadaptation		X	X	Maintenir l'intensité des traitements selon l'intensité de la réadaptation. Adapter les interventions pour éviter les traitements dans les salles communes en privilégiant les traitements à la chambre. Revoir le choix des modalités thérapeutiques au besoin suspendre les activités de groupe.
Confinement		X		En concertation avec d'autres directions de votre établissement, développer des milieux de confinement adaptés advenant qu'un usager soit dépisté COVID-19 positif afin de le transférer dans ce milieu si nécessaire (arrêté ministériel du 4 avril 2020 no 2020-015)

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et unité de réadaptation modérée - SP

Activités	Maintenir	Adapter	Suspendre	Consignes spécifiques
Visites, sorties et congés temporaires			X	Les visites sont interdites, ainsi que les sorties et les congés temporaires. Toutefois, les visites et les sorties essentielles à l'intervention et au suivi clinique aux usagers le nécessitant demeurent autorisées.
Repas			X	Tous les repas devraient être pris à la chambre de l'usager, au plateau, pour ceux qui sont autonomes pour s'alimenter. S'assurer de leur offrir la préparation du plateau au moment du service. Assigner une personne dédiée à la surveillance et à la réponse aux besoins de l'ensemble des usagers qui mangent à la chambre, en portant une attention particulière à ceux qui ont besoin d'aide à l'alimentation, ceux qui sont dysphagiques et ceux qui ont besoin d'une surveillance étroite ou de stimulation pour s'alimenter. Les contacts entre les usagers doivent être suspendus.
Visite à domicile pour l'adaptation du domicile		X		Adapter par l'intégration de mesures alternatives lorsque possible (exemples : utilisation d'outils technologiques, photos, etc.) pour procéder à l'évaluation du besoin d'adaptation du domicile. Se conformer aux consignes transmises pour le soutien à domicile.
Référence en hébergement	X			
Autres services offerts en unité de réadaptation				
Activités en piscine, bassin thérapeutique ou gymnase			X	Suspendre toutes les activités de groupe et individuelles réalisées en piscine ou en bassin thérapeutique. Suspendre toutes les activités de groupe en gymnase ou salle d'entraînement. Évaluer la possibilité de remplacer par des activités individuelles alternatives.
Services spirituels		X	X	Privilégier l'intervention individuelle pour les usagers ayant une situation particulière. Suspendre les rassemblements de groupe.

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et unité de réadaptation modérée - SP

Activités	Maintenir	Adapter	Suspendre	Consignes spécifiques
Soutien aux bénévoles			X	Ne plus accepter de bénévoles ou de stagiaires.

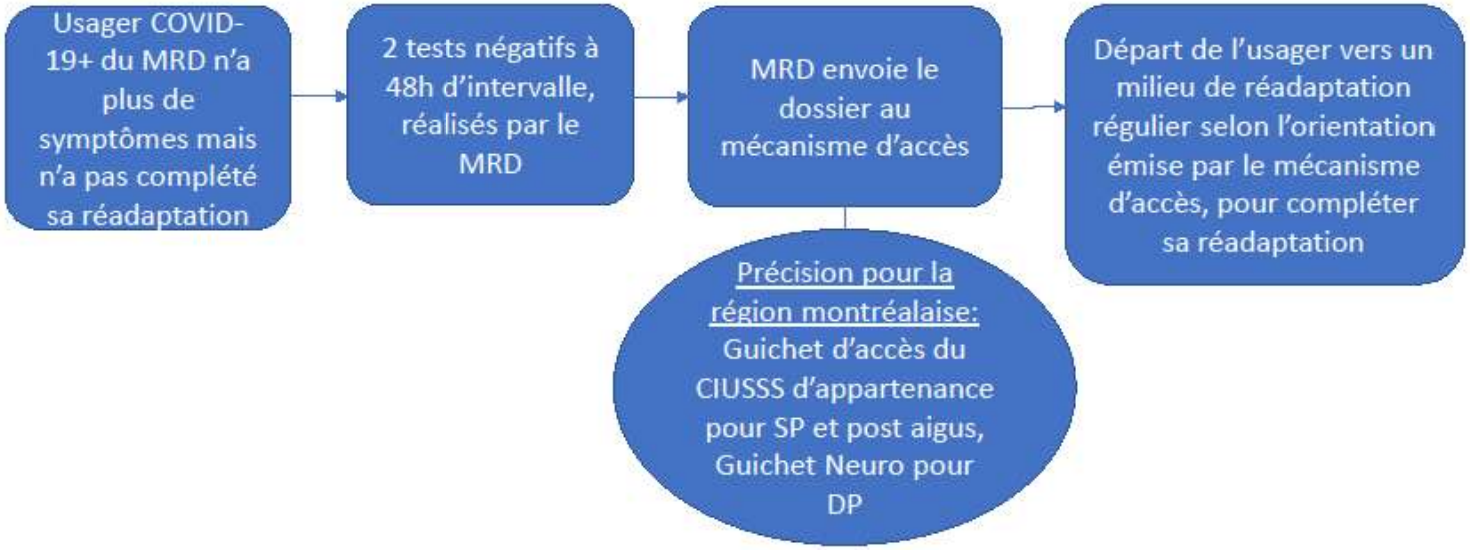
Réadaptation fonctionnelle intensive et modérée en externe - SP

Activités	Maintenir	Adapter	Suspendre	Consignes spécifiques
Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) en externe		X		Maintenir les services en RFI et réadaptation modérée et augmenter la capacité d'accueil, si possible.

ANNEXE 8 : TRAJECTOIRE DE L'USAGER RÉTABLI DU COVID-19 DU MILIEU DÉSIGNÉ VERS UN MILIEU NON-DÉSIGNÉ

Santé et Services sociaux Québec

Processus de retour de l'usager en rémission du COVID-19 du milieu de réadaptation désigné (MRD) vers un milieu de réadaptation régulier



2020-04-20

À L'INTENTION DES DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS, DES DIRECTEURS DE SOINS INFIRMIERS, DES DIRECTEURS DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES, DIRECTEURS DES PROGRAMMES-SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE, DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME DES CISSS ET DES CIUSSS

RECOMMANDATIONS POUR UNE APPROCHE ADAPTÉE EN CENTRE HOSPITALIER DÉSIGNÉ COVID-19 AUPRÈS DES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE, UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

Les personnes ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) sont parmi les groupes vulnérables fragilisés par le contexte entourant la COVID-19 considérant qu'elles peuvent notamment rencontrer des problèmes de communication ou de compréhension de la situation, ainsi qu'éprouver des difficultés à se protéger. De plus, ces personnes, selon leur condition médicale, sont plus à risque de développer des complications à la suite de la contamination à la COVID-19 et leur prise en charge en soins aigus ou intensifs peut être plus complexe.

Pour certaines de ces personnes atteintes du COVID-19 dont l'état nécessite une hospitalisation, une approche adaptée dans les milieux de soins alternatifs et les centres hospitaliers, incluant les unités de soins aigus et intensifs permet de préserver la sécurité et l'intégrité de ces personnes.

Les directions des programmes-services en DP et en DI-TSA des centres intégrés de santé et de services sociaux et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux peuvent assurer un soutien clinique aux équipes hospitalières dans la réponse aux besoins spécifiques de ces personnes. Des approches favorables permettent d'optimiser la communication, les interactions sociales et la gestion du comportement de ces personnes. Ce soutien pourra s'actualiser à distance (ex. téléphone, télésanté) auprès des équipes hospitalières ou sous la forme de télé-réadaptation auprès de la personne ayant une DP, une DI ou un TSA.

Personnes ayant une DI ou un TSA

Ces personnes peuvent présenter des difficultés à s'adapter à de nouveaux environnements, à interagir avec le personnel médical, à comprendre, à communiquer et à collaborer au traitement médical. De plus, la période d'hospitalisation peut générer de l'anxiété pouvant se traduire qui par des troubles de comportement (TC).

- Offrir un environnement qui minimise les stimulus (ex. : tamiser les lumières);

- Énoncer des directives simples (ex. : images simples);
- Mettre en place du personnel de sécurité, au besoin, selon le plan d'intervention;
- Assurer le soutien clinique par le personnel qualifié du programme DI-TSA auprès du personnel clinique des unités d'hospitalisation;
- Assurer l'élaboration et l'application du PII en collaboration avec le programme DI-TSA pendant la période d'hospitalisation.

Personnes présentant un trouble grave du comportement (TGC)

- Prévoir du personnel de sécurité dès l'admission de la personne;
- Assurer le soutien clinique par le personnel qualifié du programme DI-TSA auprès du personnel clinique des unités d'hospitalisation;
- Assurer l'élaboration et l'application du PII en collaboration avec le programme DI-TSA durant la période d'hospitalisation;
- Contacter le service québécois d'expertise en trouble grave du comportement (SQETGC) au besoin, en composant le 514 873-2090.

Si les conditions cliniques nécessitent un recours à l'hospitalisation, diriger les usagers vers un centre hospitalier dont les unités de soins de courte durée possèdent des infrastructures sécuritaires comme les unités de psychiatrie.

Personnes ayant une déficience motrice

Ces personnes ont généralement une diminution de sensibilité et de motricité amenant un risque accru de plaie de pression ou de contractures.

- Offrir une surface thérapeutique adaptée au lit et un bon positionnement;
- Varier fréquemment la position de la personne.

Personnes blessées médullaires

- Porter une attention particulière à l'intégrité de la peau en offrant surface thérapeutique et en effectuant des retournements au minimum à toutes les deux heures;
- Lésion D6 ou supérieure : surveiller les signes de dysréflexie autonome (ex. augmentation de la tension artérielle, céphalée subite) souvent occasionnés par une distension de la vessie ou de la constipation.

Personnes ayant des atteintes cognitives importantes, des difficultés d'expression ou qui présente une déficience sensorielle (auditive, visuelle)

- Prévoir des évaluations cliniques régulières pour dépister les signes et les symptômes;
- Mettre en place de moyens de communication adaptés aux besoins et aux particularités de ces personnes.

Personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un traumatisme craniocérébral (TCC) présentant des atteintes cognitives avec TC

- Évaluer la pertinence de prévoir du personnel de sécurité dès l'admission de l'usager;
- Prévoir une chambre individuelle fermée pour ceux qui ne pourront côtoyer d'autres usagers.

2020-04-20

Orientations pour l'application de l'arrêté ministériel 2020-015 concernant le refus de l'usager à s'isoler volontairement -- Services en déficience physique (DP), en déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA)

L'arrêté ministériel 2020-015 vise à soutenir les établissements lorsque les personnes ne consentent pas à s'isoler volontairement :

https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM_numero_2020-015.pdf?1586042112

Pour certaines situations identifiées, tout directeur de santé publique peut temporairement ordonner l'isolement pour une période d'au plus 14 jours sans une ordonnance de la cour. Il s'agit d'un pouvoir qui est octroyé aux directeurs de santé publique uniquement. Cependant, cette décision est contestable devant la Cour du Québec ou la Cour municipale pour mettre fin à l'isolement ou contester la durée si les risques de contagion n'existent plus ou autre.

Certaines personnes ayant une DP, une DI ou un TSA ne se conforment pas aux mesures de confinement, d'hygiène ou de distanciation physique, tant à l'intérieur d'une ressource résidentielle que lorsqu'elles se déplacent dans la communauté. Le refus de se conformer peut se manifester par un refus clairement énoncé, mais également par une non-collaboration, un non-consentement ou une non-application des mesures recommandées. Ce « refus » d'appliquer les mesures peut être une manifestation :

- d'une atteinte dans la compréhension de la situation;
- d'une atteinte dans la capacité d'exprimer un malaise ou un symptôme;
- d'une atteinte organique qui fait en sorte que l'usager présente de la désinhibition, de l'impulsivité ou encore de l'apathie;
- d'une rigidité comportementale (routine inflexible, détresse lors d'un changement d'horaire ou de routine);
- d'une anxiété;
- d'un trouble de comportement (TC) ou d'un trouble grave de comportement (TGC).

De plus, certaines personnes ayant une DP, une DI ou un TSA sont hébergées dans des milieux avec d'autres personnes très vulnérables. Plusieurs de ces milieux sont de petits milieux de neuf (9) personnes et moins (Ressources intermédiaires et de type familial (RI-

RTF), Résidences à assistance continue (RAC)), établis dans des maisons unifamiliales, situés dans des quartiers résidentiels dans la communauté.

Des mesures telles que l'isolement et la quarantaine ont un impact important sur les personnes vulnérables, notamment celles ayant une DP, une DI ou un TSA et particulièrement pour celles ayant un trouble grave du comportement (TGC). Dans un contexte d'urgence sanitaire, certains droits et libertés de la personne peuvent devoir céder le pas à la protection des droits communs. Dans cette situation, il est important de s'assurer que les atteintes aux droits et libertés en vue d'atteindre l'objectif de protection de la santé publique soient toujours minimales et de dernier recours. Les enjeux éthiques sont importants et dans ce contexte, l'UNESCO[1] recommande de prendre en considération les stratégies de soutien et de prévention de l'aggravation de leur situation. D'autres mesures devraient également être prises pour intervenir sur le stress psychologique déclenché par l'anxiété liée à la pandémie et l'impact du confinement.

De son côté, la France, a émis un avis sur la question par le Comité consultatif national d'éthique[2]. On évoque également le principe de prévention des situations à risques et de traitement des situations au cas par cas, selon le contexte particulier. On recommande, notamment pour tempérer les situations problématiques qui peuvent survenir par les mesures de confinement, que tous les moyens (humains et ressources) soient identifiés et mobilisés, dans chaque établissement : personnel disponible, y compris dans l'environnement de l'établissement, utilisation contrôlée des locaux disponibles et d'espaces extérieurs ou de loisirs, recours aux nouvelles technologies de communication numérique, dans le respect des règles générales de prévention.

Ces grandes orientations doivent pouvoir s'appuyer sur le jugement clinique de l'équipe en place et tenir compte du profil clinique de l'usager, de même que des éléments de l'environnement physique et humain avec lesquels il doit composer. Le comité d'éthique clinique de votre établissement pourrait également être mis à contribution sur la question.

Le tableau suivant illustre des enjeux pouvant être expérimentés dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) appuyés par des pistes de solutions à mettre en œuvre pour favoriser l'isolement volontaire, les conditions d'hébergement des usagers et les conditions de travail du personnel. Ainsi, il sera possible d'éviter des situations qui pourraient compromettre les droits des personnes, leur sécurité ou la sécurité d'autrui.

[1] https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115_fre

[2] https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne-_reponse_a_la_saisine_du_26.03.20_renforcement_des_mesures_de_protection_en_ehpad_et_usld_0.pdf.

THÉMATIQUES	ENJEUX	PISTES DE SOLUTIONS
CARACTÉRISTIQUES CLIENTÈLES	**Prévention des désorganisations comportementales** Lorsque requis, le dépistage de la COVID-19 est difficile pour certains usagers. L'écouvillonnage est intrusif, inconfortable et provoque des désorganisations comportementales pour un bon nombre d'entre eux. Des protocoles d'intervention avec les services policiers sont convenus, pour certains usagers plus à risque.	▪ Rédiger un scénario social lié au dépistage.
MILIEUX SÉCURITAIRES EN CONTEXTE DE PANDÉMIE	**Confinement et mesures de distanciation (RI-RTF et RAC)** L'enjeu de confinement est très important, notamment dans les petits milieux (RI-RTF-RAC), en raison des espaces physiques. Cette situation compromet le respect de la distanciation pour l'alimentation, les activités quotidiennes, tant entre les usagers que le personnel. Lorsque le confinement dans la chambre est possible sur le plan des espaces physiques, il apporte des enjeux de sécurité, des risques d'étouffement pour certains (s'ils mangent seuls) et provoque des désorganisations pour un bon nombre d'entre eux.	▪ Réduire le mobilier disponible dans les lieux communs et le remplacer par des fauteuils individuels.
	Création de milieux alternatifs Identifier des endroits de confinement sécuritaires au sein des organisations est un enjeu important. La majorité des milieux de confinement mis en place au niveau organisationnel ne sont pas adaptés ou adaptables pour la clientèle DI-TSA et DP présentant un TGC. L'adaptation des lieux est possible dans certains milieux, mais cela comporte de nombreux défis.	▪ Établir une coordination interdirections et programmes pour des installations sécuritaires pour les usagers, le personnel et la communauté. ▪ Identifier des installations hors RSSS pour le confinement. Instaurer une unité supra régionale pouvant accueillir ce profil d'usager pour les régions qui n'ont pas accès à une installation ou à suffisamment de places dans leur région.

	Plusieurs enjeux sont anticipés lors de la prise en charge de ces usagers dans les milieux de confinement, par exemple le transport des usagers COVID + vers ces milieux, l'approvisionnement, la disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI), la maintenance et la désinfection, etc.	▪ Identifier un service de transport sécuritaire pour ce profil clientèle.
	Équipement protection individuel (EPI) Les mesures de protection habituellement requises, tel que la visière, sont parfois difficiles à maintenir en place lors de désorganisations d'un usager. Dans un contexte de pandémie, le personnel est plus à risque de contamination si la visière ne reste pas en place. Les équipements de protection ne sont pas en nombre suffisant pour faire face aux interventions en situation de crise (code blanc, immobilisation, contention humaine, etc.). Cela entraine des risques de contagion pour le personnel dans le contexte actuel.	▪ Effectuer un rappel quant aux mesures d'ajustement des visières en situation de code blanc ou d'intervention d'immobilisation. ▪ Adresser une demande de service conseil au Service Québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) afin de soutenir l'adaptation de l'intervention en situation de crise pour certains usagers (matériel, techniques, etc.). Il est possible d'intervenir avec une certaine distance sans manipulation de l'usager, en utilisant la technique des ballons ITCA. ▪ Assurer la désinfection du matériel utilisé lors des interventions entre chaque utilisation, en respectant les normes en vigueur. ▪ Fournir l'équipement de protection individuel requis pour le personnel œuvrant auprès de cette clientèle.

ENJEUX RH ET PRESTATAIRES DE SERVICES	**Formation aux approches et caractéristiques clientèles** Pouvoir qualifier rapidement du nouveau personnel devant intervenir auprès d'une clientèle DI-TSA et présentant un TGC.	▪ Rendre disponible de nouvelles techniques d'intervention comportementale en contexte de pandémie. ▪ Rendre accessible la formation adaptée, contexte pandémie, ITCA – SQETGC (l'établissement doit assurer la disponibilité de leurs formateurs ITCA accrédité). ▪ Former rapidement les intervenants en DI-TSA qui proviendraient d'autres programmes, à l'aide de la formation à distance qui sera offerte par l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (IU DI-TSA).
INTERVENTIONS REQUISES	**Contexte et approches** À la base, l'approche préconisée pour la clientèle DI-TSA présentant un TGC consiste à ne pas confronter l'usager et éviter de lui imposer des limites en le redirigeant vers d'autres activités. C'est éviter aussi une approche punitive et coercitive lors du non-respect des consignes. Dans le contexte actuel, ces approches s'avèrent souvent difficiles, voire, impossibles à actualiser car elles ne sont pas conformes aux directives gouvernementales (ne peut accéder à ses activités préférées, routine modifiée, restriction de contact avec ses pairs et proches, etc.). Les modalités de télé soins et les appels téléphoniques proposés dans le contexte de la pandémie sont peu efficaces pour ce profil d'usager. Une augmentation de l'utilisation des mesures de contrôle est constatée.	▪ Mettre en place une programmation individuelle adaptée au contexte, à l'environnement et à la personne pour répondre autrement à ces besoins. S'inspirer des idées sur les réseaux sociaux, incluant l'achat de matériel électronique (console vidéo, IPad), jeux individuels, livres etc. ▪ Enseigner les consignes de santé publique en portant une attention particulière aux interventions lors de ces actions (propos rassurant, ton, etc.).

HOSPITALISATION	Pour les usagers qui devront être hospitalisés, le soutien aux unités de soins pour faciliter les interventions et la gestion des comportements est planifié, car il y a méconnaissance de la part du personnel soignant des particularités de la clientèle DP-DI-TSA plus particulièrement.	▪ Avoir un scénario social pour que l'usager puisse anticiper son hospitalisation, notamment le personnel portant l'équipement de protection individuel (EPI).

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 22 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES, DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Voici, en date du 22 avril, et dans le contexte de réduction déjà annoncée des chirurgies électives et semi-urgentes, les dernières recommandations adoptées par le ministère de la Santé et des Services sociaux en suivi des travaux effectués par le **Sous-comité COVID-19 bloc opératoire** qui sont également appuyés par le Comité clinique directeur COVID-19.

Devant les constats suivants :

- Une étude expérimentale et deux études observationnelles suggèrent que l'utilisation d'électrocautères et d'autres outils à haute vitesse en chirurgie ouverte génère des aérosols contenant de fines particules respirables (< 10 µm);
- Aucune donnée portant sur la présence du virus de la COVID-19 ou d'autres virus respiratoires dans des aérosols générés lors de chirurgies ouvertes n'a été identifiée dans la littérature;
- Aucune étude ou rapport de cas de transmission de virus respiratoire au personnel soignant lors de chirurgies ouvertes n'a été identifié dans la littérature;
- Les preuves disponibles ne permettent pas de déterminer si les aérosols générés lors de chirurgies ouvertes abdominales, thoraciques et lors d'interventions en orthopédie peuvent être un vecteur de transmission du SARS-CoV-2;
- Les systèmes d'irrigation et de succion utilisés en chirurgie ouverte constituent une source possible d'éclaboussures et d'exposition au sang et autres liquides biologiques pour le personnel;

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- L'ARN du virus responsable de la COVID-19 a été détecté dans des échantillons de sang et de selles de patients infectés. Aucune transmission de la maladie par cette voie n'a été documentée. De plus, la viabilité du virus dans les échantillons extrapulmonaires et son potentiel infectieux demeurent inconnus;
- Des organismes suggèrent de considérer les risques d'exposition à des aérosols infectieux générés par l'utilisation d'électrocautères, de scies à os ou de perceuses au contact de sang ou d'autres fluides corporels lors de chirurgies ouvertes réalisées chez des patients COVID-19 confirmés ou suspectés et de mettre en place des précautions pour protéger le personnel du bloc opératoire (ex. : évacuateur de fumées, baisse de la puissance de l'électrocautère, équipement de protection individuelle).

Ces différents constats suggèrent que le risque de transmission par voie aérienne du virus de la COVID-19 aux professionnels de la santé lors de la réalisation d'une chirurgie ouverte, incluant la chirurgie orthopédique, est probablement faible.

Ainsi, à la lumière des informations disponibles et conscient de la nécessité de revoir régulièrement le sujet, le Sous-comité COVID-19 bloc opératoire fait les recommandations suivantes. Signalons par ailleurs que ces recommandations ne s'appliquent pas à la chirurgie thoracique ; cette dernière ayant déjà fait l'objet de recommandations particulières.

- Retarder toute procédure jugée non urgente, en accord avec les recommandations déjà émises.
- Évaluer, selon la prévalence de la COVID-19 dans la communauté, les risques et bénéfices de toute intervention chirurgicale.
- Utiliser un évacuateur de fumée pour les procédures chirurgicales chez les patients jugés à haut risque d'être porteurs de la COVID-19 ou chez les cas confirmés.
- Utiliser les réglages d'électrocautères les plus bas possible.
- Utiliser, dans les cas de chirurgie orthopédique impliquant l'utilisation d'appareils susceptibles de générer des aérosols (IMGA), une protection oculaire en plus du masque chirurgical (un respirateur N95 n'est pas recommandé dans ces cas).
- Utiliser, dans les cas de chirurgie digestive ouverte impliquant une cautérisation de la muqueuse intestinale, un respirateur N95.
- Ne pas considérer, dans l'état actuel des connaissances, l'approche ouverte comme une option plus sécuritaire que l'approche laparoscopique dans les cas confirmés de la COVID-19.
- Envisager, dans les cas jugés à haut risque de transmission de la COVID-19, une approche alternative ou un traitement médical seul.
- Mettre à jour l'ensemble de ces recommandations en fonction de l'évolution des connaissances et de la prévalence de la COVID-19 dans la communauté.

... 3

Ces recommandations sont matière à changement ou à éclaircissement au fur et à mesure de l'évolution de la situation.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
PDGM des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02908-17

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 22 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Nous vous écrivons en suivi de la communication qui vous a été transmise le 8 avril dernier à l'égard du maintien de l'offre de services de répit à domicile (20-MS-02502-54). La présente communication concerne les services de répit de jour offerts hors du domicile aux familles et aux personnes proches aidantes des personnes ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA), de moins de 70 ans et qui ne sont pas immunosupprimées ou atteintes de maladies chroniques, ainsi qu'aux familles des jeunes en difficulté.

Ainsi, en l'absence de facteur de risque de contamination à la COVID-19, les services de répit offerts hors du domicile et qui sont jugés essentiels doivent redémarrer, particulièrement auprès des proches et des familles les plus vulnérables ou à haut risque de détresse ou d'épuisement ainsi que lorsqu'il y a risque de relocalisation vers une ressource d'hébergement. Ces orientations se veulent complémentaires aux directives suivantes, et ce faisant, les mêmes balises sont applicables :

- COVID-19 : Directives au réseau de la santé et des services sociaux – Soutien à domicile
- COVID-19 : Directives de santé publique à l'intention des personnes offrant un service de répit à domicile aux familles d'enfants ayant une DP, une DI ou un TSA

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

À cet égard, le ministère de la Santé et des Services sociaux vous transmet les consignes encadrant les services de répit de jour hors du domicile pouvant être offerts dans divers milieux (un établissement public, un organisme communautaire ou une maison de répit), excluant les ressources intermédiaires et de type familial. La durée peut varier de quelques heures à une journée entière. Les nuitées ne sont pas permises.

Nous comptons sur votre habituelle collaboration afin de vous assurer que ces orientations soient diffusées auprès des équipes et des partenaires concernés et mises en place de façon efficace.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Membres du CODIR, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-25

Services de répit de jour offerts hors du domicile personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme ainsi que pour les jeunes en difficulté

22 avril 2020

RAPPEL

Qu'est-ce que la COVID-19?

La COVID-19 est une maladie respiratoire causée par le nouveau coronavirus, également appelé SARS-CoV-2.

Quels sont les symptômes de la COVID-19?

Les principaux symptômes sont la fièvre ou la toux ou des difficultés à respirer ou la perte soudaine de l'odorat sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'une perte de goût. D'autres symptômes peuvent aussi apparaître : mal de gorge, mal de tête, douleur musculaire, fatigue intense, perte importante de l'appétit et diarrhée. Dans les cas plus graves, on peut observer un essoufflement important et des douleurs à la poitrine. La maladie peut aussi entraîner le décès, particulièrement chez les personnes âgées, immunosupprimées ou souffrant de maladies chroniques.

Par conséquent, les services de répit offerts hors du domicile concernent les familles et les personnes proches aidantes des personnes ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA), de moins de 70 ans et qui ne sont pas immunosupprimées ou atteintes de maladies chroniques, ainsi que les familles des jeunes en difficulté.

Comment se transmet l'infection respiratoire?

Elle se transmet principalement d'une personne à une autre par le contact avec les gouttelettes qui sont projetées dans l'air quand une personne infectée parle, tousse ou éternue. La transmission par contact indirect (ex. : objets contaminés) est possible, mais ne représente pas le mode de transmission principal. On ne peut exclure que le virus soit transmis par les selles.

Qu'est-ce que le répit de jour offert hors du domicile ?

Le répit : ce service procure aux familles ou aux personnes proches aidantes un temps de détente afin de compenser le stress et la fatigue supplémentaires occasionnés par les besoins particuliers d'un enfant ou d'un adulte ayant une incapacité. Il peut être offert dans divers milieux (un établissement public, un organisme communautaire ou une maison de répit), excluant les ressources intermédiaires et de type familial. La durée peut varier de quelques heures à une journée entière. Les nuitées ne sont pas permises.

Les services de répit essentiels se poursuivent. Ils sont notamment jugés essentiels lorsque :

- il y a épuisement ou risque élevé d'épuisement des personnes proches aidantes;
- il y a risque de relocalisation ou d'hébergement de l'aidé.

En raison du nombre limité de personnes pouvant être accueillies en même temps dans un même lieu, une priorité doit être accordée aux personnes proches aidantes et aux familles qui ont un niveau élevé de détresse ou d'épuisement.

Les présentes orientations se veulent complémentaires aux directives suivantes :

- COVID-19 - Directives au réseau de la santé et des services sociaux – Soutien à domicile (https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/sad/);
- COVID-19 : Directives de santé publique à l'intention des personnes offrant un service de répit à domicile aux familles d'enfants atteints de déficience physique, de déficience intellectuelle ou de trouble du spectre de l'autisme https://www.inspq.qc.ca/publications/2974-repit-domicile-enfants-covid19.

CONSEILS ET PRÉCAUTIONS DE BASE

Afin de limiter les risques de contamination par la COVID-19, toutes les personnes du milieu qui offre du répit devront connaître et respecter les consignes sanitaires émises par les autorités de santé publique :

Hygiène des mains

- Se laver souvent les mains avec de l'eau et du savon pendant au moins 20 secondes.
- Utiliser une solution hydroalcoolique (60 % ou plus) s'il n'y a pas d'accès à de l'eau et à du savon.
- Éviter de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec les mains.

Hygiène et étiquette respiratoire

- Tousser et éternuer dans le creux du bras et non dans les mains.
- Jeter immédiatement dans une poubelle tout mouchoir en papier utilisé et se laver les mains par la suite.

Mesures de distanciation physique

- Maintenir dans la mesure du possible une distance de 2 mètres entre les personnes.

CONSIGNES SPÉCIFIQUES POUR LES MILIEUX QUI OFFRENT DU RÉPIT

1) S'assurer de respecter les consignes sanitaires

Afin de limiter les risques de contamination par la COVID-19, il est primordial que toutes les personnes demeurant ou travaillant dans le milieu de répit connaissent et respectent les

consignes sanitaires émises par les autorités de santé publique (voir précédemment). Dans un contexte de transmission communautaire, certaines situations constituent des contre-indications aux services de répit:

- L'usager, une des personnes avec qui elle vit ou une des personnes du milieu de répit présente au moins un des symptômes associés à la COVID-19: toux récente ou aggravée, fièvre, difficultés respiratoires, perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte de goût; douleurs musculaires, céphalée, fatigue intense ou importante perte d'appétit, mal de gorge, diarrhée. Dans ce cas, la personne devrait être référée à Info Coronavirus au 1 877 644-4545 pour être évaluée.
- L'usager, une des personnes avec qui elle vit ou une des personnes du milieu de répit est spécifiquement visée par une consigne d'isolement de la santé publique parce qu'elle:
    - a reçu un diagnostic de COVID-19 ou est en attente d'un résultat de test;
    - a été en contact étroit avec un cas confirmé de COVID-19;
    - est revenue de voyage depuis moins de 14 jours.

Si c'est un des travailleurs du milieu de répit qui fait l'objet de consigne d'isolement, ce dernier ne peut pas se présenter au travail.

Dans l'une ou l'autre de ces situations, il faudra attendre que les consignes d'isolement soient levées avec l'accord de la direction de santé publique ou du médecin traitant avant d'offrir le répit.

Les consignes d'isolement seront levées en présence de l'une des conditions suivantes :

- pour les personnes symptomatiques: période d'au moins 14 jours après le début des symptômes, absence de symptômes aigus depuis 24 heures (excepté la toux et la perte d'odorat, qui peuvent persister) et absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique);
- pour les personnes en attente d'un résultat: résultat négatif OU si résultat positif: mêmes conditions que pour la personne symptomatique si présence de symptômes ou 14 jours après le test si asymptomatique;
- pour les personnes asymptomatiques ayant été en contact étroit avec un cas confirmé: période d'au moins 14 jours depuis la dernière exposition à risque élevé[1] à un cas de COVID confirmé.

2) Rehausser les mesures de prévention et de contrôle des infections

- Appliquer rigoureusement les mesures d'hygiène des mains et d'hygiène respiratoire telles que décrites précédemment.

[1] Exposition à risque élevé : voir critères à la page 10 du document COVID-19 Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté: recommandations intérimaires

- Demander à l'usager et aux travailleurs de se laver les mains dès leur arrivée dans le milieu.
- Nettoyer et désinfecter souvent les objets/surfaces touchés fréquemment (poignées de porte, robinets, interrupteurs, rampes d'escalier, toilettes, etc.). Pour plus d'informations, consulter le document COVID-19: Nettoyage de surface : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement/nettoyage-surfaces
- **S'assurer qu'il n'y ait qu'une seule personne par chambre.**
- S'assurer de bien désinfecter les pièces qui ont été visitées après le départ de chaque usager.

3) Favoriser les mesures de distanciation physique

Pour éviter que les milieux de répit ne deviennent des lieux de propagation ou des foyers d'éclosion, respecter l'ensemble des consignes suivantes :

- Un ratio d'un intervenant par usager;
- Limiter à un seul duo usager/intervenant par local au même moment. Par conséquent, le nombre de duos possible dans le milieu est équivalent au nombre de locaux distincts disponibles dans le milieu.
- Aucun rassemblement de plus de deux personnes;
- Aucune activité de groupe intérieure et extérieure;
- Planifier les déplacements à l'intérieur des milieux afin que les usagers ne se croisent pas dans les corridors ou dans les locaux;
- Maintenir une distance de 2 mètres avec l'usager, aussi souvent que possible. Lorsqu'il est impossible de garder une telle distance, porter un masque de procédure et des lunettes de protection en tout temps lorsqu'à moins de deux mètres. Changer le masque s'il est mouillé ou souillé, en prenant soin de bien se laver les mains avant de le retirer et après l'avoir retiré.
- Prendre un nouveau masque à chaque nouvelle journée. Laver et désinfecter les lunettes de protection après usage. Pour le port prolongé ou la réutilisation du masque connaître et appliquer les bonnes pratiques : https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19
- Aucun visiteur n'est admis au milieu de répit.
- Aucune sortie de l'usager pour visiter d'autres membres de la famille ou pour aller dans un lieu public (ex. : épicerie, pharmacie, banque, etc.).
- Pour des soins de santé de routine ou de suivi, favoriser la télémédecine ou les suivis téléphoniques, lorsque possible. Au besoin, communiquer avec le milieu clinique.
- Si l'usager doit sortir pour des soins de santé (le rendez-vous doit être planifié), idéalement ne pas utiliser le transport en commun et maintenir la distanciation de 2 mètres dans la mesure du possible. Dans le cas où on ne peut maintenir la distanciation, le port de masque est de mise. Les indications suivantes viennent guider la désinfection des véhicules :

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2938-taxi-covoiturage-cab-covid19.pdf

- Les autres membres du milieu doivent se limiter aux déplacements essentiels et appliqueront les mesures d'hygiène des mains de façon stricte avant, pendant et après le déplacement.
- Les sorties extérieures supervisées (ex: dans la cour) sont permises en maintenant une distance de 2 mètres avec toute autre personne.

4) Personne dans le milieu de répit présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19

- La personne responsable du milieu de répit ou un intervenant qui développe des symptômes pendant qu'un ou des usagers s'y trouvent doit se mettre rapidement un masque de procédure et autant que possible, s'isoler, tout en s'assurant qu'une personne compétente puisse prendre la relève. Porter des gants et un masque maison ou de procédure en attendant d'être évaluée. Elle devra également contacter la ligne Info Coronavirus au 1 877 644-4545 et suivre les consignes reçues.
- Les répondants des usagers doivent alors être avisés et celles-ci doivent retourner à la maison dans les plus brefs délais. Les répondants doivent également contacter la ligne Info Coronavirus au 1 877 644-4545 et suivre les consignes reçues.

5) Personne présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19

- Si l'usager développe des symptômes alors qu'elle est en milieu de répit, elle doit être retirée du milieu jusqu'à ce que les conditions de levée de l'isolement soient respectées (voir précédemment).
- Dans l'attente que l'usager retourne à la maison:
  - s'assurer qu'elle demeure dans une pièce réservée, où les autres personnes du milieu n'ont pas accès;
  - si possible, lui faire porter un masque de procédure et la personne qui s'en occupe en porte un aussi;
  - une seule personne devra s'occuper de l'usager jusqu'à son départ;
  - l'hygiène des mains doit être respectée de façon rigoureuse.

- Après le départ de l'usager, s'assurer de bien nettoyer et désinfecter toutes les surfaces potentiellement contaminées.
- Procéder au nettoyage des vêtements quotidiennement selon les procédures habituelles et s'assurer d'un séchage adéquat. Les vêtements peuvent être lavés avec les autres vêtements.
- Contacter la ligne Info Coronavirus au 1 877 644-4545 si vous avez des inquiétudes et suivre les consignes.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 22 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES, AU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL, À LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK ET AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES,

Mesdames,
Messieurs,

Dans le contexte de la pandémie à la COVID-19, nous souhaitons vous réitérer l'importance des responsabilités des établissements à l'égard des personnes qui sont représentées par le Curateur public du Québec. Il est important de préciser que les majeurs inaptes qui sont sous régime de protection représentent une proportion significative des personnes qui se retrouvent en milieu de vie, notamment dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les ressources intermédiaires et ressources de type familial (RTF).

À ce titre, nous vous rappelons que le Curateur public se doit d'être informé de l'évolution de l'état de santé de la personne hébergée qu'il représente, au même titre que les familles et les proches, comme précisé dans les consignes CHSLD du 27 mars dernier, soit :

- Instaurer des moyens de communication permettant le maintien du lien entre les proches (*ou représentants légaux*) et les résidents dans le contexte d'interdiction des visites régulières, par exemple l'accès aux appels téléphoniques et outils technologiques de communication;

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- Identifier des employés, bénévoles ou autres personnes dont les fonctions sont de contacter les familles, les proches (*ou représentants légaux*) pour les informer de l'état de santé et de bien-être du résident sur une base régulière.

Afin de vous assurer que le Curateur public est informé de l'état de santé des personnes qu'il représente, nous vous demandons, si ce n'est déjà fait, de vous assurer qu'une communication soit faite avec le curateur délégué des personnes sous régime de protection public.

Dans le cas des personnes qui ne sont pas hébergées et qui sont connues d'un programme-service des centres intégrés ou centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux s'adressant aux personnes âgées, aux personnes ayant un trouble mental, une déficience physique ou intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, une vigilance accrue est demandée. Il est impératif de s'assurer que les personnes inaptes, isolées et vulnérables reçoivent les services requis par leur état de santé, particulièrement en contexte de pandémie où l'isolement de celles-ci est plus grand. Pour ces personnes, une communication avec le curateur délégué est également souhaitée.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M^me^ Martine Alfonso, CUSM
M. Denis Marsolais, CPQ
PDGA des centres intégrés et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS- 02908-26

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 23 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous désirons vous informer que vous avez désormais accès à deux contenus différents de formations et d'outils visant à soutenir les personnes qui viennent prêter main-forte pour soutenir les travailleuses et travailleurs de la santé et des services sociaux qui luttent contre la pandémie à COVID-19 dans les milieux de vie pour aînés tels que les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les résidences privées pour aînés (RPA) et les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF). Ces outils et formations visent deux clientèles distinctes, soit les personnes SANS expérience clinique et celles AVEC expérience clinique, comme décrit ci-dessous :

1) **Formations et outils visant à soutenir les personnes SANS expérience clinique en affectation temporaire dans un milieu de vie pour aînés :** Ces contenus, utilisés en complémentarité avec la formation en présentiel offerte par votre établissement, permettront de faciliter l'orientation des travailleurs avec peu ou sans expérience auprès des usagers des milieux de vie pour aînés.

2) **Formations et outils visant à soutenir les personnes AVEC expérience clinique en affectation temporaire dans un milieu de vie pour aînés :** Ces outils s'adressent en premier lieu au personnel infirmier, mais pourront également soutenir tout le personnel requérant des informations sur les interventions et les approches à privilégier auprès des aînés, en particulier ceux présentant des troubles neurocognitifs majeurs.

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Ces outils et formations sont disponibles sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial de la Formation continue partagée (FCP) pour tous les employés du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), à l'adresse suivante : https://fcp.rtss.qc.ca/.

Ces mêmes formations et outils sont également rendus disponibles aux partenaires hors RSSS. Il peut s'agir d'établissements privés (par exemple : CHSLD privés non conventionnés, RPA), d'organismes communautaires, d'entreprises d'économie sociale, etc. En plus d'avoir accès aux deux formations présentées précédemment, les partenaires hors RSSS pourront accéder aux **Formations et outils disponibles en lien avec la COVID-19 : prévention et contrôle des infections et autres outils de soutien**. Les partenaires hors RSSS y accèdent en se dirigeant à l'adresse suivante : https://fcp-partenaires.ca/.

Nous vous demandons donc de communiquer cette information à vos employés ainsi qu'aux collaborateurs concernés pour les informer de l'accessibilité des outils et des formations en lien avec la COVID-19.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Chefs des DRMG
DSP des établissements publics de santé et de services sociaux
DRH des communications et des affaires juridiques des établissements publics du RSSS
DSP des établissements publics du RSSS
Directeurs SAPA
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-09

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 23 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES, AU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL, À LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK ET AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

Mesdames,
Messieurs,

Nous désirons par la présente vous faire part de directives qui doivent s'appliquer lorsqu'un résident d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) doit réintégrer son milieu de vie après un épisode hospitalier.

Avant le retour en CHSLD d'un résident qui a eu un séjour prolongé à l'urgence ou en centre hospitalier, celui-ci doit avoir effectué un test de dépistage de la COVID-19. En fonction du résultat au test de dépistage :

- si le test est négatif, le résident retourne dans son CHSLD et est placé en isolement préventif pour une période de 14 jours. Il ne doit pas se trouver en présence des autres résidents;
- si le test est positif, deux des cas de figure peuvent s'appliquer :
    1. le résident ne peut pas être réintégré au CHSLD si celui-ci n'a pas de cas de COVID-19. À ce moment-là, il doit être redirigé de façon temporaire dans un milieu de confinement dans la communauté;
    2. le résident peut, toutefois, être réintégré au CHSLD s'il y a déjà des cas de COVID-19. À ce moment-là, le résident doit être placé en zone chaude.

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Nous vous réitérons l'importance de prendre tous les moyens nécessaires afin de s'assurer que les mesures de prévention et de contrôle des infections sont respectées en tout temps au retour du centre hospitalier et par toutes les personnes présentes dans le CHSLD.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

c. c. M[me] Martine Alfonso, Centre universitaire de santé McGill
M. Martin Arata, ACMDPQ
M[me] Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Chefs de Département régional de médecine générale
Directeurs des services professionnels des établissements publics du RSSS;
Directeurs SAPA
Membres du CODIR
PDGA des centres intégrés et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-31

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 23 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX ET À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

Mesdames,
Messieurs,

Face à la pandémie actuelle de la COVID-19, différentes mesures ont été annoncées par le gouvernement du Québec afin de soutenir les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires. La présente vise donc à vous transmettre les directives à l'égard de mesures prises concernant certains prestataires externes de services de soutien à domicile, soit les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) et les travailleurs engagés dans le cadre de l'allocation directe/chèque emploi-service (AD/CES).

Tout d'abord, nous vous enjoignons de recourir aux services des EESAD pour répondre aux besoins inhérents à la situation actuellement vécue dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Vous pourrez ainsi maximiser les ressources en CHSLD en déployant les préposés d'aide à domicile des EESAD n'étant pas déjà mobilisés pour offrir des services essentiels de soutien à domicile. Ces préposés auront droit, temporairement, pour les heures de services dispensées en CHSLD, à la hausse salariale de 4 $ l'heure annoncée dans le cadre des efforts de lutte contre la pandémie. Ces mesures sont effectives dès maintenant.

Également, les préposés d'aide à domicile œuvrant dans les EESAD doivent bénéficier d'une bonification temporaire de leur salaire horaire de 8 % pour les heures de services dispensées pour le compte d'un établissement, en résidences privées pour aînés ou à domicile, pendant l'état d'urgence sanitaire. Cette mesure est effective de manière rétroactive pour les heures effectuées à partir du 13 mars 2020, et ce, jusqu'au 30 juin 2020.

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990

En plus de favoriser la réponse aux besoins inhérents au contexte de pandémie actuel et de soutenir les centres intégrés de santé et de services sociaux et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS) pour la prestation des services d'aide à domicile sur leur territoire, ces différentes mesures favorisent le maintien en emploi des préposés d'aide à domicile et la poursuite des activités des EESAD.

Il importe de mentionner que, dans le contexte actuel de la pandémie, les CISSS et les CIUSSS ont la possibilité de recourir, et ce, sans appel d'offres, aux services des EESAD. Un bilan de l'utilisation des sommes et des activités réalisées en lien avec l'achat de services sans appel d'offres auprès des EESAD devra être complété et acheminé au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en date du 30 juin 2020, d'ici le 15 juillet prochain. Ce rapport devra faire état de l'utilisation des sommes dans le cadre des mesures visées par l'aide financière annoncée dans le contexte de la pandémie. Le détail de la répartition entre les EESAD de votre territoire devra également être transmis au MSSS. Ci-joint, vous trouverez le gabarit de reddition de comptes à utiliser. Ce dernier doit être retourné à martin.hebert@msss.gouv.qc.ca.

Aussi, nous vous prions d'accorder aux travailleurs engagés dans le cadre de l'AD/CES offrant déjà des services de soutien à domicile la bonification temporaire de leur salaire horaire de 8 % pour les heures effectuées pendant l'état d'urgence sanitaire. Cette bonification s'applique au taux horaire en vigueur dans chaque établissement et est effective de manière rétroactive pour les heures effectuées à partir du 13 mars 2020, et ce, jusqu'au 30 juin 2020. Le MSSS assurera l'octroi d'un financement accordé pour cette mesure à chaque établissement.

En tant que présidente-directrice générale ou président-directeur général d'un établissement public de santé et de services sociaux, vous avez la responsabilité d'informer les gestionnaires concernés de votre territoire du taux horaire temporairement accordé par votre établissement aux travailleurs de l'AD/CES pendant l'état d'urgence sanitaire. Cette information doit aussi être transmise au centre de traitement du chèque emploi-service (CTCES) de Desjardins par télécopieur, en adressant une lettre à *Conseiller AD/CES–Changement de taux horaire*, au 514 356-1155, ou par courriel, à ctces@spd.desjardins.com. Le taux horaire temporaire doit être clairement identifié dans cette lettre. Il est de la responsabilité du répondant AD/CES de l'établissement de transmettre cette information au CTCES et de s'assurer de son exactitude. À cet effet, nous vous transmettons, dans le tableau annexé à la présente lettre, la liste des taux horaire ajustés par établissement. Ce taux ne peut être inférieur au taux horaire minimum, fixé par le MSSS, bonifié de 8 %, soit 15,39 $.

… 3

Noter que si l'état d'urgence sanitaire devait se prolonger au-delà du 30 juin 2020, de nouvelles directives à l'égard de l'application des présentes mesures vous seront communiquées.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. M. Pierre-Albert Coubat, MSSS
M. Éric Lapointe, Desjardins
PDGA des CISSS et des CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-03056

Mesures de soutien pour les entreprises d'économie sociale en aide à domicile et les travailleurs engagés dans le cadre de l'allocation directe/chèque emploi-service – COVID-19

Financement pour répondre aux besoins supplémentaires encourus dans les milieux de vie et à domicile

RSS	Établissement	Financement EÉSAD					Financement CES			Total financement
		Nombre de Lits physiquement disponibles et utilisés Tous les CHSLD	Achat services EÉSAD pour CHSLD sans appel d'offre	Prime 4$ préposées EÉSAD en CHSLD	Heures achat de services p12 2020-2021	Prime 8% préposées EÉSAD hors CHSLD	Taux horaire en vigueur 2019-2020	Taux horaire avec prime 8% rétroactive au 13 mars 2020	Montant pour prime de 8% CES	
1	CISSS du Bas-Saint-Laurent	925	191 400 $	30 000 $	294 070	39 800 $	14,68 $	15,85 $	67 200 $	328 400 $
2	CIUSSS du Saguenay- Lac-Saint-Jean	1 177	243 600 $	38 100 $	334 936	45 300 $	14,25 $	15,39 $	57 800 $	384 800 $
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	4 115	851 500 $	133 400 $	1 164 889	157 500 $	15,00 $	16,20 $	114 800 $	1 257 200 $
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	2 482	513 600 $	80 400 $	504 455	68 200 $	14,25 $	15,39 $	117 100 $	779 300 $
5	CIUSSS de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	2 266	468 900 $	73 400 $	454 657	61 500 $	14,25 $	15,39 $	78 200 $	682 000 $
6	CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL	134	27 700 $	4 300 $						32 000 $
	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	2 334	483 000 $	75 600 $	31 078	4 200 $	15,22 $	16,44 $	108 500 $	671 300 $
	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	1 992	412 200 $	64 600 $	47 882	6 500 $	15,22 $	16,44 $	164 100 $	647 400 $
	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	2 588	535 600 $	83 900 $	93 680	12 700 $	15,22 $	16,44 $	90 300 $	722 500 $
	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	2 524	522 300 $	81 800 $	226 143	30 600 $	15,22 $	16,44 $	158 500 $	793 200 $
	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	3 348	692 800 $	108 500 $	71 180	9 600 $	15,22 $	16,44 $	203 300 $	1 014 200 $
7	CISSS de l'Outaouais	1 274	263 600 $	41 300 $	440 941	59 600 $	14,25 $	15,39 $	126 900 $	491 400 $
8	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	591	122 300 $	19 200 $	219 532	29 700 $	14,25 $	15,39 $	35 800 $	207 000 $
9	CLSC NASKAPI						14,44 $	15,60 $	2 500 $	2 500 $
	CISSS de la Côte-Nord	401	83 000 $	13 000 $	90 337	12 200 $	14,44 $	15,60 $	74 000 $	182 200 $
10	Nord-du-Québec	41	8 500 $	1 300 $	11 860	1 600 $	14,25 $	15,39 $	1 900 $	13 300 $
11	CISSS des Îles	62	12 800 $	2 000 $	73 000	9 900 $	14,25 $	15,39 $	4 500 $	29 200 $
	CISSS de la Gaspésie	440	91 100 $	14 300 $	235 922	31 900 $	14,25 $	15,39 $	48 700 $	186 000 $
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	1 935	400 400 $	62 700 $	654 356	88 500 $	14,25 $	15,39 $	17 800 $	569 400 $
13	CISSS de Laval	1 934	400 200 $	62 700 $	72 661	9 800 $	14,75 $	15,93 $	84 800 $	557 500 $
14	CISSS de Lanaudière	1 862	385 300 $	60 400 $	482 187	65 200 $	14,25 $	15,39 $	85 900 $	596 800 $
15	CISSS des Laurentides	2 339	484 000 $	75 800 $	322 894	43 700 $	14,25 $	15,39 $	189 000 $	792 500 $
16	CISSS de la Montérégie-Centre	1 871	387 200 $	60 600 $	160 124	21 700 $	14,50 $	15,66 $	91 700 $	561 200 $
	CISSS de la Montérégie-Est	2 135	441 800 $	69 200 $	513 511	69 400 $	14,50 $	15,66 $	117 800 $	698 200 $
	CISSS de la Montérégie-Ouest	1 339	277 100 $	43 400 $	155 130	21 000 $	14,50 $	15,66 $	158 900 $	500 400 $
TOTAL DU QUÉBEC		**40 109**	**8 299 900 $**	**1 299 900 $**	**6 655 425**	**900 100 $**			**2 200 000 $**	**12 699 900 $**

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Bilan de l'utilisation du financement d'urgence - achat de services auprès des EESAD - Pandémie de la COVID-19

À transmettre au plus tard le 30 juin 2020 à l'adresse : martin.hebert@msss.gouv.qc.ca

Nom du CISSS ou du CIUSSS :

Inscrire le nom de chaque entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) et répéter ce nom pour chaque CHSLD, RPA ou « Domicile » de la colonne B.	Inscrire le nom de chaque CHSLD ou RPA pour lesquelles les mesures s'appliquent. S'il s'agit d'un domicile, inscrire « Domicile ».	Dépenses réelles du 13 mars 2020 au 30 juin 2020 pour l'achat de services de l'EESAD, la prime 4 $ de l'heure et la prime 8 % (Total des 3 mesures)	CHSLD - Nombre d'heures de services achetées de l'EESAD pour les CHSLD (admissibles à la prime 4 $/h) 17 avril 2020 au 30 juin 2020	CHSLD - Proportion des heures de services achetées de l'EESAD pour les CHSLD en remplacement du personnel usuel du CHSLD	CHSLD - Proportion des heures de services achetées de l'EESAD pour les CHSLD en ajout de personnel au CHSLD	RPA ou Domicile - Nombre d'heures de services achetées de l'EESAD pour les RPA et le domicile (admissibles à la prime 8 %) 13 mars 2020 au 30 juin 2020	Type de services achetés
A	B	C	D	E = % D	F = % D	G	H
Total pour le CISSS ou CIUSSS		- $	-			-	

Inscrire nom et coordonnées de la personne du CISSS ou du CIUSSS à contacter :

J'atteste que les renseignements monétaires et volumétriques fournis dans la présente reddition de comptes sont fidèles à la réalité et exacts au meilleur de ma connaissance.

Signature gestionnaire responsable:

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 24 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES RÉGIONS DE MONTRÉAL ET DE LAVAL

AUX DIRECTRICES, DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES RÉGIONS DE MONTRÉAL ET DE LAVAL

Mesdames,
Messieurs,

En raison de l'évolution actuelle de la pandémie, nous souhaitons vous informer des nouvelles orientations, en date du 23 avril 2020 et effectives pour la durée de la pandémie, concernant les corridors de services pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébrales (AVC) des résidants en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) des régions de Montréal et de Laval. Ces orientations font suite aux travaux du **sous-comité de travail hospitalisation et procédures.**

Ces orientations apportent une modification temporaire au *Protocole AVC aigu des réseaux montréalais et lavallois (2016)*.

Ainsi, la clientèle en provenance des CHSLD de Montréal et de Laval à destination du Centre hospitalier de l'Université de Montréal ou du Centre universitaire de santé McGill sera également transportée par Urgences Santé aux trois autres hôpitaux additionnels, soit à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de Montréal (HSC), à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) ainsi qu'à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval. L'alternance des transports sera respectée entre les hôpitaux.

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Les centres secondaires AVC (HSC, HMR) évalueront la clientèle, effectueront la thrombolyse selon leur protocole en vigueur et détermineront, avec le centre tertiaire AVC qui dessert habituellement le CHSLD, si le besoin clinique de faire une thrombectomie s'applique et si un transport vers le centre tertiaire est nécessaire.

Ce détournement momentané permettra de répartir la prise en charge entre les hôpitaux en contexte de pandémie, tout en maintenant l'accès aux soins de thrombectomie.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Raffaelle Fragasso, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Sécurité civile, MSSS
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux des régions de Montréal et de Laval

N/Réf. : 20-MS-02908-17

Coronavirus COVID-19

2020-04-22

Nous souhaitons vous transmettre de nouvelles informations et des consignes concernant les *accidents vasculaires cérébraux aigus (AVC)* ***en provenance des CHSLD.***

CONSIGNES AVC AIGU EN CHSLD

1. Consignes générales :

a. Tous les cas urgents qui présentent des risques élevés d'AVC aigus et ayant des **niveaux de soins A ou B** documentés doivent être traités sans délai.

b. Il est recommandé à tous les services d'AVC d'utiliser les équipes minimales requises pour les interventions, de maintenir celles-ci et de diminuer, autant que possible, la rotation du personnel pendant les interventions. Ceci permet de maintenir un souci constant d'économies de matériel et d'équipements de protection.

2. Consignes pour le transport ambulancier des patients en provenance des CHSLD de la région de Montréal et de Laval:

a. Les établissements concernés sont :

CH3 - centres tertiaires AVC

- Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
- Hôpital neurologique de Montréal (Centre universitaire de santé McGill)

CH2 - centres secondaires AVC

- Hôpital de la Cité-de-la-Santé (CISSS de Laval)
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal)
- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal)

b. Les établissements **non concernés** sont :

- Hôpital général juif (CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal)
- Les autres centres hospitaliers de soins aigus de la région de Montréal

c. La clientèle visée par le transport ambulancier :

- Pour les patients COVID-19 négatifs ou à bas risque d'infection ET
- Pour les patients COVID-19 positifs ou à haut risque d'infection ET
- Qui résident dans un CHSLD de la région de Laval ou de Montréal.

d. Les lignes directives concernant les transports ambulanciers sont les suivantes :

   - Le résident du CHSLD, victime d'un AVC, est pris en charge par Urgences-Santé, selon le niveau de soin médical indiqué;
   - Les protocoles des techniciens ambulanciers et la pré-alerte sont effectués comme à l'habitude;
   - Dorénavant, les patients ayant un Cincinnati de 3/3 seront dirigés vers les centres tertiaires AVC **ET également vers les centres secondaires désignés AVC, voir la liste ci-haut;**
   - Les autres patients ayant un Cincinnati de 1/3 et 2/3 sont transférés au centre AVC le plus près, comme à l'habitude.

e. Si après la prise en charge et les traitements donnés, les centres secondaires désignés AVC évalue que le patient serait un candidat à une thrombectomie, un transfert est discuté et préparé avec le centre tertiaire responsable de la desserte du CHSLD de provenance.

f. Afin d'optimiser l'accès aux centres hospitaliers, un principe d'alternance est effectué par Urgences-santé.

g. Pour toutes autres situations, les traitements et trajectoires habituels sont maintenus et conforment au *Protocole AVC aigu des réseaux montréalais et lavallois* (2016).

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 24 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous transmettre le 1er bulletin pour les unités ambulatoires d'hémodialyse, en date du 24 avril 2020. Ce bulletin vient clarifier le processus de dépistage des usagers hémodialysés symptomatiques, les mesures de précautions pour l'accueil et le triage et pour les différentes zones de traitements d'hémodialyse, dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Ce document a été produit par le Groupe tactique de néphrologie réuni en contexte de gestion de la pandémie de la COVID-19.

D'autres bulletins pour le secteur de l'hémodialyse sont actuellement en rédaction et vous parviendront sous peu. Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
Mme Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-17

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Coronavirus COVID-19

2020-04-17

Bulletin 1 – Hémodialyse

RAPPEL DES MESURES DE PRÉCAUTION POUR LES UNITÉS AMBULATOIRES

Les patients insuffisants rénaux font partie des populations jugées vulnérables devant la propagation de la COVID-19. En effet, en raison de l'âge moyen ainsi que les fréquentes comorbidités, ces patients sont à risque de complications en cas d'infection à la COVID-19.

Qui plus est, dépendamment du traitement en cours pour les usagers insuffisants rénaux chroniques, l'organisation des services d'hémodialyse hospitalière comporte des risques, notamment lors des déplacements des usagers trois fois par semaine à leur centre de dialyse.

Objectif du document :

Précisions sur les lignes directrices pour les mesures de précaution à appliquer pour les unités ambulatoires de dialyse.

Dépistage :

Les usagers insuffisants rénaux dialysés seront classés Priorité 1 pour le dépistage de la COVID-19 dès l'apparition de symptômes. Puisque le dépistage n'est pas validé si l'usager est asymptomatique, le dépistage est priorisé pour les usagers avec symptômes.
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cliniques-designees-covid-19/

Procédure pour diriger un usager en dépistage prioritaire :
Si l'usager présente des symptômes suspects d'une possible infection à la COVID-19 à son arrivée au centre de dialyse ou lors du suivi téléphonique préalable au rendez-vous, différentes options sont possibles pour procéder au dépistage, dépendamment de votre organisation régionale. Il est important de privilégier le service qui permettra de dépister le plus rapidement possible l'usager.

Privilégier le dépistage au centre de dialyse. Afin d'effectuer un prélèvement pour le dépistage sécuritairement, vous référer à la clinique désignée de dépistage de votre établissement. Ces derniers seront en mesure de vous partager :

a. L'organisation régionale du dépistage.
b. L'information sur l'équipement et l'approvisionnement en matériel.
c. La gestion de l'environnement sécuritaire.
d. Les outils cliniques disponibles, comme les ordonnances collectives.

D'autres avenues sont disponibles pour procéder au dépistage rapidement, votre clinique désignée de dépistage pourra vous indiquer les possibilités régionales.

Accueil et triage au centre de dialyse :

Les usagers hémodialysés doivent recevoir un enseignement sur la surveillance à faire à la maison relativement à la pandémie de COVID-19.

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2902-mesures-gestions-cas-contacts-communaute-covid19.pdf

https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/19-210-30FA_Guide-autosoins_francais.pdf?1584985897

S'assurer que l'usager a le matériel nécessaire à domicile, comme un thermomètre, et qu'il en connaisse le mode d'emploi.

Les usagers dialysés sont encouragés à prendre leur température à la maison avant de venir au traitement de dialyse. Si l'usager présente une température supérieure à 37,5 degrés Celsius, ce dernier devrait communiquer avec l'équipe de dialyse avant de se présenter à son traitement.

**Les usagers qui présentent des symptômes doivent communiquer avec le centre de dialyse dès l'apparition.

Les usagers COVID-19 positifs doivent informer leur centre de dialyse le plus tôt possible avant leur rendez-vous.

Il est encouragé d'établir un contact téléphonique avec les usagers la veille du rendez-vous afin de passer en revue les questions relatives au COVID-19.

À l'arrivée au centre de dialyse, un triage incluant les questions de dépistage doit être effectué :

- Sur les symptômes, comme : fièvre, toux, mal de gorge, écoulement nasal, fatigue extrême, perte soudaine de l'odorat, symptômes gastro-intestinaux, *avec une attention particulière aux symptômes particuliers à la personne âgée : diminution rapide de l'autonomie, perte d'appétit, confusion, somnolence, chute, apparition de problème d'incontinence (n'en avait pas), plus agitée ou plus ralentie, perturbation du sommeil, irritabilité.
- Les critères d'exposition tels que voyageurs, contact étroit avec un voyageur, contact étroit avec une personne atteinte, participation à des rassemblements *avec une attention particulière aux usagers provenant de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour lesquels l'évaluation pourra se faire au cas par cas.
    - Un contact étroit est défini comme étant une personne qui a prodigué des soins au patient, y compris les travailleurs de la santé, les membres de la famille ou d'autres personnes soignantes, ou encore une personne ayant eu un contact

physique étroit, ou qui a vécu avec le patient ou qui a eu autrement un contact étroit prolongé avec un cas probable ou confirmé alors que ce dernier était malade.

- La prise de température :

Les personnes accompagnant le patient ne peuvent être accueillies au centre de dialyse.

Pour toutes les situations de soins ainsi que pour tous les secteurs de soins, le port du masque pour les intervenants doit suivre les recommandations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ces recommandations sont sujettes à changement selon l'évolution de la situation et des connaissances.

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2968_port_masque_milieux_soins_transmission_communautaire_soutenue.pdf

Si l'usager ne présente pas de risque de COVID-19 (sans symptômes et sans critères d'exposition)

Critères	Directives
Dépistage	Non
Salle d'attente	Oui
Port du masque pour l'usager	Oui (voir la section zone froide)
Port du masque pour le personnel	Si contact à l'intérieur de deux mètres
Chambre d'isolement	Non
Mesure de précaution	Aucune
Utilisation des mesures de précaution	Non applicable
Zone	Froide
Surveillance des symptômes reliés à la COVID-19	Régulière selon le guide des autosoins

Si l'usager présente une suspicion de COVID-19 selon le triage effectué :

a) Patient asymptomatique, mais avec critères d'exposition

Critères	Directives
Dépistage	Non, test non valide si patient asymptomatique
Salle d'attente	Non*
Port du masque pour l'usager	Oui pour tout le séjour
Port du masque pour le personnel	Si contact à l'intérieur de deux mètres
Chambre d'isolement	Oui, pour quatorze jours suivant l'exposition
Mesure de précaution	Précaution gouttelette-contact avec protection oculaire, pour quatorze jours suivant l'exposition
Utilisation des mesures de précaution	L'équipement de protection personnelle doit être changé à chaque patient
Zone	Tiède

Surveillance des symptômes reliés à la COVID-19	Surveillance accrue des symptômes, enseignement au patient

* L'usager ne devrait pas aller dans la salle d'attente; privilégier l'attente à l'extérieur de l'installation. Exceptionnellement, si l'usager doit attendre, diriger ce dernier vers la zone de la salle d'attente « avec symptômes ou suspicion ». L'usager doit toujours garder une distance de deux mètres avec les autres patients ou membres de l'équipe de soins qui ne portent pas d'équipement de protection.

En termes d'exposition, porter une attention particulière aux usagers en provenance de CHSLD ou de résidences pour personnes âgées. La décision d'isoler les patients pourra être prise localement dépendamment des cas.

b) Probable : patient symptomatique avec ou sans critères d'exposition

Critères	Directives
Dépistage	Oui
Salle d'attente	Non*
Port du masque pour l'usager	Oui pour tout le séjour
Port du masque pour le personnel	Si contact à l'intérieur de deux mètres
Chambre d'isolement	Oui
Mesure de précaution	Précaution gouttelette contact avec protection oculaire
Utilisation des mesures de précaution	L'équipement de protection personnelle doit être changé à chaque patient
Zone	Tiède
Surveillance	Surveillance de l'aggravation des symptômes et enseignement aux patients

* L'usager ne devrait pas aller dans la salle d'attente, privilégier l'attente à l'extérieur de l'installation. Exceptionnellement, si l'usager doit attendre, diriger ce dernier vers la zone de la salle d'attente « avec symptômes ou suspicion ». L'usager doit toujours garder une distance de deux mètres avec les autres patients ou membres de l'équipe de soins qui ne portent pas d'équipement de protection.

Si l'usager est COVID-19 positif

L'usager doit être connu avant son arrivée au centre de dialyse, ce qui permettra à l'équipe de prévoir un emplacement en isolement pour le ou les usagers concernés.

Critères	Directives
Dépistage	Déjà fait
Salle d'attente	Non
Port du masque pour l'usager	Oui pour tout le séjour
Port du masque pour le personnel	Si contact à l'intérieur de deux mètres
Chambre d'isolement	Oui ou en cohorte
Mesure de précaution	Précaution gouttelette contact avec protection oculaire
Utilisation des mesures de précaution	L'équipement de protection personnelle peut être utilisé pour plusieurs patients (voir détails section Zone chaude)
Zone	Chaude

Surveillance	Surveillance de l'aggravation des symptômes et enseignement aux patients

Précisions sur les environnements :

Salle d'attente :

- Les périodes d'attente intrahospitalière doivent être diminuées au maximum, ainsi la personne peut attendre dans sa voiture ou à l'extérieur ou être jointe par téléphone, ces procédures sont encouragées. Les patients COVID-19 positifs et suspectés ne doivent pas attendre dans la salle d'attente, mais plutôt être dirigés directement à leur station de dialyse.
- Aucun accompagnateur n'est autorisé dans la salle d'attente, à moins de situation particulière au jugement de l'équipe soignante.
- Une distance de deux mètres doit séparer les zones de la salle d'attente.
- Les zones doivent être connues de tous les intervenants et identifiées par des affiches. Selon les lieux physiques et, vu le contexte particulier de suivi à long terme des patients dialysés, l'affichage des zones pourra être adapté en conséquence.
- En tout temps, les usagers doivent être à deux mètres de distance l'un de l'autre.

Salle de traitement :

- Une distance minimum de deux mètres doit séparer les zones froide, tiède et chaude.
- Chaque zone doit avoir son personnel dédié et doit être clairement identifiée.

Zone froide :

- La zone froide représente la zone de traitement où sont traités tous les usagers n'ayant pas de lien avec la COVID-19. Vous référer au document de l'INSPQ pour les précautions de base.
- Dans le contexte où certains centres de dialyse reçoivent un nombre important d'usagers vivant en CHSLD ou en résidence pour personnes âgées, jumelé au contexte des cas de COVID-19 dans ces milieux de vie, un masque pourrait être mis pour tous les patients en traitement de dialyse. Une analyse du profil de l'unité peut être faite au cas par cas.

Zone tiède (usagers sans symptômes, mais exposés et usagers avec symptômes en attente du résultat de dépistage).

La zone tiède représente la zone réservée aux usagers avec suspicion de diagnostic de la COVID-19. Cette zone est aménagée pour protéger le personnel et les patients des risques de contamination par :

- Un patient asymptomatique qui pourrait être porteur à la suite d'un contact avec une personne COVID-19 positive et
- D'un patient symptomatique suspect pour qui le résultat de dépistage n'est pas encore connu.

Idéalement, les patients de la zone tiède devraient tous être installés dans des chambres individuelles avec la porte fermée à pression neutre avec une toilette individuelle (ou chaise d'aisance). Il est important **de ne pas cohorter les patients de « zone tiède »** ensemble et surtout **de ne pas cohorter les patients asymptomatiques avec les patients symptomatiques**.

Les mesures de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire sont essentielles pour cette zone. Ainsi, le port de la blouse à manches longues, d'une protection oculaire et d'un masque d'intervention est nécessaire pour la protection du personnel soignant dans cette zone. Le personnel soignant doit changer d'équipement de protection personnelle entre chaque patient de la zone tiède.

L'isolement des usagers en zone tiède est particulièrement difficile en raison des éléments suivants :

- Environnement physique des unités de dialyse.
- Usagers vulnérables.
- Grand nombre d'usagers provenant de CHSLD et risque de contamination.
- Durée d'isolement de quatorze jours pour les patients asymptomatiques avec exposition potentielle.
- Obligation de poursuivre les traitements de dialyse, possibilité de report ou d'annulation quasi impossible.

Une mise à jour concernant la prise en charge de ces patients dans un contexte de manque d'espace d'isolement est en cours de rédaction.

Zone chaude :

La zone chaude représente la zone de traitement réservée aux usagers avec un diagnostic de la COVID-19 confirmée sans critère d'admission aux soins intensifs. Les mesures de précautions additionnelles sont les mêmes que pour la clientèle avec un diagnostic de la COVID-19 suspectée, **soit gouttelettes-contact**.

Une cohorte doit être instaurée pour cette catégorie d'usagers. Le principe de cohorte doit être respecté de façon stricte afin d'empêcher la transmission communautaire.

Il est important de regrouper physiquement les usagers COVID-19 positifs à proximité (cohorte) ou en réorganisant les rendez-vous de dialyse de ces patients afin de pouvoir dédier une équipe soignante à cette cohorte de patients.

Dans le contexte de la pandémie, la blouse, le masque et la protection oculaire pourraient être conservés, si non visiblement souillés, pour les soins de plusieurs usagers à l'intérieur de la

cohorte, selon les directives de l'équipe de prévention et contrôle des infections locales et les pratiques usuelles. Par contre, ceux-ci doivent être changés si contacts ou éclaboussures avec des liquides biologiques.

Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC), l'équipement de protection individuelle doit être retiré à la suite des soins.

Les gants doivent être changés entre chaque usager et une hygiène des mains doit être effectuée.

L'équipement de protection individuelle doit être retiré sur cette unité, près de la porte d'accès, juste avant de sortir. Procéder à l'hygiène des mains à la suite du retrait des gants et de la blouse, retirer ensuite le masque et la visière puis procéder à nouveau à l'hygiène des mains.

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.pdf

Directives pour le personnel de l'unité de dialyse

Les membres de l'équipe soignante doivent respecter les règles de distanciation sociale. Pour ce faire, il est suggéré de prendre les repas à différentes heures pour éviter les contacts et de suivre les recommandations de l'INSPQ mises à jour fréquemment : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2968_port_masque_milieux_soins_transmission_communautaire_soutenue.pdf

Les membres du personnel œuvrant en dialyse doivent surveiller leurs symptômes, par exemple, prendre leur température quotidiennement.

Guérison – levée des mesures d'isolement

L'ensemble de facteurs suivants doit être pris en considération avant de décider de lever les précautions additionnelles :

- Période d'au moins quatorze jours après le début de la maladie aiguë (CIDRAP, 2020).
- Absence de fièvre depuis 48 heures.
- Absence de symptômes aigus depuis 24 heures.
- PCR (Polymerase Chain Reaction) négatif sur au moins deux échantillons respiratoires (ou selon recommandations de la Direction de la santé publique) consécutifs prélevés à 24 heures d'intervalle après la résolution de la maladie aiguë.

Références

Recommendations for the Novel Coronavirus 2019 Epidemic: Kidney Patients, Health CareProfessionalsandFamily/Caregivers*Saraladevi Naicker, Chih-Wei Yang, and Vivekanand Jha,* The International Society of Nephrology, COVID-19, récupréré le 6 avril 2020 à l'adresse : https://www.theisn.org/covid-19

Alan S. Kliger and Jeffrey Silberzweig, Mitigating Risk of COVID-19 in Dialysis Facilities
CJASN March 2020, CJN.03340320; DOI: https://doi.org/10.2215/CJN.03340320. Récupéré le 6 avril 2020, à l'adresse https://cjasn.asnjournals.org/content/early/2020/03/20/CJN.03340320

COVID-19 Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires. Récupéré le 6 avril 2020 à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2902-mesures-gestions-cas-contacts-communaute-covid19.pdf

INSPQ (2020) Port du masque de procédure en milieux de soins1 lors d'une transmission communautaire soutenue. Récupéré le 6 avril 2020 à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2968_port_masque_milieux_soins_transmission_communautaire_soutenue.pdf

CDC (2020), Interim Additional Guidance for Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed COVID-19 in Outpatient Hemodialysis Facilities Récupéré le 3 avril 2020 à l'adresse : https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dialysis.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhealthcare-facilities%2Fdialysis.html

CDC (2020) Screening and Triage at Intake : Screening Dialysis Patients for COVID-19. Récupéré le 3 avril 2020 à l'adresse suivante : https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dialysis/screening.html

CDC (2020) Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings. Récupéré le 3 avril 2020 à l'adresse https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html#Patient_Placement

Gouvernement du Canada (2020). Définition nationale de cas provisoire :maladie à coronavirus (COVID-19) Récupéré le 6 avril 2020 à l'adresse suivant : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html#exposition

MSSS (2020) Guide autosoins. Édition révisée Récupérée le 6 avril 2020 à l'adresse : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/19-210-30FA_Guide-autosoins_francais.pdf?1584985897

INESSS (2020). SYMPTÔMES GASTROINTESTINAUX Récupéré le 6 avril à l'adresse : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Troubles-gastro-intestinaux.pdf

INESSS (2020). ANOSMIE - PERTE DE GOÛT – OBSTRUCTION NASALE (MISE À JOUR COMPLÉTÉE 01-04-2020) Récupéré le 6 avril à l'adresse : https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/anosmie-perte-de-gout-obstruction-nasale-mise-a-jour-completee-01-04-2020.html

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 24 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 dans le monde et de l'augmentation de cas d'infection au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vous transmet de nouvelles directives et mesures à instaurer dans les résidences à assistance continue (RAC) et les internats où résident les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.

Vous trouverez en pièce jointe une grille de validation de conformité à laquelle sont intégrées les directives pour les RAC et les internats. Veuillez noter que les grilles complétées n'ont pas à être transmises au MSSS. Cet outil vise plutôt à soutenir les intervenants dans la réalisation d'un suivi adéquat des usagers concernés par ces mesures.

Nous comptons sur votre habituelle collaboration afin de vous assurer que ces orientations soient diffusées auprès des équipes concernées.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Membres du CODIR, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-21

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca



À L'INTENTION DES GESTIONNAIRES DES PROGRAMMES-SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP), EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI) ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA) DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

DIRECTIVES POUR LES RÉSIDENCES À ASSISTANCE CONTINUE (RAC) ET LES INTERNATS POUR LES CLIENTÈLES DP, DI ET TSA

Mise en contexte

23-04-2020

Les personnes ayant une DP, une DI ou un TSA sont parmi les groupes vulnérables fragilisés par le contexte entourant la COVID-19 considérant qu'elles peuvent notamment rencontrer des problèmes de communication ou de compréhension de la situation, ainsi qu'éprouver des difficultés à se protéger. De plus, ces personnes, selon leur condition médicale, sont plus à risque de développer des complications à la suite de la contamination à la COVID-19 et leur prise en charge en soins aigus ou intensifs peut être plus complexe.

Par conséquent, des mesures particulières doivent être mises en place pour assurer la sécurité et l'intégrité de ces personnes. Pour éviter que les milieux ne deviennent des lieux de propagation ou des foyers d'éclosion, il est nécessaire de respecter les mesures de prévention et contrôle des infections.

Voici une grille de validation de conformité à laquelle sont intégrées les directives pour les résidences à assistance continue ou les internats. Cette grille n'a pas à être acheminée au MSSS une fois complétée, elle se veut un outil pour assurer la mise en place de ces directives.

Structure de la grille de validation de conformité

DIRECTIVES	CONSTATS	COMMENTAIRES ET PISTES D'ACTIONS
Cette colonne indique les mesures et les directives à instaurer dans les différents milieux de vie. Les liens URL sont inclus lorsque disponibles.	Différentes observations liées aux directives permettent de vérifier l'application de la directive.	Cette colonne permet de répertorier les pistes d'actions et commentaires afin d'assurer le suivi des différentes directives à mettre en place.



Grille de validation de conformité des milieux de vie : RAC et Internat
Programmes-services DP, DI et TSA

COLLECTE D'INFORMATIONS

CISSS/ CIUSSS: _____
Identification du milieu de vie : RAC ☐ Internat ☐
Profil clientèle : DI ☐ TSA ☐ TGC ☐ DP ☐ Polyhandicapés ☐
Nombre total d'usagers : _____
Nombre d'usagers / unité : _____ Ne s'applique pas (N-A) ☐
Date de la complétion de la grille de validation : _____
Grille de validation complétée par : _____

Directives	Constats	Commentaires-Pistes d'actions
DONNÉES GÉNÉRALES		
Suivre l'évolution de l'éclosion dans le milieu de vie	Nombre d'usagers suspectés : _____ Nombre d'usagers COVID-19 + : _____	
Déterminer des zones chaudes	Les zones chaudes sont déterminées : En cohorte ☐ À la chambre ☐ Autre milieu ☐ _____ Une équipe dédiée est constituée : Oui ☐ non ☐ en cours ☐	
Respecter les recommandations de l'INSPQ (protection gouttelettes-contact) lors de l'utilisation des ÉPI en zone chaude	Dans la zone chaude (cohorte ou à la chambre) : Masque de procédure : oui ☐ non ☐ Gants chirurgicaux : oui ☐ non ☐ Blouse : oui ☐ non ☐ Protection oculaire : oui ☐ non ☐ À la porte de la chambre ou à l'entrée de la cohorte :	

Directives	Constats	Commentaires-Pistes d'actions
	Présence de distributeur de solution hydroalcoolique : Oui ☐ non ☐ N-A ☐ Affiche gouttelettes-contacts : Oui ☐ non ☐ N-A ☐ Présence des ÉPI : Oui ☐ non ☐	
Appliquer les mesures de protection pour le personnel https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2968-port-masque-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid19.pdf	Le personnel porte le masque de procédure lorsqu'il intervient à moins de 2 mètres : Oui ☐ non ☐ Le personnel porte le masque lorsque l'employé est à moins de 2 mètres d'un collègue : Oui ☐ non ☐	
PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS		
Enseigner aux usagers les consignes de la santé publique	Le matériel adapté, expliquant les consignes aux usagers, est disponible et utilisé (Lavage des mains, le virus, pourquoi le confinement, etc.) : Oui ☐ non ☐ en cours ☐	
S'assurer régulièrement de l'application des consignes par les usagers	Des mesures sont en place pour assurer le respect des consignes par les usagers (le lavage régulier des mains tousser dans le coude, distanciation sociale, etc.) : Oui ☐ non ☐ en cours ☐ Des mesures ont été prises pour les usagers qui ne se conforment pas : Oui ☐ non ☐ en cours ☐	
Former le personnel aux mesures de protection et au lavage des mains	Les deux formations en ligne de l'INSPQ sont accessibles au personnel :	

Directives	Constats	Commentaires-Pistes d'actions
	L'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire sur l'Environnement numérique d'apprentissage provincial (ENA) : https://fcp.rtss.qc.ca/local/html-courses/hygiene/story.html Oui ☐ non ☐ en cours ☐ Utilisation du matériel de protection de l'INSPQ : https://vimeo.com/399025696 Oui ☐ non ☐ en cours ☐ Tout le personnel en a pris connaissance : Oui ☐ non ☐ en cours ☐	
Mettre en place des modalités adaptées de prévention et de contrôle des infections	Présence de distributeur de solution hydro-alcoolique : Oui ☐ non ☐ N-A ☐ Affiche sur le lavage des mains : Oui ☐ non ☐ N-A ☐	
Autoriser l'accès du milieu de vie qu'aux personnes autorisées	Un contrôle de l'accès du milieu de vie est identifié et appliqué : Oui ☐ non ☐	
Surveiller l'état de santé des usagers hébergés	Lorsqu'un usager présente des symptômes ou est suspecté de COVID, les procédures à suivre pour le personnel sont connues: Oui ☐ non ☐ Une infirmière de référence est identifiée pour le milieu de vie : Oui ☐ non ☐ **Spécifique aux internats** En présence de chambres doubles, le respect du 2 mètres ou la présence d'une barrière physique entre les usagers sont présents dans les chambres : Oui ☐ non ☐ N-A ☐	

Directives	Constats	Commentaires-Pistes d'actions
LE PERSONNEL		
Assurer une prestation de services sécuritaires (Usagers et personnel)	Le personnel requis est disponible pour chaque quart de travail la semaine prochaine : Oui ☐ non ☐ Les employés sont dédiés qu'à un seul milieu de vie : Oui ☐ non ☐	
Appliquer les mesures liées aux travailleurs (symptomatiques, asymptomatique, voyageurs, en contact, etc.) https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19	Une vigie de l'état de santé des employés est appliquée selon les directives de l'INSPQ Oui ☐ non ☐	
SORTIES DES USAGERS ET CONTACTS AVEC LEURS PROCHES ET INTERVENANTS		
Mettre en place différents moyens pour maintenir le lien entre les usagers et leurs proches	Des outils de communication sont en place pour maintenir les liens entre les usagers et leurs proches (Téléphone, iPad, Zoom, etc.) : Oui ☐ non ☐	

Directives	Constats	Commentaires-Pistes d'actions
	Ces moyens sont accessibles quotidiennement : Oui ☐ non ☐	
Maintenir les liens avec les proches entre le milieu de vie, l'établissement et les proches	Un contact régulier est fait avec les proches (minimalement aux 2 semaines ou plus fréquent au besoin) : Oui ☐ non ☐ Les familles sont avisées lorsque leur proche est COVID-19 confirmé ou suspecté : Oui ☐ non ☐	
Informer les familles de l'état de santé de leur proche	Une personne est attitrée pour communiquer avec les proches pour tous les usagers : Oui ☐ non ☐	
Respecter les directives ministérielles liées aux sorties extérieures https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM_numero_2020-015.pdf?1586042112	Les directives ministérielles à l'égard des sorties extérieures sont respectées pour tous les usagers : Oui ☐ non ☐ Si oui, la distanciation physique de 2 mètres est respectée par les usagers : Oui ☐ non ☐ Si non, combien d'usagers ne respectent pas les consignes malgré les interventions et sensibilisations des intervenants : _____ Le recours à l'arrêté 2020-015 a été requis pour combien d'usagers : _____	
MESURES DE CONFINEMENT ET DISTANCIATION		
Favoriser l'isolement pour les usagers qui présentent des difficultés d'adaptation	Les usagers bénéficient d'une programmation individuelle adaptée au contexte, à l'environnement et à la personne : Oui ☐ non ☐	

Directives	Constats	Commentaires-Pistes d'actions
	Les chambres des usagers sont adaptées aux contraintes liées à la pandémie (espace repas, télévision, téléphone, etc.) : Oui ☐ non ☐ N-A ☐ Si non ou N-A, identifier les solutions mises en place ou les actions en cours de réalisation.	
Assurer les mesures de protection et la sécurité des usagers lors des repas https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement/nettoyage-surfaces	Les repas pris à la salle à manger assurent la distanciation physique requise : Oui ☐ non ☐ N-A ☐ Les usagers devant s'alimenter à la chambre bénéficient : Surveillance et accompagnement requis : Oui ☐ non ☐ Un autre lieu est désigné pour le temps du repas : Oui ☐ non ☐ Entre chaque utilisation, les mesures de prévention et de contrôle des infections sont en place: Oui ☐ non ☐ La distanciation physique d'au moins 2 mètres est respectée lors des déplacements des usagers : Oui ☐ non ☐	
Assurer l'utilisation sécuritaire des salles de bain https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement/nettoyage-surfaces	Entre chaque utilisation de la salle de bain, les mesures de prévention et de contrôle des infections sont appliquées : Oui ☐ non ☐	
	Spécifique aux internats Pour les chambres doubles, le respect du 2 mètres ou la présence d'une barrière	

Directives	Constats	Commentaires-Pistes d'actions
	physique entre les usagers sont présents dans les chambres: Oui ☐ non ☐	
SOINS ET SERVICES		
Assurer les soins et services requis aux usagers	Les services essentiels ont été rendus aux usagers dans la dernière semaine : Programmation clinique : Oui ☐ non ☐ Distribution de la médication : Oui ☐ non ☐ Hygiène : Oui ☐ non ☐ Habillement : Oui ☐ non ☐ 3 repas : Oui ☐ non ☐ Collations : Oui ☐ non ☐ Si réponse négative, combien d'usagers n'ont pas reçu le service : _____	
	Pour la prochaine semaine, les services essentiels suivants pourront être répondus : Programmation clinique : Oui ☐ non ☐ Distribution de la médication : Oui ☐ non ☐ Hygiène : Oui ☐ non ☐ Habillement : Oui ☐ non ☐ 3 repas : Oui ☐ non ☐ Collations : Oui ☐ non ☐ Si réponse négative, combien d'usagers seront impactés: _____ Les mesures prises pour répondre aux services essentiels identifiés sont:	
TRANSFERT VERS UN MILIEU DE CONFINEMENT OU DE SOINS SPÉCIALISÉS		
Prévoir les mesures nécessaires pour le transfert d'un usager vers un autre milieu	Une fiche descriptive, des caractéristiques, des goûts et des besoins (plan d'intervention ou de transition) est disponible pour assurer la transmission de l'information :	

Directives	Constats	Commentaires-Pistes d'actions
	Pour tous les usagers Oui ☐ non ☐ Pour la clientèle TGC seulement Oui ☐ non ☐	
	Un moyen de transport sécuritaire est identifié : Oui ☐ non ☐ en cours ☐	

Pour les directives cliniques et les activités essentielles pour les programmes-services en DP-DI-TSA, consulter le lien suivant : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/dp-di-tsa/

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 24 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

La présente vise à vous informer que les *Directives pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés* et les *Directives pour la prise en charge des enfants 0-17ans* ont été mises à jour. Vous les trouverez ci-jointes.

Les orientations ont été déterminées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Elles se fondent sur les recommandations du Groupe de travail COVID-19 | Mère-Enfant et ont été rédigées de manière concertée avec la santé publique.

Dans les directives pour les femmes enceintes, la section sur les *Parents, accompagnant(e)s et visiteurs* a été bonifiée, notamment en ajoutant une partie sur les césariennes. Les précautions à prendre pour les soins au nouveau-né ont aussi été précisées en fonction de l'expérience des dernières semaines et des recommandations de la santé publique. Un passage sur la priorisation des tests pour la femme enceinte et le nouveau-né a également été introduit.

Les directives pour les enfants ont été mises à jour en fonction des données québécoises cumulées depuis le début de la pandémie. La trajectoire pour les consultations en première ligne de la clientèle pédiatrique a été précisée. La section *Parents et visiteurs* a aussi été ajustée.

Les documents sont disponibles sur le site Internet du MSSS de la section COVID-19 pour les professionnels/Directives au réseau/Programmes-services/Mère-enfant.

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Les consignes pour la population générale ont également été révisées. Elles sont accessibles via le site Internet Québec.ca, dans la section Publications.

Les directives sont mises à jour en continu selon l'évolution des connaissances. Soyez assurés que nous vous informerons des prochaines modifications majeures.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. Comité de direction du MSSS
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02908-27

Coronavirus (COVID-19)

Directives pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés

Version du 21 avril 2020

Les orientations émises dans ce document sont rédigées en collaboration avec le Comité d'experts COVID-19 Mère-enfant et la santé publique. Elles sont adaptées en fonction de l'évolution des connaissances sur l'épidémiologie de la maladie à coronavirus COVID-19. Consulter également :

- Les directives cliniques du MSSS;
- Les recommandations de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada;
- Les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie;
- Les mesures de prévention et de contrôle des infections pour les milieux de soins aigus;
- Les interventions médicales générant des aérosols (IMGA).

De manière générale pour les femmes enceintes atteintes de la COVID-19 :

- Toutes les femmes enceintes COVID-19 confirmées nécessitant une hospitalisation (prénatale et accouchement) doivent être prises en charge dans un centre désigné, selon le niveau de soins requis par la condition maternelle ou fœtale.
- Si un transfert est requis sans corridor de service défini, contacter le Centre de coordination en périnatalogie du Québec (CCPQ) au 1 877 675-4992. Dans tous les cas de transferts réalisés, informer le CCPQ.
- Les mesures de prévention et de contrôle des infections et de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire (ci-après « PCI gouttelettes-contact-oculaire») doivent s'appliquer pour les cas probables ou confirmés de COVID-19[1] ne nécessitant pas d'interventions médicales générant des aérosols (IMGA).
- Les mesures de prévention et de contrôle des infections et de précautions additionnelles aérienne-contact avec protection oculaire (ci-après « PCI aérienne-contact-oculaire ») doivent s'appliquer pour les cas probables ou confirmés de COVID-19 nécessitant la réalisation d'IMGA.
- Les critères de décision spécifiques aux femmes enceintes pour le transfert vers un centre désigné en obstétrique pour des soins intensifs adultes[2], sont :
  - Détresse respiratoire;
  - RR ≥ 22;
  - Saturation O2 < 95 %;
  - Patiente nécessitant de l'O_2;
  - Altération de l'état de conscience;
  - Instabilité hémodynamique;
  - Toute autre cause d'hospitalisation aux soins intensifs.
- La conduite à tenir doit être guidée par une discussion centrée sur le patient et en considérant les données disponibles et leurs limites.

[1] Les cas confirmés incluent les cas confirmés par laboratoire ou par lien épidémiologique. Les cas probables incluent les cas cliniques et les patientes en attente de résultat. Pour plus d'information sur les définition, consultez les définitions nosologiques de cas COVID-19 - Québec.

[2] Proposés par le Comité d'experts de médecine fœto-maternelle-COVID-19

Votre gouvernement

Québec

Prénatal

Suivi de grossesse

Les rendez-vous de suivi de grossesse sont considérés essentiels et doivent être maintenus. Cependant, afin de limiter les déplacements et les risques de contamination, l'appel téléphonique ou vidéo est recommandé. Nous suggérons également de regrouper les activités qui nécessitent des prélèvements ou des interventions lors des rendez-vous en personne. Aucun visiteur n'est admis lors des rendez-vous de la femme enceinte en clinique, en maison de naissance ou à l'hôpital, à moins de situations exceptionnelles. Cela inclut les conjoints, les enfants et les accompagnants.

Les rendez-vous qui ne peuvent être reportés pour une femme positive à la COVID-19 devraient être organisés dans un centre désigné ou dans un environnement permettant de limiter les risques de contagion pour les autres usagères.

Test COVID-19

Tester pour la COVID-19 les femmes enceintes au troisième trimestre présentant des symptômes compatibles[3] avec la COVID-19, conformément aux directives de priorisation des tests. Il est préférable d'attendre 48 heures après le début des symptômes avant de faire le prélèvement afin d'éviter les résultats faussement négatifs. Vérifier si des résultats de test à la COVID-19 sont disponibles au dossier médical ou dans le Dossier santé Québec (DSQ).

Vaccination

Les priorités de vaccination sont établies par le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) et le MSSS. La vaccination de la femme enceinte contre la coqueluche (dcaT) n'est pas identifiée prioritaire, mais le vaccin dcaT pourrait être jumelé à un autre rendez-vous de suivi de grossesse (entre 26 et 32 semaines).

Échographies obstétricales

1er trimestre	Prioriser l'échographie complète entre 11 et 13 semaines. Ne pas prioriser l'échographie précoce (≤ 10 semaines), sauf si indication médicale.
2e trimestre	Prioriser entre 20 et 22 semaines.
3e trimestre	Prioriser si indication médicale.
Échographie mensuelle	Pour les cas confirmés de COVID-19, et ce, jusqu'à l'accouchement ou jusqu'à indication contraire.

Retrait préventif

Les travailleuses enceintes peuvent se prévaloir d'une affectation préventive en regard du programme Pour une maternité sans danger dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Rencontres prénatales

Il est recommandé d'éviter la tenue des rencontres prénatales de groupe. Diriger les femmes enceintes vers des outils d'information disponibles en ligne et validés scientifiquement, comme le guide Mieux-vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans. Une ligne téléphonique pour les femmes enceintes pourrait être offerte par le centre local de services communautaires (CLSC), afin de répondre aux questions et aux inquiétudes des femmes enceintes et de leurs familles.

[3] Les principaux symptômes sont la fièvre, l'apparition ou l'aggravation d'une toux et une difficulté à respirer ou une perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte du goût. D'autres symptômes peuvent aussi apparaître : mal de gorge, mal de tête, douleur musculaire, fatigue intense, perte importante de l'appétit et diarrhée.

Parents, accompagnant(e)s et visiteurs

Les mesures de triage développées pour le virus de la COVID-19 doivent s'appliquer en tout temps à la femme enceinte et à la personne qui l'accompagne dans tous les milieux de soins. Envisager en priorité un test de dépistage de la COVID-19 pour la personne accompagnant une femme à un accouchement, lorsque celle-ci est symptomatique à la fin de la grossesse.

Toutes les mesures raisonnables doivent être mises en place afin de favoriser la présence du second parent ou d'une personne significative à l'accouchement (incluant la césarienne) et lors du séjour postnatal. L'accompagnant(e) doit porter un masque et être confiné(e) dans la même chambre que la femme pendant son séjour. Aucun autre visiteur n'est admis.

L'accès à l'unité d'obstétrique, à la salle de césarienne ou à l'unité néonatale n'est pas permis à la personne accompagnante qui présente des symptômes compatibles avec la COVID-19.

Si la femme enceinte est connue positive à la COVID-19, il pourrait être envisagé que l'accompagnant€ COVID (cas confirmé(e) ou probable) qui réside sous le même toit soit présent(e), si cet accompagnant(e) devra se déplacer dès son arrivée à l'hôpital en même temps que la femme enceinte et en portant un masque.

Pour les visites prénatales :

- Aucun accompagnateur n'est permis pendant les rendez-vous. Cela inclut les conjoint(e)s et les enfants. Des exceptions peuvent s'appliquer (ex. pour certaines clientèles vulnérables).

Pour les accouchements et les séjours pré et postnataux :

- Une seule personne accompagnante est permise et aucun enfant n'est autorisé.
- Aucune sortie de la chambre n'est permise.
- Prévoir des mesures pour limiter les déplacements (ex. : fournir les repas et les timbres de nicotine).

Pour les césariennes :

- L'accès à la salle d'opération pour une césarienne d'extrême urgence (P1) est restreint, aucun(e) accompagnant(e) ne peut être présent.
- La présence d'un(e) accompagnant(e) à la salle d'opération pour une césarienne élective ou dans les autres cas de césarienne (P2, P3) doit continuer à être autorisée.
- Les mesures de protection de la salle d'opération s'appliquent, incluant pour l'accompagnant(e), s'il y a lieu.

Pour l'unité néonatale :

- Sauf lors de circonstances exceptionnelles (visite humanitaire), les parents confirmés positifs ou probables à la COVID-19 ne peuvent pas visiter leur bébé.
- Un seul parent à la fois peut visiter son bébé. Le port du masque est obligatoire en tout temps.
- Le parent doit être confiné dans la chambre de l'unité néonatale, lorsque applicable.
- Le parent ne peut pas circuler librement, ni sortir de l'hôpital.
- Lorsque la période d'hospitalisation est prolongée (ex. : au-delà du congé de la mère), les parents pourraient être autorisés à sortir de l'hôpital et revenir visiter leur bébé, si des mesures de prévention et de contrôle des infections strictes sont appliquées. Prévoir des mesures pour encourager la présence des parents en limitant leurs déplacements (ex. : chambre d'accommodement).
- Afin que les parents demeurent en contact avec leur bébé, encourager l'utilisation de la technologie vidéo.

Transfert de soins antepartum pour les cas confirmés COVID-19

- En fin de grossesse, devant un résultat positif de test COVID-19 et afin d'éviter un transfert ultérieurement (en urgence ou postpartum), il est recommandé d'organiser un transfert de soins vers un centre désigné et d'informer la femme enceinte pour qu'elle se dirige vers le bon centre hospitalier pour l'accouchement.
- Pour les femmes enceintes avec COVID-19 (cas confirmés) en fin de grossesse qui requièrent un déclenchement du travail ou une césarienne élective, ces interventions doivent être planifiées dans un centre désigné.
- Les communications entre médecins sont encouragées pour organiser les soins et transmettre le dossier de la patiente.

Hospitalisations (GARE, accouchement, postpartum, COVID-19)

Identification du centre hospitalier : Voir Algorithme femme enceinte COVID-19

- Les cas confirmés ou probables de COVID-19 avec critères d'admission aux soins intensifs doivent être pris en charge dans un centre désigné offrant des soins intensifs.
- Les cas confirmés de COVID-19 sans critères d'admission aux soins intensifs doivent être pris en charge dans un centre désigné (niveau 2 ou 3).
- Les cas sous investigation sans critère d'admission aux soins intensifs doivent rester dans l'hôpital de leur région, en attente du résultat des tests COVID-19, puis pris en charge selon le résultat, la condition de la mère et de l'enfant ainsi que de l'imminence du congé postnatal.
- Les cas confirmés de COVID-19 qui ne sont plus symptomatiques, ni contagieux, selon les recommandations de la santé publique peuvent être hospitalisés, incluant pour l'accouchement, dans l'installation de leur choix, sans mesure de précaution additionnelle.

Transferts interhospitaliers

Le CCPQ coordonne les transferts des femmes enceintes, des nouveau-nés et des enfants confirmés positifs à la COVID-19 et qui nécessiteraient un changement d'installation en raison de besoins d'hospitalisation, selon le niveau de soins requis.

Les procédures habituelles de communication entre le médecin référent et le centre receveur lors de transferts doivent se poursuivre afin d'éviter d'engendrer des délais. Le CCPQ doit obligatoirement être informé du transfert, afin d'assumer son rôle de coordination.

La décision de transférer doit être évaluée en fonction de la condition de la mère et de l'enfant. En plus de l'équipe d'obstétrique ou de néonatalogie, impliquer les équipes de soins intensifs ou d'urgence, s'il y a lieu. Dans tous les cas, le jugement clinique prévaut.

Transport ambulancier de la dyade Mère COVID-19 confirmée/Bébé

Lorsque la mère et le bébé sont dans un état stable, une seule ambulance est requise. Il est proposé que la mère soit transportée sur une civière et que le nouveau-né soit installé dans un siège d'auto, dans la même ambulance. L'alternative serait de transférer le nouveau-né dans un incubateur et la maman sur le siège. Le recours à une équipe spécialisée pour le transport néonatal doit être limité aux situations qui nécessitent son expertise.

Les mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire » s'appliquent pour les soins du bébé lors des transferts réalisés dans les 24 premières heures.

Accouchement

Pour les cas confirmés et probables de COVID-19 :

- Lorsqu'une femme enceinte confirmée ou probable de COVID-19 se présente à l'hôpital en travail actif (naissance imminente), envisager de procéder à l'accouchement sur place. La décision de transférer dans un centre désigné doit être prise en fonction du résultat du test de dépistage, de la condition de la mère et du nouveau-né ainsi que de l'imminence du congé postnatal.
- Les mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire » doivent être appliquées pour le travail et l'accouchement en l'absence d'IMGA.
- Considérant le risque très faible de transmission verticale mère-bébé, la réanimation néonatale initiale devrait être effectuée avec des mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire », et ce, même si une équipe de réanimation du nouveau-né est appelée en renfort. Si le nouveau-né requiert des IMGA ou présente des critères d'admission aux soins intensifs néonataux, des mesures de « PCI aérienne-contact-oculaire » devront être mise en place éventuellement au cours des premières 24 heures.
- Favoriser les accouchements en chambre « TARP » (travail, accouchement, récupération, post-partum) lorsque disponible ou dans une chambre fermée pour limiter les déplacements et offrir le maximum de soins à la dyade mère-enfant ensemble.
- Interventions obstétricales :
    - La date de l'induction ou de la césarienne élective doit être retardée afin de permettre la guérison, selon le jugement clinique;
    - La surveillance électronique fœtale continue est recommandée;
    - L'accouchement par césarienne doit être réservé pour les indications obstétricales habituelles;
- Consulter les mesures de protection applicables à la salle d'opération pour les cas probables ou confirmés COVID-19, notamment pour les césariennes.
- Il n'y a pas d'évidence qui suggère de couper le cordon ombilical plus rapidement ou de nettoyer le bébé plus rapidement.
- Le « peau à peau » est recommandé. Les parents doivent porter un masque et se laver les mains avant et après les contacts avec le nouveau-né.

Postnatal immédiat et soins néonataux

De manière générale pour la mère atteinte de la COVID-19 :

- La mère atteinte de la COVID-19 ou les cas probables, de même que l'accompagnant, doivent se laver les mains, porter un masque en tout temps lorsqu'ils sont en contact avec le nouveau-né, en plus d'appliquer des mesures d'hygiène strictes.
- L'allaitement maternel est encouragé pour toutes les femmes.
- Il est recommandé de réaliser le maximum de tests (ex. dépistages néonataux) et d'enseignement (ex. allaitement) pendant le séjour hospitalier pour éviter les déplacements subséquents.
- Les soins au nouveau-né doivent être réalisés dans la chambre de la mère. Les mesures de PCI utilisées pour l'accouchement sont les mêmes pour offrir les soins au nouveau-né.
- Idéalement, une infirmière doit être dédiée au nouveau-né et une autre pour les soins de la mère afin de limiter le risque de contamination entre les deux.
- Considérant le risque très faible de transmission verticale mère-bébé, le nouveau-né d'une mère atteinte de la COVID-19 est considéré exposé à une personne atteinte (contact étroit), c'est pourquoi des mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire » sont recommandées et ce, même lorsque le nouveau-né nécessite des IMGA à la naissance dans la chambre de la mère (ex : manœuvres de réanimation initiale).
- La conduite à tenir doit être guidée par une discussion centrée sur le patient et en considérant les données disponibles et leurs limites.

Nouveau-né qui ne requiert pas de soins additionnels à l'unité néonatale et dont la mère est confirmée ou probable COVID-19 :

- Le nouveau-né doit être isolé à l'intérieur de la chambre de la mère, en prenant les mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire ».
- Effectuer tous les soins du nouveau-né dans la chambre de la mère.
- Poursuivre les mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire » pour la dyade mère-enfant avec hygiène des mains et port du masque par la mère lors de l'allaitement et en présence de l'enfant.
- Garder le berceau à 2 mètres (6 pieds) de la mère. S'il est impossible de respecter cette distance, envisager d'installer le nouveau-né dans un incubateur.
- Si un déplacement est requis, transférer en peau à peau sur la mère qui porte un masque et qui a lavé ses mains. Protection du personnel selon les mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire »
- Il est recommandé de garder la mère et le nouveau-né hospitalisés ensemble pendant au moins 48 heures après l'accouchement, selon les considérations logistiques, sauf si la mère présente des critères d'hospitalisation prolongée.

Nouveau-né qui requiert des soins additionnels à l'unité néonatale et dont la mère est confirmée ou probable COVID-19 :

- La réalisation d'IMGA requiert la mise en place de mesures de « PCI aérienne-contact-oculaire » dans une chambre à pression négative ou, si non disponible, dans une chambre fermée individuelle avec masque N95. Par exemple, la ventilation à pression positive est une IMGA.
- Isoler le nouveau-né dans une chambre fermée individuelle à l'unité néonatale (soins intensifs, soins intermédiaires ou « pouponnière ») et assigner, lorsque possible, à du personnel dédié.
- Les nouveau-nés probables de COVID-19 ne nécessitant pas d'IMGA pourraient être regroupés dans des incubateurs fermés, dans une chambre isolée.
- Les IMGA devraient être effectuées dans une chambre individuelle fermée.
- Les lieux physiques devraient être réorganisés afin que les bébés symptomatiques confirmés COVID-19 sans IMGA soient regroupés par cohorte dans une pièce différente des nouveau-nés asymptomatiques nés d'une mère atteinte de la COVID-19.
- Les déplacements doivent se faire dans un incubateur fermé et avec mesures de « PCI aérienne-contact-oculaire » si le bébé nécessite une IMGA (ex. CPAP).

Test de la COVID-19 chez le nouveau-né

- Le nouveau-né d'une mère atteinte de la COVID-19 est considéré comme une personne exposée à une personne atteinte (contact étroit). Il est recommandé de surveiller quotidiennement les signes cliniques d'une infection potentielle à la COVID-19 pendant les 14 jours suivant la dernière exposition, selon les directives en vigueur de la santé publique.
- Il ne semble pas recommandé de dépister systématiquement les nouveau-nés asymptomatiques nés de mères atteintes de la COVID-19.
- Les nouveau-nés de mères confirmées ou probables de la COVID-19 qui sont hospitalisés à l'unité néonatale ou qui présentent des symptômes compatibles avec la COVID-19 sont priorisés pour le test de dépistage[4].
- Pour limiter les faux négatifs, il est recommandé de faire le test après 48 heures de vie ou au début des symptômes. Un test par PCR oropharyngé et nasopharyngé fait sur le même écouvillon est recommandé.

Rebours

Les parents asymptomatiques et à faible risque d'infection à la COVID-19 d'un enfant qui a séjourné dans une unité néonatale et qui reviennent dans une région qui est présentement isolée, ne seraient pas en isolement. Il n'y a pas de consignes supplémentaires d'isolement pour ces familles.

Retour à domicile

La mère ayant la COVID-19 ou qui en présente les symptômes doit suivre les consignes d'isolement déposées sur le site du MSSS.

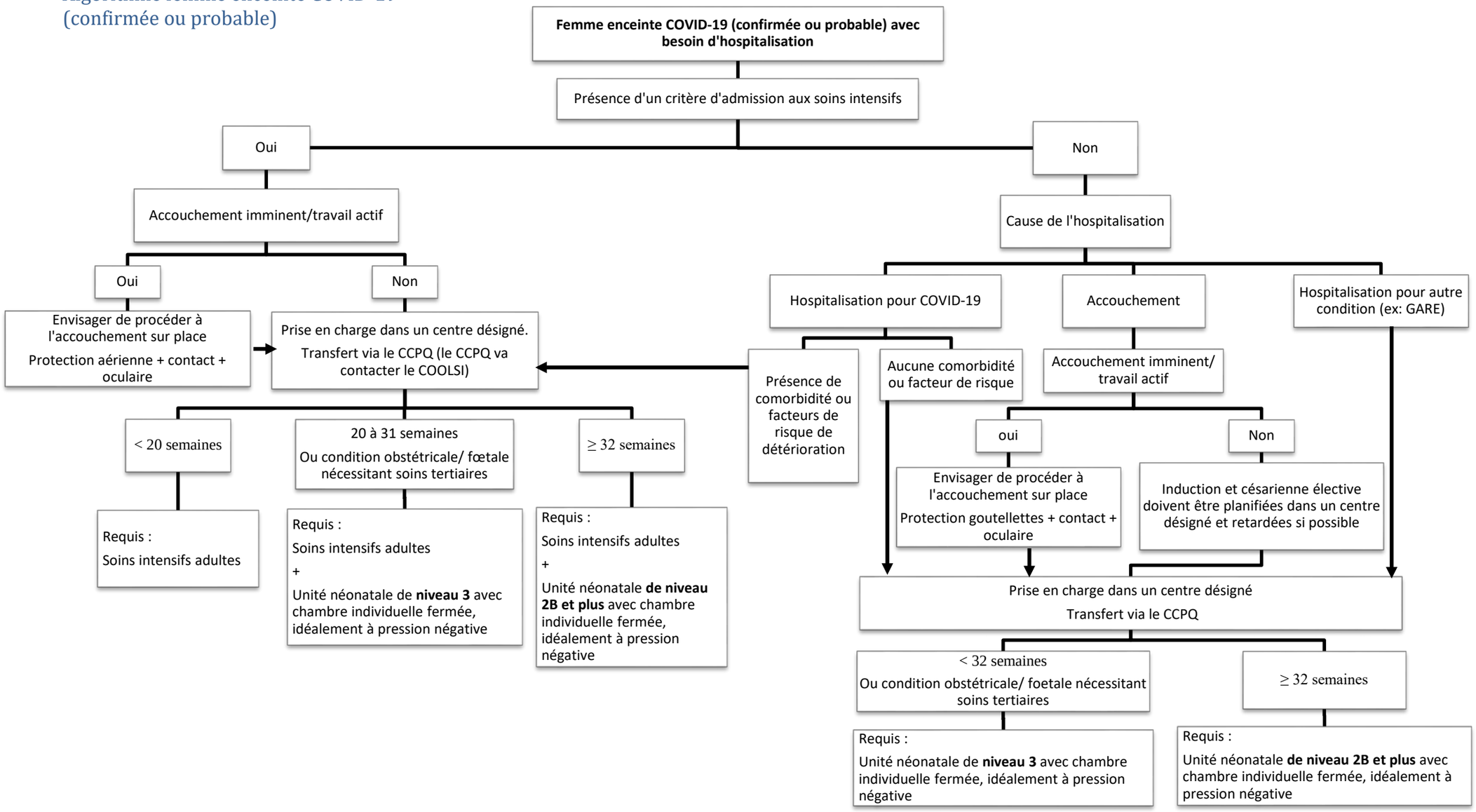
[4] En date du 17 avril 2020, les patients hospitalisés symptomatiques (incluant les tests requis pour la levée d'isolement) sont catégorisés P1, selon la liste de priorisation des tests de dépistage pour la COVID-19.

Visites postnatales à domicile

Les recommandations sont les mêmes qu'en postnatal immédiat. L'équipe de périnatalité du CLSC poursuit son offre de services en assurant :

- Un contact téléphonique systématique prioritaire dans les 24 à 48 heures après la sortie du lieu de naissance.
- Des visites à domicile ou en clinique au besoin (après une évaluation téléphonique) et en respectant les consignes présentées dans le document intitulé *Mesures pour les travailleurs de la santé lors de la prestation de soins à domicile* dans la section Autres milieux de vie, soins et services.

Algorithme femme enceinte COVID-19 (confirmée ou probable)



Résumé des mesures spécifiques aux femmes enceintes

		Cas confirmé COVID-19			Cas probable (en attente de résultat) COVID-19		Asymptomatique (normale)
		Avec critères d'admission aux soins intensifs	**Sans critère d'admission aux soins intensifs**	**Guérie**	**Avec critères d'admission aux soins intensifs**	**Sans critère d'admission aux soins intensifs**	
Période	**Intervention**	Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'INSPQ recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles, selon la situation clinique et le diagnostic de l'usager. La seule admission aux soins intensifs n'est pas une indication suffisante, mais souvent associée à des cas nécessitant une IMGA.					
En tout temps	**Mesures de précaution additionnelles**	Aérienne-contact avec protection oculaire	Gouttelettes-contact-oculaire ou Aérienne-contact-oculaire si IMGA	À confirmer	Aérienne-contact.	Gouttelettes-contact-oculaire ou Aérienne-contact oculaire : si IMGA	Non requis
Prénatal	**Consultation en obstétrique-gynécologie**	Oui	Selon le jugement clinique	Selon condition clinique	Oui	Selon le jugement clinique	Non requis
	Hospitalisation pour COVID-19	Centre désigné	Centre désigné	Non requis	Selon le niveau de soins requis	Hospitalisation au cas par cas, selon le niveau de soins requis	Non requis
	Hospitalisation pour autre condition clinique (ex. : GARE)	Centre désigné	Centre désigné	Sans particularité	Centre désigné	Hospitalisation selon le niveau de soins requis	Sans particularité
	Échographie	Une fois par mois, jusqu'à l'accouchement	Une fois par mois, jusqu'à l'accouchement	Une fois par mois, jusqu'à l'accouchement	(Selon le résultat du test COVID-19)	Échographie du 3e trimestre, selon le jugement clinique	Suivi régulier
Accouchement	**Lieu de l'accouchement**	Centre désigné	Centre désigné	Sans particularité (CH, MDN)	Centre désigné	Hôpital local, selon le niveau de soins requis. Transfert à considérer selon le résultat COVID-19, selon la condition de la mère et de l'enfant et selon l'imminence du congé.	Sans particularité (CH, MDN, domicile*) * Se référer à la Directive pratique sage-femme
	Surveillance fœtale continue	Oui	Oui	Non requis, sauf si indication clinique	Oui	Sans particularité	Sans particularité
	Durée de séjour	Selon condition clinique	48 h mère/bébé	Sans particularité	Selon condition clinique	Sans particularité	Sans particularité

Coronavirus (COVID-19)

Version du 21 avril 2020

Directives pour la prise en charge des enfants

Les orientations émises dans ce document sont rédigées en collaboration avec le Comité d'experts COVID-19 Mère-enfant et la santé publique. Elles sont adaptées en fonction de l'évolution des connaissances sur l'épidémiologie de la maladie à coronavirus COVID-19. Consulter également :

- Les directives cliniques du MSSS;
- Les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie;
- Les mesures de prévention et de contrôle des infections pour les milieux de soins aigus;
- Les interventions médicales générant des aérosols (IMGA).

De manière générale

- Selon les données disponibles au Québec, les enfants et les adolescents (0 à 19 ans) représentent moins de 5 % des cas confirmés et moins de 1 % des hospitalisations. Aucun décès n'a été rapporté.
- Une très faible proportion des infections touche de jeunes nourrissons, mais ce groupe semble plus à risque de développer des symptômes sévères que les enfants plus âgés.
- Chez l'enfant, les symptômes les plus fréquemment rapportés sont la toux, la rhinorrhée, la céphalée et la fièvre[1].
- Les critères d'admission en soins intensifs chez les enfants sont[2] :
    - FIO2 ≥ 30 % pour saturation > 90 %;
    - Détresse respiratoire significative;
    - Instabilité hémodynamique persistante malgré une réanimation volémique adéquate;
    - Altération de l'état de conscience;
    - Tout patient intubé ou nécessitant une ventilation non-invasive.
- Tous les cas confirmés COVID-19 qui nécessitent une hospitalisation doivent être pris en charge dans un centre désigné pour la pédiatrie.
- Les centres désignés pour la pédiatrie sont : CHU Sainte-Justine, CHUQ-CMES et CHUS.
- Si un transfert est requis sans corridor de service défini, contacter le Centre de coordination en périnatalogie du Québec (CCPQ) au 1 877 675-4992. Dans tous les cas de transferts réalisés, informer le CCPQ.
- La décision de transférer doit être évaluée en fonction de la condition de l'enfant. Impliquer les équipes de soins intensifs ou d'urgence, s'il y a lieu. Dans tous les cas, le jugement clinique prévaut.
- Le transfert est effectué après discussion entre le médecin référent et le spécialiste du centre désigné.
- La conduite à tenir doit être guidée par une discussion centrée sur le patient et en considérant les données disponibles et leurs limites.

[1] Pour information supplémentaire sur les symptômes de la COVID-19 chez les enfants, consulter : https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6914e4-H.pdf

[2] Ces critères sont à moduler selon l'évolution de la situation.

Consultations

De manière générale, privilégier la téléconsultation avec le médecin traitant.

Si l'enfant présente des critères d'admission en soins intensifs :

- Référer à l'urgence.

Si l'enfant présente des symptômes d'allure grippale et qu'il a besoin de consultation immédiate :

- Référer au centre désigné d'évaluation (prise de rendez-vous en contactant le 1 877 644-4545).
- Utiliser les services de prélèvements des corridors chauds identifiés pour la clientèle pédiatrique par l'établissement.
- Utiliser les corridors de services de l'établissement pour les références prioritaires en pédiatrie ou autres spécialités.
- Favoriser l'utilisation du CRDS pour les autres références en pédiatrie.

Hospitalisations

En présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 :

- Les enfants de moins d'un mois avec fièvre devraient être évalués immédiatement à l'urgence.
- Pour les enfants âgés de plus d'un mois, une consultation médicale est requise et l'hospitalisation est à évaluer selon la condition clinique. Si une hospitalisation est requise, l'enfant sera dirigé vers un centre désigné.

➢ **Pour les cas confirmés ou probables de COVID-19 avec critères d'admission en soins intensifs :**

- Transférer dans un centre tertiaire désigné pour la pédiatrie.
- Les mesures de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire doivent s'appliquer si IMGA.

➢ **Pour les cas confirmés COVID-19 sans critères d'admission en soins intensifs :**

- Les cas confirmés COVID-19 nécessitant une hospitalisation pour une autre condition doivent être transférés dans un centre désigné pour la pédiatrie.
- La décision de transférer doit être prise au cas par cas, après discussion avec le centre désigné, selon le jugement clinique et les considérations logistiques, particulièrement pour les situations nécessitant un transport aéroporté.
- Les mesures de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire doivent s'appliquer.
- Toutefois, l'apparition des critères d'admission en soins intensifs et la réalisation d'IMGA requièrent la mise en place de mesures de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire et une consultation avec le spécialiste d'un centre tertiaire est indiquée.

Parents et visiteurs

- Toutes les mesures raisonnables doivent être mises en place afin de favoriser la présence d'un parent, s'il ne présente pas de symptômes à la COVID-19.
- Si l'enfant est COVID, il pourrait être envisagé qu'un parent COVID (cas confirmé ou probable) qui réside sous le même toit soit présent, si ce parent se déplace uniquement en même temps que l'enfant dans l'hôpital (pour l'arrivée entre autres), en portant un masque.
- Un seul parent à la fois peut visiter son enfant. Aucun autre visiteur n'est admis, ni aucun autre enfant.
- Le parent doit porter un masque et être confiné dans la chambre de l'enfant pendant son séjour.
- Le parent ne peut pas circuler librement dans l'hôpital, ni sortir de l'hôpital.
- Prévoir des mesures pour limiter les déplacements (ex. : fournir les repas au parent et les timbres de nicotine).
- Afin que les parents demeurent en contact avec leur enfant, encourager l'utilisation de la technologie vidéo.

Résumé des mesures spécifiques aux enfants (0-17 ans)

	Cas confirmé COVID-19			Cas probable COVID-19	
	Avec critères d'admission en soins intensifs	**Sans critères d'admission en soins intensifs**	**Guéri**	**Avec critères d'admission en soins intensifs**	**Sans critères d'admission en soins intensifs**
Intervention	Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'INSPQ recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique et le diagnostic de l'usager. La seule admission aux soins intensifs n'est pas une indication suffisante, mais souvent associée à des cas nécessitant une IMGA.				
Mesure de précaution additionnelles	Aérienne-contact avec protection oculaire.	Gouttelettes-contact avec protection oculaire ou Aérienne-contact avec protection oculaire si IMGA.	À confirmer.	Aérienne-contact avec protection oculaire.	Gouttelettes-contact avec protection oculaire ou Aérienne-contact avec protection oculaire si IMGA.
Hospitalisation pour symptômes compatibles avec la COVID-19	Transfert dans un centre désigné pour la pédiatrie.	Transfert et hospitalisation dans un centre désigné pour la pédiatrie Isolement à domicile, si hospitalisation non requise.	Non requis.	Transfert et hospitalisation dans un centre désigné pour la pédiatrie.	Hospitalisation selon jugement clinique dans l'hôpital de sa région correspondant au niveau de soins requis. Isolement à domicile, si hospitalisation non requise.
Hospitalisation pour autre condition clinique	Transfert dans un centre désigné pour la pédiatrie, après discussion entre le médecin traitant et le spécialiste au CH désigné pédiatrie.	Transfert dans un centre désigné pour la pédiatrie, après discussion entre le médecin traitant et le spécialiste au CH désigné pédiatrie.	Hospitalisation dans l'hôpital de sa région correspondant au niveau de soins requis.	Transfert dans un centre désigné pour la pédiatrie, après discussion entre le médecin traitant et le spécialiste au CH désigné en pédiatrie.	Prise en charge dans l'hôpital de sa région correspondant au niveau de soins requis et transfert dans un centre désigné pour la pédiatrie à la réception d'un résultat positif à la COVID-19, après discussion entre le médecin traitant et le spécialiste au CH désigné en pédiatrie.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec
Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 24 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Cette lettre annule et remplace la précédente. Depuis le 4 avril 2020, le directeur national de santé publique a déclaré que le Québec connaît une transmission communautaire soutenue de la COVID-19. Or, des milieux de soins vivent actuellement des pénuries de ressources humaines tout en étant aux prises avec des éclosions de la COVID-19 qui affectent les usagers et les travailleurs. Dans ce contexte, nous vous transmettons deux nouveaux documents de soutien à la décision qui ont été développés pour les gestionnaires du réseau afin de les soutenir dans la gestion des ressources humaines.

Le premier, intitulé **Levée de l'isolement des travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 : Approche de gestion de risque**, concerne tous les milieux de soins, chez qui des éclosions de travailleurs atteints pourraient placer le gestionnaire face à une possibilité de bris de service. L'approche de gestion proposée repose sur une gradation des mesures et sur une gestion de risque qui doit être bien pondérée.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Le second document, intitulé **Précautions nécessaires en lien avec les réaffectations de travailleurs de la santé (incluant les médecins) dans les CHSLD**, précise les conditions à mettre en place pour permettre l'affectation sécuritaire des professionnels de la santé (incluant des médecins) qui ont été réaffectés temporairement dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour y offrir des soins.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. Membres du CODIR
PDGA des établissements publics du RSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-30

Précautions nécessaires en lien avec les réaffectations de travailleurs de la santé (incluant les médecins) dans les CHSLD

22 avril 2020

Dans le contexte de la pandémie actuelle, plusieurs professionnels de la santé (incluant des médecins) ont été réaffectés dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour y offrir des soins. Étant donné les caractéristiques différentes de l'épidémie observée au sein des CHSLD et celle observée dans les autres milieux de soins, des mesures de prévention doivent être appliquées.

Réaffectation :

- Le travailleur de la santé doit idéalement être réaffecté à la même installation et sur la même unité pendant plusieurs journées consécutives (idéalement au moins 5 jours).
- Le travailleur de la santé ne doit pas se déplacer d'une installation à une autre dans un même quart de travail;

Déplacement entre les régions :

- Il y a des risques associés au potentiel de transfert d'infections si des travailleurs d'une région «froide» viennent travailler dans une région à transmission soutenue « chaude » et retournent dans la région «froide» par la suite. Cette stratégie doit être utilisée uniquement si aucune autre option n'est disponible.
- Advenant qu'un bris de service soit inévitable, les établissements doivent utiliser une approche de gestion des risques et mettre en place toutes les solutions alternatives à leur disposition avant d'avoir recours à un travailleur de la santé provenant d'une autre région. Dans une telle situation, les établissements devraient faire appel prioritairement à des travailleurs provenant d'une région dont le profil de transmission est similaire.
- Le travailleur de la santé qui est affecté dans une région dont l'intensité de la transmission est plus élevée (région chaude) que celle observée dans sa région d'attache habituelle (région froide) doit limiter au maximum les déplacements à l'extérieur de son lieu d'hébergement et de l'installation dans laquelle il offre ses services.

Au CHSLD, le travailleur de la santé doit :

- laisser ses effets personnels à l'extérieur de l'établissement;
- porter l'uniforme fourni et lavé par l'installation si non disponible, possibilité d'utiliser un vêtement propre et lavé quotidiennement par la personne;
- porter adéquatement les équipements de protection individuelle qui sont recommandés par le comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ);
- procéder à l'hygiène des mains dès que cela est indiqué.

Au retour dans l'installation habituelle, le travailleur de la santé doit :

- porter le masque en continu, tel que recommandé par le CINQ pour tous les travailleurs de la santé dans le contexte d'une transmission communautaire soutenue;
- respecter les mesures de distanciation physique;
- éviter au maximum les espaces communs (salle à manger, salle de repos, etc.);
- procéder à l'hygiène des mains dès que cela est indiqué;

- surveiller ses symptômes et prendre sa température deux fois par jour pendant les 14 jours suivant son retour du CHSLD;
- s'abstenir de rentrer au travail et obtenir un test s'il développe des symptômes.

Veuillez prendre note qu'**aucune quarantaine n'est requise pour le travailleur de la santé ayant travaillé dans une zone chaude ou tiède d'un CHSLD si le port de l'équipement de protection individuel recommandé était adéquat** selon les recommandations du CINQ. (Consulter le document Évaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID-19 pour plus d'informations).

Veuillez également prendre note qu'en date du 21 avril, **le test de dépistage n'est pas indiqué pour les travailleurs de la santé asymptomatiques**.

DGSP, 22 avril 2020

Levée de l'isolement des travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 :
Approche de gestion de risque

22 avril 2020

Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) est un comité d'expert dont les recommandations sont fondées sur les données probantes. **Les recommandations du CINQ s'appliquent à l'ensemble des établissements de soins du Québec.**

Les recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé publiées par le CINQ en date du 15 avril 2020 stipulent que les travailleurs de la santé infectés doivent respecter les conditions suivantes avant de retourner au travail:

- Début des symptômes aigus depuis 14 jours et plus;
- Aucune fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique);
- Aucun symptôme aigu depuis 24 heures (à l'exception d'une toux ou d'une anosmie résiduelles qui peuvent persister);
- PCR négatif sur 2 échantillons respiratoires

Ces recommandations, comme toutes celles publiées par le CINQ seront mises à jour régulièrement pour tenir compte des avancées scientifiques en temps réel.

Dans le contexte de pandémie de la COVID-19, il a été soulevé que la nécessité pour un travailleur de la santé d'être placé en isolement pour 14 jours et d'obtenir deux PCR négatifs avant de retourner au travail pourrait engendrer des bris de services.

Dans un premier temps, face à une possibilité de bris de service, **les établissements sont responsables d'identifier et de mettre en place toutes les solutions à leur disposition pour pallier ce bris de service sans contrevenir aux recommandations du CINQ**. À titre d'exemple :

- Délestage des soins et des services de santé non essentiels selon les directives ministérielles à ce sujet;
- Recours aux personnes inscrites sur la liste jecontribuecovid19;
- Évaluation de l'état de santé des travailleurs de la santé en retrait suite à un contact auprès d'un cas. Dans le contexte d'un bris de service, ces travailleurs peuvent retourner au travail après 7 jours d'isolement s'ils sont asymptomatiques et qu'ils respectent certaines mesures de prévention (voir les catégories 2 à 7 du document Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé).

Dans un deuxième temps, **advenant qu'un bris de service soit inévitable malgré la mise en place de solutions alternatives, il appartient aux établissements d'utiliser une approche de gestion des risques** afin d'assurer que les soins et les services de santé essentiels soient prodigués de la façon la plus sécuritaire possible pour les patients et les travailleurs. **Les travailleurs de la santé qui ne répondent pas aux critères de levée de l'isolement du CINQ (début des symptômes il y a moins de 14 jours, aucun ou 1 seul PCR négatif) doivent être appelés en dernier recours uniquement.**

Si la présence de travailleurs ne respectant pas tous les critères de levée de l'isolement du CINQ est jugée indispensable pour éviter un bris de service, **les établissements devront s'assurer que les conditions d'amenuisement du risque soient en place**:

- Validation de l'état de santé auprès du travailleur de la santé:
    - Aucun symptôme depuis plus de 24 heures (à l'exception d'une toux ou d'une anosmie résiduelles qui peuvent persister);
    - Aucune fièvre depuis plus de 48 heures (sans prise d'antipyrétique);
- Port du masque de procédure avant l'entrée au travail;
- Hygiène des mains à l'entrée au travail et selon les moments de l'hygiène des mains
- Distanciation physique stricte ne permettant aucun contact avec les autres employés COVID négatif (entrée dédiée, vestiaires dédiés, toilettes dédiés, salles de repos/repas dédiées);
- Travail uniquement dans les zones chaudes;
- Éviter la circulation à l'extérieur de la zone chaude (par exemple, fournir les repas pour éviter la circulation hors zone chaude);
- Si une section seulement de l'unité est en zone chaude, restreindre l'accès aux lieux communs de l'unité (poste, pharmacie, réserves, etc.). Si toute l'unité est en zone chaude, la restriction n'est pas requise mais une hygiène stricte des mains doit être faite avant d'entrer dans ces lieux communs de l'unité;
- Port de tout l'équipement de protection individuelle selon les précautions additionnelles en cours.

Les établissements sont responsables de mettre en place toute mesure supplémentaire jugée nécessaire pour limiter le risque de transmission entre le travailleur de la santé COVID positif et les patients ou les autres travailleurs.

La nécessité de faire appel à des travailleurs de la santé qui ne respectent pas les critères de levée de l'isolement selon le CINQ devra être réévaluée quotidiennement. Les mesures d'atténuation du risque devront être appliquées jusqu'à ce que le travailleur réponde aux critères de levée d'isolement pour les travailleurs de la santé du CINQ.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 24 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Le 17 avril dernier, vous avez reçu deux tableaux faisant état des directives qui ont été mises en vigueur jusqu'à cette date, dans le cadre de la gestion de la pandémie de la COVID-19.

Vous trouverez ci-joint une mise à jour, en date du 24 avril, de ces deux tableaux résumant l'ensemble des éléments adoptés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en suivi des travaux effectués par les sous-comités COVID-19 :

1) Directives cliniques;

2) Directives fonctionnelles. Chaque élément des tableaux vous réfère également à la directive complète au besoin. Nous vous précisons que ceux-ci sont également appuyés par le Comité clinique directeur COVID-19. Les tableaux ont également été déposés dans la section réservée aux professionnels sur le site Web du MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/.

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Nous espérons que cette compilation vous sera utile et demeurons disponibles si vous avez des questionnements.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-2908-35

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

STRATÉGIES ET ACTIONS

Les stratégies et actions figurant dans le présent document dérivent des plans de contingence locaux et ministériels, ainsi que des lettres acheminées aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Elles sont présentées selon les phases et de façon chronologique.

La plupart des outils développés en soutien aux actions sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans la section « COVID-19 pour les professionnels ».

En tout temps et en toutes circonstances, il est demandé d'établir un protocole pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant lors de la prise en charge de cas suspectés ou confirmés COVID-19 et ce, selon les recommandations des services de prévention et contrôle des infections.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020
GÉRER LA MAIN-D'ŒUVRE ET L'APPLICATION DES MESURES DE PRÉVENTION EN SANTÉ ET SÉCURITÉ POUR LE PERSONNEL DU RSSS	• Élaboration par les établissements, le MSSS et les ordres professionnels, d'une liste de ressources humaines alternatives, toutes catégories, de gens qui voudront apporter leur soutien au personnel régulier lors d'une pandémie. • Considération de la possibilité que les résidents des résidences privées pour aînés (RPA) et des ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), aient des besoins et que les ressources du RSSS soient appelées à contribuer. • Appel à des bénévoles pour remplir des tâches qui ne nécessitent pas de formation en santé ou en service social. • Possibilité de modifications des conditions de travail à convenir avec les syndicats nationaux. **23 mars 2020** *20-MS-00496-68_PDG_Médecins et travailleurs santé, 20-MS-00496-68_PJ1_Matrice évaluation risque exposition TS CINQ, 20-MS-00496-68_PJ2_Mesures-prevention-milieu-de-travail-COVID-19 et 20-MS-00496-68_PJ3_Proposition levée mesures_CINQ* Recommandations relatives aux mesures d'isolement pour les médecins et travailleurs de la santé. **30 mars 2020** *200330_COVID19_Deplacements_regions* Si un déplacement devait être nécessaire pour effectuer une activité jugée indispensable dans l'une des régions placées en isolement, il est suggéré d'utiliser le projet de lettre suggéré par l'Organisation de la sécurité civile du Québec (*200330_COVID-19_Modèle_Contrôles-routiers_Mars20_vf*). La décision de franchir ou non un point de contrôle relève entièrement de la Sûreté du Québec. ~~**2 avril 2020** *20-MS-02502-20_LET_PDG_Travailleurs-de-la-santé-et-20-MS-02502-20_PJ_Recommandations travailleurs INSPQ_COVID-19*~~ ~~Mise à jour des recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé en date du 2 avril.~~ **3 avril 2020** *20-MS-02502-37_LET_PDG_Travailleuses enceintes* En lien avec la directive transmise le 1er avril sur la réaffectation des travailleurs enceintes, prendre connaissance et mettre en œuvre les modalités suivantes : • Considérant de nouvelles préoccupations soulevées à l'égard des travailleuses enceintes, faire en sorte qu'elles ne soient plus en contact étroit avec des patients ou des usagers. • Réaffecter les travailleuses enceintes dans les plus brefs délais en respectant les mesures de distanciation physique ou de leur proposer d'effectuer du télétravail si cela s'avère possible.	**23 avril 2020** *20-MS-02908-09_LET_Hors_réseau_formation* Accès à deux contenus différents de formations et d'outils visant à soutenir les personnes qui viennent prêter main-forte pour soutenir les travailleuses et travailleurs de la santé et des services sociaux qui luttent contre la pandémie dans les milieux de vie pour aînés comme les CHSLD, les RPA et les RI-RTF. Ces outils et formations visent deux clientèles distinctes, soit les personnes SANS et AVEC expérience clinique : • Formations et outils visant à soutenir les personnes SANS expérience clinique en affectation temporaire dans un milieu de vie pour aînés : ces contenus, utilisés en complémentarité avec la formation en présentiel offerte par votre établissement, permettront de faciliter l'orientation des travailleurs avec peu ou sans expérience auprès des usagers des milieux pour aînés. • Formations et outils visant à soutenir les personnes AVEC expérience clinique en affectation temporaire dans un milieu de vie pour aînés : ces outils s'adressent en premier lieu au personnel infirmier, mais pourront également soutenir tout le personnel requérant des informations sur les interventions et les approches à privilégier auprès des aînés, en particulier ceux présentant des troubles neurocognitifs majeurs. Ces mêmes formations et outils sont également rendus disponibles aux partenaires hors réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). En plus d'avoir accès à ces deux formations, les partenaires hors RSSS pourront accéder aux Formations et outils disponibles en lien avec la COVID-19 : prévention et contrôle des infections et autres outils de soutien. **24 avril 2020** *20-MS-02908-30_LET_PDG_Levée de l'isolement CHSLD, 20-MS-02908-30 PJ_Levée de l'isolement TdS - Gestion de risque 4 et 20-MS-02908-30 PJ_Précautions nécessaires réaffectations TdS CHSLD* Cette lettre annule et remplace la précédente (2 avril). Nouveaux documents de soutien à la décision développés pour les gestionnaires du RSSS pour les soutenir dans la gestion des ressources

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**

	• Advenant que l'une ou l'autre de ces options ne soient pas réalisables, la travailleur enceinte sera retournée chez elle en retrait préventif et elle bénéficiera du programme de maternité sans danger.
	3 avril 2020 *20-MS-02502-33_LET_PDG_DSP_CNREM-COVID-19*
	Les mesures suivantes sont mises en place, dont certaines exigent une action des établissements :
	• Sous la responsabilité de la Dre Lucie Poitras, création du comité national de réaffectation des effectifs médicaux (CNREM) qui a pour mandat de :
	  • s'assurer que, en cas de pénurie ou d'impossibilité pour un établissement, par ses structures locales de combler des besoins en effectifs, des effectifs nationaux soient mobilisés pour assurer la dispensation des services (tous les établissements pourraient être mis à contribution).
	  • veiller à la mobilisation de tous les médecins omnipraticiens ou spécialistes, à la retraite ou œuvrant dans d'autres domaines (administration ou privé), d'être mobilisés là où les besoins seront démontrés de façon prioritaire et en fonction des profils de compétence de tout un chacun.
	Pour cette semaine, il est attendu de la part des établissements que :
	• Un coordonnateur des effectifs médicaux doit être nommé et son nom doit être communiqué à l'adresse suivante : reaffectationmedicale@msss.gouv.qc.ca. Une séance de travail sera prévue en début de semaine prochaine avec les coordonnateurs locaux.
	• Une base de données ou un fichier Excel vous sera transmis lundi prochain pour être complété au plus tard pour le jeudi 9 avril, et qu'il soit acheminé.
	• En cas de pénurie appréhendée pour la semaine du 13 avril, le CRNEM doit être contacté dans les délais les plus brefs afin de discuter des possibles solutions.
	Le CNREM déploie aussi un service de médecins répondants avec un numéro d'appel unique.
	Des liens avec les universités sont en cours pour harmoniser et favoriser l'intégration de tous les résidents aux structures cliniques. Pour le moment, le moonlighting ne demeure pas permis dans les milieux universitaires. Il est demandé de préserver, dans les spécialités non délestées, les résidents dans leurs stages.
		humaines.
		Levée de l'isolement des travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 : Approche de gestion de risque (voir PJ)
		Concerne tous les milieux de soins, chez qui des éclosions de travailleurs atteints pourraient placer les gestionnaires devant une possibilité de bris de service. L'approche de gestion proposée repose sur une gradation des mesures et sur une gestion de risque qui doit être bien pondérée.
		Précautions nécessaires en lien avec les réaffectations de travailleurs de la santé (incluant les médecins) dans les CHSLD (voir PJ)
		Précise les conditions à mettre en place pour permettre l'affectation sécuritaire pour les professionnels de la santé (incluant les médecins) qui ont été réaffectés temporairement dans les CHSLD pour y offrir des soins.

COORDONNER LA PRESTATION DES SOINS	• Adaptation des activités régulières à la situation pandémique et préserver les activités urgentes liées ou non à la pandémie, notamment les services essentiels dont les signalements en protection de la jeunesse. • Collecte d'information concernant l'utilisation des lits de soins aigus pour les usagers atteints de la COVID-19 demandée par le MSSS. **19 mars 2020** *20-MS-00496-39 PDG_Plan de délestage et NSA_Plan de délestage_Pandémie COVID-19_Orientations provinciales_DSAD (002)* Transmission du plan de délestage des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA) dans les centres hospitaliers (CH) du RSSS. **23 mars 2020** *20-MS-00496-68_p.j._Plan de contingence provincial.pdf*	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	Transmission du Plan de contingence provincial La mise en tension d'un niveau d'alerte est décidée par le MSSS et se fait régionalement, ainsi que par clientèle (adulte ou pédiatrique). **23 mars 2020** *Arrêté 2020-009 du 23 mars 2020* Arrêté numéro 2020-009 de la ministre de la Santé et des Services sociaux concernant l'ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de la COVID-19. **25 mars 2020** *20-MS-00496-83_PDG_Planification des lits* Planification de la gestion des lits avec les établissements; outil de référence *20-MS-00496-83_PJ_Protocole de surcapacité* **27 mars 2020** *5-20-MS-00496-92_LET_ niveau alerte 2* Annonce de la mise sous tension des installations de niveau d'alerte 2 pour le service d'urgence et le préhospitalier pour les régions de l'Estrie, Montréal et de la Montérégie. **27 mars 2020** *1-20-MS-00496-92_PJ_Procédures dentaires COVID-19* Transmission des directives, algorithme et centres désignés pour la santé dentaire : CHUM, CUSM, HGJ, CHUQ, Cégep de Chicoutimi **31 mars 2020** *Plan de contingence provincial_v9* Transmission de la nouvelle version du Plan de contingence provincial **6 avril 2020** *20-MS-02502-46, PJ1_COVID_Classification CH par région_2020-04-06 et PJ2_Plan de contingence provincial_v11* Transmission de la nouvelle version du Plan de contingence provincial et tableau des CH désignés sous tension et « froid ». **9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_Protocole de réanimation et 20-MS-02502-66_Protocole de réanimation révisé* Nouvelles orientations concernant le protocole de réanimation simplifié de la COVID-19.	
ASSURER LA MISE EN PLACE DES MESURES DE PCI DANS LES MILIEUX DE SOINS	• Mise à disposition des orientations nécessaires pour le milieu de soins et suivi de leurs applications. **24 mars 2020** *20-MS-00496-72_LET_PDG-DSP_Zones de traitement d'urgence, 20-MS-00496-72_PJ1_Zonage hospitaliers_fin, 20-MS-00496-72_PJ2_Aires de traitement Urgence et 20-MS-00496-72_PJ3_Consignes pour zones* Directives détaillées pour mettre en place des mesures de zonage et de confinement pour l'urgence et l'hospitalisation (incluant les unités de réadaptation intensives DI-TSA et DP et les cliniques ambulatoires). La terminologie retenue est : • Zone froide : clientèle sans COVID-19. • Zone tiède : clientèle avec COVID-19 suspectée. • Zone chaude : clientèle avec COVID-19 confirmée. Pour les CHSLD et les NSA, directives pour mettre en place des zones de confinement de manière à	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	isoler les personnes testées COVID-19 positives (zone chaude) des personnes testées COVID-19 négatives (zone froide). **25 mars 2020** *20-MS-00496-83_PDG_Équipement de protection individuel* Milieux de 1re ligne : Les usagers infectieux devront mettre un masque de procédure et appliquer du désinfectant à base d'alcool. Ces équipements doivent être disponibles à la réception seulement. Les intervenants de santé et de services sociaux ne doivent pas porter de masque de procédure. CDD et CDÉ : Les usagers doivent appliquer les mêmes mesures (voir milieu de 1re ligne). Pour ce qui est des intervenants, l'équipement suivant doit être utilisé : masque de procédure, protection oculaire, blouse à manches longues jetable et gants non stériles jetables. Bloc opératoire : directives concernant la disponibilité des EPI et leur utilisation judicieuse *20-MS-00496-83_PDG_Bloc opératoire* **4 avril 2020** *LET PDG-DSP_Directives orientation port du masque_2020-04-04* • La transmission communautaire de la COVID-19 a été annoncée sur tout le territoire du Québec. Il est demandé à tous les établissements d'appliquer les recommandations de l'INSPQ figurant dans l'avis intitulé « Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue ». • Il est recommandé d'assurer une disponibilité adéquate de cet équipement pour les travailleurs et usagers concernés, tout en assurant une utilisation raisonnée des masques. À cet effet, des recommandations spécifiques sur l'usage des masques seront diffusées par le Direction générale de la santé publique et la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques. **9 avril 2020** *20-MS-02502-64_LET_PDG_Masques de procédure, 20-MS-02502-64_PJ_PDG_Masque de procédure et 20-MS-02502-64_PJ2_PDG_Masque de procédure* Nouveaux avis développés ou mis à jour par l'INSPQ sur le port du masque : La PJ intitulée « Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue » concerne tous les milieux de soins, soit les hôpitaux (soins aigus), les cliniques médicales (groupes de médecine de famille, cliniques externes, cliniques médicales, cliniques désignées d'évaluation, etc.), les milieux de réadaptation et les milieux de soins de longue durée (CHSLD), ainsi que lors des soins à domicile. La PJ intitulée « Avis port du masque pour protéger les personnes vulnérables dans tous les milieux de vie lors de transmission communautaire soutenue » concerne toute personne offrant un service d'assistance personnelle, de soins corporels ou toute autre intervention à une personne vulnérable.	
ADAPTER LES SERVICES À DOMICILE	• Confirmation que les personnes connues du soutien à domicile (SAD) et identifiées comme vulnérables soient inscrites comme telles, notamment au 811, et qu'elles continuent de recevoir les services prioritaires dont elles ont besoin. • Assurance que, si une personne atteinte, non connue du SAD, est maintenue à domicile parce que	**22 avril 2020** *20-MS-02908-25_LET_PD_Répit hors domicile et 20-MS-02908-25_PJ_Fiche Services répit* Services de répit de jour offerts hors domicile aux familles et aux personnes proches aidantes des personnes ayant une déficience physique (DP), une

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020
	ses symptômes ne nécessitent pas une hospitalisation, elle reçoive les services du SAD, en fonction de ses besoins et de sa vulnérabilité. • Adaptation des services du SAD aux besoins des différents milieux de vie (RPA, RI/RTF, etc.). • Il est important de préciser que les personnes vivant en RPA et les RI-RTF sont considérées comme vivant à domicile.	déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA), de moins de 70 ans et qui ne sont pas immunosupprimés ou atteintes de maladies chroniques, et aux familles des jeunes en difficulté. En l'absence de facteur de risque de contamination à la COVID-19, les services de répit offerts hors domicile et qui sont jugés essentiels doivent redémarrer, particulièrement auprès des proches et des familles le plus vulnérables ou à haut risque de détresse ou d'épuisement ainsi que lorsqu'il y a risque de relocalisation vers une ressource d'hébergement. Ces orientations sont complémentaires aux directives suivantes, et ce faisant, les mêmes balises sont applicables : COVID-19 : Directives au RSSS – soutien à domicile COVID-19 : Directives de santé publique à l'intention des personnes offrant un service de répit à domicile aux familles d'enfants ayant une DP, une DI ou un TSA (voir PJ).
ASSURER L'ACCÈS À INFO-SANTÉ ET À INFO-SOCIAL	•Évaluation quant à la mise à la disposition d'autres services téléphoniques gouvernementaux pour : Éviter un débordement d'appels, exercer un premier filtre des questions de la population et orienter le plus rapidement possible les personnes vers les ressources appropriées. **19 mars 2020** *20-MS-00496-41_LET_INFO 811* Info santé 811 : Les infirmières sont autorisées à ne plus faire l'évaluation de l'état de santé lors d'appel lié au dépistage de la COVID-19.	
CONSEILLER LA POPULATION ET LES PARTENAIRES ET OFFRIR LES SERVICES ADAPTÉS À LA SITUATION	• Information aux partenaires sur les impacts psychosociaux de la pandémie, de leurs décisions et de leurs actions et des services psychosociaux visant à soutenir les personnes et les divers milieux de vie dans la prise en charge des besoins psychosociaux de leurs membres. • Information à la population sur l'auto-évaluation et l'auto-intervention, et encouragement de la mobilisation sociale et de la solidarité parmi les citoyens. **18 mars 2020** *20-MS-00496-34_Organismes communautaires* Rappel à tous les **organismes communautaires de suivre les directives énoncées par la santé publique** et de prendre les dispositions appropriées afin de protéger la santé et le bien-être de leurs travailleurs et de leur clientèle en cohérence avec les orientations gouvernementales. Les organismes communautaires dont les activités favorisent des rassemblements devraient réduire au maximum leurs activités et même les suspendre temporairement. Toutefois, les organismes communautaires qui offrent des services essentiels à la population, dont les milieux d'hébergement en itinérance et en violence conjugale, les banques alimentaires et les services d'intervention de crise, devraient poursuivent leurs activités tout en respectant les consignes sanitaires.	**20 avril 2020** *Nouvelle publication de l'INSPQ* Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires, version 7.0 du 19 avril 2020 Cette fiche présente les mesures recommandées en présence d'une personne sous investigation, d'un cas confirmé d'infection COVID-19, d'un cas suspect ou d'un contact dans la communauté.
PRÉPARER LES SERVICES	**13 mars 2020** • Mise à la disposition des services préhospitaliers d'urgence des outils permettant le traitement	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020
PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	optimal des appels de la population. • Partage à l'ensemble du personnel des mesures mises en place. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/Procedure-MRS-2020-DGAPSP_20200313.pdf **1er avril 2020** *2-20-MS-02502-04_LET_PDG-DSP_Déploiement plan contingence PRÉHOS_2020-03-31 et 2-20-MS-02502-04_PJ_PC* Déploiement du plan de contingence des soins préhospitaliers d'urgences (version du 31 mars)	
URGENCE	**23 mars 2020** *20-MS-00496-68_PDG_Urgence et préhospitalier* Nouvelles orientations pour les précautions d'usage lors de contact dans une situation de soins aux urgences. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/ Permettre le port du masque de procédure ou chirurgical, de la blouse à manches longues et des gants lors des soins pour tout patient ayant une clinique infectieuse. **23 mars 2020** *20-MS-00496-68_PDG_Réorientation des usagers ambulatoires* Réorientation des usagers ambulatoires vers les sites de 1re ligne et les cliniques de dépistage. Mise en application d'une procédure de réorientation vers une clinique externe de l'établissement et de prise en charge à l'urgence des usagers par les médecins spécialistes sans demande de consultation par le médecin d'urgence. Adapter et moduler des ententes et listes des raisons de visite par spécialité pouvant être prise en charge directement par les médecins spécialistes en 1re ligne. **24 mars 2020** *20-ms-00496-72PJ2_aires de traitement Urgence et 20-ms-00496-72-PJ3-consigne pour zones* Recommandations pour le zonage à l'urgence **27 mars 2020** *20-MS-00496-92_PJ_Plan de contingence Urgence _2020-03-25* Transmission du plan de contingence de l'Urgence **7 avril 2020** *20-MS-02502-52_LET_PDG_Phase jaune* Nouvelles zones régionales en phase jaune. En plus des régions de Montréal, de l'Estrie et de la Montérégie, les régions suivantes sont considérées en jaune : Laval, Lanaudière, Laurentides, Capitale-Nationale, Mauricie-et-Centre-du-Québec, Outaouais et Chaudière-Appalaches. **7 avril 2020** *20-MS-02502-52_LET_PDG_Transfert de patients* Mise en application des directives suivantes : • Les établissements doivent s'assurer d'aviser les intervenants du préhospitalier de toute modification aux accès à la salle d'urgence. • La réorientation vers une autre installation doit comporter une évaluation préalable du patient par le personnel du centre hospitalier. • Dans tous les cas suspectés ou confirmés de maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI), peu	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	importe la stabilité de l'usager, les TAP doivent effectuer un préavis à la salle d'urgence (10-10). • Dans la mesure du possible, lorsque le véhicule ambulancier arrive au centre hospitalier, une prise en charge immédiate du patient doit être effectuée. • Le triage de tous les usagers, peu importe leur condition, doit se faire dans un endroit désigné. Il ne doit pas se faire dans le module de soins de l'ambulance. En tout temps, le principe de distanciation physique doit être respecté. À cet effet, le matériel utilisé dans la mobilisation de l'usager (exemple : civière, fauteuil roulant, etc.) doit être disponible pour le transfert immédiat. Seul un rapport verbal sera donné et aucune documentation ne sera remise au centre hospitalier. L'inscription de l'usager doit être effectuée par le personnel désigné du centre hospitalier receveur. • Les TAP ne doivent pas procéder à un changement de leurs équipement s de protection individuelle (ÉPI) lors de la prise en charge par les centres hospitaliers receveurs. • Afin de réduire les délais, lors de l'arrivée d'un cas instable, un membre du personnel hospitalier avec ÉPI, doit guider les TAP vers la zone appropriée dans le centre hospitalier. • Les TAP ne doivent pas se déplacer inutilement entre les déplacements ou sur les étages des centres hospitaliers sauf pour les transports interétablissements. Une aire de décontamination et une station de désinfection doivent être mises à la disposition des TAP, le tout, à proximité immédiate du point de transfert des patients. Le nettoyage des équipements doit également être effectué. Cette station de nettoyage doit être couverte et chauffée (sur le principe des cliniques de dépistage mobile) et inclure, un lavabo et du savon. Ces aires doivent être aménagées en collaboration avec les partenaires SPU.	
PREMIÈRE LIGNE	**9 au 20 mars 2020** • Ouverture graduelle et en séquence des cliniques désignées de dépistage. **18 mars 2020** *2020 20-MS-00496-30_LET_PDG_Première ligne* • Maximiser l'offre de sans rendez-vous. • Privilégier les télésoins pour les clientèles âgées de + de 70 ans, pour les maladies chroniques et immunosupprimées. • Les suivis de grossesse, de clientèle en santé mentale et le suivi des 0-2 ans doivent être maintenus. **23 au XX mars 2020** • Ouverture graduelle et en séquence des cliniques désignées d'évaluation.	
CLINIQUES DÉSIGNÉES DE DÉPISTAGE	**11 avril 2020** *20-MS-02502-78_LET_PDG_Priorités Tests révisés et PJ Priorisation des tests de dépistage pour le COVID_11 avril 2020* Nouvelle échelle de priorisation : P1 : Les patients hospitalisés symptomatiques (incluant les tests requis pour la levée d'isolement), les patients symptomatiques des unités d'hémodialyse, les patients symptomatiques à l'urgence dont	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	l'état justifie une hospitalisation ou qui présentent des facteurs de risque de complications, les femmes enceintes symptomatiques au 3e trimestre, et les personnes devant accompagner une femme à un accouchement, lorsque symptomatique à la fin de la grossesse. P2 : Les professionnels de la santé symptomatiques en contact direct avec les patients, incluant les services ambulanciers, dont le retrait causerait un bris de service (incluant les tests requis pour les mesures de retour au travail). P3 : Les usagers et le personnel dans des milieux d'hébergement tels que les CHSLD, les RPA et les RI-RTF, dès qu'un nouveau cas positif non isolé est identifié, à la sortie des usagers d'un centre hospitalier qui sont dirigés vers un milieu de vie comme un CHSLD, RPA, RI-RTF, les personnes symptomatiques habitant dans d'autres milieux à risque (ex. : refuges pour itinérants, RI, etc.), dans des milieux de vie hébergeant des personnes âgées (plus de 70 ans) sur recommandation du directeur régional de santé publique. P4 : Les personnes symptomatiques vivant dans les régions éloignées, les communautés isolées et venant des Premières Nations/Inuit qui ont un accès limité à un hôpital. Sauf en cas d'indication contraire de la Direction de la Santé publique, ceci inclut les régions ou secteurs placés sous cordon sanitaire. P5 : Les premiers répondants ou travailleurs du système de sécurité publique (ex. : policiers et pompiers, agents des services correctionnels) et autres travailleurs symptomatiques fournissant des services jugés critiques/essentiels. P6 : Les personnes symptomatiques de la communauté sur autorisation du Directeur de la santé publique.	
CLINIQUE DÉSIGNÉE D'ÉVALUATION (CDE)	**20 mars 2020** *20-MS-00496-36_LET_Cliniques désignées d'évaluation.pdf* Évaluation médicale de tout patient qui présente des SAG et les patients COVID-19 positifs qui sont dirigés vers ces cliniques pour tout besoin de santé. Les cliniques désignées d'évaluation (CDE) peuvent procéder au dépistage avec corridor de services spécifiques. La désignation est faite par le MSSS selon le seuil épidémiologique et la pénurie de matériel de protection. **9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_Cliniques désignées d'évaluation, 20-MS-02502-66_PJ1_Utilisation optimale des EPI et 20-MS-02502-66_PJ2_Ressources CDÉ - CORRIGÉ - 03-04-2020* Nouvelles orientations concernant les dépenses liées à l'activité des CDÉ et l'utilisation optimale des équipements de protection individuelle (ÉPI). • Les ÉPI doivent être transférés par le CISSS/CIUSSS vers les CDÉ de son territoire, en respect des quantités recommandées (voir PJ1). • Les ressources humaines dédiées dans le cadre du mandat des CDÉ pourront être assignées, dans certains cas, par le CISSS/CIUSSS. Les dépenses liées à l'embauche des ressources humaines qui ne sont pas assignées par l'établissement pourront être transmises à ce dernier par chaque CDÉ	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	pour obtenir un remboursement. **10 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG-DSP_Correctif et 20-MS-02502-66_PJ_Ressources CDÉ_Correctif* Ajustement au document « Ressources en cliniques désignées d'évaluation » diffusé le 9 avril. Utiliser la PJ qui remplace la PJ déjà acheminée qui était une version préliminaire. Les informations modifiées concernent notamment les masques de procédure pour le personnel de la clinique.	
CLINIQUES EXTERNES SPÉCIALISÉES	**17 mars 2020** *2020-03-17 RAMQ clinique externe (let)COVID-19* • Autorisation de facturation pour les médecins durant le transfert de cliniques externes dans d'autres installations. **18 mars 2020** *20-MS-00496-35_LET_PDG-DSP_Cliniques externes spécialisées* • Maintenir toutes les consultations et suivis urgents et semi-urgents. • Maintenir tous les suivis non-urgents de clientèle chronique, incluant la santé mentale. • Toutes les priorités des centres de répartition des demandes de services spécialisées (CRDS) de niveau A et B doivent être prises en charge. Les demandes de niveau C doivent être priorisées pour la nécessité de prise en charge. • Privilégier les priorisations et rendez-vous par téléconsultation ou téléphone. **24 mars 2020** *20-ms-00496-72PJ1_Zonage hospitalier_fin* • Recommandations pour le zonage en cliniques ambulatoires et en soins et services hospitaliers.	
HOSPITALISATION	**18 mars 2020** *20-MS-00496-35_LET_PDG-DSP_Hospitalisation* Mêmes directives que pour les cliniques spécialisées. **19 mars 2020** • Les CH non désignés COVID-19 doivent reprendre dans leur établissement les patients testés COVID-19 négatifs actuellement hospitalisés en CH désigné. • Les patients hospitalisés suspectés d'avoir contracté la COVID-19 doivent demeurer dans leur CH jusqu'à confirmation du résultat positif. Les protocoles de prévention des infections appropriés doivent donc être mis en place. • Les patients hospitalisés recevant un résultat COVID-19 positif nécessitant une hospitalisation doivent être transférés au CH désigné le plus près après communication de transfert avec l'établissement. À partir de lundi le 23 mars, tout transfert se fera par le bais de l'outil COOLSI. • Les personnes suspectées ou confirmées COVID-19 en quarantaine à la maison et dont l'état se détériore doivent être évaluées pour décision d'hospitalisation dans une clinique désignée, pendant les heures d'ouverture, ou à l'urgence de leur CH le plus près en l'absence de clinique ou hors des heures d'ouverture. • Une communication avec le CH désigné doit obligatoirement avoir lieu avant tout transfert de personnes COVID19 positif.	**24 avril 2020** *20-MS-02908-17_LET_PDG-DSP MTL et Laval_COVID-AVC-corridor MTL-Laval et PJ_COVID-19 Consignes AVC-CHSLD_MTL-Laval* Nouvelles orientations, en date du 23 avril 2020 et effectives pour la durée de la pandémie, concernant les corridors de services pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébrales (AVC) des résidents en CHSLD des régions de Montréal et de Laval. Ces orientations apportent une modification temporaire au protocole AVC aigu des réseaux montréalais et lavallois (voir PJ). • La clientèle provenant des CHSLD de Montréal et de Laval à destination du CHUM ou du CUSM sera également transportée par Urgences Santé aux trois autres hôpitaux additionnels, soit l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSC), à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) et l'Hôpital de la Cité-de-de-la-Santé de Laval. L'alternance des transports sera respectée entre les hôpitaux. • Les centres secondaires AVC (HSC, HMR) évalueront la clientèle, effectueront la thrombolyse selon leur protocole en vigueur et détermineront avec le centre tertiaire AVC qui dessert habituellement le CHSLD, si le besoin clinique de faire une thrombectomie s'applique et si

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	23 mars 2020 *20-MS-00496-68_PDG_Hospitalisation et procédures* • Les patients hospitalisés COVID-19 suspectés doivent demeurer dans leur installation jusqu'à confirmation. • Les COVID-19 positifs doivent être transférés dans le centre désigné de référence – obligation d'accepter le transfert. • Transfert (hospitalisation et soins intensifs) coordonné par le COOLSI. • Transfert de pédiatrie, néonatalogie et obstétrique coordonnés par CCPQ. • Les personnes suspectées ou confirmées COVID-19 en quarantaine à la maison dont l'état se détériore doivent être évaluées. Un algorithme est disponible : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/Algorithme-COVID-19_Depistage-CH-designe_vf.pdf • Les patients COVID-19 trop instables pour envisager un transfert vers le CD doivent être pris en charge dans leur CH, si l'usager est trop instable pour l'installation dans laquelle il se trouve et ne peut se rendre au centre désigné, il faut le transférer au centre de niveau supérieur le plus proche. • Au moment de la mise en tension du niveau d'alerte 3, les directives suivantes doivent être mises en place dès ce jour, et ce, pour une période indéterminée : o Les installations désignées au niveau d'alerte 3 doivent hospitaliser eux-mêmes les patients COVID-19 positifs ne présentant aucun symptôme pulmonaire, mais nécessitant des soins d'une autre nature. o Les patients COVID-19 positifs et nécessitant une hospitalisation avec des symptômes pulmonaires doivent obligatoirement être transférés en installation désignée. o Toutes les installations doivent avoir leurs protocoles d'isolement et de prévention et de contrôle des infections à jour. **24 mars 2020** *20-ms-00496-72PJ1_Zonage hospitalier_fin et 20-ms-00496-72-PJ3-consigne pour zones* Recommandations pour le zonage en cliniques ambulatoires et soins et services hospitaliers. **2 avril 2020** *2-20-MS-02502-20_LET_PDG-DSP_Transferts vers centres désignés* Dès maintenant, tous les patients COVID-19 confirmés doivent être transférés en centres désignés, à l'exception d'une indication contraire mentionnée pour les clientèles spécifiques qui suivent : • Patients instables : à transférer en centre désigné aussitôt stabilisé pour transfert • Refus de transfert : doivent être transférés malgré le refus. • Obstétrique, psychiatrie, soins palliatifs (voir ligne appropriée dans le tableau) Nous vous rappellerons que : • Les centres désignés ont l'obligation d'accepter le transfert, et ce, cohérence avec le décret d'état d'urgence sanitaire. • Tous les transferts de patients testés COVID-19 positifs sont coordonnés par le système de	un transport vers le centre tertiaire est nécessaire. Ce détournement momentané permettra de répartir la prise en charge entre les hôpitaux en contexte de pandémie, tout en maintenant l'accès aux soins de thrombectomie.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	coordination des lits de soins intensifs (COOLSI), à l'exception de l'obstétrique, la pédiatrie et de la néonatalogie qui coordonnés par le centre de coordination en périnatalogie au Québec (CCPQ). Une communication avec l'installation désignée doit obligatoirement avoir lieu avant tout transfert d'une personne testée COVID-19 positive. **6 avril 2020** *20-MS-02502-46, PJ1_COVID_Classification CH par région_2020-04-06 et PJ2_Plan de contingence provincial_v11* Révision des directives pour la prise en charge des patients hospitalisés et clarification de la trajectoire de la clientèle obstétricale : En PJ1, voir le tableau de classification des centres hospitaliers (CH) par région. Cette liste est évolutive et une mise à jour sera transmise au moment opportun. Les catégories doivent être interprétées selon les définitions suivantes : • Centre désigné COVID-19 : centre de prise en charge hospitalière de patients confirmés à la COVID-19, tant au niveau local qu'à la suite des transferts d'autres CH • Centre sous tension en vue d'être désigné : préparation à la prise en charge hospitalière de patients confirmés à la COVID-19 au niveau local, ne sont pas ouverts aux transferts d'autres CH • CH « froid » : CH conservé pour la prise en charge de patients hospitalisés non COVID-19. Transfère ses patients positifs vers les centres désignés. En contexte de transmission communautaire, il est nécessaire de désigner des zones tièdes pour les patients suspectés d'avoir contracté la COVID-19 Comme indiqué dans le plan de contingence (voir PJ2), au niveau d'alerte 4, toutes les installations pourront être interpellées pour hospitaliser des patients COVID-19 positifs, Tous les établissements doivent se préparer en ce sens. Les centres désignés ou non désignés hospitalisant des patients COVID-19 positifs doivent avoir un protocole en vigueur pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant, notamment pas la création de zones dédiées aux patients positifs. **9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_DSP_Hospitalisation, 20-MS-02502-66_PJ1_Lignes directrices_Hospitalisation, 20-MS-02502-66_PJ1Classification CH par région_2020-04-11, 20-MS-02502-66_PJ2_Femmes enceintes et nouveau-nés_Professionnels_COVID-19 et 20-MS-02502-66_PJ3_Enfant_Professionnels_COVID-19 et PJ4 COVID_Classification CH par région_2020-04-09* • Rassemblement de toutes les directives des différents milieux et clientèles spécifiques mises à jour (voir PJ1). Les directives d'hospitalisation en santé mentale demeurent à venir. • Guide complet relativement à la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés (voir PJ2), et des enfants (voir PJ3). • Tableau de classification des centres désignés, incluant maintenant les centres de réadaptation désignés connus à ce jour (voir PJ4). Cette liste demeure évolutive et une mise à jour vous sera transmise au moment opportun.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	12 avril 2020 *20-MS-02502-66_PJ1Classification CH par région_2020-04-11 et 20-MS-02502-66_PJ2 Lignes directrices hospitalisation* • Mise à jour de la classification des centres désignées (voir PJ1) Mise à jour des directives d'hospitalisation des différents milieux et clientèles spécifiques, notamment en santé mentale (voir PJ2).	
IMAGERIE MÉDICALE	**18 mars 2020** *20-MS-00496-35_LET_Imagerie médicale* • Pertinence de l'imagerie médicale (IM). • Modalités les plus souvent indiquées pour les cas de COVID-19. • Privilégier l'appareil de graphie mobile. • Toute requête d'IM pour patients suspectés sans résultats doit être analysée et validée par un radiologue ou autre médecin du service. • Reporter tout examen non-urgent et dont le report ne porte aucun préjudice. • Le triage des requêtes doit être fait par un comité. • Les salles d'attente doivent laisser 1-2 mètres entre chaque personne. • Limiter les accompagnateurs et leur faire passer le questionnaire de triage. **31 mars 2020** *20-MS-02502-04_LET_PDG_Imagerie médicale* Nouvelle recommandation pour le délestage des activités électives : • Toutes les activités électives devraient être cessées sauf celles jugées essentielles, soit les examens électifs qui ne peuvent être reportés après le 30 avril 2020. Ce délestage doit se faire en fonction de la condition clinique des patients et sans leur occasionner d'effets collatéraux indésirables. Orientations pour la protection du personnel effectuant les examens et interventions : • Pour tout le personnel d'IM appelé à effectuer un examen chez un patient testé COVID19 positive ou avec facteurs de risque ou symptômes douteux, appliquer la protection gouttelettes-contact (masque chirurgical, gants, blouse, lunettes de protection). • Dans le cas d'intervention générant des aérosols chez un patient COVID19 positive ou suspectée, le port du masque N95 par le personnel en contact avec le patient est nécessaire. Type d'examen d'imagerie requis : • Utilisation de l'appareil mobile recommandée. • Tenir compte que la COVID19 entraîne un niveau anormalement élevé des D-dimères lors de l'évaluation des patients pour ne pas les diriger en IM pour recherche d'embolie pulmonaire. LIM désignés : Les LIM pourraient servir de corridors de services aux hôpitaux ou aux GMF désignés (centre désigné d'évaluation). Dans ces cas-ci, des mesures devraient être mises en place de manière à assurer	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	l'accès aux équipements de protection individuelle requis selon les orientations.	
ENDOSCOPIE	**18 mars 2020** *20-MS-00496-35_LET_Endoscopiques* • Mise en place d'un comité décisionnel des activités endoscopiques. Composition définie. • De reporter toutes procédures électives pour pathologies bénignes. • De continuer les procédures urgentes et bien évaluer les demandes semi-urgentes et électives. • De cesser toutes activités dans les centres hors établissements. • Il est demandé à toutes les unités d'endoscopie d'utiliser les équipes minimales requises et de diminuer autant que possible la rotation du personnel pendant les interventions pour l'économie de matériel et d'équipements de protection. **27 mars 2020** *4-20-MS-00496-92_P.J.1_Endoscopie-Cancérologie délestage* Recommandations pour le délestage des activités endoscopiques.	

HÉMODYNAMIE	**4 avril 2020** *20-MS-02502-33_LET PDG-DSP_Directives hémodynamie et 20-MS-02502-33_COVID-19_pj_Consignes Hémodynamie*
	Directives à mettre en place dès ce jour pour une période indéterminée :
	• Prioriser la téléconsultation ou reporter les visites si cela est jugé à faible risque pour le patient.
	• Reporter toutes les procédures électives chez les patients stables et asymptomatiques.
	• Tous les cas urgents qui présentent des risques élevés d'incident cardiaque doivent être traités sans délai.
	• Pour les cas à risque élevé ou confirmés de COVID-19 (vor la définition d'un cas à risque élevé de COVID-19 dans la pièce jointe) ainsi que pour les cas urgents, il est essentiel d'avoir un protocole hospitalier pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant.
	• Il est recommandé à tous les services d'hémodynamie d'utiliser les équipes minimales requises pour les interventions qui sont maintenues et de diminuer autant que possible la rotation du personnel pendant les interventions.
	• Dans les cas d'infarctus du myocarde :
	  • Pour les patients COVID-19 négatif ou à bas risque d'infection, poursuivre les traitements et trajectoires habituels.
	  • Pour les patients COVID-19 positifs ou à haut risque d'infection, suivre les lignes directrices et les algorithmes décisionnels qui se trouvent en pièce jointe.
	Pour les procédures de remplacement valvulaire par cathéter, procéder seulement pour les cas urgents et reporter toutes procédures électives.	

HÉMODIALYSE	**18 mars 2020** *20-MS-00496-35_LET_PDG_Hémodialyse* • Tous les patients hémodialysés ne nécessitant pas d'hospitalisation doivent demeurer dans leur centre de dialyse habituel.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	• Pour tous les cas suspectés ou confirmés COVID-19 hémodialysés en externe nécessitant une hospitalisation, se référer aux directives sur l'hospitalisation.	
BLOC OPÉRATOIRE	**17 mars 2020** *20-MS-00496-30_LET_PDG-DSP Comité Bloc opératoire-COVID-19_17-03-2020* • Mise en place, dans chaque établissement, d'un comité décisionnel de surveillance des activités chirurgicales. La composition du comité est définie. • Pour les cas suspectés ou confirmés de COVID-19, il est demandé d'établir un protocole pour la prestation sécuritaire de soins chirurgicaux pour les patients et le personnel soignant. • De reporter toutes procédures électives pour pathologies bénignes. • De continuer à opérer les urgences chirurgicales et obstétricales. • De limiter au maximum la prestation chirurgicale pour les cas jugés semi-urgents, incluant l'oncologie. • De cesser toutes activités dans les centres de chirurgies hors établissements en lien avec des ententes. • Il est demandé à tous les blocs d'utiliser les équipes minimales requises pour les interventions qui sont maintenues et de diminuer autant que possible la rotation du personnel pendant les interventions pour l'économie de matériel et équipements de protection. **23 mars 2020** *20-MS-00496-30_PDG_Bloc opératoire* Précision des éléments transmis les 17 et 20 mars 2020. • Chaque établissement doit mettre en place un comité de vigie pour gérer les patients oncologiques qui ne pourront être opérés et identifier les alternatives thérapeutiques. Ce mécanisme listera les patients, et transmettra cette liste au directeur du programme de cancérologie qui en assurera le suivi. • Maintenir un niveau de service chirurgie essentiel – éviter la morbidité et la mortalité secondaire : conserver et identifier l'expertise des ressources et prévoir un plan de suppléance de ressources critiques médicales (infirmières, inhalothérapeutes) qui ne peuvent pas toutes être transférées dans les secteurs d'hospitalisation. **24 mars 2020** *20-MS-00496-72_LET_PDG_Chirurgie cardiaque - Copie* Directives pour les patients qui nécessitent une chirurgie cardiaque urgente : • Le patient ne doit pas être COVID-19 positif ou suspecté pour être transféré. • Les patients COVID-19 positifs et les patients en situation instable demeurent dans leur centre de chirurgie de départ. • Les patients hospitalisés à l'ICM suspectés d'avoir la COVID-19 y restent jusqu'à la confirmation du diagnostic. • Les patients COVID-19 positifs doivent être transférés dans le centre désigné de référence, lorsque possible, après qu'une communication ait obligatoirement été établie avec l'installation désignée.	**17 avril 2020** *20-MS-02502-97_LET_PDG_Vigie patients oncologiques* • Fournir un exemple dénominalisé de la liste de patients reportés qui est transmise au Directeur du Programme de cancérologie de votre établissement, en précisant la fréquence de transmission de cette liste et les variables qui y sont colligées. • Décrire le mécanisme de vigie mis en place sous la responsabilité du Programme de cancérologie, en collaboration avec le bloc opératoire, de même que les actions déclenchées à la réception de cette liste. • Rappel de l'importance de compléter la requête opératoire et d'inscrire les patients sur la liste d'attente de chirurgie dès que la décision d'opérer est prise, et ce, même si l'accès à la chirurgie peut être compromis à court terme. **22 avril 2020** *20-MS-02908-17_LET_PDG_Bloc opératoire* Certains constats suggèrent que le risque de transmission par voie aérienne du virus de la COVID-19 aux professionnels de la santé lors de la réalisation d'une chirurgie ouverte, incluant la chirurgie orthopédique, est probablement faible. **Recommandations, ne s'appliquant pas à la chirurgie thoracique (recommandations particulières) :** • Retarder toute procédure jugée non urgente, en accord avec les recommandations déjà émises. • Évaluer, selon la prévalence de la COVID-19 dans la communauté, les risques et les bénéfices de toute intervention chirurgicale. • Utiliser un évacuateur de fumée pour les procédures chirurgicales chez les patients jugés à haut risque d'être porteurs de la COVID-19 ou chez les cas confirmés. • Utiliser les réglages d'électrocautères le plus bas possible. • Utiliser, dans les cas de chirurgie orthopédique impliquant l'utilisation d'appareils susceptibles de générer des aérosols, une protection oculaire en plus du masque chirurgical (un respirateur N95 n'est pas recommandé dans ces cas). • Utiliser, dans les cas de chirurgie digestive ouverte impliquant une cautérisation de la muqueuse intestinale, un respirateur N95. • Ne pas considérer dans l'état actuel des connaissances, l'approche

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	• Les privilèges seront donnés aux chirurgiens cardiaques des centres référents pour effectuer leurs cas. **25 mars 2020** *20-MS-00496-83_PDG_Bloc opératoire, 20-MS-00496-83_PJ1_Recommandations pour intubation et 20-MS-00496-83_PJ2_USherbrooke_trajectoire-bloc-covid-final1* Recommandations pour intubation sécuritaire au bloc opératoire et détail de la trajectoire du patient et précautions selon le type d'anesthésie. **1er avril 2020** *20-MS-02502-04_LET_PDG-DSP_Bloc opératoire_Direct_COVID-19* Il est demandé à tous les établissements : • D'adopter un programme de fin de semaine pour la semaine à venir (à compter du jeudi 2 avril) en inscrivant seulement les chirurgies urgentes. Réserver les chirurgies semi-urgentes aux cas sans alternative thérapeutique approuvées par le comité du bloc avec appui de comité de cancérologie au besoin. • Tenir un registre des dérogations pour les cas semi-urgents qui doit être déposé au DSP, qui pourra le fournir au MSSS dur demande. • De poursuivre la tenue du registre des patients reportés pour en assurer un suivi clinique et une réévaluation. Les directives précédentes concernant l'intubation sont maintenues et rappelées. Il est recommandé d'appliquer l'avis de Comité sur les infections nosocomiales du Québec publié par l'INSPQ pour l'utilisation des salles d'opération et des équipements de protection. *20-MS-02502-04_PJ_AVIS INSPQ_2020-03-27* **3 avril 2020** *20-MS-02502-33_LET_PDG_Directive bloc opératoire 3 avril, PJ1_20-MS-00496-30_PDG_Bloc opératoire et PJ2_20-MS-00496-30_LET_PDG-DSP Comité Bloc opératoire-COVID-19_17-03-2020* Considérant l'impératif de protection des patients et du personnel soignant, que la prise en charge de la pandémie demande un équilibre entre les capacités de traitement assignées pour la COVID-19 et les capacités de traitement pour les autres pathologies; que le contexte de pénurie d'équipements de protection individuelle se poursuit, mais qu'une certaine disponibilité permet un rehaussement partiel du niveau d'activités chirurgicales et une pénurie mondiale des médicaments anesthésiques : • Les établissements sont autorisés à reprendre un niveau d'activités selon les consignes qui étaient prescrites dans la correspondance du 17 mars et des précisions apportées le 23 mars (voir les pièces jointes). • Ce fonctionnement doit permettre de couvrir les besoins chirurgicaux des patients urgents et semi-urgents, particulièrement ceux atteints de cancer, tout en tenant compte de l'impact des activités chirurgicales sur les plans de pandémie. • Le niveau d'activités chirurgicales que réalise chaque installation doit lui permettre, selon sa situation, de passer à son niveau d'alerte supérieur à l'intérieur de 24 heures. • Ces directives doivent être appliquées avec grande vigilance et l'applicabilité de celles-ci doit	ouverte comme une option plus sécuritaire que l'approche laparoscopique dans les cas confirmés de la COVID-19. • Envisager, dans les cas jugés à haut risque de transmission de la COVID-19, une approche alternative ou un traitement médical seul. • Mettre à jour l'ensemble des recommandations en fonction de l'évolution des connaissances et de la prévalence de la COVID-19 dans la communauté. Ces recommandations sont matière à changement ou à éclaircissement au fur et à mesure de l'évolution de la situation.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	s'ajuster en fonction des régions, de l'épidémiologie et des recommandations publiées par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec. Une vigie doit être maintenue pour assurer une utilisation judicieuse des équipements. • Rappel sur l'importance d'analyser les cas qui étaient annulés depuis le 17 mars, de manière à valider si leur statut a pu changer de semi-électif à semi-urgent. • Ces consignes sont validées du 6 au 10 avril 2020; d'autres consignes suivront pour les semaines suivantes. **3 avril 2020** *20-MS-02502-33_LET_PDG_DSP_Programme opératoire* En suivi des directives transmises précédemment, fournir les programmes opératoires pour le lundi 6 avril. Les consignes qui doivent être suivies sont celles du comité directeur clinique COVID-19 et non pas celles des associations chirurgicales. Transmettre le tout au plus tard le dimanche 5 avril à 8 h. **7 avril 2020** *20-MS-02502-52_LET_PDG_Bloc opératoire* Mettre en place des mesures de précaution additionnelles pour l'évacuation des fumées chirurgicales et lors de l'exsufflation du pneumopéritoine. Il est recommandé : • De retarder toute procédure jugée non urgente, en accord avec les recommandations déjà émises; • D'évaluer, selon la prévalence de la COVID-19 dans la communauté, les risques et bénéfices de toute intervention chirurgicale; • D'utiliser un système de filtration durant les procédures laparoscopiques et lors de l'évacuation du pneumopéritoine; • D'utiliser la pression d'insufflation la plus basse possible; • D'utiliser les réglages d'électrocautères les plus bas possible; • De s'assurer de l'étanchéité des trocarts durant la procédure; • De ne pas considérer, dans l'état actuel des connaissances, l'approche ouverte comme une option plus sécuritaire que l'approche laparoscopique dans les cas confirmés de COVID-19; • D'envisager, dans les cas jugés à haut risque de transmission de la COVID-19, une approche alternative ou un traitement médical seul; • De mettre à jour l'ensemble de ces recommandations en fonction de l'évolution des connaissances et de la prévalence de la COVID-19 dans la communauté. À venir : Recommandations concernant les risques associés aux liquides biologiques et ceux associés à la chirurgie ouverte. **16 avril 2020** *20-MS-02502-94_LET_PDG_Chirurgie cardiaque* Mise à jour sur les interventions de chirurgie cardiaque pour les bassins de desserte des RUIS de l'Université de Montréal (UdM) et de l'Université McGill Les directives doivent être mises en place dès ce jour, et ce, pour une période indéterminée pour les	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	patients pour lesquels une chirurgie cardiaque urgente et semi-urgente est nécessaire pour les régions mentionnées : • Seules les chirurgies urgentes et semi-urgentes doivent être effectuées, et ce, afin de protéger les inventaires d'équipement de protection individuelle et de médicaments prioritaires, ainsi que des lits de soins intensifs • L'ICM n'est plus le centre désigné de chirurgie cardiaque pour les patients non COVID-19 des RUIS de l'UdM et de McGill. • Chaque centre de chirurgie cardiaque doit prendre en charge ses patients nécessitant des interventions urgentes, et ce, selon les corridors de services habituels de leur RUIS • Les patients desservis par l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) testés négatifs à la COVID-19 continueront d'être transférés à l'ICM pour leur chirurgie. Les patients testés positifs à la COVID-19 nécessitant une chirurgie urgente devront être opérés et demeurer à l'HSCM. • Pour les cas suspectés ou confirmés à la COVID-19, il est demandé d'établir une zone chaude, tant au bloc opératoire, qu'aux soins intensifs et unités d'hospitalisation par la suite afin d'assurer un protocole pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant. • Les patients testés positifs doivent demeure en CH jusqu'à la disparition des symptômes ou dès qu'ils ont un résultat de dépistage négatif, à moins d'être en mesure de retourner à domicile sécuritairement. **16 avril 2020** *20-MS-02502-97_LET_PDG_Médicaments sédation INESSS et 20-MS-02502-97_PJ_INESSS-SédationSI et bloc* Conclusions de l'INESSS sur les alternatives et principes de sédation aux soins intensifs et au bloc opératoire, de même que sur les traitements alternatifs pour les médicaments utilisés dans le contexte des soins palliatifs (voir PJ).	
CANCÉROLOGIE	**17 mars 2020** *20-MS-00496-30_LET_PDG-DSP Comité Cancérologie-COVID-19_17-03-2020* 1. Annulation des rendez-vous de suivi sur place, sauf si jugé autrement par le radio-oncologue ou infirmière (voir option téléphonique) 2. Directives détaillées pour les patients qui ont voyagé dans les 2 dernières semaines hors Canada 3. Cas bénins : Consultations, traitements et suivi sont reportés. 4. Les réunions : Conférences téléphoniques/visio sont privilégiées et arrêt de l'envoi de lettres d'invitation, de rappel ou de relance. Arrêt des prises de rendez-vous pour dépistage du cancer du sein. Autres directives pour le PQDCS, la recherche Activités de dépistage et investigation du cancer du sein *(20-MS-00496-30_PJ_PDG-DSP Comité Cancérologie-COVID-19_17-03-2020)* **23 mars 2020** *20-MS-00496-41_LET_PDG_Cancérologie et 20-MS-00496-41_PJ_Recommandations générales*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	Cancérologie 2020-03-19 Lettre numéro 2 en cancérologie – se référer aux politiques et procédures générales en cancérologie pour la COVID19 et la protection des personnes touchées par le cancer et des professionnels. **27 mars 2020** *4-20-MS-00496-92_P.J.1_Endoscopie-Cancérologie délestage* Recommandations pour le délestage des activités endoscopiques. **1er avril 2020** *4-20-MS-02502-04_LET_PDG-DSP_Cancérologie Lettre 4_COVID-19, 4-20-MS-02502-04_PJ1_Cancérologie_Délestage et niveaux d'activités, 4-20-MS-02502-04_PJ2_Cancérologie_Radio-oncologie-COVID-19 et 4-20-MS-02502-04_PJ3_Cancérologie_MAJ PQDCS* • Plan de délestage et niveaux d'activité en cancérologie : voir la PJ1 qui est complémentaire aux indications fournies dans les autres secteurs. • Activités en radio-oncologie : recommandations spécifiques au secteur de la radio-oncologie en PJ2 qui précise l'échelle de priorité applicable jusqu'à nouvel ordre et les indications cliniques associées. Activités de dépistage et d'investigation du cancer du sein (mise à jour) : recommandations en PJ3 concernant le programme de dépistage du cancer du sein. **7 avril 2020** *20-MS-02502-52_LET_PDG_Cancérologie_Zone froide et 20-MS-02502-52_PJ_Cancérologie_Zone froide Lettre 6* Recommandations pour l'application du concept de zone froide aux secteurs de la cancérologie (voir PJ) : • Il est conseillé de créer une zone froide dans le centre de cancérologie, d'aménager une zone tiède dans le centre de cancérologie pour accueillir les usagers qui ont des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou chez qui une infection est suspectée, et d'aménager une zone chaude pour admettre la clientèle atteinte de la COVID-19 dans l'hôpital (pas dans le centre de cancérologie). Précision sur le niveau d'activités en radio-oncologie • Le niveau d'activités de délestage en cancérologie et en radio-oncologie devrait être en lien avec le niveau d'activités global COVID-19 de votre établissement, mais également en fonction du niveau de ressources humaines en place dans les secteurs visés par la cancérologie. Le niveau d'activités réalisé au centre de cancérologie devrait toutefois permettre, selon la situation, de passer à un niveau d'alerte supérieur dans une période de 24 à 48 heures. **14 avril 2020** *20-MS-02502-84_LET_PDG_Cancérologie - Lettre numéro 7, PJ1_Cancérologie_Recommandations Cancer du sein et PJ2_Cancérologie_Recommandations Onco-Pédiatrie* Recommandations pour le secteur de l'oncologie pédiatrique : • Voir PJ2 le document « Recommandations concernant la prise en charge de la clientèle en oncologie pédiatrique dans le contexte de la COVID-19 ». Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet cancer du sein : • Voir PJ1 le document « Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	contexte de pandémie de COVID-19 0 Volet cancer du sein ». Des recommandations portant sur d'autres sièges de cancer suivront au cours des prochains jours. **16 avril 2020** *20-MS-02502-97_LET_PDG_Cancérologie_Lettre 8, PJ1_Recommandations_oncologie thoracique 200415, PJ2_Recommandations_cancers urologiques_200415, PJ3_Recommandations_cancers gynécologiques_200415, PJ4_Recommandations_cancers colorectaux 200415, PJ5_Recommandations_mélanome 200415, PJ6_Recommandations_cancers digestifs hauts 200415 et PJ7_Recommandations_cancers ORL_200415* Suite des recommandations sur les autres sièges de cancers : • Volet oncologie thoracique (cancer du poumon et autres tumeurs rares orphelines) (voir PJ1) • Volet cancers urologiques (voir PJ2) • Volet cancers gynécologiques (voir PJ3) • Volet cancers colorectaux (voir PJ4) • Volet mélanome (voir PJ5) • Volet cancers digestifs hauts (voir PJ6) Volet cancers ORL/tête et cou (voir PJ7)	
SOINS CRITIQUES	**17 mars 2020** *20-MS-00496-30_LET_PDG-DSP Comité Soins critiques-COVID-19_17-03-2020 et 20-MS-00496-30 PJ_Plan contingence Soins critiques COVID-19_MSSS_v5* Plan de contingence pour l'utilisation des lits de soins intensifs pour tout le Québec. Quatre niveaux d'alerte doivent être considérés pour déployer l'utilisation optimale des lits de soins intensifs avec une coordination centralisée. Plan de contingence des premiers centres désignés intégrés au plan national des soins critiques. **9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_Triage soins intensifs, PJ1. Protocole national triage aux Soins intensifs – pandémie, PJ2. Formulaire triage pandémie ADULTE et 5.Protocole-triage_Processus de consultation* Élaboration d'un protocole de triage aux soins intensifs (voir en PJ1 avec l'outil de triage pandémique en PJ2). • Le recours au protocole doit être utilisé seulement dans le cas où toutes les ressources existantes auraient été utilisées, et que toutes les tentatives raisonnables auraient été faites pour déplacer les patients concernés vers les ressources disponibles. • Ce protocole s'appliquerait à tous les patients, quel que soit la cause de leur hospitalisation et viserait à minimiser la mortalité et la morbidité pour l'ensemble de la population en contexte de pandémie, optimiser l'équité des soins, et veiller à ce que les décisions soient conformes aux valeurs éthiques et procédurales de notre système de santé. • Aucune donnée prévisionnelle n'indique qu'il sera nécessaire d'utiliser cet outil de triage. **16 avril 2020** *20-MS-02502-97_LET_PDG_Médicaments sédation INESSS et 20-MS-02502-97_PJ_INESSS-SédationSI et bloc* Conclusions de l'INESSS sur les alternatives et principes de sédation aux soins intensifs et au bloc	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	opératoire, de même que sur les traitements alternatifs pour les médicaments utilisés dans le contexte des soins palliatifs (voir PJ).	
SANTÉ MÈRE-ENFANTS	**23 mars 2020** *20-MS-00496-68_PDG_Hospitalisation et procédures* • Les patientes hospitalisées suspectées d'avoir contracté la COVID-19 doivent demeurer dans leur installation jusqu'à confirmation du résultat COVID-19 positif. • Les patientes hospitalisées pour grossesse à risque recevant un résultat COVID-19 positif sans symptôme pulmonaire doivent rester dans leur installation en respectant les règles de PCI. • Les patientes hospitalisées pour grossesse à risque recevant un résultat COVID-19 positif avec symptôme pulmonaire doivent être transférées vers le centre désigné le plus près après communication de transfert avec l'établissement. • Les patientes suspectées ou confirmées COVID-19 positifs doivent rester à leur domicile en attente du début du travail. • Pour les cas suspectés ou confirmés de COVID-19, il est demandé d'établir un protocole pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant. **25 mars 2020** *20-MS-00496-78_LET_PDG_Services mère-enfant, 20-MS-00496-78_PJ1_Recommandations_mère-enfant_Professionnels_COVID-19_2020-03-24 -vf, 20-MS-00496-78_PJ2_Directives pratique sage-femme COVID-19_2020-03-24 (3))_og et Priorisation des services mère-enfant en contexte de pandémie* • Les recommandations relatives à la prise en charge, aux hospitalisations et aux transferts de cas confirmés pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants. Les directives sur la pratique sage-femme et aux accouchements à domicile. **2 avril 2020** *2-20-MS-02502-20_LET_PDG-DSP_Transferts vers centres désignés* Dès maintenant, tous les patients COVID-19 confirmés doivent être transférés en centres désignés, à l'exception d'une indication contraire mentionnée pour les clientèles spécifiques qui suivent : Obstétrique en travail actif : doivent être accouchées puis transférées aussitôt après en centres désignés **9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_DSP_Hospitalisation, 20-MS-02502-66_PJ1_Lignes directrices_Hospitalisation, 20-MS-02502-66_PJ1Classification CH par région_2020-04-11, 20-MS-02502-66_PJ2_Femmes enceintes et nouveau-nés_Professionnels_COVID-19 et 20-MS-02502-66_PJ3_Enfant_Professionnels_COVID-19 et PJ4 COVID_Classification CH par région_2020-04-09* • Rassemblement de toutes les directives des différents milieux et clientèles spécifiques mises à jour (voir PJ1). Les directives d'hospitalisation en santé mentale demeurent à venir. • Guide complet relativement à la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés (voir PJ2), et des enfants (voir PJ3). Tableau de classification des centres désignés, incluant maintenant les centres de réadaptation désignés connus à ce jour (voir PJ4). Cette liste demeure évolutive et une mise à jour vous sera	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	transmise au moment opportun.	
SANTÉ MENTALE	**20 mars 2020** *20-MS-00496-42_LET_PDG_Santé mentale* Maintenir l'ensemble de l'offre de services en santé mentale. Fiches à venir à l'intention du personnel, des intervenants du RSSS et de la clientèle utilisatrice des services en santé mentale et leurs proches. **23 mars 2020** *20-MS-00496-68_PDG_Hospitalisation et procédures* **25 mars 2020** *2-20-MS-00496-92_LET_PDG-DSP_DSM_Traitements d'électroconvulsothérapie (ECT)* Recommandations pour les traitements d'électroconvulsothérapie (ECT) : • Annuler les ECT pour les patients en mode ambulatoire. • Pour les ECT urgents : Évaluation de la pertinence des traitements et hospitalisation. • Les ECT sont des services essentiels pour les patients hospitalisés; en réévaluer la pertinence selon les modalités indiquées dans la lettre. La décision revient au psychiatre. • Les patients COVID-19 positifs hospitalisés en psychiatrie avec symptômes pulmonaires (selon l'INSPQ) doivent obligatoirement être transférés en centres désignés. • Les patients COVID-19 positifs hospitalisés en psychiatrie sans symptômes pulmonaires doivent obligatoirement demeurer dans leur centre. Les patients hospitalisés suspectés d'avoir contracté la COVID-19 doivent demeurer dans l'établissement jusqu'à confirmation du résultat COVID-19 positif. **2 avril 2020** *2-20-MS-02502-20_LET_PDG-DSP_Transferts vers centres désignés* Dès maintenant, tous les patients COVID-19 confirmés doivent être transférés en centres désignés, à l'exception d'une indication contraire mentionnée pour les clientèles spécifiques qui suivent : Psychiatrie : installer des zones chaudes/tièdes et froides dans les unités dédiées. Des mesures de distanciation sociale doivent être établies. Plus de précisions suivront. **11 avril 2020** *20-MS-02502-66 Lettre Hospitalisation en santé mentale* D'ici le mardi 14 avril, tous les patients de psychiatrie COVID-19 confirmés doivent être transférés en centres désignés comme présenté dans le tableau en PJ. • En centre désigné de psychiatrie : installer des zones chaudes/tièdes et froides dans les unités dédiées. Des mesures de distanciation sociale doivent être établies. • En centre « froid », soit non-désigné pour la clientèle psychiatrique confirmée à la COVID-19 : installer malgré tout une zone tiède pour les patients suspectés ou développant des symptômes en attendant le résultat du dépistage. Advenant un résultat positif, le patient doit alors être transféré en centre désigné pour la clientèle psychiatrique. • Refus de transfert : doivent être transférés malgré le refus. • Les centres désignés ont l'obligation d'accepter le transfert et ce, en cohérence avec le décret d'état	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	d'urgence sanitaire. • Une communication avec l'installation désignée doit obligatoirement avoir lieu avant tout transfert de personnes COVID-19 positif. • Tous les transferts de patients psychiatriques COVID-19 positifs sont coordonnés par le COOLSI, à l'exception de la pédopsychiatrie qui sera coordonnée par le CCPQ. De plus, le COOLSI ne coordonne pas les transferts des CHSLD, des RI et des RPA. • L'évaluation du type de transport pour transférer le paient relève du centre référent. Les centres désignés ou non désignés hospitalisant des patients COVID-19 positifs doivent avoir un protocole pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant en vigueur.	
SOINS PALLIATIFS ET SOINS DE FIN DE VIE	**31 mars 2020** *20-MS-02502-04_LET_PDG_Soins palliatifs de fin de vie et 20-MS-2502-04_PJ_Directives_SPFV _COVID-19* Mise en place des directives dès le 31 mars pour une période indéterminée : • Toutes les personnes en soins palliatifs et de fin de vie doivent avoir un niveau de soins à jour. Le formulaire de niveau de soins, signé par un médecin, doit être transféré dans le milieu de soins accueillant. • Interdiction des visites régulières dans tous les milieux, sauf pour des raisons humanitaires, comme en situation de fin de vie. • Suivre les consignes selon le milieu de vie / milieu de soins **2 avril 2020** *2-20-MS-02502-20_LET_PDG-DSP_Transferts vers centres désignés* **9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_Soins palliatifs en fin de vie et 20-MS-02502-66_PJ_COVID-19 Directives_SPFV* Mise à jour des directives envoyées le 31 mars pour une gestion optimale de la clientèle en SPFV. À mettre en place dès le 9 avril pour une durée indéterminée. • Admission dans les unités de soins palliatifs et de fin de vie et réorientation : Aucun cas de la COVID-19 confirmé, en investigation ou symptomatique avec de la fièvre OU de la toux OU des difficultés respiratoires n'est admis dans les unités de soins palliatifs afin de maintenir ces unités en zone froide (CH, CHSLD, MSP). Ainsi, il y aura une réorientation des usagers vers les milieux identifiés ci-après avec les aires de confinement zone tiède ou zone chaude sur le territoire. • Des précisions et un assouplissement des consignes concernant les visites ont été apportés (voir PJ). • Directives pour les SPFV en centre hospitalier selon qu'il soit désigné ou non (voir PJ). • Directives pour le suivi post-mortem : Les établissements sont invités à mettre en place les mesures nécessaires pour accompagner les proches dans le suivi post-mortem tout en respectant les directives de la santé publique. **11 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_SPFV et 20-MS-02502-66_LET_PJ_SPFV* Clarification de la mise à jour des directives envoyées le 9 avril, notamment en ce qui a trait aux	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	visiteurs. **16 avril 2020** *20-MS-02502-97_LET_PDG_Médicaments sédation INESSS et 20-MS-02502-97_PJ_INESSS-SédationSI et bloc* Conclusions de l'INESSS sur les alternatives et principes de sédation aux soins intensifs et au bloc opératoire, de même que sur les traitements alternatifs pour les médicaments utilisés dans le contexte des soins palliatifs (voir PJ).	

LABORATOIRE	**19 mars 2020 – Montérégie** *matériel Dépistage COVID*
	• La recherche de C. trachomatis/N.Gonorrheae sur le Panther de Hologic ne sera réalisée que sur l'urine.
	• Retourner tous les kits de collecte multitest et unisexe Aptima inutilisés à votre service d'approvisionnement.
	23 mars 2020 *20-MS-00496-68_PJ_Priorisation analyse SARS-CoV-2 recommandations ministérielles_2020-03-20*
	Priorisation des tests COVID-19.
	15 avril 2020 *20-MS-02502-94_PDG_SARS-CoV-2*
	Partage d'informations concernant les données relatives à la sensibilité de l'analyse SARS-CoV-2 :
	• L'analyse est réalisée par technique PCR. Il s'agit de la méthode diagnostique la plus sensible pour les infections virales respiratoires.
	• Le test est développé au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et celui-ci est utilisé massivement par les différents laboratoires de la province. Ce test :
	  • est similaire en méthodologie et en performance aux tests des autres laboratoires de santé publique du Canada ainsi que du laboratoire national de santé publique du Canada à Winnipeg;
	  • a une sensibilité analytique similaire aux tests approuvés par la Food and Drug Administration;
	  • démontre des résultats identiques sur des centaines d'échantillons pour deux cibles génomiques virales différentes.
	Tous les établissements doivent passer par une étape de validation centralisée au LSPQ avant d'être autorisés à offrir le test des patients.	

TÉLÉSANTÉ	**17 mars 2020** *20-DI-00167-01_LET_PDG_DRI* • Privilégier les consultations téléphoniques. • Déploiement des plates-formes Zoom et React. • Disponibilité des licences de Microsoft Teams pour les communications d'ordre administratives ou cliniques. • Déploiement d'une solution permettant le continuum de soins par : Phase 1 : cardiologie, chirurgie, dermatologie, endocrinologie, gastro-entérologie, gériatrie, médecine interne, microbiologie, néphrologie, neurologie, obstétrique gynécologie, pédiatrie; Phase 2 : évaluation des spécialités	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	suivantes : orthopédie, plastie, chirurgie thoracique, ophtalmologie, ORL, physiatrie, radio-oncologie, rhumatologie, urologie.	

ASSURER LES SERVICES DANS LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT ET CHSLD	Pour l'hébergement jeunesse en centre de réadaptation
	• Prévision de mesures de relève pour assurer des services adéquats aux jeunes hébergés dans les familles d'accueil et les centres de réadaptation dans l'éventualité d'une pénurie de ressources humaines.
	• En cas de détection de jeunes infectés :
	  • Prévision de scénarios de quarantaine et de mesures spécifiques pour les unités sécuritaires;
	  • Plan de communication pour l'information aux parents;
	  • Mécanismes de visites des parents des jeunes en quarantaine, le cas échéant;
	  • Prévision de mécanismes interrégionaux pour les jeunes hébergés dans une autre région que celle de leurs parents.
	• Prévision d'orientations et procédures en cas de retour de jeunes en fugue.
	15 mars 2020 *20-MS-00496-22_LET_PDG_Visites CHSLD*
	• Les visites non essentielles dans les centres hospitaliers, les CHSLD, les ressources intermédiaires, les ressources de type familial sont interdites sur tout le territoire québécois.
	• Il est recommandé aux personnes âgées de 70 ans et plus de rester chez elles et de limiter leurs déplacements sauf en cas de situations exceptionnelles.
	17 mars 2020 *20-MS-00496-29_LET_PDG et DG EPC*
	Les visites sont proscrites pour toutes les clientèles vulnérables hébergées dans les milieux suivants : centres de réadaptation, résidences à assistance continue, ressources d'hébergement en dépendance, RI et RTF, URFI en santé physique, tout autre milieu d'hébergement régi par entente selon l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Les visites ou sorties essentielles à l'intervention et au suivi clinique demeurent autorisées.
	19 mars 2020 *20-MS-00496-41_LET_CHSLD*
	• Les transferts de résidents CHSLD vers les CH doivent être évités et devenir une mesure d'exception.
	• Tout résident doit être évalué par un MD avant le transfert vers le CH.
	• Augmenter la fréquence des visites en CHSLD.
	• Évaluation clinique par téléconsultation ou téléphone.
	• Niveau de soins pour toutes nouvelles admissions et un maximum de résidents hébergés doivent avoir un niveau de soins au dossier (privilégier le téléphone ou la téléconsultation).
	• Maintenir la physiothérapie et autres services professionnels.
	• Les soins infirmiers doivent être assumés à même les CHSLD.
		Avant le transfert d'un CH vers un CHSLD, vers une RPA ou vers une RI-RTF :
		Tout patient, symptomatique ou non, transféré d'un CH vers un CHSLD devrait être testé au CH dans les 48 heures précédant le transfert. Le résultat du test devrait être communiqué au CHSLD par le CH. Le transfert n'est pas conditionnel à l'obtention préalable du résultat du test. Exceptionnellement, s'il est impossible de tester le patient avant le transfert, procéder au test à l'admission (voir paragraphe suivant). Un résultat négatif n'exclut toutefois pas la possibilité que le résident soit en période d'incubation pour la maladie, donc celui-ci devrait rester en isolement pendant 14 jours après son admission au CHSLD.
		À l'admission :
		Les résidents, symptomatiques ou non, nouvellement admis peuvent être testés lors de l'admission. Un résultat négatif n'exclut pas la possibilité que le résident soit en période d'incubation pour la maladie, donc celui-ci devrait rester en isolement pendant 14 jours après son admission.
		17 avril 2020 *20-MS-02908-08_LET_PDG_Réintégration des usagers*
		Réintégration des usagers en RPA et RI-RTF à la suite d'un séjour à l'urgence ou d'une visite à un établissement de santé et de services sociaux.
		• L'objectif est d'assurer un retour sécuritaire à cette clientèle; les RPA et RI-RTF ne peuvent refuser à un résident de réintégrer son milieu de vie à la suite d'une visite inférieure à 24 heures.
		• La mesure nécessitant l'obligation, pour un résident vivant en RPA ou RI-RTF, d'avoir reçu un résultat négatif de dépistage de la COVID-19 avant un retour en résidence ne s'applique pas dans ce contexte.
		18 avril 2020 *20-MS-02908-08_LET_PDG-DG-DSP_ Effectifs médicaux et quarantaine*
		Clarifications aux questions soulevées concernant les précautions à prendre en zone chaude et l'utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI) en CHSLD, RPA et RI-RTF.
		• Dans un même quart de travail, un médecin ne doit pas se déplacer d'une installation à une autre et il doit travailler dans une seule zone, qu'elle soit chaude, tiède ou froide.

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020
	20 mars 2020 *20-MS-02321_LET_RPA* Mettre en place un mécanisme de communication avec les RPA : vérifier le respect des directives, diriger les RPA vers les DRH pour les candidatures soumises, répondre aux questionnements des RPA, guider les RPA vers les bonnes ressources en cas de COVID-19 positive. **21 mars 2020** *20-MS-00496-54_Lettre PDG - MAJ lignes CHSLD 2020_03_21 et COVID-19 Directives_CHSLD_maj_2020_03_21_VF2* Mise à jour des informations et des consignes transmises le 16 mars 2020 : consignes à mettre en place concernant, plus spécifiquement, l'activité repas; l'animation et le support dans le milieu de vie; l'hébergement temporaire; les mesures à prévoir et à mettre en œuvre en présence de cas suspectés ou confirmés de COVID-19 chez les résidents; la procédure à suivre pour l'admission de nouveaux résidents en CHSLD en contexte de pandémie COVID-19. **23 mars 2020** *20-MS-00496-56_Lettre PDG-Directives_RIRTF 2020-03-22_VF et COVID-19 Directives_RI-RTF_2020-03-22_VF* • Consignes complémentaires pour les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) concernant les mesures à prévoir et à mettre en œuvre en présence de cas suspectés ou confirmés de COVID19 chez une personne confiée en RI-RTF. **11 avril 2020** *20-MS-02502-78_LET_PDG_Priorités Tests révisés et PJ_Annexe_Analyses COVID-19 en CHSLD_2020-04-11* • Nouvelles mesures à mettre en œuvre dans les milieux de vie qui accueillent des aînés ou des personnes vulnérables à la COVID-19. Celles-ci s'appliquent aux différents milieux de vie des clientèles ciblées, soit les CHSLD, les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF) dès maintenant. Recommandations concernant les prélèvements et analyses TAAN pour la COVID-19 dans les CHSLD (incluant les installations avec mission CHSLD) **13 avril 2020** *20-MS-02502-61_LET_Mesures_amélioration_soutien_médical et 20-MS-02502-61_Guide CHSLD_13_avril* Amélioration du soutien médical dans les CHSLD : • Bien identifier les besoins en médecins dans les CHSLD de votre territoire et vous assurer qu'ils sont suffisamment couverts. • Intensifier les visites médicales dans les CHSLD pour assurer le suivi des résidents sur place et prévenir la nécessité de les transférer dans les hôpitaux. • Pour soutenir les équipes soignantes et faciliter le maintien du lien avec le médecin, chaque CHSLD doit utiliser une plateforme de visioconférence; le service téléphonique doit aussi être privilégié. • Les besoins en médecins doivent d'abord être comblés localement. Vous pourrez ensuite regarder lesquels peuvent être réaffectés. Si les besoins vont au-delà de vote capacité, le Comité national de réaffectation pourra faciliter l'accès à des médecins.	• La mise en quarantaine pour tout médecin ayant travaillé dans une zone chaude ou tiède en CHSLD, RPA et RI-RTF n'est pas requise si toutes les précautions de protection ont été prises et si la personne ne présente pas de symptômes reliés à la COVID-19. Si le port de l'ÉPI a été adéquat, le médecin peut revenir par la suite à son lieu de travail habituel. • L'utilisation d'ÉPI doit être appliquée, de la même manière, pour tous les types de travailleurs en CHSLD, RPA et RI-RTF, médecin ou non. Par ailleurs, le port du masque N95 n'est requis que dans des contextes rares et spécifiques et l'utilisation uniforme des ÉPI doit être effectuée en conformité avec les recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**

	• Voir le Guide pour la prise en charge des résidents en CHSLD dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 (voir PJ).
	14 avril 2020 *20-MS-02502-06_LET_YGendron-PDG_ProgServ. Jeunes en difficulté, 20-MS-02502-06_PJ1_JED_CRDJA-2020-04-09 et 20-MS-02502-06_PJ2_Services-essentiels-JED-et-modalite-de-travail_2020-04-07*
	• Consignes s'appliquant au retour d'une sortie autorisée ou non autorisée d'un jeune hébergé en centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation ou lorsqu'un jeune déjà hébergé présente des symptômes durant son hébergement (voir PJ1).
	• Il est primordial que les services identifiés en PJ2 soient assurés, particulièrement dans le contexte actuel de pandémie qui peut contribuer à exacerber les difficultés vécues par les familles et les jeunes en difficulté.
	• Il est encouragé de poursuivre l'ensemble des activités du programme-services Jeunes en difficulté tant que cela sera possible, et ce, en fonction des ressources disponibles au sein de votre établissement.
	15 avril 2020 *20-MS-02502-94_PDG_Réaffectation médicale*
	• Précision des attentes dans la réaffectation des médecins vers les secteurs d'activités (CHSLD, RPA, RI).
	• Il a été convenu :
	  • D'établir des listes locales de réaffectation afin de faciliter le jumelage des ressources médicales en CHSLD, RI et RPA. Les médecins sont invités à contacter le DSP, le DRMG ou le coordonnateur médical à la réaffectation de l'établissement concerné, ces derniers travailleront en collaboration pour établir ces listes.
	  • De transmettre par le biais des deux fédérations médicales un message clair à l'ensemble des médecins. L'information sera transmise à l'instance locale nommée précédemment si le médecin souhaite donner sa disponibilité directement à sa fédération.
	• Les ressources médicales devront être déployées en fonction des priorités établies, selon les centres ayant les plus grands besoins.
	• Dans la mesure où les besoins médicaux s'avéraient au-delà de la capacité locale, le DSP, le chef de DRMG ou le coordonnateur médical devront référer les médecins au Comité national de réaffectation des effectifs médicaux (CNREM).
	Un logiciel interactif sera mis en place sous peu pour faciliter le processus de jumelage des médecins dans les milieux concernés.
	16 avril 2020 *20-MS-02908-03_LET_PDG_Visite jeune hébergé et 20-MS-02908-03_Algorithme_Décisionnel-Visite-sortie-jeunes-hébergés_COVID-19*
	Mise à jour de l'algorithme décisionnel dans la prise de décision quant aux sorties et aux visites (voir PJ) en raison du prolongement des mesures de confinement et du maintien de la suspension des	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020
	contacts entre l'enfant et son milieu familial. L'algorithme révisé apporte des précisions sur les mesures alternatives pouvant être considérées pour offrir ce contact tout en intégrant les mesures sanitaires les plus récentes.	
SERVICES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE ET EN SANTÉ PHYSIQUE		**21 avril 2020** *20-MS-02502-36_LET_PDG_DP DI TSA URFI DP-SP et réad modérée, 20-MS-02502-36_PJ1_COVID-19 Directives_DPDITSA et réadaptation physique_2020-04-20_VF, 20-MS-02502-36_PJ2_COVID-19 Recommandations approche adaptée DP DI TSA_2020-04-20_VF et 20-MS-02502-36_PJ3_COVID-19 DPDITSA Directives arrêté isolement volontaire_2020-04-20_VF PM* **Orientations ministérielles sur l'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA) et en santé physique (SP), incluant le volet gériatrique, et ceux de réadaptation modérée ou post-aiguë;** • Fiche mise à jour sur les programmes-services en DP, DI et TSA et en SP (voir PJ1). • Fiche pour une approche adaptée auprès des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA en CH (voir PJ2). • Fiche pour soutenir les interventions liées à l'application des mesures d'isolement volontaire (arrêté ministériel 2020-015), lorsque les personnes ne s'y conforment pas (voir PJ3). **Milieux de réadaptation désignés COVID-19 (milieux chauds) :** • Désignation d'un milieu par région sociosanitaire pour regrouper les personnes suspectées ou confirmées à la COVID-19 en provenance des centres hospitaliers ou des milieux de réadaptation non désignés. • Le COOLSI assurera la coordination des transferts interinstallations d'un même établissement ou interétablissements des usagers confirmés positifs à la COVID-19, nécessitant de la réadaptation. • Dans les milieux désignés de réadaptation, il est demandé que les admissions soient possibles 7 jours sur 7, de 8 heures à 22 heures, qu'une couverture médicale soit assurée 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, et que tous les transferts demandés par le COOLSI soient acceptés; aucun refus n'est possible. Milieux de réadaptation non désignés (milieux froids) • Les milieux de réadaptation non désignés sont réservés aux usagers ayant reçu un résultat négatif à un test de dépistage, qui doivent de plus être isolés pendant quatorze jours à la chambre au moment de

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020

		l'admission.
		• Chaque milieu de réadaptation non désigné doit quand même établir une zone chaude, pour y installer les usagers suspectés ou confirmés à la COVID-19, dans l'attente du transfert en milieu de réadaptation désigné. S'ensuit une période de quatorze jours où toute admission dans ce milieu doit être suspendue.
		• Si le milieu de réadaptation non désigné est situé dans le même bâtiment qu'un CHSLD :
		  • Les services aux usagers déjà admis peuvent se poursuivre.
		  • Des mesures additionnelles s'imposent, notamment, la présence de barrières physiques entre le secteur de la réadaptation et celui du CHSLD et d'un départage du personnel.
		  • Le milieu peut poursuivre les admissions, conditionnellement à l'application intégrale de ces mesures.
		  • Les milieux ne respectant pas toutes ces mesures doivent cesser les admissions.
		Chaque établissement doit prévoir des sites non traditionnels d'hébergement ou de services de réadaptation, chauds et froids, pour les usagers ne pouvant être admis dans les installations habituelles ou si la configuration des installations de la région ne permet pas de rencontrer les mesures de prévention et de contrôle des infections nécessaires.

PROTECTION DE LA JEUNESSE	**20 mars 2020** *20-MS-00496-___LET PDG-DG_Protection de la jeunesse_2020_03_20 et 20-MS-00496-___PJ1_Algorithme_Décisionnel-Visite-sortie-jeunes-hébergés_COVID-19 (002)* • Suspension des décisions ou des ordonnances rendues par la Cour du Québec ordonnant tout contact en présence physique de l'enfant avec ses parents, grands-parents ou tout autre personne dans la mesure où la DPJ considère que ces conclusions ne peuvent être respectées d'une façon qui protège la santé de la population en contexte de pandémie, prévoir d'autre modalité de contact. **15 avril 2020** *20-MS-02502-85_LET_YGendron-PDG_Orientations soutien enfants, 20-MS-02502-85_PJ1_Bulletin réseau services essentiels_2020-04-09 et 20-MS-02502-85_PJ2_Soutien enfants_2020-04-09* Nouvelles stratégies qui s'ajoutent pour assurer un filet de protection sociale aux enfants et à leur famille en situation de vulnérabilité. Le ministère de la Famille (MFA) offre des places en service de garde d'urgence (SDGU) aux enfants vulnérables, déjà identifiés par des intervenants du réseau de la santé et des services ou encore pour lesquels les éducatrices en milieu de garde ont des inquiétudes, compte tenu du contexte actuel. Ces places en SDGU seront offertes : • Aux enfants qui occupaient des places réservées dans le cadre de protocoles d'entente entre le	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	centre de la petite enfance, le service de garde subventionné et les CISSS/CIUSSS avant la fermeture de l'ensemble des services de garde. • Aux enfants à risque de négligence, de maltraitance ou tout autre forme d'abus, pris en charge par les services de proximité ou de la protection de la jeunesse pour lesquels les intervenants ont des inquiétudes. • Aux enfants handicapés ou à des besoins particuliers pour lesquels le service de garde reçoit une subvention et qui sont particulièrement vulnérables du fait qu'ils ne fréquentent plus leur service de garde actuellement. En PJ1 et PJ2, procédure abrégée définissant les mesures visées par cette stratégie.	
DÉPLOYER DES SITES NON TRADITIONNELS DE SOINS	• Planification et éventuellement désignation de sites non traditionnels de soins pour la prise en charge de la clientèle dont l'état de santé ne permet pas le maintien à domicile, dans l'éventualité d'une incapacité pour les lieux de soins habituels à suffire aux besoins générés par la pandémie.	
DISPOSER EFFICACEMENT DES DÉPOUILLES	• En tenant compte des particularités à prendre en considération pour la COVID-19, mise en place de mécanismes particuliers pour la gestion efficace des dépouilles en collaboration avec les établissements du RSSS, des associations ou des entreprises de services funéraires.	

COVID-19
Suivi des directives ministérielles – fonctionnelles : soutien aux activités cliniques
MSSS

STRATÉGIES ET ACTIONS

Les stratégies et actions figurant dans le présent document dérivent des plans de contingence locaux et ministériels, ainsi que des lettres acheminées aux établissements du RSSS. Elles sont présentées selon les phases et de façon chronologique.

La plupart des outils développés en soutien aux actions sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans la section « COVID-19 pour les professionnels ».

En tout temps et en toutes circonstances, il est demandé d'établir un protocole pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant lors de la prise en charge de cas suspectés ou confirmés COVID-19 et ce, selon les recommandations des services de prévention et contrôle des infections.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020
COMMUNICATION	**17 mars 2020** *20-MS-00496-31_LET_PDG_Communications* • Le MSSS demeure l'unique responsable de définir les grandes orientations structurantes à déployer et à mettre en œuvre. Ces orientations seront transmises sous la signature du sous-ministre. • Éviter les adaptations et les déclinaisons régionales. • Les messages opérationnels, liés aux réalités régionales, doivent être arrimés au point de presse national quotidien. • Les communiqués de presse régionaux ou les points de presse doivent être subséquents au point de presse national. S'assurer que les responsables en communication des établissements ont préalablement informé la Direction des communications du MSSS de cette intention. Coordination des communications entre les établissements et le MSSS. • Mise à la disposition des ressources du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et des partenaires, incluant les associations et organismes représentant les RI-RTF et les RPA, de l'information utile à leur contribution et au développement d'un sentiment de confiance pour faire face à une pandémie. • Vérification que ces informations sont accessibles aux partenaires, que les différents partenaires connaissent les sources d'information officielles et qu'ils s'y réfèrent. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/ **30 mars 2020** *Arrêté 2020-012 du 30 mars 2020* • Les pharmacies, les épiceries et autres commerces d'alimentation ainsi que les surfaces hors centre commercial offrant des services d'épicerie ou de pharmacie peuvent, du lundi au samedi inclusivement, étendre les heures d'admission du public au-delà des périodes légales et faire travailler le nombre d'employés nécessaires. • Les établissements commerciaux de vente au détail soient fermés au public le dimanche, à l'exception des pharmacies, des dépanneurs, des stations-service, des restaurants pour les commandes à l'auto, les commandes pour emporter et la livraison, de même que des	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	épiceries pour les commandes en ligne ou par téléphone et la livraison. **31 mars 2020** *20-MS-00496-82_LET_PDG_Accès au Canada* • Les compagnies aériennes doivent interdire aux voyageurs doivent interdire aux voyageurs de toute nationalité qui présentent des symptômes de la COVID19 de monter à bord des vols internationaux à destination du Canada. • Cette interdiction de vol et d'entrée au Canada est également en vigueur pour les patients pris en charge à l'étranger par des compagnies d'assurance. Nous vous invitons ainsi à refuser toute demande de prise en charge de ces patients, le cas échéant. **1er avril 2020** *Arrêté 2020-013 du 1er avril 2020 version signée* • L'accès aux régions sociosanitaires placées en isolement est limité à certaines personnes, notamment celles qui transportent des biens dans ces régions, celles dont le déplacement est nécessaire à des fins humanitaires, et celles dont le déplacement est nécessaire pour obtenir des soins et des services requis par leur état de santé ou pour fournir de tels soins ou de tels services à une personne qui les requiert. • Les personnes qui accèdent à ces régions pour regagner leur résidence principale doivent s'isoler pendant 14 jours dès leur retour, à l'exception des personnes s'étant déplacées pour aller travailler entre autres. • Les mesures prévues par cet arrêté remplacent les mesures concernant l'accès à certaines régions sociosanitaires prévues par l'arrêté du 20 mars 2020.	
GÉRER L'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS, FOURNITURES ET ÉQUIPEMENTS	**23 mars 2020** *20-MS-00496-51_PDG_Stratégie d'approvisionnement et 20-MS-00496-51_PJ1_Stratégie d'approvisionnement_2020-03-23* Élargissement de la priorité 2 à centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et centres intégrés de santé et de services sociaux, établissements, établissements non fusionnés, instituts, CHSLD (publics et privés), cliniques d'avortement, Héma-Québec. **2 avril 2020** *20-MS-00496-51_LET_PDG_Stratégie d'approvisionnement et 20-MS-00496-51_PJ1_Stratégie d'approvisionnement_2020-04-02* Mise à jour de la stratégie d'approvisionnement avec l'inclusion des centres préhospitaliers en priorité 1 et la fusion des priorités 3 et 4 comprenant les garderies, organismes communautaires, milieux carcéraux et refuges. **7 avril 2020** *20-MS-00496-51_LET_PDG_Stratégie d'approvisionnement et 20-MS-00496-51_PJ1_Stratégie d'approvisionnement_2020-04-07* Nouvelles orientations concernant la stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures : • En fonction des recommandations émises par le CINQ, l'INSPQ recommande pour les régions où une transmission communautaire soutenue est documentée, il soit possible d'appliquer les actions suivantes. Ces recommandations sont émises pour tous les milieux	**20 avril 2020** *20-MS-00496-51_LET_PDG_Stratégie d'approvisionnement et 20-MS-00496-51_PJ1_Stratégie d'approvisionnement_2020-04-17* Nouvelles orientations concernant la stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures requis. • L'approvisionnement aux différents organismes mentionnés aux priorités 1, 2 et 3 est sous la responsabilité de l'établissement public de leur territoire. • En référence aux mesures exceptionnelles émises par l'INSPQ pour les ÉPI, nous vous invitons à considérer les éléments suivants : 1. Les normes minimales de quantité à respecter sont celles émises en cas de pénurie réelle. 2. Les ÉPI distribués par le MSSS ont préalablement été inspectés par des cliniciennes et testés en laboratoire. 3. Le MSSS ne reprendra aucun ÉPI distribué. 4. Tous les ÉPI distribués par le MSSS sont comptabilisés dans l'allocation permise pas l'établissement. 5. Les ÉPI distribués par le MSSS sont ceux qui sont accessibles dans un contexte de pénurie mondiale.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	de soins et ne concernent que les masques de procédure. • que les usagers se présentant pour une consultation (urgence, clinique médicale ou autre) portent un masque de procédure seulement s'ils présentent des symptômes compatibles ou ayant des facteurs de risque identifiés 2 pour la COVID-19; • que tous les travailleurs de la santé (hôpitaux, cliniques médicales, CHSLD, soins à domicile) qui donnent des soins et qui sont à moins de deux mètres d'un usager portent un masque de procédure en continu (ils doivent le changer s'il est mouillé, souillé ou à la fin du quart de travail). Chaque milieu devrait aussi déterminer la nécessité de garder le masque lors de proximité entre les travailleurs de la santé eux-mêmes • Inclusion des groupes de médecine famille, cliniques médicales, résidences privées pour aînés, ressources intermédiaires et cliniques privées dans la priorité 2 **14 avril 2020** *20-MS-00496-51_LET et 20-MS-00496-51_PJ1_Stratégie d'approvisionnement_2020-04-14* Nouvelles orientations concernant la stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures : • Ajout des centres de réadaptation désignés en priorité 1 : Ajout des maisons de soins palliatifs, du soutien à domicile (incluant les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) et travailleurs qui dispensent des services dans le cadre de l'allocation directe/chèque emploi-service) en priorité 2	De plus, les ÉPI qui sont alloués par les distributeurs ne sont possiblement pas les mêmes que ceux hors période de pandémie. En conséquence, les mêmes mesures exceptionnelles émises par l'INSPQ s'appliquent pour ces produits.
INFORMER ET SENSIBILISER LA POPULATION	• Organisation d'activités d'information et de sensibilisation fournissant des données factuelles et des renseignements de base notamment sur l'état de situation au Québec, la préparation du réseau à faire face à la pandémie, les consignes générales à la population par rapport aux risques et aux mesures à prendre.	
SOUTIEN AUX ÉQUIPES CLINIQUES	**14 avril 2020** *20-MS-02502-84_LET_PDG_Réaffectations médicales -Centre d'appels MEDCOVID-19* Offre d'un service spécialisé aux médecins qui ont été réaffectés dans les milieux où ils ont à réaliser des activités cliniques qu'ils ne pratiquent pas de façon régulière. • Le service de Centre d'appels MEDCOVID-19 permet d'aiguiller un médecin ayant une réaffectation confirmée vers un répondant, également médecin, qui est en mesure d'offrir un soutien en matière d'informations cliniques. • Les médecins réaffectés sont d'abord invités à utiliser les corridors et les référents auxquels ils ont habituellement recours pour obtenir le soutien de leur établissement ou de leur communauté médicale. • Le Centre d'appels MEDCOVID-19 est réservé aux situations et aux besoins qui ne peuvent être répondus grâce aux mécanismes internes déjà en place. La coordination est assurée par le Bureau de l'accès aux services médicaux de proximité de	

COVID-19
Suivi des directives ministérielles – fonctionnelles : soutien aux activités cliniques
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	Montréal du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal en collaboration avec le MSSS.	
MOBILISER LES RÉSEAUX	• Mobilisation des réseaux à trois niveaux : o Instances du RSSS, y compris les établissements, le personnel du réseau; o Différents milieux de vie, notamment les RPA, les RI-RTF; o Autres ministères et autres réseaux (les élus locaux, par exemple via le programme Municipalité amis des aînés MADA), qui seront amenés à joindre leurs propres clientèles et à collaborer pour rendre disponibles éventuellement au réseau de la santé des locaux appropriés pour desservir leurs citoyens, si le besoin se présente; o Grandes organisations médicales, syndicales, membres des ordres professionnels, ressources communautaires et autres groupements de la société civile. **12 avril 2020** *20-RM-00104_LET_PDG, Arrêté 2020-019 du 10 avril 2020, Guide_2020-019, transfert personnel RSSS_2020-04-12 et Formulaire déplacement personnel* Nouvel arrêté ministériel (2020-019) qui permet le redéploiement des effectifs des commissions scolaires et des collèges vers le RSSS. • Avant l'application de ces mesures exceptionnelles, les ressources de votre établissement doivent être pleinement utilisées selon les leviers mentionnés à l'arrêté ministériel 2020-07.	
REPÉRER LES CLIENTÈLES	• Vigie quant à d'éventuels phénomènes psychosociaux émergeant de la pandémie. • Déploiement de ressources psychosociales en cas de besoin. • Repérage psychosocial des clientèles pour : o Identifier et apprécier les impacts psychosociaux de la pandémie; o Guider l'action des divers intervenants; o Prévoir les mécanismes de référence et de recours aux services.	
CRÉER DES INFRASTRUCTURES DE COMMUNICATION DÉDIÉES À LA LUTTE CONTRE LA PANDÉMIE	• Création d'infrastructures spécifiquement pour la lutte contre la pandémie et mise en place pour répondre aux impératifs de la communication. o Le Centre d'opérations des communications s'assurera, en collaboration avec Urgence Québec et le Secrétariat à la communication gouvernementale, de préparer les campagnes d'information et de répondre aux besoins d'information sur la situation entourant la COVID-19.	
UTILISER DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES	• Livraison rapide des applications de support aux activités de cueillette de données. • Adaptation et maintien des systèmes déjà existants pour lesquels l'utilisation devient critique dans le cadre de la pandémie. • Ajouts de sites temporaires au réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM).	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	Rehaussement de l'infrastructure d'accès à distance pour permettre l'utilisation accrue de systèmes et d'applications à l'extérieur des sites publics du RSSS. **14 avril 2020** *20-MS-02502-88_LET_PDG_Conformité des données et PJ_Définition nosologique COVID-19 - 2020-04-08* Le MSSS insiste sur l'importance que, dès maintenant, chaque établissement : • Transmette immédiatement (dans la même journée) à l'Institut de la statistique du Québec l'original du bulletin de décès (SP-3) pour tout décès lié à la COVID-19. • Transmette immédiatement (dans la même journée) une copie du SP-3 à la direction de santé publique régionale, pour tout décès lié à la COVID-19. • Transmette via leur direction de santé publique ces informations chaque jour, avant 18 h, dans le système d'information V10 prévu à cette fin. • Poursuive temporairement la complétion des formulaires GESTRED 43500 (milieux de vie) et 43650 (portrait quotidien) et, pour ce faire, utiliser la définition nosologique de cas établie par la Direction générale de la santé publique (voir PJ). • Complète avec rigueur le formulaire GETSRED 43100 qui porte sur les ruptures de services réelles ou appréhendées en CHSKD, RPA, RI-RTF et autres milieux de vie au Québec. • S'assure que les informations contenues dans les états de situation qu'il dépose au MSSS soient identiques aux informations transmises grâce à tous ces outils. • Communique avec la Direction des communications du MSSS avant de rendre publiques toutes données, dans l'objectif d'assurer la cohérence dans la diffusion de l'information.	
STRATÉGIE EN LIEN AVEC LES RESSOURCES FINANCIÈRES	• Émission d'orientations aux établissements publics afin de compiler les coûts additionnels engagés par les établissements. • Si requis, confirmation d'un soutien financier aux établissements qui assument des coûts importants. • Diffusion de paramètres à suivre basés sur la pandémie d'influenza, mais adaptés à la COVID-19. • Suivi auprès des organismes du gouvernement concernant le volet financier. **9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_Cliniques désignées d'évaluation, 20-MS-02502-66_PJ1_Utilisation optimale des EPI et 20-MS-02502-66_PJ2_Ressources CDÉ - CORRIGÉ - 03-04-2020* Nouvelles orientations concernant les dépenses liées à l'activité des CDÉ et l'utilisation optimale des équipements de protection individuelle (ÉPI). • Les ÉPI doivent être transférés par le CISSS/CIUSSS vers les CDÉ de son territoire, en respect des quantités recommandées (voir PJ1). • En PJ2, guide proposé à titre de modèle de référence pour les dépenses admises en	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 17 AVRIL 2020**
	CDÉ. Les informations qui s'y trouvent constituent les quantités maximales accordées. • Les ressources humaines dédiées dans le cadre du mandat des CDÉ pourront être assignées, dans certains cas, par le CI(U)SSS. Les dépenses liées à l'embauche des ressources humaines qui ne sont pas assignées par l'établissement pourront être transmises à ce dernier par chaque CDÉ pour obtenir un remboursement. • Toutes les dépenses doivent être soumises au PDG, après analyse et sur recommandation du chef du DRMG, pour son approbation après validation de la conformité. **10 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG-DSP_Correctif et 20-MS-02502-66_PJ_Ressources CDÉ_Correctif* Ajustement au document « Ressources en cliniques désignées d'évaluation » diffusé le 9 avril. Utiliser la PJ qui remplace la PJ déjà acheminée qui était une version préliminaire. Les informations modifiées concernent notamment les masques de procédure pour le personnel de la clinique.	

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 24 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Voici, en date du 24 avril, les éléments adoptés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour la planification de la reprise graduelle des activités spécialisées délestées afin de faire face à la demande liée à la pandémie. Ces travaux ont été effectués par les membres des **Sous-comités cliniques COVID-19** et appuyés par le Comité directeur clinique COVID-19.

Dans un souci de maintenir la santé de la population et d'éviter les détériorations de patients atteints ou non de la COVID-19, il importe de reprendre les activités **de façon graduelle et structurée**. Ainsi, les directives suivantes doivent être mises en place dès ce jour :

- La reprise des activités doit être coordonnée et supervisée par un comité de coordination décisionnel au sein de chaque établissement;

- Ce comité peut s'intégrer à votre gouvernance actuelle, mais la composition doit idéalement inclure :

  - un représentant de la haute direction de l'établissement;
  - le directeur des services professionnels;
  - le président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
  - le directeur de la santé publique ou son représentant;
  - le directeur des ressources humaines ou son représentant;
  - un représentant du volet chirurgical;
  - un représentant du volet médical;
  - un représentant de l'imagerie médicale;
  - un représentant de la pharmacie;
  - un représentant de la cancérologie;

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

- Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. Ainsi, la reprise des activités doit tenir compte des plans spécifiques en pièces jointes;

- Le comité de coordination de l'établissement doit assurer une vigie constante du volume d'activités en augmentation afin d'assurer une disponibilité des services dans l'éventualité d'une recrudescence des cas de la COVID-19 et en respect des centres désignés;

- La progression à travers les niveaux d'activités implique aussi la possibilité de régression à un niveau précédent dépendamment de plusieurs facteurs, tels que la situation épidémiologique de la région ou la disponibilité des ressources;

- Compte tenu de l'épidémiologie, les niveaux d'activités peuvent différer d'une région à l'autre;

- Par ailleurs, même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au Niveau 1, veuillez noter qu'en raison de la pénurie de médicaments critiques, les activités en chirurgie, pour l'ensemble des établissements, ne peuvent reprendre au-delà de 40 % de l'activité usuelle, et ce, jusqu'à nouvel ordre;

- La reprise initiale ainsi que le déclenchement d'un niveau supérieur d'activités doivent **obligatoirement** être autorisés par le MSSS par l'entremise du Comité directeur clinique COVID-19. Cette demande d'autorisation doit être expliquée et acheminée à madame Élizabeth Arpin à l'adresse elizabeth.arpin@msss.gouv.qc.ca.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements. Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

p. j. 6

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-35

Santé et Services sociaux Québec

SYSTÈME DE PRIORISATION POUR L'ACCÈS À UNE CHIRURGIE EN SITUATION DE PANDÉMIE

Pour Dre Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe

Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

Présidente du Comité directeur clinique COVID-19

Par: Marie-Eve Bouthillier, Ph. D

20-04-2020

Dernière mise à jour : 20 avril 2020

Document déposé pour adoption au

Sous-comité clinique COVID-19 – Blocs opératoires
Présidé par Dr Serge Legault

Auteurs principaux

M. Michel Lorange, Ph. D., M.Sc.
Éthicien clinique et organisationnel
Centre d'éthique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Mme Marie-Ève Bouthillier, Ph. D.
Éthicienne
Cadre-conseil en éthique
Centre d'éthique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Professeur adjoint de clinique
Bureau de l'éthique clinique
Faculté de médecine, Université de Montréal

Coordination

Mme Marie-Ève Bouthillier, Ph. D.
Éthicienne
Cadre-conseil en éthique
Centre d'éthique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Professeur adjoint de clinique
Bureau de l'éthique clinique
Faculté de médecine, Université de Montréal

Dr Serge Legault
Chirurgien
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Président
Association québécoise de chirurgie
Président du sous-comité clinique COVID-19 – Blocs opératoires
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaborateurs à la rédaction

Isabelle Ganache, Ph.D.
Directrice
Bureau - Méthodologie et éthique
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Dre Isabelle Germain
Radio-oncologue
Cogestionnaire médicale du programme de cancérologie
CHU de Québec – Université Laval

Membre du Comité national de radio-oncologie

Dr Serge Legault
Chirurgien
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Président
Association québécoise de chirurgie
Président du sous-comité clinique COVID-19 – Blocs opératoires
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Patrick Montpetit
Chirurgien
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Mme Geneviève Plamondon, M. Sc.
Professionnelle scientifique
Bureau – Méthodologies et éthique
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Dre Catherine Prady
Oncologue médicale
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre
Cogestionnaire médicale du Réseau cancer Montérégie
Membre du comité national de cancérologie mammaire
Professeure adjointe, Université de Sherbrooke

Mme Lucie Wade
Éthicienne clinique et organisationnelle
Centre d'éthique appliqué
Centre universitaire de santé McGill
Membre affiliée, Unité d'éthique biomédicale
Université McGill

Revue de littérature

Mme Geneviève Plamondon, M.Sc.
Professionnelle scientifique
Bureau – Méthodologies et éthique
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Personnes et groupes consultés

Dr Joseph Dahine
Intensiviste
Directeur médical
Direction qualité, évaluation, performance et éthique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

M. Vincent Dumez, M. Sc.
Co-directeur
Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public
Direction collaboration et partenariat patient
Faculté de médecine
Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Université de Montréal

Avec la collaboration de 5 patients-partenaires

Dr Roger Grégoire
Chirurgien colorectal
CHU de Québec – Université Laval

Dr Jean Latreille
Directeur national du programme québécois de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dre Élise Thibault
Chirurgienne vasculaire
Chef du département de chirurgie
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre
Présidente
Association de chirurgie vasculaire et endovasculaire du Québec

Dr Philippe Walsh
Urologue
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Relecture externe du document

Isabel Gauthier

Sommaire exécutif

Le système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie vise à soutenir l'orientation de chaque patient dans un contexte exceptionnel. Les principes qui guident l'orientation sont la maximisation des bénéfices, la proportionnalité, la non-malfaisance, l'équité, la réciprocité, l'agilité ainsi que la protection des intervenants et de la population.

Le système est divisé en quatre étapes séquentielles, soit (1) la détermination de la capacité du bloc opératoire, (2) le prétriage des patients, (3) le triage, et (4) la détermination du programme opératoire et des suites à donner à tous les patients, qu'ils aient accès ou non à la chirurgie. Chacune de ces étapes d'orientation des patients est soutenue par des critères cliniques. La complexité est très grande pour déterminer les cas les plus prioritaires qui peuvent être opérés avec les ressources disponibles du moment, en considérant toutes les spécialités chirurgicales et la condition de chaque patient. Les critères cliniques doivent guider les cliniciens dans ces choix, et leur jugement clinique demeure la seule façon d'embrasser cette complexité. Les rôles et responsabilités décrits spécifiquement à l'étape de prétriage (section 6.2) et la détermination du programme opératoire et d ses mécanismes (section 6.4) visent à soutenir ce travail, réalisé dans un contexte exceptionnel, et porté par un groupe de personnes dans chaque organisation.

Une nécessité transcende ce système, soit la communication en continu entre le chirurgien et le patient. L'évolution clinique de chaque patient peut être anticipée, mais ne peut être prédite, et chaque patient doit être informé s'il aura bientôt sa chirurgie ou non. Ce suivi en continu offre aussi l'occasion de répondre aux questions et préoccupations du patient ou de ses proches, et de le rassurer. Cette communication en continu favorise le développement d'une relation de partenariat patient-soignant dans laquelle chacun tente de comprendre et de rejoindre l'autre. Cette communication doit se faire dans les deux sens, soit que le chirurgien garde contact avec le patient, et que ce dernier puisse rejoindre le chirurgien au besoin. De plus, chaque patient doit avoir accès à des soins, quels qu'ils soient, selon ce qui est disponible et possible à chaque moment.

Dans le contexte actuel de la pandémie à COVID-19, alors que l'accès aux services cliniques spécialisés et à la chirurgie est grandement réduit, les conséquences de cette réduction se feront ressentir longtemps après le retour à la normale dans plusieurs autres secteurs d'activité clinique. Les auteurs et les collaborateurs à la rédaction sont d'avis que le système de priorisation de l'accès à une chirurgie en situation de pandémie ne fera sens qu'en appliquant les recommandations suivantes :

- Appliquer dès maintenant ce système de priorisation par décret ministériel et uniformément à travers le Québec; vu les retards accumulés, ce système de priorisation sera utilisé pendant une longue période alors que les autres secteurs d'activité clinique seront quant à eux revenus à la normale;
- Par solidarité à l'ensemble de la population, équilibrer dès maintenant (sur une base interétablissement, intrarégionale et interrégionale) l'allocation des ressources de l'ensemble du réseau (humaines, matérielles, équipement de protection individuelle, médicaments); dans une perspective de maximisation des bénéfices et d'équité, l'équilibrage des ressources vise à ce que les patients ayant une condition clinique requérant des soins spécialisés critiques (COVID-19 ou non) y aient accès en évitant de ne prioriser que les résultats et les impacts sur les patients mesurables à court terme;
    - Par exemple conserver des lits de soins intensifs non utilisés en cas d'augmentation de la demande de patients COVID-19 et en ne restreignant pas l'accès aux soins intensifs, résulte en des retards d'accès à la chirurgie; les patients sous respirateurs sont aussi de grands consommateurs d'anesthésiants, restreignant beaucoup l'accès à la chirurgie; à cet effet, la communication en

continu et la concertation dynamique entre les intensivistes et les chirurgiens est nécessaire pour discuter des besoins des patients et trouver l'équilibre entre les ressources allouées à la chirurgie et aux soins intensifs;

- Autre exemple, la situation ponctuelle dans chaque installation peut faire que des patients ont un retard significatif d'accès à la chirurgie avec des impacts importants sur leur espérance de survie à long terme avec une morbidité accrue, tandis que dans un autre établissement, des patients beaucoup moins à risque auront accès à une chirurgie;

- Planifier le plus tôt possible le retour à la normale en chirurgie afin d'arrêter de cumuler des retards dans l'accès à la chirurgie qui auront des conséquences à long terme sur ces patients;
- Planifier le plus tôt possible un accroissement temporaire de la production en chirurgie pour tenter de rattraper le retard en considérant les limites humaines pour ne pas épuiser les chirurgiens, anesthésistes, infirmières, inhalothérapeutes, ainsi que tout le personnel de soutien.

Table des matières

Sommaire exécutif 5
1. Introduction 8
2. Buts et objectifs 9
3. Méthodologie 10
4. Application du système de priorisation 11
5. Discussion clinique en continu et niveau d'intervention médicale (NIM) 12
6. Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie 14
   6.1 Déterminer la capacité de production du bloc opératoire 15
   6.2 Prétriage 16
   6.3 Triage 19
   6.4 Déterminer un programme opératoire 23
   6.5 Retour à la normale 25
7. Soutien psychosocial et moral à offrir en contexte de pandémie 25
   7.1 Soutien moral et psychosocial aux intervenants, aux professionnels et au personnel lié au plan de pandémie 25
   7.2 Soutien psychosocial aux usagers et familles lié au plan de pandémie 26
8. Conclusion et recommandations 27
9. Références 28
Annexes 30
   Annexe A : Littérature grise et sites web consultés 30
   Annexe B : Classification ASA 31
   Annexe C : Exemple de diagramme de Gantt 32

1. Introduction

Dans le cadre de la préparation et de la réponse à la pandémie à COVID-19, les établissements du Québec ont été invités à adopter une approche planifiée pour répondre aux besoins cliniques. Les circonstances actuelles exigent que notre système de santé agisse de manière responsable et équitable face à la gestion des ressources disponibles. L'objectif est de fournir des soins optimaux à l'ensemble des Québécois en identifiant et préservant les programmes ou services prioritaires, et en surveillant l'utilisation et la distribution efficiente des ressources de santé. Lorsque les ressources sont réduites ou manquantes (équipement de protection, analgésiants, sédatifs, etc.) et que le volume de chirurgie est réduit, la distribution de ces ressources doit se faire selon un processus équitable guidé par des principes éthiques. Il y aura des délais d'accès à la chirurgie et des choix à faire entre plusieurs patients et des types de chirurgies. Le présent document vise à soutenir la prise de décision avec l'objectif de maximiser les bénéfices et réduire les risques.

Plusieurs éléments sont à considérer dans un contexte de réduction de la capacité opératoire en temps de pandémie :

- Les enjeux de disponibilité de ressources (humaines, matérielles, soins intensifs (SI), lits, équipements de protection individuelle (ÉPI), médicaments, etc.) et la possibilité de partager ou pas les équipements et professionnels entre établissements et régions dans le but de traiter le plus grand nombre de personnes et assurer l'équité d'accès à l'ensemble de la population.
- Les divers risques pour les patients face à la pénurie de ressources :
    - L'accès en temps opportun ou l'absence d'accès : par exemple, ne pas être opéré, ne pas l'être en temps opportun (délai raisonnable), ne pas avoir accès à un lit de soins intensifs si nécessaire.
    - Le risque nosocomial : par exemple, contracter la covid-19 en milieu hospitalier.
- La nécessité de considérer l'ensemble des besoins de la population, c'est-à-dire des patients atteints de toute condition clinique (covid-19 ou non), et les risques pour leur santé ou leur survie. . Les chirurgies touchent des groupes de patients pour lesquels l'impact du retard de chirurgie, tout comme le non-accès aux SI, ne se fera pas sentir à court terme. À long terme toutefois, il est possible que l'attente de chirurgie résulte en une progression de stade, une espérance de survie à long terme réduite et de la morbidité accrue, causant alors une demande supplémentaire sur le système de santé.
- La difficulté de comparer entre elles des conditions cliniques différentes nécessitant des traitements chirurgicaux à intensité variable et consommant des ressources inégales.
- Le défi d'établir des pronostics et l'incertitude qui en découle.
- Le non-respect des consignes de délestage et leur application à géométrie variable, ce qui engendre de l'iniquité et des décisions arbitraires de priorisation. Il en résulte le besoin d'une orientation nationale respectée par tous les établissements et adaptée à la situation de chaque région afin d'éviter de pénaliser inutilement certaines personnes qui pourraient se voir désavantager.

Un système de priorisation des chirurgies cohérent et applicable à tous vise une allocation des ressources équitable et garantit que les personnes, dans des conditions similaires, reçoivent un traitement approprié.

Le système de priorisation de l'accès à la chirurgie est proposé en considérant l'incapacité de prévoir, à ce jour, quand et comment les activités normales pourront reprendre. La mise en place le plus rapidement possible d'une transition planifiée est nécessaire pour soigner les patients en attente de soins spécialisés, dont la chirurgie. Plus les délais s'allongent, plus ces patients

risquent des conséquences graves du retard d'accès à la chirurgie. Les conséquences possibles sont :

- Menace à la survie immédiate du patient si la chirurgie n'est pas effectuée;
- Menace d'une dysfonction permanente d'un membre ou d'un organe;
- Néoplasie rapidement évolutive;
- Risque de progression de la maladie (réduction de la possibilité de guérison, ou intervention plus importante plus tard, traitement plus morbide, risque d'inopérabilité);
- Risque d'aggravation vers des symptômes plus sévères, de consommer plus d'analgésique ou de développer de la douleur chronique dus au retard de traitement.

2. Buts et objectifs

L'objectif général d'un système de priorisation des chirurgies en temps de pandémie est de minimiser la mortalité et la morbidité pour l'ensemble d'une population, par opposition au risque de mortalité et de morbidité individuel, et de veiller à ce que les décisions de priorisation soient guidées par des valeurs éthiques et soient empreintes d'une légitimité procédurale.

Ce système de priorisation a été élaboré pour une application spécifique à une situation de pandémie, qui entraîne une diminution importante de la capacité opératoire malgré une constance dans les besoins de la population en termes de chirurgie.

Remarque : ce système de priorisation s'applique à tous les patients évalués pour chirurgie, quelle que soit le domaine de leur maladie (cancérologie, cardiologie, orthopédie, etc.) et peu importe leur exposition ou facteurs de risque liés à la COVID-19.

Ce protocole est basé sur les prémisses suivantes :

- Pendant une pandémie, la disponibilité des prestataires de soins de santé pourrait être réduite en raison de maladies personnelles, d'absentéisme et de responsabilités familiales. Une pénurie de prestataires de soins de santé entraînera une diminution des services habituels.
- Tous les patients, quel que soit leur état clinique et qu'ils soient atteints de la COVID-19 ou non, méritent d'avoir accès aux soins requis, y compris aux traitements médicaux appropriés pour maximiser les résultats, et à un soutien pour le confort et la gestion des symptômes.
- Tous les efforts seront faits pour soutenir une communication claire et transparente aux patients et leurs proches ainsi qu'aux décideurs en matière de chirurgie sur leur statut de triage, et pour aligner les plans de soins sur les souhaits et les valeurs connus des patients.

Principes directeurs guidant les décisions de priorisation

Les décisions pour répondre aux besoins cliniques des patients en contexte de pandémie doivent être guidées par des principes. Ces principes sont tous importants et leur présentation ci-après ne présume pas d'une hiérarchie selon une importance relative. Pris ensemble, ils visent un équilibre dans les discussions et les choix qui résulteront du système de priorisation. Ces principes sont :

- Maximisation des bénéfices : viser à tirer le maximum d'avantages pour une communauté en allouant les ressources de préférence à ceux qui en tirent le plus grand bénéfice supplémentaire.
- Équité : des critères pertinents sur le plan clinique doivent être utilisés en premier lieu pour l'allocation des ressources. Ils doivent être suffisamment objectifs pour pouvoir être appliqués équitablement à une grande variété de patients, par une grande variété de prestataires, dans une grande variété de situations (Berlinger 2020, Emanuel et coll. 2020). Un système de priorisation exige un équilibre délicat entre le jugement du clinicien (qui peut être biaisé et

faillible) et les systèmes de notation (qui exigent également du jugement, mais qui peuvent manquer de nuance à l'égard des subtilités cliniques). Dans le cas où les considérations cliniques ne peuvent pas être utilisées pour classer un patient par ordre de priorité par rapport à un autre, des critères supplémentaires de priorisation sont alors utilisés en dernier recours.

- Proportionnalité : le nombre de personnes qui sont affectées négativement par le système de priorisation que ce qui est nécessaire pour s'ajuster à la baisse de disponibilité des ressources. En d'autres termes, la réponse ne devrait pas affecter négativement plus de personnes que celles qui auraient été affectées si nous avions utilisé une approche « premier arrivé, premier servi ». Les systèmes de priorisation ont nécessairement un effet disproportionné sur les personnes appartenant à des groupes vulnérables, la proportionnalité est donc le meilleur moyen de minimiser cet effet.
- Non-malfaisance : les décisions doivent s'efforcer de limiter les préjudices dans la mesure du possible. La réduction ou l'annulation des activités qui ont moins de conséquences sur la morbidité/mortalité si elles sont retardées trop longtemps doit être privilégiée par rapport à celles qui ont des conséquences plus importantes sur la morbidité/mortalité si elles sont retardées trop longtemps. Il faut pour cela tenir compte des avantages et des inconvénients à plus ou moins long terme pour les patients et les populations de patients, des traitements alternatifs qui pourraient réduire le risque de ne pas avoir accès en temps opportun à une chirurgie, ainsi que des solutions de rechange disponibles pour soulager la douleur et la souffrance. La communication constante entre le chirurgien et son patient est importante pour réduire le stress de ce dernier.
- Réciprocité : certains patients et populations de patients vulnérables seront particulièrement visés en raison des efforts de notre système de santé pour préserver la capacité de traiter le plus grand nombre en contexte de pandémie à COVID-19. Par réciprocité, notre système de santé a l'obligation de veiller à ce que toutes les personnes concernées par ces décisions continuent de faire l'objet d'un suivi de santé, reçoivent des soins appropriés et puissent être réévaluées pour un accès éventuel à des chirurgies si elles en ont besoin.
- Protection des intervenants et de la population : dans un contexte de pandémie, lorsque la population est à risque pour sa santé et que le fonctionnement de la société est altéré, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sont centraux dans la capacité de soutenir les personnes malades, atteintes du COVID-19 ou de toute autre affection.
- Agilité : dans un contexte nouveau, avec des conditions qui évoluent continuellement et où l'apprentissage se fait au quotidien, tous doivent démontrer la capacité de s'adapter à ces changements, d'adapter les processus et de gérer stratégiquement les choix, les risques et les ressources. Les personnes et l'organisation doivent démontrer une ouverture à modifier leurs comportements à la suite d'une information nouvelle, d'une situation ou d'un environnement qui évolue afin de travailler de façon plus efficace et efficiente dans le but de rejoindre un maximum de patients.

Création du système de priorisation de l'accès à une chirurgie en situation de pandémie

Le système de priorisation de l'accès à une chirurgie en situation de pandémie est proposé afin que l'orientation de chaque patient soit transparente (communiquée à chaque patient et à la communauté), cohérente et équitable (que tous les patients soient traités de la même manière), inclusive (tenant compte des points de vue des parties prenantes), responsable (que chaque personne impliquée puisse justifier ses décisions), et que le système engendre un sentiment de confiance.

3. Méthodologie

Revue de littérature

Une revue de la littérature scientifique et grise a été effectuée afin de soutenir la réalisation des travaux menant à l'élaboration du protocole.

Repérage des publications

Un repérage de la littérature a été effectué le 7 avril 2020 en ciblant les publications de langues française ou anglaise publiées en 2010 ou après. Une littérature restreinte était anticipée, et le repérage a ainsi ciblé d'autres contextes apparentés pour lesquels une priorisation des chirurgies est également possible. La base de données MEDLINE a été consultée, ainsi que Google et Google Scholar, en utilisant des mots clés incluant notamment: *pandemic*; *ÉPIdemic*; *outbreak*; *crisis*; *emergency*; *warfare and armed conflicts*; *disasters*; *priorization of surgeries*; *priorization of care*; *triage*; *triage protocol*; *criteria*.

Sélection des publications, extraction des données et synthèse

Cette recension a permis d'identifier 719 articles scientifiques, et la lecture des titres et des résumés a mené à la sélection de 33 articles. Une recherche de la littérature grise a également été effectuée sur les sites web des organisations nationales et internationales d'intérêt (ministères de la Santé, agences de santé publique, agences d'évaluation, sociétés savantes, etc.). La liste se retrouve à l'annexe A. L'extraction des données et la synthèse de l'information ont été effectuées par une personne.

Élaboration du protocole

Un comité d'experts a été formé à la demande du MSSS afin de proposer une stratégie de priorisation des chirurgies dans le contexte de la pandémie actuelle, et celui-ci s'est rencontré à six reprises. La revue de littérature a servi de base aux discussions, et les concepts constituant le protocole ont été dégagés par consensus.

Processus de participation

Outre les auteurs, sept personnes ont participé à la définition des processus décisionnels proposés et ont validé le système de priorisation. Ces personnes sont des chirurgiens, une radiooncologue, une hémato-oncologue, et plusieurs ont des responsabilités au MSSS ou dans des associations professionnelles. Cinq autres personnes ont révisé le document, provenant aussi des milieux cliniques et ayant des responsabilités au MSSS ou dans des associations professionnelles. Enfin, le document a été révisé et commenté par cinq patients-partenaires.

4. Application du système de priorisation

Deux éléments importants sont à définir préalablement à l'élaboration de tout système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie, soit 1) le type de chirurgies visé par le système, et 2) les ressources allouées à la chirurgie au regard de tous les besoins et de l'accès aux ressources professionnelles et matérielles en contexte de rareté.

Un système de classification des chirurgies aide à déterminer la priorisation des patients. Il permet également de favoriser des définitions communes. Le système présenté ici est basé sur une classification développée en Ontario[1]. Il est à noter qu'un système de priorisation applicable à tout type de chirurgie est actuellement en développement au Québec. Ce système est :

[1] Cancer Care Ontario, « Target Wait Times for Cancer Surgery in Ontario », Avril 2006. https://www.cancercareontario.ca/en/content/target-wait-times-cancer-surgery-ontario

Code de priorité clinique	Cibles d'accès, de la décision d'opérer à la date réelle d'opération
A	≤ 24 heures
B	≤ 14 jours
C	≤ 28 jours
D	≤ 90 jours
E	≤ 6 mois

Il est à noter que ce qui n'est pas une priorité élevée maintenant peut le devenir dans un avenir rapproché, obligeant les chirurgiens à établir un monitorage continu de leurs patients qui voient leur chirurgie reportée (voir chapitre 6). La fréquence des suivis est déterminée par la condition de chaque patient.

Le présent système de priorisation vise à discerner, quand les ressources sont restreintes, la priorité relative de chaque patient en attente de chirurgie.

5. Discussion clinique en continu et niveau d'intervention médicale (NIM)[2]

Dans le contexte de la pandémie, la communication continue avec le patient affecté par le report de sa chirurgie revêt une importance encore plus grande qu'à l'habitude. Le présent chapitre rappelle les éléments jugés les plus importants dans les circonstances.

La communication continue entre le patient, les médecins, les soignants et les intervenants

En temps normal, comme en contexte de pandémie, il est important que le patient et ses proches demeurent informés en continu de l'évolution de leur condition, des interventions qui leur sont proposées selon leur condition, et que la discussion demeure ouverte. Même si la capacité d'adaptation aux volontés de chaque patient peut se trouver très limitée en contexte de pandémie, la transparence dans la communication est toujours centrale afin de conserver le lien de confiance entre le patient, ses proches et les soignants, et les intervenants dans une relation de partenariat, de même qu'avec l'ensemble du réseau. Cette pratique vise à réduire les effets psychologiques négatifs sur les patients et leurs proches liés au contexte de pandémie.

Un certain nombre de pistes de communications[3] peut être envisagé. Elles doivent chercher à :

- Réduire les effets psychologiques négatifs et des comportements contre-productifs liés à l'isolement en prenant en compte les besoins et les pratiques de socialisation du patient qui doivent être sécuritaires;
- Augmenter l'efficacité clinique des interventions notamment en impliquant le patient dans les interventions;
- Contribuer au bien-être des soignants en humanisant certaines des tâches des intervenants et soignants, et en optimisant leurs impacts;

[2] https://www.inesss.qc.ca/publications/consulter-une-publication/publication/les-niveaux-dintervention-medicale-niveaux-de-soins.html

[3] Extrait de "Continuer à soutenir le partenariat patient dans le cadre de la crise sanitaire du COVID-19 au CHUM", Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public et Centre hospitalier universitaire de Montréal, 27 mars 2020.

- Améliorer les soins offerts aux patients en allégeant la charge de travail des intervenants et soignants, et en diminuant les risques de contamination.

Discussion avec le patient et/ou ses proches du niveau d'intervention médicale (NIM)

Même en contexte de pandémie, la discussion avec le patient sur ses volontés demeure primordiale. Cette discussion doit, comme en temps normal, se faire pour arrimer les volontés du patient (et de ses proches ou de son représentant légal quand le patient n'a plus la capacité de décider pour elle/lui-même) en utilisant le jugement clinique du médecin qui offrira ce qui est médicalement requis selon la condition clinique du patient. Cette discussion tient toujours compte des ressources du réseau de la santé et des services sociaux disponibles et accessibles au moment de la discussion.

Les volontés des patients, l'obligation d'intervention et le consentement

Le NIM est indicatif. Il ne dispense pas le médecin de l'exercice de son jugement professionnel et du respect des normes cliniques. Chaque soin qu'il juge requis et qu'il propose nécessite l'obtention du consentement du patient ou de son représentant s'il est inapte à consentir aux soins. Un soin qui ne serait pas indiqué médicalement ne devrait pas être prodigué.

Les NIM ne sont pas l'offre d'un soin en particulier. Si aucun soin n'est proposé, aucun consentement n'est requis. L'abstention ou la non-initiation d'un traitement ne requiert pas en principe de consentement. Elle doit certes se justifier en regard de certains critères davantage cliniques, mais ne requiert pas l'aval du patient ou de sa famille.

Sur le processus décisionnel entre le patient et le médecin, à la recherche du soin le plus approprié pour ce patient, à un moment de sa vie, et de l'évolution de sa maladie :

http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2008-10-01-fr-pour-des-soins-appropries-au-debut-tout-au-long-et-en-fin-de-vie.pdf

Sur le consentement, les NIM, les DMA et les autres outils d'expression des volontés concernant les soins :

http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux-soins.pdf

Suivi en continu avec le patient

Dans le contexte de la pandémie où la priorité chirurgicale est perturbée par le manque de ressources humaines et matérielles, une communication en continu avec les patients est essentielle. La communication en continu entre le chirurgien et le patient est cruciale parce que l'évolution clinique de chaque patient peut être anticipée mais ne peut être prédite, et que chaque patient doit être informé s'il aura bientôt sa chirurgie ou non. Les patients doivent aussi obtenir l'information pertinente concernant leur condition de santé et les risques associés au report de leur chirurgie ou d'attraper la COVID-19 en se présentant à l'hôpital. Ils doivent aussi comprendre les bénéfices et risques associés à l'offre d'un traitement alternatif le cas échéant. Une vigilance accrue et faite sur une base régulière est indispensable dans les circonstances afin de ne pas échapper un cas qui deviendrait urgent, où un patient n'aurait pas osé signaler l'aggravation de sa condition. D'où l'importance que la communication se fasse dans les deux sens, soit que le chirurgien garde contact avec le patient, et que ce dernier puisse rejoindre le chirurgien au besoin. Chaque chirurgien est responsable de la communication continue avec ses patients et d'être joignable.

Ce suivi en continu offre aussi l'occasion de répondre aux questions et préoccupations du patient ou de ses proches, et de le rassurer. Cette communication en continu favorise le développement d'une relation de partenariat patient-soignant dans laquelle chacun tente de comprendre et de rejoindre l'autre. De plus, chaque patient doit avoir accès à des soins appropriés selon ce qui est disponible et possible à chaque moment.

Quelle que soit la condition clinique d'un patient en attente de chirurgie, un NIM[4] doit toujours être établi avant une chirurgie. De plus, le NIM doit être réévalué avec le patient ou ses proches lorsque la condition clinique du patient change afin que les interventions demeurent toujours celles qui sont appropriées dans les circonstances après discussion avec le patient. La question de la réanimation cardio-respiratoire (RCR) doit aussi être évaluée dans le contexte de la condition actuelle du patient.

6. Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie

Le système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en contexte de pandémie est découpé en 4 grandes étapes avant le retour à la normale, tel que résumé dans le tableau suivant :

Étape	Système de priorisation	Principes
Capacité de production (section 6.1)		
1	Objectif : déterminer le maximum de ressources qui peuvent être à l'œuvre en chirurgie en respectant les directives ministérielles et la situation régionale et nationale liée à la COVID-19	Maximisation des bénéfices pour la population Protection du personnel
Prétriage (section 6.2)		
2	Objectif : ne prioriser, à l'étape suivante, que les patients qui devraient avoir une chirurgie en contexte de pandémie et orienter les autres patients vers les soins appropriés tout en les réévaluant régulièrement	Efficience Proportionnalité Non-malfaisance Équité
Triage (section 6.3)		
3	Objectif : dans le contexte où les ressources chirurgicales sont réduites, prioriser les patients (toute spécialité confondue) devant être opérés selon des critères cliniques : • Les plus à risque pour leur survie • Les patients approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus • Requérant le moins de temps opératoire et de ressources possibles • Ayant le plus de chances de récupérer rapidement Ces critères deviennent moins restreignants quand les ressources du bloc opératoire augmentent	Maximisation des bénéfices Équité
Programme opératoire (section 6.4)		
4	Objectif : construire le programme du bloc opératoire en joignant la capacité quotidienne du bloc opératoire avec la liste priorisée de patients (toute spécialité confondue) pour déterminer quelles salles seront ouvertes et les patients opérés	Maximisation des bénéfices Efficience Proportionnalité Non-malfaisance

[4] https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Formulaire_NiveauxdeSoins_RCR.pdf
Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires
Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités
Objectif C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie
Objectif D : Assurer le confort uniquement sans viser a prolonger la vie

Étape	Système de priorisation	Principes
		Équité
Retour à la normale (section 6.5)		
5	Au retour à la normale, poursuivre l'application de ce système de priorisation, en incluant 10% des cas moins prioritaires dans le programme opératoire, jusqu'à ce que la liste d'attente soit similaire à celle d'avant la pandémie	Efficience Proportionnalité Non-malfaisance Équité

Les sections suivantes présentent un processus pour chacune de ces étapes.

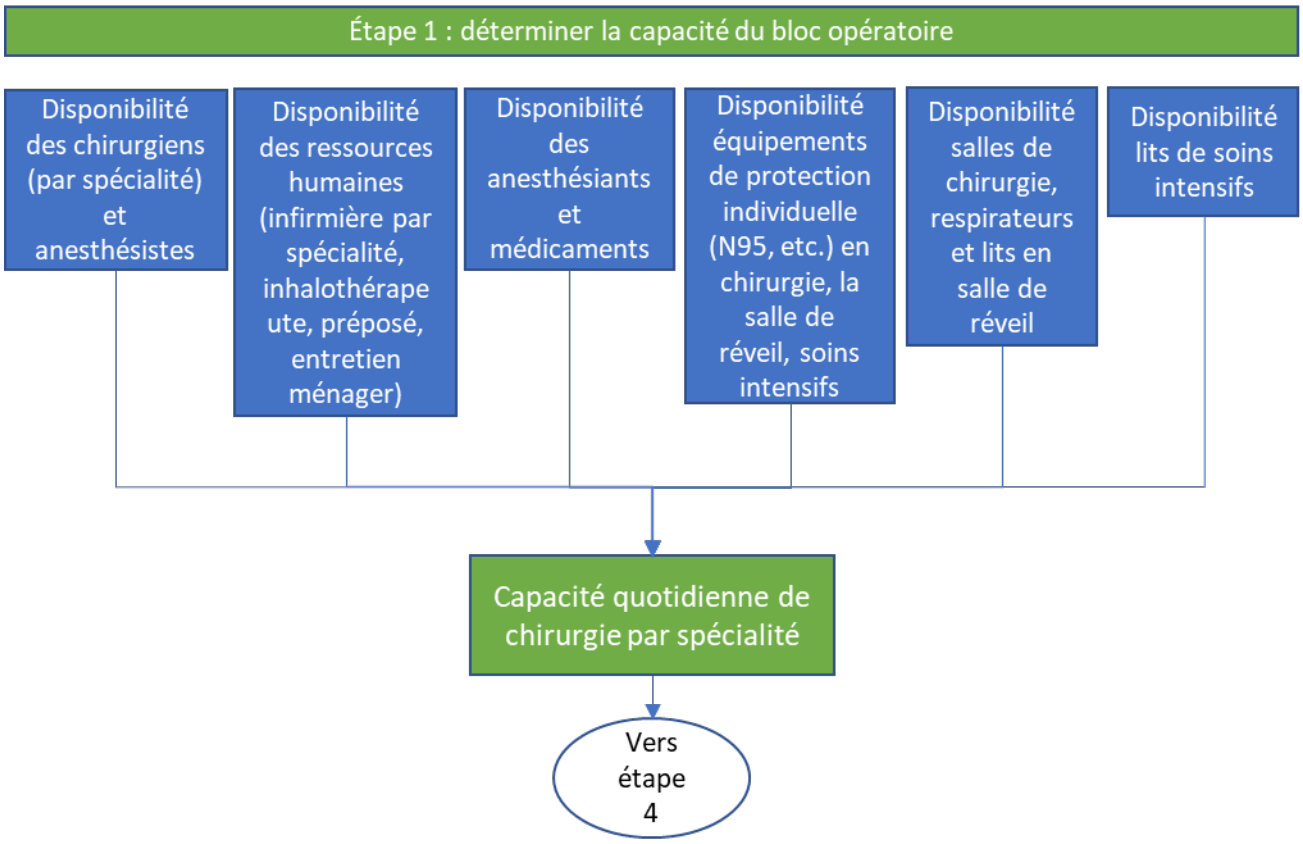
6.1 Déterminer la capacité de production du bloc opératoire

L'objectif de cette étape est de déterminer pour chaque jour le maximum de ressources qui peuvent être mises en œuvre en chirurgie en respectant les directives ministérielles et la situation régionale et nationale liée à la COVID-19.

La capacité quotidienne du bloc est établie en fonction des ressources humaines et matérielles spécifiques au bloc. Il est entendu qu'un programme chirurgical doit normalement être déterminé quelques jours à l'avance afin d'avertir les patients et de les préparer adéquatement. Dans un contexte de pandémie, les principes de maximisation des bénéfices et d'efficience demandent de réaliser le maximum d'interventions avec les ressources disponibles. Les conséquences négatives sont que le programme opératoire peut être déterminé en laissant beaucoup moins de temps de préparation aux patients, et qu'il doive être modifié à la dernière minute suite à des contraintes imprévues de ressources. Les patients subiront ces conséquences négatives qui seront une source supplémentaire de stress si leur chirurgie est à nouveau annulée. Ces risques de conséquences négatives pour les patients peuvent être acceptables au regard du bénéfice de tenter de traiter le plus grand nombre avec les ressources disponibles. Les conséquences négatives peuvent être limitées par une communication transparente telle que présentée précédemment.

Il est aussi à considérer qu'un travail d'optimisation des ressources humaines et matérielles disponibles au bloc opératoire est nécessaire en continu. De même, la communication en continu et la concertation dynamique entre les intensivistes et les chirurgiens est nécessaire pour discuter des besoins des patients et trouver l'équilibre entre les ressources allouées à la chirurgie et aux soins intensifs.

L'utilisation de la salle d'opération réservée aux urgences doit aussi être questionnée. Une telle salle est nécessaire pour sauver la vie de patients quand le temps de réaction est de moins d'une heure, que ce soit pour une césarienne ou pour toute autre condition clinique d'urgence. Par contre, il faut déterminer l'équilibre entre le bénéfice de réaliser de courtes interventions dans cette salle et le risque qu'elle ne soit pas disponible en temps si une urgence advient.



La détermination de la capacité du bloc opératoire doit se faire en considérant les ressources disponibles et en les optimisant. Ces ressources sont le matériel, les équipements de protection individuelle, les médicaments et l'accès aux ressources d'établissements voisins ou d'autres régions qui pourraient être moins affectées par la pandémie. Tout en considérant le risque de transférer un patient d'une région affectée vers une région moins touchée, il est important de considérer l'équilibre entre les conséquences pour les patients de ne pas avoir accès à la chirurgie et le risque de propagation du virus. Dans ce contexte, le transfert de ressources matérielles d'une région à l'autre est plus facilement réalisable. Le transfert de ressources humaines est aussi une possibilité à considérer afin de maintenir une équité d'accès aux soins pour l'ensemble de la population.

La capacité quotidienne de chirurgie par spécialité sert par la suite à déterminer le programme opératoire (étape 4) après avoir réalisé les étapes de prétriage et triage des patients

Rôles et responsabilités

La gestionnaire du bloc opératoire, de concert avec le Directeur des services professionnels et du chef du département de chirurgie, a la responsabilité de déterminer cette capacité quotidienne du bloc opératoire.

6.2 Prétriage

L'objectif du prétriage est de ne prioriser, à l'étape suivante, que les patients qui devraient avoir une chirurgie en contexte de pandémie et orienter les autres patients vers d'autres soins les plus appropriés dans les circonstances tout en les réévaluant régulièrement.

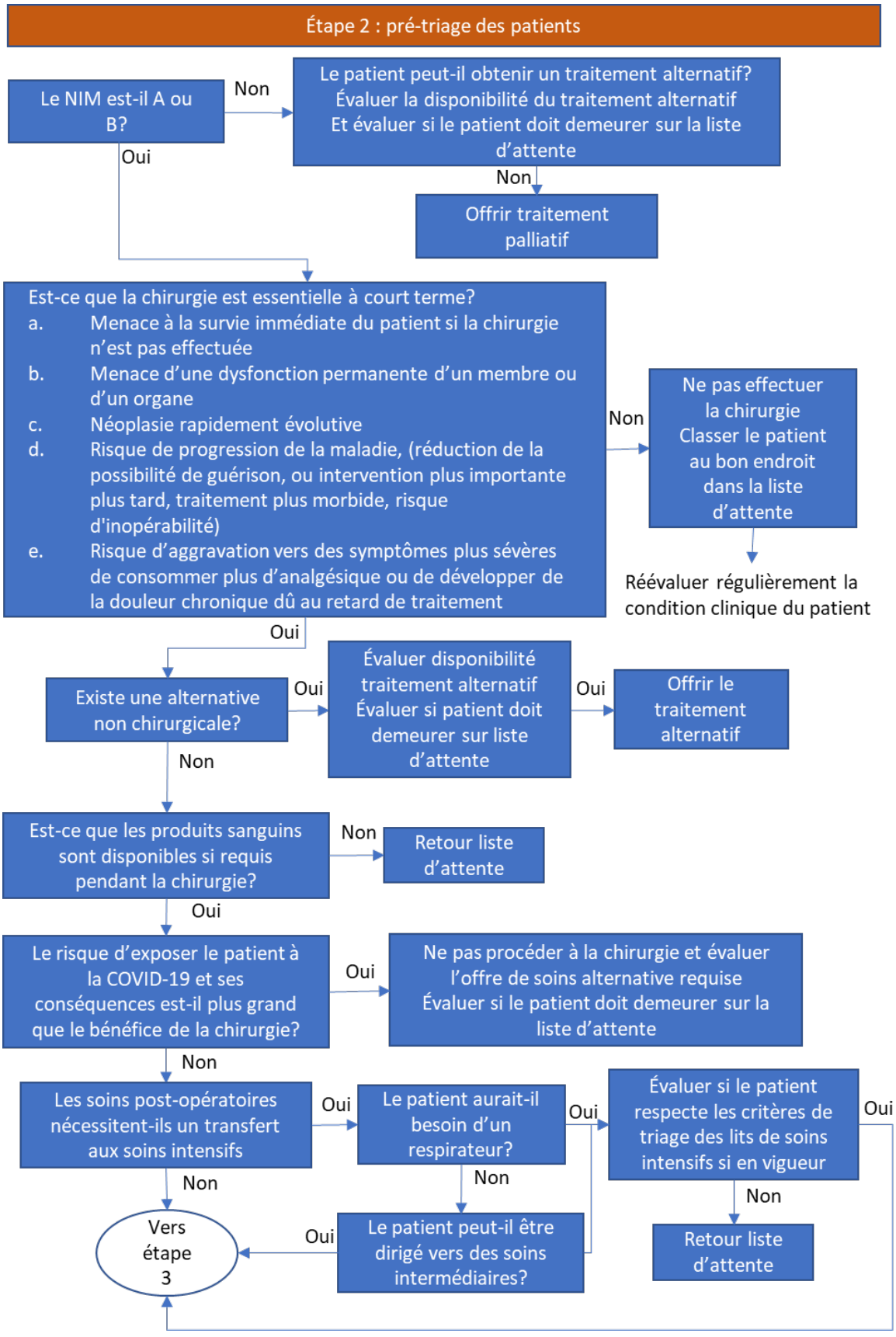
La séquence du prétriage, durant la phase de pandémie et lors du retour aux activités normales, est :

- Selon le principe de maximisation des bénéfices pour la population, offrir une chirurgie aux patients dont le NIM est A ou B[5];
- Selon le même principe, en plus des chirurgies urgentes, offrir une chirurgie aux patients dont la condition clinique tombe dans les catégories A (< 24h), B (< 14j) et C (< 28j);
- Offrir une chirurgie quand :
    - Aucun autre traitement alternatif n'est possible ou disponible;
    - Le risque d'exposer le patient à la COVID-19 et ses conséquences est plus faible que le bénéfice de la chirurgie;
    - Un lit de soins intensifs est disponible s'il est possible que le patient en requière un, et que, si le protocole de triage des soins intensifs est en vigueur, ce patient respecte les critères de triage pour l'accès aux lits de soins intensifs appliqués au moment de la chirurgie;
    - L'accès aux produits sanguins est possible si requis.

Pour les choix faits dans cette séquence, il est important de s'assurer que chaque patient :

- Reçoive des soins appropriés dans les circonstances;
- Soit suivi régulièrement, au moins par téléphone, par le chirurgien afin de pouvoir rassurer le patient et répondre à ses questions, de même que pour déterminer si sa condition clinique se maintient ou s'aggrave; l'intervalle entre chacun de ces appels doit être déterminé pour chaque patient selon sa condition;
- Dans le même sens, le moyen de joindre le chirurgien doit être précisé et ce dernier doit être joignable afin que le patient puisse l'aviser si sa condition clinique change, et s'il a des inquiétudes.

[5] https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Formulaire_NiveauxdeSoins_RCR.pdf


Étape 2 : pré-triage des patients
Le NIM est-il A ou B?
Non
Le patient peut-il obtenir un traitement alternatif?
Évaluer la disponibilité du traitement alternatif
Et évaluer si le patient doit demeurer sur la liste d'attente
Oui
Non
Offrir traitement palliatif
Est-ce que la chirurgie est essentielle à court terme?
a. Menace à la survie immédiate du patient si la chirurgie n'est pas effectuée
b. Menace d'une dysfonction permanente d'un membre ou d'un organe
c. Néoplasie rapidement évolutive
d. Risque de progression de la maladie, (réduction de la possibilité de guérison, ou intervention plus importante plus tard, traitement plus morbide, risque d'inopérabilité)
e. Risque d'aggravation vers des symptômes plus sévères de consommer plus d'analgésique ou de développer de la douleur chronique dû au retard de traitement
Non
Ne pas effectuer la chirurgie
Classer le patient au bon endroit dans la liste d'attente
Réévaluer régulièrement la condition clinique du patient
Oui
Existe une alternative non chirurgicale?
Oui
Évaluer disponibilité traitement alternatif
Évaluer si patient doit demeurer sur liste d'attente
Oui
Offrir le traitement alternatif
Non
Est-ce que les produits sanguins sont disponibles si requis pendant la chirurgie?
Non
Retour liste d'attente
Oui
Le risque d'exposer le patient à la COVID-19 et ses conséquences est-il plus grand que le bénéfice de la chirurgie?
Oui
Ne pas procéder à la chirurgie et évaluer l'offre de soins alternative requise
Évaluer si le patient doit demeurer sur la liste d'attente
Non
Les soins post-opératoires nécessitent-ils un transfert aux soins intensifs
Oui
Le patient aurait-il besoin d'un respirateur?
Oui
Évaluer si le patient respecte les critères de triage des lits de soins intensifs si en vigueur
Oui
Non
Non
Non
Vers étape 3
Oui
Le patient peut-il être dirigé vers des soins intermédiaires?
Retour liste d'attente

Rôles et responsabilités

Plusieurs personnes sont impliquées dans cette étape de prétriage et ont des responsabilités qui s'appliquent séquentiellement.

Chaque chirurgien avec la collaboration de ses collègues médecins spécialistes

Le prétriage est, dans un premier temps, la responsabilité du chirurgien avec la collaboration de ses collègues médecins spécialistes. Le premier point à déterminer est le NIM du patient. Si cette discussion n'a pas eu lieu, le chirurgien doit l'entreprendre. Le NIM doit aussi être réévalué avec le patient et ses proches si le chirurgien considère que le NIM ne semble pas correspondre à la condition clinique du patient.

Dans un second temps, le chirurgien, avec la collaboration de ses collègues médecins spécialistes, doit colliger les informations cliniques nécessaires pour répondre aux questions du processus décisionnel du prétriage et du triage. Chaque chirurgien doit pouvoir justifier[6] les raisons qui le guident dans la priorisation de ses patients en attente.

Tout au long de cette évaluation, il est primordial de maintenir un lien étroit avec chaque patient et ses proches vu le contexte extraordinaire.

Chaque chirurgien, en concertation avec ses collègues médecins spécialistes, doit établir la priorisation de ses patients et évaluer si un traitement alternatif est disponible, le risque que présente une chirurgie en contexte de pandémie pour chaque patient, et la capacité de réaliser cette chirurgie dans les conditions du moment (accès à un lit de soins intensifs ou intermédiaires, aux produits sanguins envisagés, et à tout matériel et équipement requis). Dans le cas des patients ayant un cancer, chaque cas complexe devrait être discuté au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC)[7] afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices. Les chirurgiens peuvent aussi se référer aux « Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 »[8] produites en collaboration avec l'INESSS.

Chef de service d'une spécialité chirurgicale

Un des rôles du chef de service de chaque spécialité chirurgicale est de soutenir les chirurgiens à travers ces évaluations et décisions prises en contexte de pandémie, sachant que celles-ci interpellent les valeurs de chaque clinicien.

Il est de la responsabilité du chef de service d'établir, au préalable à l'étape de prétriage et avec ses collègues et médecins spécialistes, l'offre de services alternative à offrir dans les cas où un patient ne se verrait pas offrir la chirurgie dans le contexte de pandémie. La détermination de cette offre est importante afin qu'elle soit accessible rapidement et que ces services soient déjà arrimés avant de les proposer aux patients.

6.3 Triage

La priorisation des patients qui auront accès à une chirurgie est un processus dynamique et continu qui s'adapte aux changements dans le réseau et à la capacité du moment. La condition de chaque patient pouvant changer et la disponibilité des ressources nécessaires à la chirurgie pouvant varier dans le temps, il est nécessaire d'établir un programme opératoire assez à l'avance

[6] Une approche éthique ne se limite pas à choisir comment faire pour bien faire, il faut aussi pouvoir justifier le choix fait.

[7] https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

[8] Ibid

pour avertir les patients et préparer les ressources, mais également agile pour s'ajuster rapidement aux conditions qui peuvent fluctuer à tout moment.

La priorisation des patients se fait en deux temps réalisés séquentiellement, soit :

- Par spécialité chirurgicale;
- Toutes spécialités confondues en créant une seule liste à partir des listes par spécialité.

Critères cliniques

L'étape de prétriage retient les patients pour qui la chirurgie est essentielle à court terme en respectant les critères cliniques suivants :

a. Menace à la survie immédiate du patient si la chirurgie n'est pas effectuée;
b. Menace d'une dysfonction permanente d'un membre ou d'un organe;
c. Néoplasie rapidement évolutive;
d. Risque de progression de la maladie (réduction de la possibilité de guérison, ou intervention plus importante plus tard, traitement plus morbide, risque d'inopérabilité);
e. Risque d'aggravation vers des symptômes plus sévères de consommer plus d'analgésique ou de développer de la douleur chronique dus au retard de traitement.

L'étape de triage vise à choisir les patients qui auront leur chirurgie parmi un grand nombre de cas prioritaires retenus au prétriage et pour qui un traitement alternatif équivalent ou ayant des résultats similaires n'est pas une solution possible ou ne peut que faire gagner un peu de temps.

Après s'être assuré que la liste des patients à la fin du prétriage considère la capacité des autres services cliniques dans l'offre globale de soins (p.ex. radiothérapie, réadaptation, etc.), le triage se base sur des critères suivants :

- Les plus à risque pour leur survie;
- Approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus;
- Requérant le moins de temps opératoire et de ressources possibles :
    - Lorsque les ressources chirurgicales sont les plus restreintes, et en vue de maximiser les bénéfices pour le plus grand nombre, les cas requérant le moins de temps opératoire et de ressources sont d'abord priorisés sans négliger les cas les plus à risque et requérant plus de temps et de ressources; quand les ressources chirurgicales deviennent plus disponibles, ce critère devient plus ouvert dans la priorisation des patients, ce qui permet l'équité;
- Ayant le plus de chances de récupérer rapidement :
    - Lorsque les ressources chirurgicales sont les plus restreintes, les patients ayant plus de chances de récupérer rapidement sont priorisés (classification ASA[9] basse); quand les ressources chirurgicales deviennent plus disponibles, les cas priorisés sont ceux qui ont de bonnes chances de récupérer (classification ASA basse à moyenne).

L'évaluation des critères cliniques, dont l'évaluation des dates acceptables et maximales de chirurgie pour chaque spécialité, doit se baser sur des données probantes et sur l'avis de sociétés savantes.

Jugement clinique pour appliquer les critères et diagramme de Gantt

Ces critères plus restrictifs sont appliqués quand les ressources nécessaires à la chirurgie sont les plus réduites. Ces critères deviennent plus ouverts au fur et à mesure que les ressources redeviennent disponibles, et ce jusqu'au retour à la normale.

[9] Classification détaillée à l'annexe B.

Un diagramme de Gantt (exemple à l'annexe C) est un outil permettant de présenter simplement et de visualiser facilement l'ensemble des données afin de prioriser les patients (par spécialité d'abord et toutes spécialités confondues par la suite). Chacun des critères est à évaluer et la décision est laissée au jugement clinique du/des chirurgiens (voir rôles et responsabilités ci-bas).

Lorsque les ressources en chirurgie sont les plus restreintes, les choix se basent sur le principe de maximisation des bénéfices pour la population. Plus les ressources allouées à la chirurgie augmenteront, plus les choix se baseront sur des critères cliniques plus larges, et plus il deviendra important de considérer progressivement le retour à la normale et de soigner les plus malades dans un souci d'équité.

Critères supplémentaires

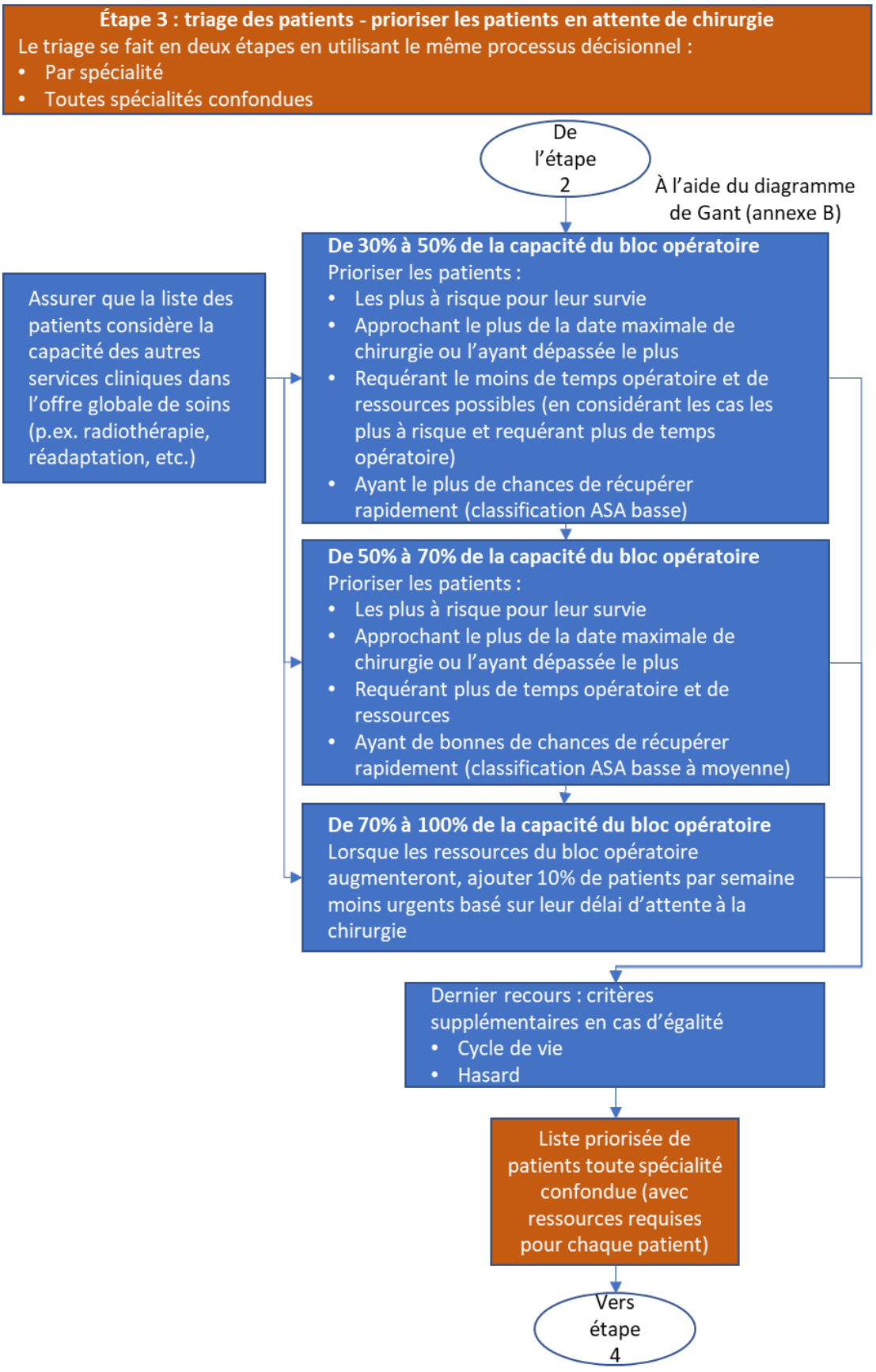
Lorsque des patients présentent des conditions cliniques similaires, il peut être nécessaire d'appliquer des critères de priorisation secondaires. Ces critères répondent à différents raisonnements éthiques. À chance de survie égale, on peut suivre une logique basée sur les principes suivants :

- Le cycle de vie : ce critère permet de favoriser le traitement de personnes présentant un plus grand nombre d'étapes de vie devant elles. Ce critère permet de considérer à la fois l'âge et l'espérance de vie (Biddison 2018). Le critère du cycle de vie est d'un intérêt particulier dans le contexte de pandémie. Il permet de prioriser les personnes présentant un plus grand nombre d'années de vie devant elles avec leur condition clinique actuelle dans le cas où l'âge ne serait pas déterminant pour la survie. Ce principe ne favorise pas les plus jeunes par rapport aux plus vieux en terme absolu, mais, entre deux personnes ayant un même pronostic clinique, il donne plutôt priorité à la personne qui se trouve à un stade de vie moins avancé ou qui présente moins de risques de mortalité dans le contexte pandémique.
- Le hasard : lorsque tous les autres critères de priorisation ne permettent pas de déterminer qu'une personne puisse être favorisée sur une autre, le principe de justice nous recommande d'appliquer la randomisation. Cette approche permet de respecter l'égalité des chances entre individus (Winsor &al 2015; Farmer 2012).

Dans ce contexte, l'âge du patient est inscrit dans le diagramme de Gantt. Ce critère sert d'abord à des fins cliniques, l'âge du patient étant un facteur prédictif de sa capacité de récupérer rapidement. De plus, si le critère supplémentaire de cycle de vie était utilisé, l'âge du patient deviendrait un facteur à considérer pour l'établir.

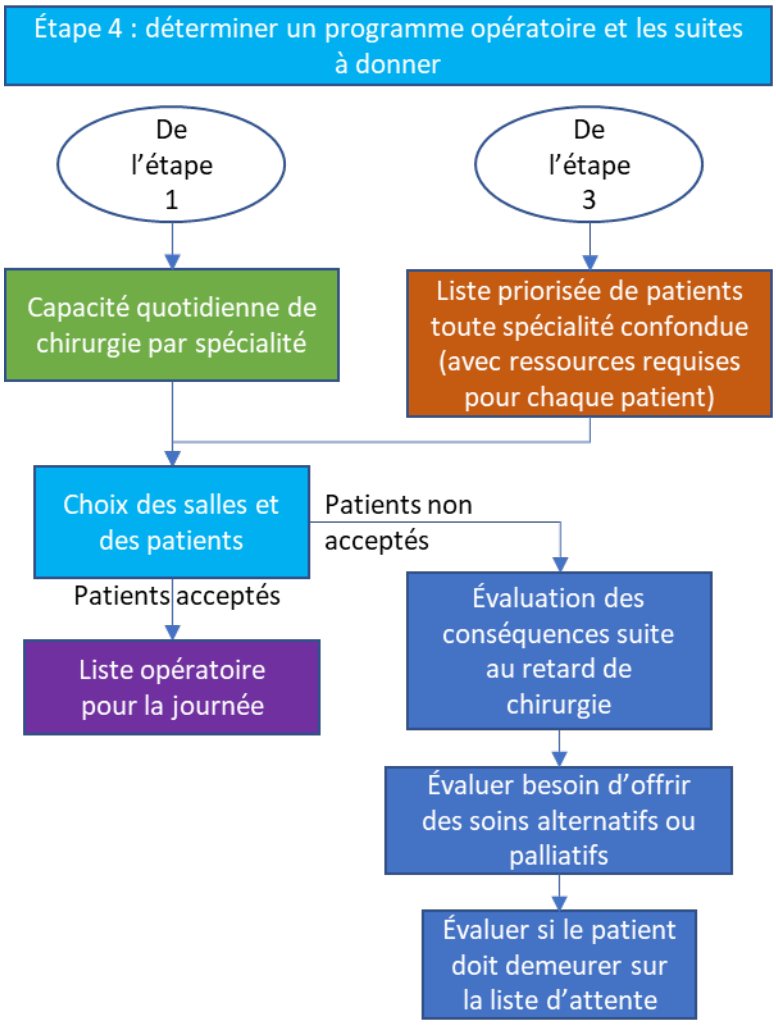
Rôles et responsabilités

Pour la priorisation des patients par spécialité et globalement, de même que pour établir le programme opératoire, les rôles et responsabilités sont les mêmes et décrits à la section 6.4.


Étape 3 : triage des patients - prioriser les patients en attente de chirurgie
Le triage se fait en deux étapes en utilisant le même processus décisionnel :
• Par spécialité
• Toutes spécialités confondues
De l'étape 2
À l'aide du diagramme de Gant (annexe B)
Assurer que la liste des patients considère la capacité des autres services cliniques dans l'offre globale de soins (p.ex. radiothérapie, réadaptation, etc.)
De 30% à 50% de la capacité du bloc opératoire
Prioriser les patients :
• Les plus à risque pour leur survie
• Approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus
• Requérant le moins de temps opératoire et de ressources possibles (en considérant les cas les plus à risque et requérant plus de temps opératoire)
• Ayant le plus de chances de récupérer rapidement (classification ASA basse)
De 50% à 70% de la capacité du bloc opératoire
Prioriser les patients :
• Les plus à risque pour leur survie
• Approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus
• Requérant plus de temps opératoire et de ressources
• Ayant de bonnes de chances de récupérer rapidement (classification ASA basse à moyenne)
De 70% à 100% de la capacité du bloc opératoire
Lorsque les ressources du bloc opératoire augmenteront, ajouter 10% de patients par semaine moins urgents basé sur leur délai d'attente à la chirurgie
Dernier recours : critères supplémentaires en cas d'égalité
• Cycle de vie
• Hasard
Liste priorisée de patients toute spécialité confondue (avec ressources requises pour chaque patient)
Vers étape 4

6.4 Déterminer un programme opératoire

Le programme opératoire est construit pour chaque jour en joignant la capacité quotidienne de chirurgie par spécialité et la liste priorisée de patients (toute spécialité confondue) tout en considérant les ressources requises pour chaque patient. Le jugement clinique est utilisé pour faire des choix éclairés à cette étape et rendre efficientes les ressources investies en chirurgie chaque jour.



A cette étape, nombre de patients ne seront pas sélectionnés et continueront d'attendre leur chirurgie, fort probablement avec une inquiétude et un stress grandissant avec le temps. Pour chacune de ces personnes, le maintien d'un lien est important pour évaluer avec eux les conséquences tant cliniques qu'émotionnelles du retard qui se cumule. C'est la responsabilité de chaque chirurgien d'avoir un contact régulier avec chaque patient.

Rôles et responsabilités

Chaque chirurgien avec la collaboration de ses collègues médecins spécialistes

Chaque chirurgien ayant établi la liste des cas prioritaires de sa liste d'attente, le triage par spécialité chirurgicale doit être déterminé par les chirurgiens de cette spécialité pour constituer la liste de patients à opérer pour cette spécialité. Le consensus entre chirurgiens de cette spécialité

est visé à cette étape et chacun doit pouvoir justifier les choix qu'il propose. L'évaluation des critères cliniques, dont l'évaluation des dates acceptables et maximales de chirurgie pour chaque spécialité, doit se baser sur des données probantes, sur l'avis de sociétés savantes, et sur les recommandations du programme de cancérologie du MSSS[10]. Dans le cas des patients oncologiques, la priorisation peut se baser sur les recommandations du Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

De même que lors du prétriage, quelle que soit la priorité accordée à un patient, il est primordial de maintenir un lien étroit avec chaque patient et ses proches tout au long du processus d'orientation dans ce contexte extraordinaire. C'est la responsabilité de chaque chirurgien (voir *Suivi en continu avec le patient* au chapitre 5 pour plus de détails).

Chef de service d'une spécialité chirurgicale et arbitrage

Le rôle du chef de service de chaque spécialité chirurgicale est de soutenir les chirurgiens à travers ces évaluations et décisions prises en contexte de pandémie et qui interpellent les valeurs de chacun. En privilégiant le consensus, il peut avoir à arbitrer la priorité accordée à un patient quand les collègues n'arrivent pas à un consensus. Cet arbitrage se fait d'abord en tentant de concilier les points de vue en se basant sur les critères cliniques et en les justifiant. Si une solution ne peut ainsi être trouvée ou que plusieurs patients présentent des conditions semblables, les critères supplémentaires, soit le cycle de vie et le hasard, sont utilisés pour déterminer le choix final. Pour soutenir l'équipe de chirurgiens pour faire ces choix difficiles, la participation d'une ou d'un éthicien, ou d'une personne ne provenant pas du bloc opératoire et ayant des compétences en matière de raisonnement éthique peut soutenir le processus décisionnel et la justification des décisions.

L'offre de services alternative, dont l'identification préalable incombe au chef de service et aux chirurgiens de chaque spécialité (section 6.2), peut avoir à être offerte aux patients qui ne se voient pas offrir une chirurgie. L'équipe de chirurgiens d'une spécialité, de concert avec leurs collègues médecins spécialistes, doit s'assurer que tout patient ait accès à des soins.

Comité de surveillance des activités chirurgicales

Selon la directive du MSSS[11], chaque établissement a mis en place un comité de surveillance des activités chirurgicales. Ce comité doit être décisionnel sur la production d'un programme opératoire restreint en cohérence avec les autres directives et il doit se rencontrer de façon quotidienne. La composition du comité doit, au minimum, comprendre les personnes suivantes et se rapporter à la Direction des services professionnels de l'établissement :

- Un chirurgien;
- Un anesthésiologiste;
- Un gestionnaire du bloc opératoire;
- Un obstétricien-gynécologue;
- Un gestionnaire de la planification chirurgicale;
- Un coordonnateur médical du bloc, si applicable.

[10] https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

[11] Bloc opératoire, recommandations du 23 mars 2020. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/bloc-operatoire/

La participation d'une ou d'un éthicien, ou d'une personne ne provenant pas du bloc opératoire et ayant des compétences en matière de raisonnement éthique peut soutenir le processus décisionnel.

Le présent système d'orientation de l'accès à la chirurgie identifie à ce comité la responsabilité de créer la liste opératoire, pour chaque jour, en jumelant les listes opératoires de chaque spécialité selon les critères de triage. En cas d'égalité, les critères supplémentaires peuvent être utilisés, soit le cycle de vie et le hasard.

Ce comité a aussi la responsabilité, afin de planifier un retour à la normale le plus rapidement possible quand les ressources seront rendues plus disponibles, et d'établir un plan de l'établissement pour traiter les patients qui ont vu l'accès à leur chirurgie retardé.

Participation des ressources en éthique clinique

Les chirurgiens, le chef de chaque service chirurgical, ou le comité de surveillance des activités chirurgicales peuvent faire appel au comité d'éthique clinique ou toute autre instance en éthique de leur établissement. L'éthicien (si présent) et les personnes ressources en éthique peuvent soutenir la prise de décision dans des situations où les choix et décisions sont difficiles, voire impossibles, à prendre.

Planification du congé du patient

Après la chirurgie, le patient retournera dans son milieu de vie. Afin d'assurer l'efficience de ce congé en contexte de pandémie, il doit être planifié en misant d'abord sur la capacité d'autosoin du patient et de son entourage. Un programme d'éducation thérapeutique a en ce sens des bénéfices importants en minimisant le recours aux professionnels de la santé débordés dans les circonstances, et réduisant d'autant le risque de propagation du virus. De plus, un suivi du patient par télémédecine est efficient et minimise les risques pour tous.

6.5 Retour à la normale

Le retour vers la normale dans les activités cliniques sera décidé par le MSSS. La priorisation présentée ici tient compte de ces ajustements. Il est raisonnable de penser que le retour à la normale se fera sur une période dépassant largement la diminution du nombre de nouveaux atteints de la COVID-19. En effet, les retards accumulés en chirurgie seront importants et les conséquences sur les patients qui n'auront pas eu encore accès à leur chirurgie risquent d'avoir un impact sur le niveau de complexité de la chirurgie à effectuer et sur leur survie à long terme. Dans cette perspective, il est important de planifier la transition bien avant la fin de la pandémie afin de minimiser les conséquences négatives sur ces personnes.

7. Soutien psychosocial et moral à offrir en contexte de pandémie[12]

Le contexte extrême de pandémie crée des situations dans lesquelles les intervenants, mais aussi les usagers et leurs proches seront confrontés à des situations imprévues, hors de leur contrôle, et sortant de ce qui est normalement attendu. Parce que ces situations peuvent causer un stress allant jusqu'à la détresse morale, un soutien doit être organisé au préalable.

7.1 Soutien moral et psychosocial aux intervenants, aux professionnels et au personnel lié au plan de pandémie

De telles expériences cliniques et l'application de tels processus décisionnels complexes, déchirants et répétés sont à proprement parler des événements à potentiel traumatique (EPT) pour les intervenants et soignants. Il est primordial que ceux-ci soient soutenus et qu'ils reçoivent

[12] Adapté de « Protocole de triage pour l'accès aux soins intensifs (adultes et pédiatriques) et l'allocation des ressources telles que les respirateurs en situation extrême de pandémie », MSSS, avril 2020.

un soutien adéquat en regard de leurs réactions psychologiques possibles à court, moyen et long terme.

Dans un premier temps, il importe que les équipes puissent recevoir du soutien en cours de processus décisionnel en contexte de pandémie. Dans le but de permettre aux équipes de demeurer concentrées sur leurs tâches, de permettre de ventiler les peurs, les préoccupations ou même la colère qui légitimement naîtra d'une situation aussi extrême, de l'aide adéquate doit leur être offerte en continu. Des professionnels (éthiciens cliniques, travailleurs sociaux ou psychologues) habiletés et formés au *débriefing* et à la gestion de situations de crise doivent être assignés en soutien à l'équipe de triage et aux professionnels et au personnel.

En seconde instance, le potentiel véritablement traumatique d'une situation ne se concrétise qu'après cette situation. Lors de la situation, de nombreux mécanismes de défense adéquats sont déployés par les humains déjà bien outillés pour les situations de crise. À la suite de l'événement, parfois des heures, des jours ou des semaines après; l'insupportable apparaît. Ces équipes en porteront les traces, la médecine « de guerre » vient avec des coûts personnels. Des techniques de débriefing spécifiques au milieu doivent être appliquées auprès des équipes par des professionnels habilités à le faire.

Deux moyens sont à mettre en place pour offrir le soutien moral et psychosocial aux intervenants, aux professionnels et au personnel.

1. Impliquer les services de consultation en éthique clinique et le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS soutenant les demandes d'aide médicale à mourir) de l'établissement;
2. Impliquer des équipes psychosociales en soutien, que ce soit en CLSC ou à l'hôpital.

Les moyens proposés sont importants, car les EPT peuvent amener des troubles psychologiques spécifiques comme les troubles de stress aigus, les troubles anxieux, la dépression majeure ou les troubles de stress post-traumatique. Ces derniers doivent être traités rapidement afin d'éviter toute chronicisation. Un accès rapide à des soins psychologiques ou psychiatriques appropriés doit être mis en place.

7.2 Soutien psychosocial aux usagers et familles lié au plan de pandémie

Le contexte de la pandémie crée la crainte de contracter la COVID-19 en se rendant à l'hôpital, et il est possible que le patient voit sa chirurgie retardée (sans même savoir quand elle pourrait avoir lieu) ou qu'un traitement alternatif lui soit offert. Ces sources d'inquiétudes et de stress s'ajoutent à celle que sa condition clinique s'aggrave avec le temps. Un patient peut même se voir offrir un traitement palliatif. Ces inquiétudes et les sentiments négatifs qui peuvent en découler touchent aussi les proches dans ce contexte non souhaitable en temps normal.

Suggestions de stratégie d'accompagnement des patients et des proches

Le premier niveau de soutien en attente de la chirurgie est offert par le chirurgien, tel que décrit dans le présent document. Ce dernier contacte régulièrement le patient et il est joignable si ce dernier a des questions ou des inquiétudes.

Le second niveau d'intervention est la référence vers les services psychosociaux de première ligne qui devront répondre dans un délai raisonnable à ce de type demande de consultation.

Le troisième niveau est la mise en place des mesures pour alléger la souffrance et le fardeau des proches lorsque le patient est hospitalisé pour sa chirurgie, soit :

1. Des mises à jour quotidiennes aux proches. Donner régulièrement par téléphone et/ou par courriel de l'information sur l'état de santé de l'usager, physique et psychologique, son lieu d'hospitalisation s'il est déplacé, les types de soins administrés, etc. Ce moyen de communication pourra aussi servir aux intervenants qui devraient contacter les proches

pour des informations particulières. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser les proches dans l'ignorance d'une situation critique.

2. Un soutien psychologique aux proches. Mettre en place un numéro de téléphone pour le soutien psychosocial aux proches avec des professionnels formés en la matière (pendant l'épisode de soins, mais aussi après l'annonce éventuelle d'un décès le cas échéant). La possibilité de discuter avec un intervenant spirituel devrait aussi être offerte lorsqu'en établissement. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour accompagner les proches dans leur détresse psychologique.
3. Une capacité de communication avec le patient. Fournir au patient un accès internet vidéo portable (téléphone intelligent, tablette, etc.) pour qu'il puisse voir ses proches, ou minimalement lui donner accès à un téléphone s'il n'a pas de téléphone cellulaire (fréquent chez les personnes âgées). Et si la mort est imminente, il faut favoriser la présence d'un proche en assurant sa sécurité ou minimalement donner la possibilité d'une dernière vidéo ou discussion par téléphone dans une atmosphère sereine. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser une personne (enfant ou adulte) mourir seule.
4. Une page web dynamique d'informations spécifiques à la situation. Offrir un support informationnel web à l'intention des proches pour leur communiquer des informations valides relatives aux types de soins prodigués, l'état des services, les procédures et protocoles en place, le développement général de la situation, des messages de réconfort, des liens vers des services connexes pouvant aller du commissaire aux plaintes à des services de soutien complémentaires pertinents, etc.

Dans tous les cas trouver les moyens nécessaires pour que les proches aient accès en tout temps à de l'information pertinente sur les services cliniques offerts.

8. Conclusion et recommandations

Le système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie vise à soutenir l'orientation de chaque patient dans un contexte exceptionnel. Les principes qui guident l'orientation sont la maximisation des bénéfices, la proportionnalité, la non-malfaisance, l'équité, la réciprocité, l'agilité ainsi que la protection des intervenants et de la population.

Le système est divisé en quatre étapes séquentielles, soit (1) la détermination de la capacité du bloc opératoire, (2) le prétriage des patients, (3) le triage, et (4) la détermination du programme opératoire et des suites à donner à tous les patients, qu'ils aient accès ou non à la chirurgie. Chacune de ces étapes d'orientation des patients est soutenue par des critères cliniques. La complexité est très grande pour déterminer les cas les plus prioritaires qui peuvent être opérés avec les ressources disponibles du moment, en considérant toutes les spécialités chirurgicales et la condition de chaque patient. Les critères cliniques doivent guider les cliniciens dans ces choix, et leur jugement clinique demeure la seule façon d'embrasser cette complexité. Les rôles et responsabilités décrits spécifiquement à l'étape de prétriage (section 6.2) et la détermination du programme opératoire et d ses mécanismes (section 6.4) visent à soutenir ce travail, réalisé dans un contexte exceptionnel, et porté par un groupe de personnes dans chaque organisation.

Une nécessité transcende ce système, soit la communication en continu entre le chirurgien et le patient. L'évolution clinique de chaque patient peut être anticipée, mais ne peut être prédite, et chaque patient doit être informé s'il aura bientôt sa chirurgie ou non. Ce suivi en continu offre aussi l'occasion de répondre aux questions et préoccupations du patient ou de ses proches, et de le rassurer. Cette communication en continu favorise le développement d'une relation de partenariat patient-soignant dans laquelle chacun tente de comprendre et de rejoindre l'autre. Cette communication doit se faire dans les deux sens, soit que le chirurgien garde contact avec

le patient, et que ce dernier puisse rejoindre le chirurgien au besoin. De plus, chaque patient doit avoir accès à des soins, quels qu'ils soient, selon ce qui est disponible et possible à chaque moment.

Dans le contexte actuel de la pandémie à COVID-19, alors que l'accès aux services cliniques spécialisés et à la chirurgie est grandement réduit, les conséquences de cette réduction se feront ressentir longtemps après le retour à la normale dans plusieurs autres secteurs d'activité clinique. Les auteurs et les collaborateurs à la rédaction sont d'avis que le système de priorisation de l'accès à une chirurgie en situation de pandémie ne fera sens qu'en appliquant les recommandations suivantes :

- Appliquer dès maintenant ce système de priorisation par décret ministériel et uniformément à travers le Québec; vu les retards accumulés, ce système de priorisation sera utilisé pendant une longue période alors que les autres secteurs d'activité clinique seront quant à eux revenus à la normale;
- Par solidarité à l'ensemble de la population, équilibrer dès maintenant (sur une base interétablissement, intrarégionale et interrégionale) l'allocation des ressources de l'ensemble du réseau (humaines, matérielles, équipement de protection individuelle, médicaments); dans une perspective de maximisation des bénéfices et d'équité, l'équilibrage des ressources vise à ce que les patients ayant une condition clinique requérant des soins spécialisés critiques (COVID-19 ou non) y aient accès en évitant de ne prioriser que les résultats et les impacts sur les patients mesurables à court terme;
    - Par exemple conserver des lits de soins intensifs non utilisés en cas d'augmentation de la demande de patients COVID-19 et en ne restreignant pas l'accès aux soins intensifs, résulte en des retards d'accès à la chirurgie; les patients sous respirateurs sont aussi de grands consommateurs d'anesthésiants, restreignant beaucoup l'accès à la chirurgie; à cet effet, la communication en continu et la concertation dynamique entre les intensivistes et les chirurgiens est nécessaire pour discuter des besoins des patients et trouver l'équilibre entre les ressources allouées à la chirurgie et aux soins intensifs;
    - Autre exemple, la situation ponctuelle dans chaque installation peut faire que des patients ont un retard significatif d'accès à la chirurgie avec des impacts importants sur leur espérance de survie à long terme avec une morbidité accrue, tandis que dans un autre établissement, des patients beaucoup moins à risque auront accès à une chirurgie;
- Planifier le plus tôt possible le retour à la normale en chirurgie afin d'arrêter de cumuler des retards dans l'accès à la chirurgie qui auront des conséquences à long terme sur ces patients;
- Planifier le plus tôt possible un accroissement temporaire de la production en chirurgie pour tenter de rattraper le retard en considérant les limites humaines pour ne pas épuiser les chirurgiens, anesthésistes, infirmières, inhalothérapeutes, ainsi que tout le personnel de soutien.

9. Références

Assistance Secretary for Preparedness and response- Tracie. Mass Casualty Trauma Triage: Paradigms and Pitfalls. U.S Department of Health& Human Services,; 2019. Disponible à : https://asprtracie.hhs.gov/technical-resources/resource/7082/mass-casualty-trauma-triage-paradigms-and-pitfalls.

Berlinger, N., Wynia, M., Powell, T., Hester, M., Milliken, A., Fabi, R., et coll. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19).

Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. Hasting Center, March 16, 2020.

Biddison, L.D., Gwon, H.S., Schoch-Spana, M., Regenberg, AS.C., Juliano, C., Faden, R.R. et al. Scarce Resource Allocation During Disasters. A Mixed-Method Community Engagement Study. CHEST 2018; 153(1) :187-195.

Emanuel, E.J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., et coll. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time Covid-19. N Engl J Med. 2020.

Ohio Depertment of Health. Essential Versus Non-Essential Surgeries COVID-19 Checklist. 2020. Disponible à : https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/checklists/english-checklists/essential-versus-non-essential-surgeries-covid-19-checklist (consulté le 7 avril).

Stahel, P.F., (2020), « How to risk-stratify elective surgery durint the COVID019 pandemic? », Patient Safety in Surgery, 14 :8, https://doi.org/10.1186/s13037-020-00235-9.

Winsor S, Bensimon CM, Sibbald R, et al. Identifying prioritization criteria to supplement critical care triage protocols for the allocation of ventilators during a pandemic influenza. Healthc Q. 2014;17(2):44-51.

Annexes

Annexe A : Littérature grise et sites web consultés

Littérature grise

Canada

- Santé Canada (https://www.canada.ca/fr/sante-canada.html)
- Agence de la santé publique du Canada (https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html)
- Sites web des ministères provinciaux de la santé

Australie

- Australian Government- Department of Health (https://www.health.gov.au/)

États-Unis

- Agency for Healthcare Research and Quality (https://www.ahrq.gov/)
- American College of Surgeons (https://www.facs.org/)
- Centres for Disease Control and Prevention-CDC (https://www.cdc.gov/)
- Centres for Medicare and Medicaid Services – CMS (https://www.cms.gov/)
- U.S. Department of Health & Human Services Healthcare Emergency Preparedness Information Gateway (https://asprtracie.hhs.gov/)

France

- Haute autorité de santé-HAS (https://www.has-sante.fr/portail/)
- Haut Conseil de la santé publique (https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Accueil)
- Ministère des Solidarités et de la Santé (https://solidarites-sante.gouv.fr/)

Grande-Bretagne

- National Institute for Health and Care Excellence-NICE (https://www.nice.org.uk/)
- National Health Services England- NHS ENGLAND (https://www.england.nhs.uk/)

Nouvelle-Zélande

- New Zealand Ministry of Health (https://www.health.govt.nz/)

Autres

- Journal of Medical Ethics-blog (http://blogs.bmj.com/medical-ethics/)
- International Severe Acute Respiratory and emerging Infection Consortium- ISARIC (https://isaric.tghn.org/)
- Nuffield Council on Bioethics (https://www.nuffieldbioethics.org/)
- The Hastings Center (https://www.thehastingscenter.org/)

Annexe B : Classification ASA[13]

Classification ASA	Définition	Exemples chez l'adulte, incluant, mais ne se limitant pas à :
ASA I	Un patient normal et en bonne santé	En santé, non-fumeur, pas ou peu de consommation d'alcool
ASA II	Un patient atteint d'une maladie systémique légère	Maladies légères seulement, sans limitations fonctionnelles importantes. Exemples : fumeur actuel, buveur d'alcool social, grossesse, obésité (30 < IMC < 40), DM/HTN bien contrôlé, maladie pulmonaire légère
ASA III	Un patient atteint d'une maladie systémique grave	Limitations fonctionnelles importantes ; une ou plusieurs maladies modérées à graves. Exemples : DM ou HTN mal contrôlé, BPCO, obésité morbide (IMC ≥40), hépatite active, dépendance ou abus d'alcool, stimulateur cardiaque implanté, réduction modérée de la fraction d'éjection, IRT soumis à une dialyse régulière, PCA du nourrisson prématuré < 60 semaines, antécédents (> 3 mois) d'IM, AVC, IAT ou CAD/stents.
ASA IV	Un patient atteint d'une maladie systémique grave qui constitue une menace constante pour la vie	Exemples (non limitatifs) : infarctus récent (< 3 mois), AVC, IAT, ou CAD/stents, ischémie cardiaque en cours ou dysfonctionnement valvulaire grave, réduction importante de la fraction d'éjection, septicémie, CIVD, DRA ou DSE ne faisant pas l'objet d'une dialyse régulière
ASA V	Un patient moribond qui ne devrait pas survivre sans l'opération	Exemples : rupture d'anévrisme abdominal/thoracique, traumatisme massif, hémorragie intracrânienne avec effet de masse, intestin ischémique en cas de pathologie cardiaque importante ou de dysfonctionnement de plusieurs organes/systèmes
ASA VI	Un patient déclaré en état de mort cérébrale dont les organes sont prélevés à des fins de don	

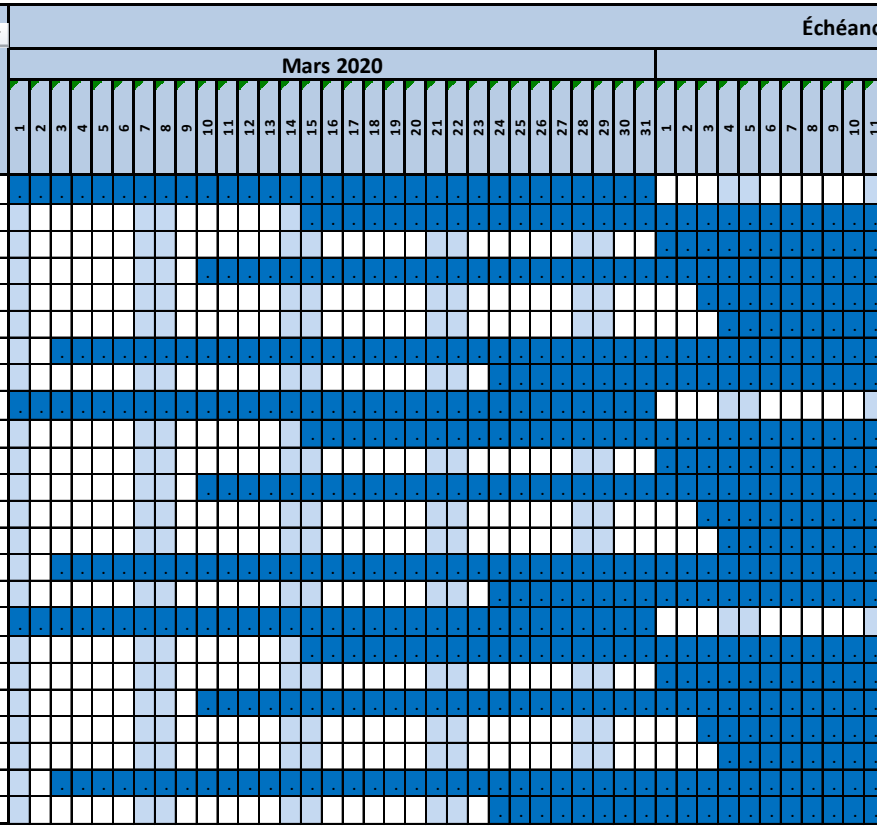
[13] Traduit de https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system

Annexe C : Exemple de diagramme de Gantt

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Québec

Triage chirurgie élective en contexte extrême de pandémie

Dossier	Age du patient	Diagnostic	Onco	Réception requête opératoire	Date acceptable	Date maximale	Temps opératoire prévu	Type de chirurgie	Traitement alternatif en cours	Quel traitemnt alternatif	ASA	Chirurgie effectuée
523124	72	?	oui	2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non		I	
126549	58	?		2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non		II	
365592	47	?	oui	2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non		III	
652258	63	?		2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui		II	
235124	68	?		2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui		III	
122366	86	?	oui	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non		I	
452254	78	?	oui	2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non		IV	
225963	69	?	oui	2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non		II	
523124	56	?		2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non		I	
126549	59	?		2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non		II	
365592	72	?	oui	2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non		III	
652258	58	?		2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui		II	
235124	47	?	oui	2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui		III	
122366	63	?	oui	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non		I	
452254	68	?		2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non		IV	
225963	86	?		2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non		II	
523124	78	?		2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non		I	
126549	69	?	oui	2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non		II	
365592	56	?		2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non		III	
652258	59	?		2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui		II	
235124	68	?	oui	2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui		III	
122366	86	?	oui	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non		I	oui
452254	78	?		2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non		IV	oui
225963	46	?	oui	2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non		II	oui



Légende:

Inscrire date sous forme de AAAA-MM-JJ

Santé et Services sociaux Québec

COVID-19 Recommandations pour la reprise des activités dans le secteur de l'imagerie médicale

Recommandations en date du 24 avril 2020

1. Reprise des activites :

- Octroyer des rendez-vous pour les requêtes électives de priorité clinique A, B et C (1, 2 et 3) en favorisant celles en lien avec la trajectoire oncologique sans exclure les autres trajectoires.
- Évaluer les requêtes avec une date cible afin de déterminer celles qui doivent être faites et celles qui peuvent être reportées.
- Au besoin, prolonger les heures d'ouverture afin d'éviter le croisement de clientèle chaude avec celle qui est froide.
- Rediriger, lorsque la situation le permet, la clientèle vulnérable non symptomatique vers un laboratoire d'imagerie médicale (LIM) pouvant assurer le respect d'une zone froide et les consignes de prévention et contrôle des infections, pour que l'examen y soit effectué. Il en est de même pour la clientèle régulière non symptomatique.
- Pour les activités d'imagerie mammaire, se référer au tableau : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/ .
- Aucune reprise des activités de dépistage en cancer du sein pour le moment.

2. Reprise des interventions radiologiques :

- Reprendre progressivement les interventions radiologiques dites légères c'est-à-dire qui ne requièrent pas de la médication actuellement en pénurie*(*se référer à votre autorité hospitalière ou direction de LIM pour liste de médicaments en pénurie*), ni d'hospitalisation et ni de ressources humaines spécialisées telles que des inhalothérapeutes, des anesthésistes, etc. (ex. : biopsies, drainage).
- Pour les interventions lourdes qui nécessitent une anesthésie profonde ou générale, une hospitalisation ou des ressources humaines spécialisées, vous référer à vos comités de priorisation hospitaliers.

Santé et Services sociaux Québec

Version 1
Mise à jour : 24 avril 2020

PLAN PROVINCIAL DE REPRISE DES ACTIVITÉS

LES NIVEAUX D'ACTIVITÉ SONT ÉVALUÉS PAR LE COMITÉ DE COORDINATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DOIVENT ÊTRE SOUMIS À L'APPROBATION DU MSSS

	Niveau d'activité 3 Moins de 30 à 40 % du volume d'activités régulières		**Niveau d'activité 2** Entre 40 à 70 % du volume d'activités régulières	**Niveau d'activité 1** Plus de 70 % du volume d'activités régulières
Caractéristiques	**CIRCULATION ACTIVE DU VIRUS** Maintien du comité de coordination de l'établissement Nombre de cas en stabilité (max de + 5 % / jour/ région) Nombre d'hospitalisations dues à la COVID en stabilité dans la région Nombre de patients aux SI dû à la COVID en stabilité dans la région Maintenir les zones chaude, tiède et froide dans les centres désignés		**TRANSMISSION COMMUNAUTAIRE : NOMBRE DE CAS EN DIMINUTION** Maintien du comité de coordination de l'établissement Nombre d'hospitalisations dues à la COVID en stabilité dans la région Nombre de patients aux SI dû à la COVID en stabilité dans la région Maintenir un centre désigné par région avec zones chaude, tiède et froide	**TRANSMISSION COMMUNAUTAIRE LIMITÉE** Maintenir des zones d'isolement dans toutes les installations pour les patients COVID positifs ou suspectés
Prérequis pour activer la phase	Ambulatoire À l'atteinte de • 70-75 % de taux de disponibilité du personnel • Disponibilité des équipements de protection • Médicaments pour une période donnée et un % de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)	Hospitalier À l'atteinte de • 70-75 % de taux de disponibilité du personnel • Disponibilité des équipements de protection • **Disponibilité des lits *excluant* les lits de surcapacité** • **Taux d'occupation des lits d'hospitalisation régulière et de soins intensifs en cohérence avec les activités planifiées** • Médicaments pour une période donnée et un % de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)	À l'atteinte de • 80-85 % de taux de disponibilité du personnel • Disponibilité des équipements de protection • Liste de médicaments en pénurie connue • **Disponibilité des lits *excluant* les lits de surcapacité** • **Taux d'occupation des lits d'hospitalisation régulière et de soins intensifs en cohérence avec les activités planifiées**	À l'atteinte de • > 90 % de taux de disponibilité du personnel • Disponibilité des équipements de protection • Liste de médicaments en pénurie connue • **Taux d'occupation des lits d'hospitalisation régulière et de soins intensifs en cohérence avec les activités planifiées**
Attribution du personnel	Conserver le personnel dédié aux zones chaude, tiède et froide		Conserver le personnel dédié aux zones chaude, tiède et froide	Gestion des patients COVID positifs et suspectés au même titre que les autres infections nosocomiales
Reprise des activités cliniques	**Les patients COVID suspectés doivent être placés en isolement précaution gouttelette/contact.** **Les patients COVID positifs connus doivent être placés en isolement gouttelette/contact ou en cohorte.** **Les salles d'attente des cliniques externes doivent respecter les consignes de distanciation et de zonage.** **L'attribution des RDV doit se faire selon le statut COVID; les cas COVID positifs en dernier et toujours retarder à l'urgence objective.**			
	Rendez-vous, médecine de jour et procédures en ambulatoire sans séjour hospitalier	**Plateau technique avec séjour hospitalier: procédures et chirurgies**	**Reprise de la majorité des activités ambulatoires et chirurgicales**	**Reprise de l'ensemble des activités**
	Triage de priorisation des rendez-vous • Effectuer les rendez-vous urgents et semi-urgent • Maintenir tous les suivis de maladies chroniques • Instaurer des horaires allongés si possible (soir) • Prévoir une trajectoire chaude pour les rendez-vous qui ne peuvent être reportés et attribution des derniers RDV de la journée **Maintenir un système de pré-triage COVID téléphonique et un triage à l'accueil** • Pour les suspicions COVID : à revoir dans 14 jours • Éviter les salles d'attente; élaborer un système d'attente à l'extérieur, voiture • Pas d'accompagnateur sauf lors de situations particulières (lorsque possible: enfants, personnes âgées ou déficit) • Port du masque pour tout le personnel et les patients symptomatiques • Port du couvre-visage (masque non médical) pour les patients asymptomatiques • Réviser le volume possible considérant : temps inter-cas et distanciation sociale **Consultations et suivis** • Privilégier les téléconsultations **Médecine de jour** • Réorganiser pour respecter la distanciation entre les civières de traitement • Instaurer des horaires allongés si possible (soir) **Plateaux techniques ambulatoires** • Limiter les procédures à risque d'hospitalisation liée au profil de la clientèle ou à l'intervention tout en considérant la priorisation clinique • Attendre le temps minimal entre procédures générant des aérosols. Au besoin, alterner les salles de procédure. **Intervention impliquant l'utilisation de médicament en pénurie** • Effectuer toutes les interventions selon la priorisation **Interventions générant des aérosols (IMGA)** • Effectuer les interventions urgentes et semi-urgentes • Intervention impliquant l'utilisation de médicament en pénurie : • Effectuer les interventions urgentes et semi-urgentes • Adapter volume à capacité d'accueil	**Triage de priorisation des procédures** • Effectuer les procédures urgentes et semi-urgentes • Prévoir une trajectoire chaude pour les rendez-vous qui ne peuvent être reportés et attribution des derniers RDV de la journée • Horaires soir si possible **Maintenir un système de pré-triage COVID téléphonique et un triage à l'accueil** • Pour les suspicions COVID : à revoir dans 14 jours • Éviter les salles d'attente et réorganiser si inévitable afin de respecter la distanciation • Pas d'accompagnateur sauf lors de situations particulières (lorsque possible: enfants, personnes âgées ou déficit) • Arrivée du patient le jour de la chirurgie • Port du masque pour tout le personnel et les patients symptomatiques • Port du couvre-visage (masque non médical) pour les patients asymptomatiques • Respecter les recommandations d'utilisation judicieuse de l'EPI • Respecter les recommandations pour l'utilisation judicieuses de la médication en pénurie ou les médicaments de remplacement **Préparation préopératoire** Effectuer la préparation à distance (téléphone/téléconsultation, questionnaires,…)	**Triage de priorisation des rendez-vous** Poursuivre les urgents et semi-urgents Effectuer les rdv électifs selon priorisation **Maintenir un système de pré-triage COVID téléphonique et un triage à l'accueil** • Sans COVID : donner un rendez-vous • Retarder si possible les patients en COVID positifs ou suspectés • Salles d'attente respectant les consignes de distanciation, et zones avec ou sans symptômes respiratoires (étiquette respiratoire) installées dans les salles d'attente • Prévoir une trajectoire chaude pour les rendez-vous qui ne peuvent être reportés et attribution des derniers RDV de la journée • Un seul accompagnateur accepté **Consultations et suivis** • Maintenir la téléconsultation • Pour les patients COVID positifs et COVID suspectés, privilégier les suivi en téléconsultation **Médecine de jour** • Réorganiser pour respecter la distanciation entre les civières de traitement • Instaurer des horaires allongés si possible (soir) **Intervention impliquant l'utilisation de médicament en pénurie** • Effectuer toutes les interventions selon la priorisation **Interventions générant des aérosols (IMGA)** • Effectuer toutes les interventions selon la priorisation	**Triage de priorisation des rendez-vous** Maintenir un système de pré-triage COVID téléphonique • Sans COVID : ok • Retarder si possible les patients COVID positifs et COVID suspectés **Clinique externe (clinique spécialisée, générale)** • Maintenir la téléconsultation • Pour les patients COVID positifs et COVID suspectés, privilégier les suivis en téléconsultation **Intervention impliquant l'utilisation de médicament en pénurie** • Effectuer toutes les interventions selon la priorisation

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations concernant l'impact de la COVID-19 et les activités de dépistage et d'investigation du cancer du sein

Recommandations en date du 17 avril 2020 pour le volet du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) – **Révision numéro 3**

Le document présente une mise à jour des recommandations du Comité national sur le dépistage et l'investigation du cancer du sein dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Il présente les examens d'imagerie mammaire à prioriser ou délester en fonction de la priorité clinique, et les lieux d'investigation à privilégier.

Résumé des mesures à prendre :

- Arrêt de l'envoi de lettres d'invitation, de rappel ou de relance du PQDCS se poursuit;
- Aucune prise de rendez-vous pour le dépistage du cancer du sein;
- Le maintien des rendez-vous déjà accordés sera fait selon les critères décrits dans le tableau à la page 2;
- Les examens diagnostics se feront selon les recommandations décrites dans le tableau à la page 2, en tenant compte du niveau de priorité de l'examen;
- Les patientes qui auraient besoin de soutien psychosocial devraient être dirigées vers les équipes du centre de référence pour l'investigation désigné (CRID) ou du centre de coordination des services régionaux (CCSR).

IMAGERIE MAMMAIRE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE COVID-19 – 2020

Niveau d'activité en cancérologie	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Recommandations en date du 17 avril	Précisions
4 **Pénurie de matériel de protection, de lits, etc. dans l'hôpital** **15% de l'activité** **<30% des ressources humaines**	EXAMENS DIAGNOSTICS POUR SUSPICION DE CANCER – Priorité A	Cancer inflammatoire ou localement avancé	≤ 3 JOURS	≤ 3 JOURS	Effectuer les examens pour tous les patients avec protection appropriée	Ces cas doivent parfois être faits chez des patients avec COVID positif ou suspecté. À ce moment faire en Zone tiède-chaude avec ÉPI approprié. Si protection non disponible, ne pas faire l'examen. Attendre que l'ÉPI soit accessible. Faire les cas COVID positif ou suspecté en fin de journée, fermer la salle jusqu'au lendemain ou respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé. Désinfecter avec un produit recommandé Suivre les Recommandations en cas de pénurie appréhendée ou réelle d'EPI Protéger le personnel spécialisé (technologues) afin d'éviter un bris de service en imagerie mammaire. Il ne doit pas être réaffecté pour le soin des patients COVID positif d'un autre secteur malgré la baisse d'activité.
	DRAINAGE URGENT	Abcès, hématome ou sérome infecté				
3 **Cas COVID positif dans l'hôpital ou la clinique** **30% de l'activité** **30-50% des ressources humaines**	EXAMENS DIAGNOSTICS NÉCESSAIRES POUR GUIDER LA PRISE EN CHARGE –Priorité B	Sur recommandation du CDTC ou pour femme enceinte	≤ 10 JOURS	≤ 10 JOURS	Effectuer tous les examens pour les **patients sans COVID** suspecté ou avéré, en zone froide. Sinon, remettre l'examen après période de contagion ou résultat test négatif si possible, en fonction des délais et de la clinique.	
	MAMMOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE – Priorité B	Apparition d'une masse suspecte patiente >35 ans				
	BIOPSIES DE LÉSIONS 4C-5					
	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES après MAMMOGRAPHIE ANORMALE – Priorité B					
2 **Transmission communautaire** **50% de l'activité** **50-70% des ressources humaines**	BIOPSIES BIRADS 4B		≤ 28 JOURS	≤ 45 JOURS	Effectuer les examens dont les délais sont limites pour les **patients sans COVID** suspecté ou avéré, en zone froide.	En plus des mesures plus haut, une attention particulière aux éléments suivants est requise : Port du masque de procédure en tout temps pour le personnel si transmission communautaire soutenue documentée dans la région. Suivre les Mesures d'isolement pour les travailleurs de la santé dans le contexte ou la pénurie de personnel peut s'accentuer. Considérer heures de RV soir, fin de semaine
	MAMMOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE priorité C					
	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES après MAMMOGRAPHIE ANORMALE –Priorité C					
	BIOPSIES BIRADS 4A			≤ 56 JOURS	Reporter	
1 **Pandémie** **70% de l'activité** **70% des ressources humaines disponibles**	BIOPSIES BIRADS 3 (rare)		≤ 90 JOURS	≤ 6 MOIS	Reporter	Respect des Mesures de prévention et contrôle des infections en tout temps (réception, salle d'attente, etc.). Faire questionnaire avant la visite au centre pour rediriger les cas suspectés au besoin. Ces examens seront à faire en zone froide seulement chez les patients qui n'ont pas de Diagnostic suspecté ou confirmé de COVID. Ne pas avoir plus d'une technologue /radiologiste en interaction avec un même patient.
	EXAMEN DE SUIVI (6-12 MOIS)	Clichés BIRADS 3	6-12 MOIS	12-18 MOIS	Reporter	
	EXAMEN DE SUIVI ANNUEL DE CANCER DU SEIN		12 MOIS	18 MOIS	Reporter les cas de patients qui sont stables cliniquement	
0 **Les mesures de distanciation sociales sont levées**	EXAMENS DIAGNOSTIC FAIBLE RISQUE CLINIQUE	Pt ≤ 25 ans avec lésion clinique d'allure bénigne, mastalgie	≤ 90 JOURS	≤ 6 MOIS	Reporter les cas de patients qui sont stables cliniquement	
	EXAMENS DE DÉPISTAGE	PQDCS	2 ANS	3 ANS	Reporter	Des détails sur la priorisation des examens de dépistage lors du redéploiement sont à venir

Légende des niveaux de priorité avec délai souhaité entre demande et examen: A ≤ 3 jours : une prise en charge rapide est nécessaire pour initier un traitement. B ≤ 10 jours : il y a une forte suspicion de cancer. C ≤ 28 jours : le cancer ne peut être éliminé mais le doute est faible. D ≤ 90 jours : priorité C stable asymptomatique dont l'examen peut être retardé sans préjudice prévisible dans le contexte de pandémie. On devrait éviter d'exposer les patients vulnérables ou âgés au milieu hospitalier si possible. Ces recommandations ne peuvent se substituer au jugement clinique.

Santé et Services sociaux Québec

PLAN D'ADAPTATION DES NIVEAUX D'ACTIVITÉS EN CANCÉROLOGIE EN SITUATION DE PANDÉMIE COVID-19

Dans le contexte où les services en cancérologie (traitements systémiques/chimio/greffe/radiothérapie) ont été maintenus à un niveau d'activités relativement protégé, le présent document s'inscrit dans le contexte de la reprise des activités de la trajectoire des patients (imagerie, endoscopie, cliniques externes, chirurgie), qui affectera les services de cancérologie. Il s'agit d'une mise à jour des niveaux d'activités déjà présentés en cancérologie et en radio-oncologie

Principes directeurs

Considérant :

- La grande vulnérabilité de la clientèle (chirurgie, radio-oncologie et traitements systémiques) et le risque plus élevé des patients atteints de cancer et en traitement d'être infectés et de développer des symptômes et des complications plus graves de la COVID-19 :
- La volonté de protéger les travailleurs de la santé et la population, dans un contexte de transmission communautaire de la COVID-19 ;
- L'expertise spécifique des professionnels de la santé en cancérologie ;
- Que le niveau de délestage et de reprise des activités dans d'autres secteurs d'activités (chirurgie, imagerie, laboratoires, etc.) a un impact direct sur le volume d'activités en cancérologie (nouvelles références) ;
- L'importance de tenir compte des impacts collatéraux d'un délestage des activités dans des secteurs comme l'imagerie, l'endoscopie, la chirurgie, sur le pronostic et la qualité de vie de la clientèle en cancérologie, et ce, même si les niveaux d'activités en cancérologie sont maintenus ;
- La nécessaire vigilance sur la disponibilité du matériel, des médicaments, des lits d'hospitalisation et des équipes dans les hôpitaux, qui peut fluctuer dans le temps ;
- Que les établissements ont été ou seront tour à tour désignés pour recevoir les patients COVID-19 selon le niveau d'alerte ;
- Les consignes émises visant la limitation des déplacements inter-régionaux afin de protéger certaines régions moins touchées ;
- Les mesures de protection du personnel et des patients (zones chaudes, tièdes, froides) et la préoccupation de maintenir un environnement froid dans les centres de cancérologie et les unités d'hospitalisation où séjournent des patients atteints de cancer ;
- La difficulté à garantir un environnement sans contamination (zone froide) en services ambulatoires de cancérologie et en radio-oncologie ;
- Qu'en cas de COVID-19 positif en cancérologie (personnel ou patient), la mise en quarantaine de certains professionnels de la santé devra être envisagée, occasionnant une diminution temporaire des ressources humaines en place ;

- Que plusieurs vagues de contamination plus ou moins importantes de la COVID-19 pourraient être observées dans les prochains mois, entraînant des périodes successives de délestage et de reprise des activités ;
- Que la ministre de la Santé et des Services sociaux, dans le contexte d'urgence sanitaire, peut ordonner le ralentissement ou la reprise des activités hospitalières sur recommandation du directeur national de santé publique ;
- Les diverses directives disponibles au lien suivant : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/

Objectifs

1. Mettre en place des actions concrètes qui vont permettre de réduire les risques de contamination et d'éviter de mettre en péril l'ensemble de nos services.
2. Déterminer les services essentiels en cancérologie en lien avec les niveaux d'activités.
3. Assurer l'équilibre entre maintenir la sécurité du personnel et de la population et minimiser au maximum les risques de détérioration de l'état de santé de la clientèle en cancérologie découlant d'une baisse d'accessibilité aux soins requis à toutes les étapes de la pandémie.
4. Permettre une adaptation en continu par les établissements de leur niveau d'activités, selon leur situation globale et la disponibilité de leurs ressources.

Priorités dans un contexte de pandémie COVID-19

Priorité A – Personne avec une condition urgente chez qui la qualité de vie est hautement altérée ou que la vie est en danger si aucun traitement/service n'est entrepris rapidement et que le risque d'exposition à la COVID-19 est jugé plus faible que le bénéfice du service/traitement en milieu hospitalier.

Priorité B – Personne avec une condition semi-urgente pour qui le report du service/traitement en milieu hospitalier n'est pas souhaitable, mais dont le risque d'exposition à la COVID-19 est jugé supérieur au bénéfice qu'apporterait l'amorce du service/traitement dans le contexte situationnel.

Priorité C – Personne en bonne condition pour qui le report de l'amorce d'un service/traitement en milieu hospitalier n'aura pas d'impact significatif sur la survie comparativement au risque d'exposition à la COVID-19.

Détermination du niveau d'activités en cancérologie dans chaque établissement

RAPPEL : le niveau d'activités en cancérologie (traitements systémiques en ambulatoire, radio-oncologie, hospitalisations) devrait être en lien avec le niveau d'activités global COVID-19 de votre établissement, mais également en fonction du niveau de ressources humaines en place dans les secteurs visés par la cancérologie. Puisque le secteur de la cancérologie est relativement protégé, il est ainsi possible qu'il puisse fonctionner à un niveau d'activités moins critique que celui plus global de l'hôpital. Le niveau d'activités réalisé au centre de cancérologie devrait toutefois permettre, selon la situation, de passer à un niveau d'alerte supérieur dans les meilleurs délais.

Conditions SINE QUA NON associées à une reprise des activités

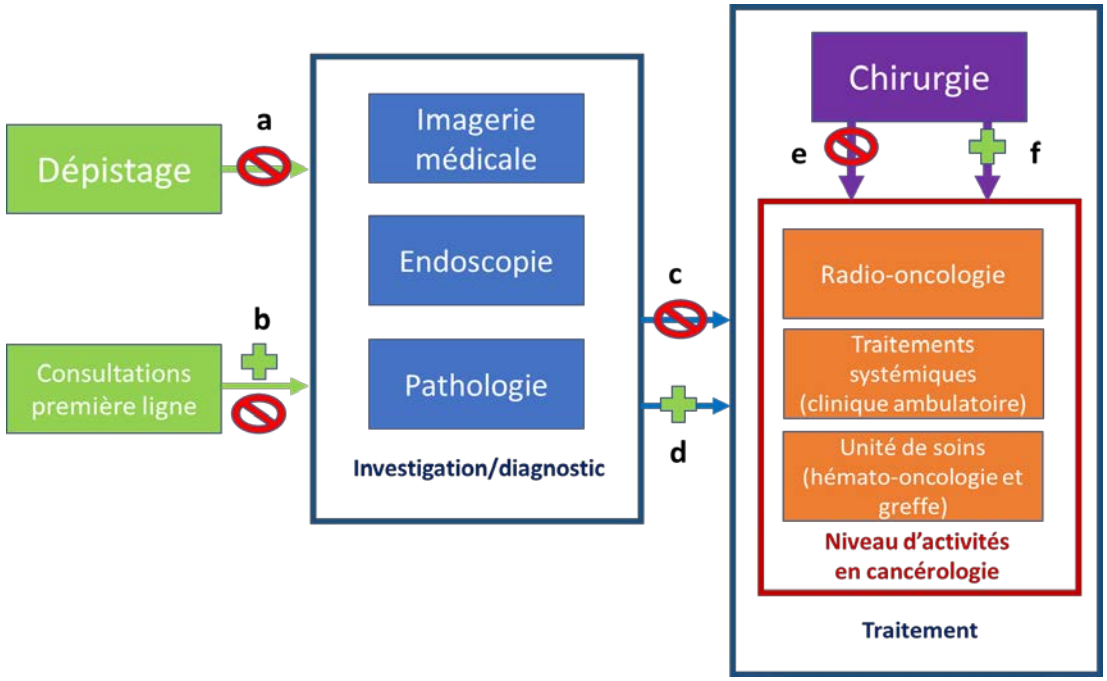
Les mesures déjà déployées pour protéger la clientèle, le personnel et dégager de la marge de manœuvre dans les secteurs de la chimiothérapie/traitements systémiques/greffe et de la radiothérapie doivent être maintenues afin d'être en mesure de répondre au volume d'activités découlant du délestage ou de la reprise des activités dans les autres secteurs. Les consignes organisationnelles et cliniques diffusées sont disponibles au www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Notons par exemple :

- ✓ Afin de minimiser les contacts, favoriser les rendez-vous pour une consultation par télésanté (téléphone ou visioconférence), lorsque possible.
- ✓ En tout temps, exercer un jugement clinique mettant en balance l'efficacité du traitement et la protection du patient et des soignants contre les risques d'infection à la COVID-19.
- ✓ Maintenir les zones froides en cancérologie.
- ✓ Protection du personnel : ÉPI adéquats, personnel du centre de cancérologie doit être dédié uniquement à ce secteur, éviter le redéploiement vers des secteurs chauds et assurer la formation de cohortes pour limiter l'exposition du personnel.
- ✓ Privilégier les alternatives pour éviter les visites à l'hôpital.
- ✓ Par exemple : privilégier les médicaments administrés par voie orale, lorsque possible. Évaluer la possibilité d'adapter les protocoles afin de différer les traitements, en tenant compte des recommandations diffusées pour les différents sièges tumoraux.

Trajectoire de soins en cancérologie et impact du délestage et de la reprise sur le niveau en cancérologie

Le niveau d'activités des secteurs connexes à la cancérologie a un impact direct sur les volumes d'activités en cancérologie et doit être pris en compte dans la planification du délestage ou de la reprise, tel qu'illustré dans le schéma suivant :



a) Les activités de dépistage ont été suspendues dès le début de la pandémie. Il s'agit d'un volume important de patients dont l'arrivée aux secteurs de la cancérologie sera reportée, contribuant ainsi à diminuer la pression sur les services de chirurgie, d'oncologie médicale et de radio-oncologie. Un bolus de patients sera toutefois à prévoir lorsque ces activités reprendront et devront être planifiées dans l'évaluation de la capacité des secteurs.

b) Un grand nombre de références en cancérologie proviennent de la première ligne (médecin de famille ou urgence). On observe actuellement une diminution du nombre de références, puisque la population est plus réticente à consulter en présence de symptômes par crainte de contracter la COVID-19, ce qui a pour effet de diminuer artificiellement ou de façon involontaire le volume d'activités en cancérologie.

c) Lorsque les activités en imagerie et en endoscopie sont diminuées de façon importante, moins de nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués, ce qui fait diminuer artificiellement le volume d'activités en chirurgie et en cancérologie.
d) La reprise des activités en imagerie et en endoscopie peut conduire à une augmentation significative du volume d'activités en chirurgie et dans les secteurs de cancérologie entre 4 et 8 semaines plus tard (délai d'investigation).
e) Lorsque l'accès à la chirurgie est limité de façon prolongée, des alternatives de traitements (traitements systémiques et radiothérapie) peuvent être proposées au patient, ce qui a pour effet d'augmenter le volume d'activités en cancérologie.
f) La reprise des activités en chirurgie a pour effet de diminuer à court terme les références pour traitement alternatif. Par contre, une augmentation du nombre de références pour traitement adjuvant est à prévoir entre 4 et 6 semaines après la reprise.

NIVEAUX D'ADAPTATION DES SOINS ET SERVICES EN CANCÉROLOGIE EN SITUATION DE PANDÉMIE COVID-19

Niveau	Niveau d'activité	Critères de déclenchement	À maintenir	À adapter	À délester	Autres considérations
1	Maintenir 70 % de l'activité habituelle	1. ≥ 70 % des ressources humaines en place 2. Pandémie annoncée ou nouvelle vague annoncée	A-B	C Envisager de reporter le début de certains traitements Espacer ou écourter certains traitements systémiques Favoriser les thérapies orales ou avec consommation de ressources	Consultations pour suivis de certains patients sans traitement actif Activités de dépistage	▪ Privilégier la télésanté (consultations et rencontres interdisciplinaires) ▪ Mettre en place des zones spécifiques à l'intérieur de la clinique d'oncologie pour éviter la contamination, incluant la protection d'une zone froide ▪ Référer la clientèle à la clinique de dépistage si symptômes de la COVID-19 ▪ Triage téléphonique selon algorithme clinique défini ▪ Triage systématique à l'entrée des cliniques et orientation de la clientèle selon le zonage défini ▪ Protéger le secteur oncologique en s'assurant que le personnel requis en oncologie (régulier et équipes volantes) ne soit pas affecté à d'autres secteurs ▪ Favoriser l'autosuffisance du personnel au sein du secteur de cancérologie ▪ Réorganisation des ressources en fonction des priorités cliniques ▪ Favoriser l'enseignement aux patients par des méthodes virtuelles ▪ Interdire les visites et accompagnateurs sauf si besoin particulier ainsi que toute circulation non essentielle (ex. : bénévoles) ▪ Réaménager la salle d'attente et mettre en place des mesures alternatives afin de respecter les principes de distanciation sociale

Niveau	Niveau d'activité	Critères de déclenchement	À maintenir	À adapter	À délester	Autres considérations
				hospitalières moindre Favoriser l'hypo fractionnement		
2	Maintenir 50 % de l'activité habituelle	1. Entre 50 et 70 % des ressources humaines en place 2. Transmission communautaire de la COVID-19	A	B	Délestage C Évaluer au cas par cas les patients >60 ans ou facteurs de comorbidité (risques et bénéfices)	▪ Étendre la télésanté à toutes les consultations (md et autres professionnels) ne nécessitant pas d'examen physique ou selon condition clinique ▪ Réaffectation des ressources à l'intérieur du service en fonction des priorités cliniques (ex. : IPO, infirmière de recherche) ▪ Renforcer le triage à l'entrée des cliniques et restreindre au maximum la circulation des patients dans les zones à risque ▪ Dépistage systématique de tous les patients symptomatiques et obtention des résultats en moins de 24 à 48 heures ▪ Réévaluation des patients en continu et révision de la priorité clinique au besoin ▪ Limiter les déplacements inter-régionaux aux conditions médicalement requises et minimiser les transferts vers les centres désignés COVID-19 ▪ Maintenir l'accès aux expertises surspécialisées à distance lorsque possible en soutien aux équipes locales

Niveau	Niveau d'activité	Critères de déclenchement	À maintenir	À adapter	À délester	Autres considérations
3	Maintenir 30 % de l'activité habituelle	1. Entre 30 et 50 % des ressources humaines en place 2. COVID-19 positif confirmé à la clinique = contamination potentielle du personnel et/ou de la clientèle	A		B+C	▪ Réaffectation des ressources pour pallier les absences du personnel mis en quarantaine en fonction des priorités cliniques ▪ Organiser les équipes en cohortes se relayant de façon à minimiser les risques d'exposition entre professionnels d'un même profil ou expertise ▪ Favoriser le télétravail pour le personnel en quarantaine afin de soutenir les équipes cliniques ▪ Revoir la répartition des services entre les installations de l'établissement lorsqu'une installation devient plus fortement impactée par la COVID-19 ou en présence d'une diminution importante de l'achalandage ▪ Établir ou revoir les corridors de services au besoin en fonction du besoin d'expertise surspécialisée et du niveau d'alerte dans les soins critiques ▪ Limiter les déplacements inter-régionaux aux conditions menaçant la survie ▪ Réévaluation des patients en continu et révision de la priorité clinique au besoin ▪ Suivre les consignes de protection et de contrôle des infections (PCI) applicables pour la protection des patients et du personnel

Niveau	Niveau d'activité	Critères de déclenchement	À maintenir	À adapter	À délester	Autres considérations
4	Maintenir 15 % de l'activité habituelle	1. < 30 % des ressources humaines en place ; pénurie étendue à l'ensemble des autres secteurs de l'hôpital 2. Pénurie de matériel de protection dans l'hôpital 3. Pénurie de lits d'hospitalisation et de soins intensifs		A	Plus aucune activité sauf les urgences	▪ Hospitalisation des cas urgents seulement et selon la disponibilité des lits ▪ Mettre en place des corridors de service inter-établissements en fonction de la nécessité de concentrer l'expertise surspécialisée dans certains sites protégés (COVID-négatif) ▪ Envisager des sites de prestation de services non traditionnels ▪ Le personnel de cancérologie pourrait être réaffecté à d'autres secteurs de l'hôpital ou une autre installation pour prêter main-forte selon les besoins ▪ Maintenir des zones protégées ou froides dans la mesure du possible ▪ Appliquer les principes éthiques en vigueur dans la prise de décision

ANNEXE – ADAPTATION DES SOINS ET SERVICES EN FONCTION DU NIVEAU D'ACTIVITÉS POUR LE SECTEUR DE LA RADIO-ONCOLOGIE

Se référer aux priorités (priorités 1 à 4) établies dans : « Recommandations et procédures spécifiques à la radio-oncologie dans le contexte COVID-19 ».

Niveau 1 – Maintenir 70 % de l'activité habituelle en radio-oncologie			
À maintenir	**À adapter**	**À délester**	**Autres considérations**
▪ P1 à P4 : Terminer les traitements en cours ▪ P1 à P3 : Débuter les nouveaux patients ▪ Patients pédiatriques ▪ Curiethérapie : col utérin en place	▪ Curiethérapie : Combinaison de RT externe (en cours) et HDR prévue pour cancer de la prostate ▪ Autres curiethérapies sans anesthésie	▪ P4 : réduction des planifications et/ou mises en traitement de nouveaux patients de façon progressive, tout d'abord les cancers du sein, de la prostate et de la peau. ▪ Les curiethérapies incluent toutes les curiethérapies avec besoin d'anesthésie sauf ce qui est indiqué dans « à maintenir » et « à adapter ». ▪ Maladies bénignes et fonctionnelles.	▪ Favoriser la dosimétrie à distance ▪ Favoriser l'hypofractionnement ▪ Utiliser et adapter les guides d'interruptions de traitements si nécessaire ▪ Interrompre le traitement des patients COVID-19 + ou en dépistage
Niveau 2 – Maintenir 50 % de l'activité habituelle en radio-oncologie			
À maintenir	**À adapter**	**À délester**	**Autres considérations**
▪ P1 à P4 : Terminer les traitements en cours ▪ Patients pédiatriques	▪ P1 et P2 : nouveaux patients (évaluation au cas par cas) ▪ P3 ▪ Curiethérapie : Col utérin en place. Autres curiethérapies sans anesthésie.	▪ P4 : Poursuivre la réduction des planifications et/ou mises en traitements de nouveaux patients (les RT adjuvantes à cesser avant RT pour tumeurs en place)	▪ Maximiser l'hypofractionnement et les traitements à dose unique ▪ P1 et P2 : Considérer les autres alternatives thérapeutiques.
Niveau 3 – Maintenir 30 % de l'activité habituelle en radio-oncologie			
À maintenir	**À adapter**	**À délester**	**Autres considérations**
▪ P3 et P4 : Terminer les traitements en cours ▪ Patients pédiatriques	▪ P1 à P3 : Évaluation au cas par cas des nouveaux patients	▪ P4 : Arrêt des planifications et/ou mises en traitement de nouveaux patients ▪ Curiethérapie	▪ Considérer le transfert des patients vers un milieu non contaminé ou avec capacité résiduelle ▪ Réévaluation de la priorité des cas en attente ▪ Favoriser les patients curatifs sans autre alternative en priorité

Niveau 4 – Maintenir 15 % de l'activité habituelle en radio-oncologie			
À maintenir	À adapter	À délester	Autres considérations
▪ P1 si aucun traitement médical alternatif ▪ Patients pédiatriques : terminer les traitements en cours ou transférer dans un autre centre avec capacité	▪ Transfert des patients sans autre alternative que la radiothérapie dans un autre centre avec capacité	▪ La majorité des planifications et/ou mises en traitement	▪ Transfert des patients selon un plan provincial tenant compte de la capacité et la spécialisation des centres de radiothérapie

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie

Par
Dr Serge Legault
Président du Sous-comité clinique COVID-19 – Blocs opératoires

20 avril 2020

Votre gouvernement

Québec

1. Introduction

Un système de priorisation des chirurgies vise à :

- Soutenir l'orientation de chaque patient en contexte exceptionnel de pandémie face au délestage des capacités opératoires

- Assurer une allocation juste et équitable :
  - Lorsque les ressources sont limitées au bloc opératoire
  - Dans la transition vers un retour à la normale

Québec

1. Introduction

Les principes qui guident l'orientation :

- Maximisation des bénéfices
- Proportionnalité
- Non-malfaisance
- Équité
- Réciprocité
- Agilité
- Protection des intervenants et de la population

Québec

2. Méthodologie

- Mandat confié par Dre Opatrny, sous-ministre adjointe qui préside le Comité directeur clinique COVID-19
- Revue des meilleures données scientifiques disponibles
- Revue de la littérature grise
- Groupes de travail et de révision incluant plus de 20 personnes (5 chirurgiens, 1 hémato-oncologue, 1 radio-oncologue, 1 intensiviste, 3 éthiciens, 6 patients-partenaires, 1 PQC, 2 INESSS)

Québec

3. Contenu

Impératifs

1. Niveau d'intervention médicale (NIM) approprié (à discuter avec le patient)

2. Basé sur des données cliniques objectivables (dont les l'avis de sociétés savantes)
   - Optimiser l'impact

3. Discussion clinique en continu – communication avec le patient et ses proches
   - Réduire les effets psychologiques négatifs
   - Augmenter l'efficacité par le partenariat de soins
   - Améliorer les soins offerts / réduire les risques

Québec

3. Contenu

Quatre étapes séquentielles fondées sur des critères cliniques :

- Détermination de la capacité du bloc opératoire
- Prétriage des patients
- Triage
- Détermination du programme opératoire

→ Importance du jugement clinique dû à la complexité d'embrasser autant de données

Québec

3. Contenu

Étape 1 : Détermination de la capacité quotidienne du bloc opératoire, en fonction des :

- Chirurgiens et anesthésistes disponibles
- Ressources humaines (infirmière, inhalothérapeute, personnel de soutien)
- Médicaments (dont anesthésiants)
- Équipements de protection individuelle
- Salle de réveil, lits d'hospitalisation et respirateurs
- Soins intensifs si requis (et respect des critères de triage si appliqués)

Québec

3. Contenu

Étape 2 : Prétriage par spécialité (ne prioriser que les patients qui devraient avoir une chirurgie en contexte de pandémie)

- NIM A ou B
- Essentielle à court terme (pour cancer avec CDTC)
- Traitement non chirurgical alternatif et disponible
- Risque d'exposition à la COVID-19
- Lit de soins intensifs si requis (considérer soins intermédiaires)
- Produits sanguins disponibles si requis

→ Implique suivi continu des patients par chirurgiens

Québec

3. Contenu

Étape 3 : Priorisation générale – agilité



- Les plus à risque pour leur survie
- Approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus
- Requérant le moins de temps opératoire et de ressources possibles (lorsque les ressources sont le moins disponibles)
- Ayant le plus de chances de récupérer rapidement (ASA)
- Jugement clinique

Québec

3. Contenu

Étape 3 : Priorisation générale – agilité



Critères supplémentaires de triage si égalité sur le plan clinique

- Cycle de vie
- Hasard

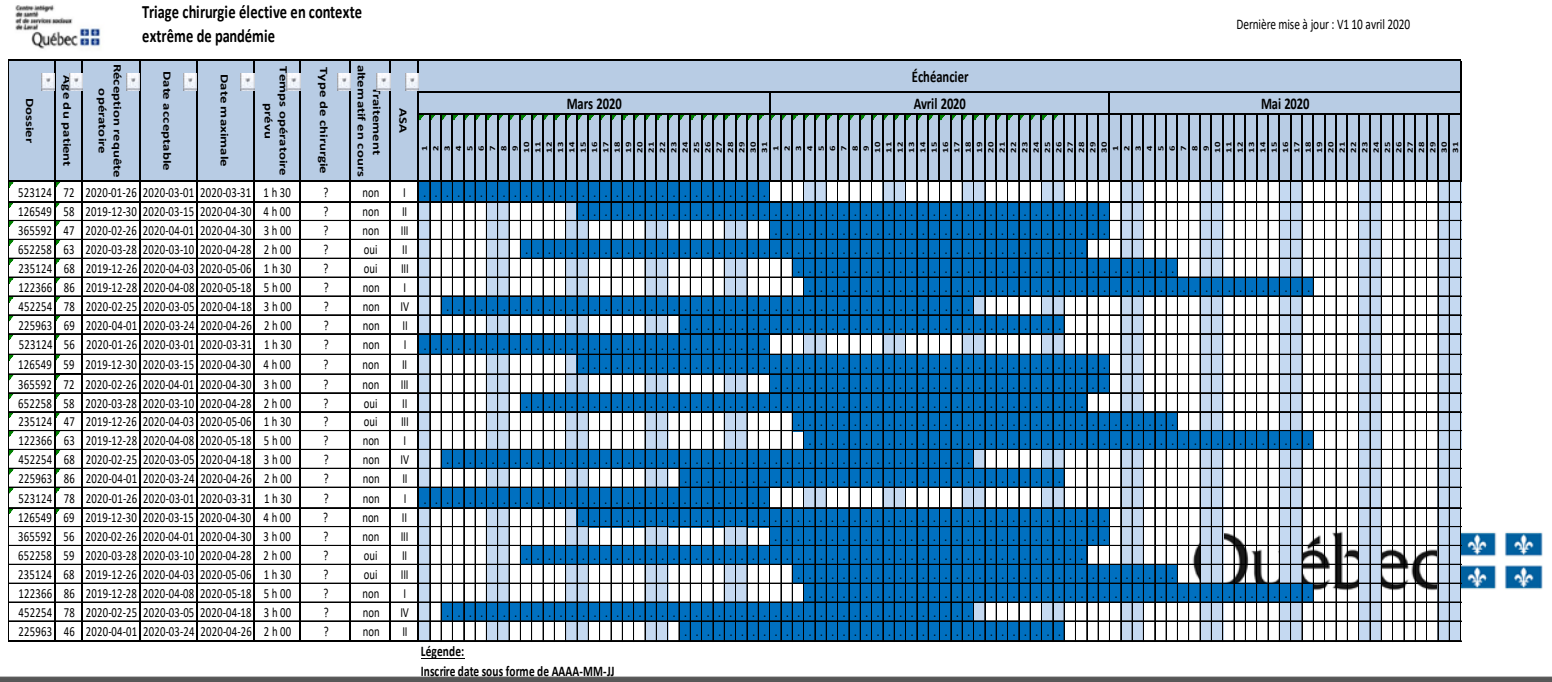
Québec

3. Contenu

Étape 3 : Priorisation générale – agilité

30% 50-70% 70-100%

Présentation visuelle dans Diagramme de Gant



Triage chirurgie élective en contexte extrême de pandémie

Dernière mise à jour : V1 10 avril 2020

Dossier	Âge du patient	Réception requête opératoire	Date acceptable	Date maximale	Temps opératoire prévu	Type de chirurgie	Traitement alternatif en cours	ASA
523124	72	2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non	I
126549	58	2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non	II
365592	47	2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non	III
652258	63	2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui	II
235124	68	2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui	III
122366	86	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non	I
452254	78	2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non	IV
225963	69	2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non	II
523124	56	2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non	I
126549	59	2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non	II
365592	72	2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non	III
652258	58	2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui	II
235124	47	2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui	III
122366	63	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non	I
452254	68	2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non	IV
225963	86	2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non	II
523124	78	2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non	I
126549	69	2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non	II
365592	56	2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non	III
652258	59	2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui	II
235124	68	2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui	III
122366	86	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non	I
452254	78	2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non	IV
225963	46	2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non	II

Échéancier

Mars 2020 | Avril 2020 | Mai 2020

Légende:

Inscrire date sous forme de AAAA-MM-JJ

3. Contenu

Étape 3 : Priorisation générale – agilité

30% → 50-70% → 70-100%

Rôles et responsabilités:

Chirurgiens et spécialistes
- Pré-triage
- Triage
- Contact continu avec patients

Chef de service
- Soutien
- Arbitrage

Comité de surveillance des activités chirurgicales
- Détermination du programme opératoire
- Planification du retour à la normale

Québec

3. Contenu

Étape 3 : Priorisation générale – agilité



Comité de surveillance des activités chirurgicales

- Un chirurgien
- Un anesthésiologiste
- Un gestionnaire du bloc opératoire
- Un obstétricien-gynécologue
- Un gestionnaire de la planification chirurgicale
- Un coordonnateur médical du bloc, si applicable
- Éthicien

Québec

4. Conclusion

Dès maintenant :

- Appliquer ce système de priorisation
- Équilibrer dès maintenant l'allocation des ressources de l'ensemble du réseau
  - Intra-établissement (SI, chirurgie)
  - Inter-établissement (traiter les cas les plus urgents tout établissement de la région confondu)
  - Inter-région (traiter les cas les plus urgents toutes régions confondues)

Le plus tôt possible :

- Planifier le retour à la normale
- Planifier un rattrapage

Québec

4. Conclusion

Ce qui sous-tend le système de priorisation

- Une seule priorité, les patients
- Des choix difficiles basés sur des critères cliniques objectivables
- Accès équitable en fonction du bénéfice pour chaque patient et non du « code postal »
- Tous les principes énoncés sont importants et leur application assurent un équilibre des décisions prises au quotidien
- Le protocole sera appliqué sur une période beaucoup plus longue que les pics de la pandémie

Québec

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 24 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Voici, en date du 23 avril 2020, vous trouverez les éléments adoptés par le ministère de la Santé et des Services sociaux concernant le Coffre à outils sur les niveaux de soins (niveaux d'interventions médicales - NIM) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19.

Nous vous invitons à consulter les outils indiqués dans le document ci-joint, et ce, dans un souci d'optimiser la conversation sur les NIM. Ce coffre à outils devra être accessible dès le 24 avril 2020.

Nous vous tiendrons informés de toute mise jour qui pourrait survenir selon l'évolution de la présente situation.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M. Vincent Dumez, CEPPP
M[me] Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Luc Mathieu, OIIQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-35

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14[e] étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Coronavirus COVID-19

NIVEAUX DE SOINS
NIVEAUX D'INTERVENTIONS MÉDICALES (NIM) : PARLONS-EN
dans le contexte de la pandémie COVID-19

Coffre à outils pour la conversation avec les personnes vivant dans la communauté

(domicile, résidence privée pour aînés, ressource intermédiaire, ressource de type familial, des ressources à assistance continue, organisme à but non lucratif résidentiel ou en internat)

À l'intention des cliniciens pour la conversation avec des personnes vulnérables et leurs proches

Version 24 avril 2020

Votre gouvernement

Québec

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont adhéré à l'objectif de constituer un coffre à outils pour la conversation avec les personnes vivant dans la communauté et qui ont participé aux travaux associés : membres du groupe de travail, cliniciens, experts, chercheurs et patients partenaires. Leur ouverture et leur disponibilité à bien vouloir partager, dans un court laps de temps, leur savoir, leur expérience et leurs documents respectifs a permis, grâce à cette solidarité clinique et scientifique, la constitution de ce coffre à outils qui, l'espérons-nous, s'avérera utile à plus d'un.

GROUPE DE TRAVAIL

Lucille Juneau, conseillère, coordonnatrice du groupe de travail
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

Patrick Archambault, intensiviste, urgentologue, clinicien-chercheur des Instituts de recherche en santé du Canada
Centre intégré de Santé et de Services sociaux de Chaudière-Appalaches (Secteur Alphonse-Desjardins)

Sylvie Berger, conseillère
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

Caroline Boucher, conseillère
Direction générale des ainés et des proches aidants

Marie-Josée Dufour, conseillère
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

Vincent Dumez, patient partenaire
Codirecteur du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public, Université de Montréal

Julie Maltais Laflamme, conseillère
Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique

Christiane Martel, médecin
Présidente, Société québécoise des médecins en soins palliatifs

Isabelle Mondou, conseillère en éthique clinique
Collège des médecins du Québec

Élodie Petit, conseillère en éthique clinique
Institut de cardiologie de Montréal

Ghyslaine Rolly, patiente partenaire
Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public, Université de Montréal

Christian Vinette, médecin GMF, Direction des services de proximité en santé physique
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

Collaborations spéciales

Un merci spécial à l'équipe du Meta-LARC d'avoir partagé leurs outils de très grande qualité qui, en collaboration avec l'équipe Ariadne Labs, nous a permis d'accéder à des outils adaptés au contexte québécois.

Annette Totten, PhD
Associate Professor, OHSU
Medical Informatics and Clinical Epidemiology
Pacific Northwest Evidence-Based Practice Center
Meta-LARC (a consortium of PBRNs). www.PrimaryCareACP.org
OHSU-PSU School of Public Health, Public Health Practice (online MPH)

Shigeko (Seiko) Izumi, PhD, RN, FPCN
Associate Professor, School of Nursing
Oregon Health & Science University

France Légaré, MD, PhD
Professeure titulaire,
Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université Laval
Chaire de recherche du Canada en décision partagée et application des connaissances
Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval

Danielle Caron, Ph.D.
Professionnelle de recherche/Research Professional
Chaire de recherche du Canada Tier 1 sur la décision partagée et l'application des connaissances
Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval
Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale

Il est de même pour tous les auteurs des documents regroupés dans l'aide-mémoire. Nous les remercions sincèrement pour le partage de leurs travaux de grande qualité sur les niveaux de soins.

Table des matières

Remerciements 2

Introduction 5

1. Principes directeurs 6

2. Expression des volontés 8

3. identification des clientèles vulnérables 10

4. Conversation - discussion 12

5. Conversation - formation 13

6. soutien aux patients et à leurs proches 14

7. Aide-mémoire 15

Conclusion 17

références 18

INTRODUCTION

En raison du contexte de pandémie lié à la COVID-19, et de l'évolution rapide des cas d'infection au Québec, un groupe de travail a été formé avec pour mandat de rassembler des outils en soutien à la conversation dans le cadre de l'expression des objectifs de soins menant éventuellement à des niveaux de soins (niveaux d'interventions médicales (NIM)). Ce document concerne la conversation avec les clientèles vivant dans la communauté : à domicile, en résidence privée pour aînés (RPA), ressource intermédiaire (RI), ressource de type familial (RTF), ressources à assistance continue (RAC), organisme à but non lucratif (OBNL) résidentiel et internat.

Ce coffre à outils, qui s'adresse aux cliniciens pour leur conversation avec les personnes vulnérables et leurs proches, regroupe des documents issus des travaux d'équipes de recherche dans le domaine de la décision partagée ou d'experts dans le domaine et prennent appui sur des publications officielles. Ils concernent les sujets suivants :

- Les principes directeurs : niveau de soin en tant que reflet de la condition médicale actuelle et du projet de vie du patient
- L'expression des volontés : principales options en usage au Québec
- L'identification des clientèles les plus vulnérables : guide pour le repérage
- La conversation : outils pour la démarche de réflexion et d'échange sur les objectifs et les niveaux de soins (outils de discussion et formations associées)
- Le soutien aux patients et à leurs proches : importance de la continuité de la conversation

Pour vous aider à retrouver rapidement les outils de ce document, consulter *l'aide-mémoire*. À cet égard, tous les documents sont libres des droits d'auteur en indiquant la référence lors de l'utilisation. Chaque clinicien est responsable des informations utilisées lors des discussions sur les NIM et d'en assurer le suivi approprié.

1. PRINCIPES DIRECTEURS

Au Québec, le principe éthique de l'autonomie de la personne est à la base de la relation de soin. Le terme *autonomie* s'entend au sens d'*autodétermination de l'individu*, c'est-à-dire de sa capacité à décider et à agir selon sa propre volonté. Ce principe sous-entend le respect de la personne et la reconnaissance de son pouvoir décisionnel. Le fondement juridique de l'application de ce principe dans le domaine des soins repose sur les notions d'inviolabilité de la personne et de son droit à l'intégrité, consacrés par le *Code civil du Québec*. Il se traduit par la règle du consentement libre et éclairé aux soins proposés.

L'autonomie décisionnelle du patient en contexte médical s'exerce dans le cadre d'un **partenariat de soins, où le soignant et le patient contribuent ensemble et de façon égalitaire à la planification d'une trajectoire de soins en phase avec le projet de vie du patient.** L'établissement d'un niveau de soins (ou NIM) est une occasion particulière de concrétiser ce partenariat, chacun apportant son savoir lors de la discussion : savoir clinique pour le soignant, savoir expérientiel pour le patient. Ce dialogue sur les niveaux de soins implique non seulement l'échange et le partage d'informations, mais aussi une délibération conjointe visant à aligner les objectifs de soins (guérison, stabilisation ou confort et accompagnement vers la fin de la vie) avec les objectifs de vie du patient. Le jugement clinique du soignant ainsi que les valeurs et le projet de vie du patient seront au cœur de ces échanges.

Le jugement clinique demeure le fondement de la pratique médicale. Ainsi, lors de la discussion sur les niveaux de soins, comme pour tout soin d'ailleurs, le soignant apporte son savoir clinique et propose un niveau de soins médicalement approprié, en tenant compte de l'état clinique du patient, mais aussi de sa connaissance et sa compréhension de ce qui est important pour le patient, tel qu'il l'aura exprimé.

Rappelons que les médecins ont **l'obligation déontologique de ne proposer aux patients que des soins identifiés comme médicalement pertinents**. **Ces soins doivent aussi être individualisés et proportionnés**. Bien entendu, les patients continuent d'exercer leur autonomie en consentant ou en refusant ce qui leur est proposé. Le médecin doit respecter le désir du patient de ne pas poursuivre certains soins ou de refuser les soins proposés, même au risque de sa propre vie. Cela n'exclut toutefois pas que le patient puisse demander un autre soin ou niveau de soins que ceux proposés. Le médecin devra alors en évaluer la pertinence clinique et en discuter avec le patient. **Le médecin doit n'accepter que les demandes de soins qu'il juge appropriées**. Ainsi, le patient peut demander, mais ne peut exiger d'un médecin de prodiguer un soin, si le médecin est convaincu que le soin est préjudiciable pour le patient. Il doit aussi se sentir libre de refuser un traitement qui n'est probablement pas bénéfique pour le patient, même s'il ne lui est pas préjudiciable. La poursuite du dialogue pour éclairer les zones d'incompréhension reste un aspect essentiel d'une discussion sur les niveaux de soins. L'établissement du niveau de soins reflète l'entente prise entre le patient et le médecin concernant les objectifs de soins à prodiguer. Le moment venu, le consentement du patient à chacun de ses soins demeure nécessaire, sauf en cas d'urgence.

Si le patient est inapte à consentir à ses soins, la personne habilitée par la loi à consentir pour elle (son représentant) discutera avec le médecin des NIM sur lesquels s'entendre **dans le seul intérêt du patient**, en respectant, dans la mesure du possible, les volontés qu'il aura pu exprimer. De même, quand elle consentira à ses soins, elle s'assurera que les soins seront bénéfiques et opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait espéré.

L'établissement des niveaux de soins (NIM) en contexte de pandémie revêt une importance particulière car il devient un outil essentiel de communication pour s'assurer d'une fluidité et d'une cohérence dans la trajectoire de soins du patient, peu importe où il se retrouve, soit dans un milieu de vie, dans une urgence, dans une unité de soins aigus ou de soins intensifs, quel que soit son diagnostic, au sein d'un système de santé sous tension et tenu à la plus grande efficience possible. Les niveaux de soins sont déjà utilisés par bon nombre de centres hospitaliers et de cliniciens sans que cette pratique n'ait encore été systématisée. **Les niveaux de soins ne sauraient en aucun cas être interprétés comme un moyen de répondre temporairement au défi d'une limitation des ressources disponibles en santé ou bien comme le moyen de faire renoncer des patients à certains soins qui pourraient leur être bénéfiques**. D'ailleurs, les feuilles de niveaux de soins continueront d'être utilisées après la pandémie et resteront dans les dossiers cliniques des patients. **C'est pourquoi les NIM doivent refléter la condition médicale actuelle et le projet de vie du patient, pandémie ou non**. Si certaines questions des patients ou de leurs représentants ainsi que les explications des soignants vont assurément -être en lien avec la COVID-19, **il convient de faire aussi l'effort de décontextualiser la discussion sur les niveaux de soins** pour qu'elle concerne tous les soins et non ceux spécifiques aux ventilateurs et soins intensifs.

La discussion sur les niveaux de soins avec tous les patients hospitalisés ou non, devrait faire partie des bonnes pratiques et être **introduite tout au cours de la trajectoire de soin et de vie** puisqu'elle permet aux patients ainsi qu'à leurs familles et aux soignants de réfléchir les soins avec plus de cohérence et de transparence. À tout le moins, l'exercice est essentiel avec les **patients vulnérables**, qui souffrent de maladies graves, de comorbidités importantes et de déficiences. **L'équipe interdisciplinaire constitue un apport essentiel tout au long du processus d'établissement des NIM,** tant pour aider le médecin que pour soutenir les patients et leurs proches au besoin. Ainsi, en amont, elle peut notamment préparer la discussion, saisir et relayer les préoccupations de part et d'autre. Lors de la discussion sur les NIM, surtout s'il s'agit d'une téléconsultation, un membre de l'équipe interdisciplinaire peut participer et assister, en présence, les patients et les proches, notamment concernant leur compréhension des éléments discutés. En aval l'équipe interdisciplinaire constitue une aide inestimable pour accompagner les patients et les proches. Elle peut aussi repérer un changement de l'état de santé d'un patient qui rendrait opportune la révision de son NIM. Enfin, les membres de l'équipe interdisciplinaire peuvent faire un suivi au médecin et à ses collègues amenés à suivre le patient.

2. EXPRESSION DES VOLONTÉS

Au Québec, il existe différentes façons d'exprimer ses volontés par écrit. Il est essentiel de bien saisir les caractéristiques de chacun de ces outils afin de guider la personne et ses proches dans une prise de décision éclairée. Ainsi, une personne apte pour qui la détermination d'un niveau de soins est pertinente doit être informée des autres modalités d'expression des volontés et de la manière de procéder, le cas échéant. Le Collège des médecins du Québec et le Barreau du Québec présentent, dans le document *Le médecin et le consentement aux soins*, un tableau synthèse sur les caractéristiques de ces outils.

Annexe II – Tableau – L'expression anticipée des volontés et la planification des soins

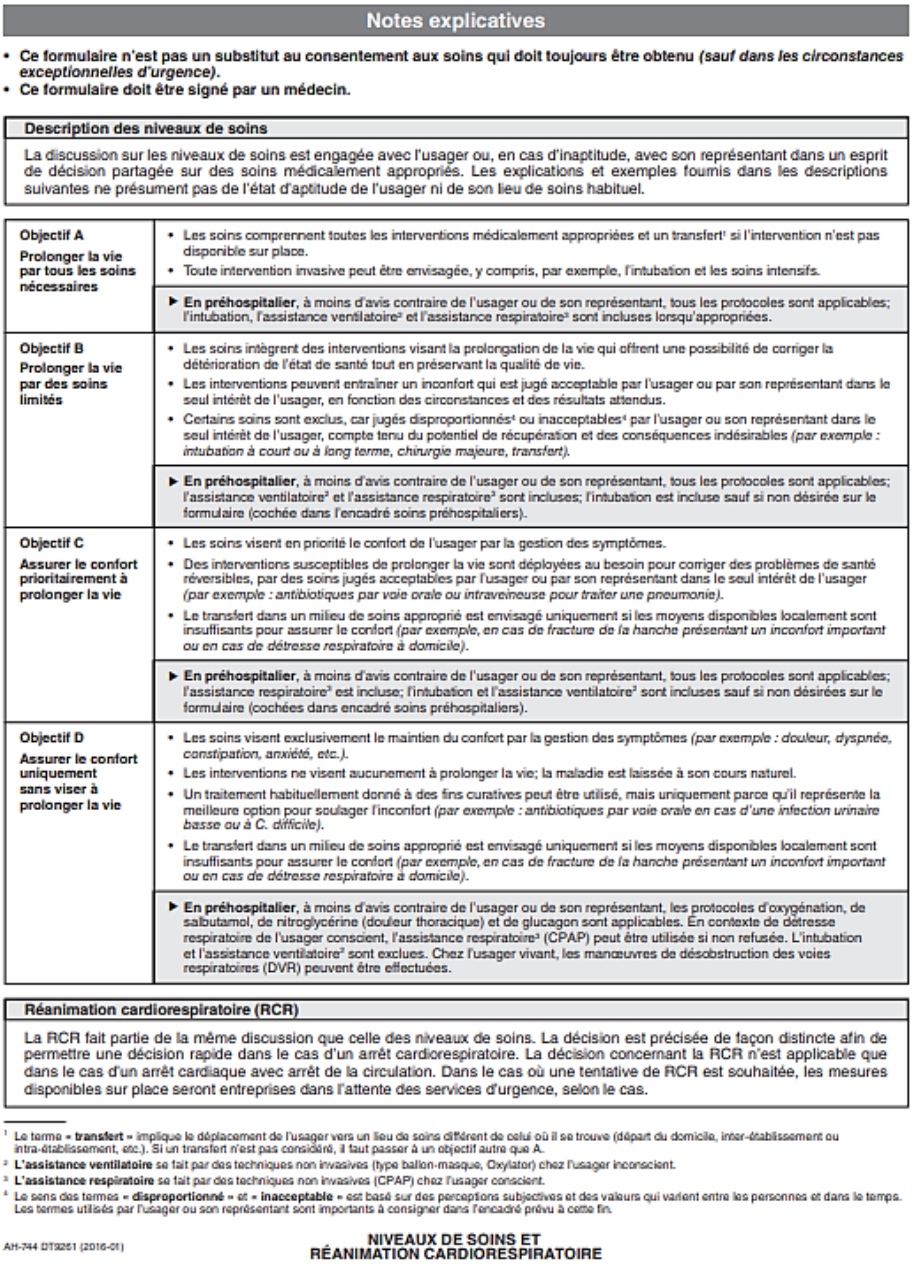
Outils / Caractéristiques	Testament biologique	Mandat de protection	Directives médicales anticipées* (DMA)	Niveau d'intervention médicale (NIM)	Ordonnance de non-réanimation cardiorespiratoire
Initiative	personnelle			médicale	
Prise de décision	par la personne présumée apte			par la personne apte ou par un tiers habilité	
	seule ou devant témoin ou notaire, etc.	devant deux témoins ou un notaire		avec un médecin	
Moment opportun	à tout moment			surtout quand l'état de santé est susceptible de se dégrader	
Document	lettre ou document, acte notarié, vidéo, etc.	document/formulaire acte notarié	formulaire prescrit *Directives médicales anticipées en cas d'inaptitude à consentir à des soins** acte notarié	formulaire «Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire»[&]	formulaire «Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire»[&] ordonnance médicale
Lieu de conservation du document	domicile ou information des soignants ou dossier médical	domicile ou registre des mandats de protection si notarié ou dossier médical	registre des DMA ou dossier médical	dossier médical	
Soins concernés	tous	tous	réanimation cardiorespiratoire ventilation assistée dialyse alimentation forcée ou artificielle hydratation forcée ou artificielle	tous	réanimation cardiorespiratoire
Conditions d'application	personne devenue inapte	personne devenue inapte **et** mandat homologué par tribunal	personne devenue inapte **et** en fin de vie ou avec atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives	personne apte **ou** inapte	arrêt cardiorespiratoire
Consentement	requis pour tout soin substitué, par tiers habilité	requis pour tout soin substitué, par mandataire	suivant les DMA émises quand la personne était encore apte	requis pour tout soin par la personne apte ou par un tiers habilité si la personne est inapte	suivant l'ordonnance, rédigée selon les volontés de la personne apte ou dans son intérêt par un tiers habilité si elle est inapte
Portée	indicatif	conditionnel**	contraignant	indicatif	contraignant

* Au sens de la *Loi concernant les soins de fin de vie* † Prescrit par le ministre & Voir INESSS, 2016

** Contrainte conditionnelle à l'expression de volontés formulées de façon claire et précise. Le mandat non homologué, tout comme le testament de fin de vie, n'a pas de valeur légale. Pour autant, les volontés qui y sont exprimées ne peuvent pas être négligées. Plus elles sont formulées de façon claire et précise, plus elles s'imposent dans la décision de soin de la personne qui donne le consentement substitué.

Adapté de l'aide-mémoire *Niveaux de soins, DMA et autres* dans Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2016).

Description des niveaux de soins produite par l'Institut national en santé et en services sociaux (INESSS, 2016)



Notes explicatives

- **Ce formulaire n'est pas un substitut au consentement aux soins qui doit toujours être obtenu *(sauf dans les circonstances exceptionnelles d'urgence).***
- **Ce formulaire doit être signé par un médecin.**

Description des niveaux de soins

La discussion sur les niveaux de soins est engagée avec l'usager ou, en cas d'inaptitude, avec son représentant dans un esprit de décision partagée sur des soins médicalement appropriés. Les explications et exemples fournis dans les descriptions suivantes ne présument pas de l'état d'aptitude de l'usager ni de son lieu de soins habituel.

Objectif A **Prolonger la vie par tous les soins nécessaires**	• Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert[1] si l'intervention n'est pas disponible sur place. • Toute intervention invasive peut être envisagée, y compris, par exemple, l'intubation et les soins intensifs. ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'intubation, l'assistance ventilatoire[2] et l'assistance respiratoire[3] sont incluses lorsqu'appropriées.
Objectif B **Prolonger la vie par des soins limités**	• Les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie. • Les interventions peuvent entraîner un inconfort qui est jugé acceptable par l'usager ou par son représentant dans le seul intérêt de l'usager, en fonction des circonstances et des résultats attendus. • Certains soins sont exclus, car jugés disproportionnés[4] ou inacceptables[4] par l'usager ou son représentant dans le seul intérêt de l'usager, compte tenu du potentiel de récupération et des conséquences indésirables *(par exemple : intubation à court ou à long terme, chirurgie majeure, transfert).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance ventilatoire[2] et l'assistance respiratoire[3] sont incluses; l'intubation est incluse sauf si non désirée sur le formulaire (cochée dans l'encadré soins préhospitaliers).
Objectif C **Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie**	• Les soins visent en priorité le confort de l'usager par la gestion des symptômes. • Des interventions susceptibles de prolonger la vie sont déployées au besoin pour corriger des problèmes de santé réversibles, par des soins jugés acceptables par l'usager ou par son représentant dans le seul intérêt de l'usager *(par exemple : antibiotiques par voie orale ou intraveineuse pour traiter une pneumonie).* • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort *(par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance respiratoire[3] est incluse; l'intubation et l'assistance ventilatoire[2] sont incluses sauf si non désirées sur le formulaire (cochées dans encadré soins préhospitaliers).
Objectif D **Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie**	• Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes *(par exemple : douleur, dyspnée, constipation, anxiété, etc.).* • Les interventions ne visent aucunement à prolonger la vie; la maladie est laissée à son cours naturel. • Un traitement habituellement donné à des fins curatives peut être utilisé, mais uniquement parce qu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort *(par exemple : antibiotiques par voie orale en cas d'une infection urinaire basse ou à C. difficile).* • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort *(par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile).* ► **En préhospitalier**, à moins d'avis contraire de l'usager ou de son représentant, les protocoles d'oxygénation, de salbutamol, de nitroglycérine (douleur thoracique) et de glucagon sont applicables. En contexte de détresse respiratoire de l'usager conscient, l'assistance respiratoire[3] (CPAP) peut être utilisée si non refusée. L'intubation et l'assistance ventilatoire[2] sont exclues. Chez l'usager vivant, les manœuvres de désobstruction des voies respiratoires (DVR) peuvent être effectuées.

Réanimation cardiorespiratoire (RCR)

La RCR fait partie de la même discussion que celle des niveaux de soins. La décision est précisée de façon distincte afin de permettre une décision rapide dans le cas d'un arrêt cardiorespiratoire. La décision concernant la RCR n'est applicable que dans le cas d'un arrêt cardiaque avec arrêt de la circulation. Dans le cas où une tentative de RCR est souhaitée, les mesures disponibles sur place seront entreprises dans l'attente des services d'urgence, selon le cas.

[1] Le terme « **transfert** » implique le déplacement de l'usager vers un lieu de soins différent de celui où il se trouve (départ du domicile, inter-établissement ou intra-établissement, etc.). Si un transfert n'est pas considéré, il faut passer à un objectif autre que A.
[2] **L'assistance ventilatoire** se fait par des techniques non invasives (type ballon-masque, Oxylator) chez l'usager inconscient.
[3] **L'assistance respiratoire** se fait par des techniques non invasives (CPAP) chez l'usager conscient.
[4] Le sens des termes « **disproportionné** » et « **inacceptable** » est basé sur des perceptions subjectives et des valeurs qui varient entre les personnes et dans le temps. Les termes utilisés par l'usager ou son représentant sont importants à consigner dans l'encadré prévu à cette fin.

AH-744 DT9261 (2016-01)

NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

Pour de plus amples informations sur les modalités d'expression des volontés, veuillez vous référer à *l'aide-mémoire.*

ACCÈS NIM

Lorsque les niveaux soins sont déterminés et inscrits dans le formulaire associé, l'accès à ce dernier demeure essentiel afin d'en assurer la continuité des soins en respect de l'expression des volontés de la personne. Ainsi, l'accès aux formulaires NIM sera amélioré dans les prochaines semaines afin d'en faciliter l'accès aux cliniciens au moment opportun. D'ici là, la conversation entre la personne vulnérable, la personne proche mandataire et le clinicien sur les objectifs de soins et le NIM retenus demeure un incontournable en tout temps.

3. IDENTIFICATION DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES

Comme mentionné précédemment *les NIM doivent refléter la condition médicale actuelle et le projet de vie du patient, pandémie ou non. Si certaines questions des patients ou de leurs représentants ainsi que les explications des soignants vont assurément être en lien avec la COVID-19, il convient de faire aussi l'effort de décontextualiser la discussion sur les niveaux de soins pour qu'elle concerne tous les soins et non ceux spécifiques aux ventilateurs et soins intensifs*. *La discussion sur les niveaux de soins avec tous les patients hospitalisés ou non, devrait faire partie des bonnes pratiques et être introduite tout au cours de la trajectoire de soin et de vie puisqu'elle permet aux soignants ainsi qu'à leurs familles de réfléchir les soins avec plus de cohérence et de transparence. À tout le moins, l'exercice est essentiel avec les patients vulnérables, qui souffrent de maladies graves ou de comorbidités importantes.*

Or, les clientèles vulnérables souvent âgées ayant des maladies graves doivent être identifiées, particulièrement en raison du risque élevé de détérioration de leur condition reliée à la COVID-19. Les personnes vivant avec une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme sont aussi vulnérables et à risque. Pour ce faire, plusieurs outils de repérage existent, toutefois le guide *Approche palliative intégrée : Quand et comment* s'avère un outil pertinent de repérage et favorise la participation de la personne ou de son représentant dans la discussion devant mener à la détermination et à l'actualisation du niveau de soins. Cet outil permet :

- D'identifier les personnes dont l'état de santé risque de s'aggraver ou qui risquent de décéder;
- D'évaluer leurs besoins de soins palliatifs et de soutien;
- De discuter de la planification des soins.

Cet outil d'aide à la décision destiné aux professionnels de la santé et des services sociaux dans une perspective multidisciplinaire et centré sur la personne, propose une **approche palliative intégrée en 3 étapes** : 1) identification; 2) évaluation; et 3) planification et organisation des soins. Il peut s'avérer pertinent pour tout type de pathologie et de milieu de soins.

1. **La question surprise** : *Seriez-vous surpris si ce patient décédait au cours de la prochaine année?* peut aider le médecin à estimer intuitivement le pronostic : elle est complémentaire aux autres facteurs pronostiques liés à la personne et à la maladie. **Dès cette étape, la conversation peut être initiée.**

Qui doit se poser la question : les professionnels de la santé et des services sociaux et les médecins qui travaillent à domicile, en RPA – RI-RTF, RAC, OBNL résidentiel et internat.

- Si la réponse est non à la question surprise : Initier la conversation.
- Les infirmières et les travailleurs sociaux peuvent initier la conversation concernant la détermination ou la mise à jour des niveaux de soins.
- Ces discussions doivent se finaliser avec la personne ou ses proches, en tenant compte de l'aptitude de la personne, en présence du médecin, afin de conclure le niveau de soins. Le formulaire de niveau de soins est signé par le médecin.

2. Dans l'éventualité que ce patient décède prochainement ne vous surprendrait pas (cf. algorithme décisionnel), quelles mesures devraient être prises afin d'améliorer sa qualité de vie dès maintenant et en prévision de son déclin fonctionnel. En vue de **l'évaluation de la condition du patient**, le guide propose des :

- Échelles de mesure et outils d'évaluation pour évaluer en détail les symptômes et les besoins du patient;
- Indicateurs généraux du déclin de l'état fonctionnel;
- Indicateurs spécifiques du déclin de l'état fonctionnel lors de certaines maladies graves (cancer, MPOC, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique, maladies neurologiques, fragilité/démence).

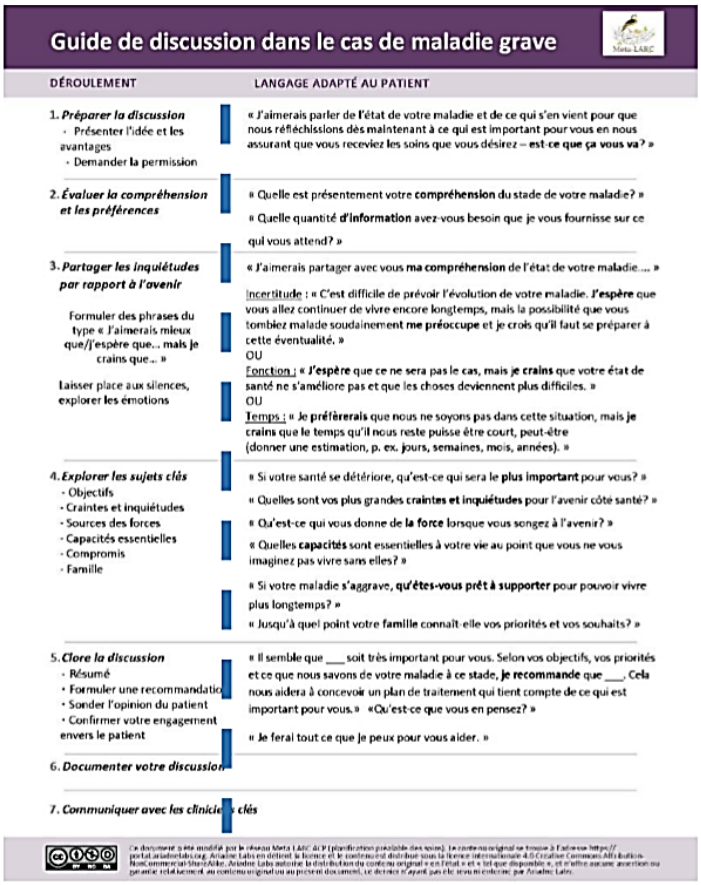
3. La **planification et l'organisation des soins** y sont abordées sous l'angle des objectifs de soins actuels et futurs, processus devant prendre assise dans la **discussion** entre l'équipe soignante, le patient et ses proches en vue d'un accord. La discussion concernant le niveau de soins devrait porter sur les préférences du patient pour des interventions cliniques spécifiques.

4. CONVERSATION - DISCUSSION

Cette section présente un ensemble d'outils sur la conversation afin de guider l'intervenant, le patient et ses proches dans cette démarche de réflexion et d'échanges sur les objectifs de soins et les niveaux de soins ancrés dans une décision éclairée et partagée.

Les équipes du *Ariadne Labs et Méta-LARC*[1] responsables du Programme de soins dans les cas de maladie grave propose un *guide de discussion* qui synthétise les commentaires de centaines de cliniciens et patients sur la façon la plus efficace de l'utiliser à partir des pratiques exemplaires en communication enseignées dans les dernières décennies.

Ce *guide de discussion* a été conçu pour encadrer des discussions à la fois efficaces et empreintes de compassion sur leurs valeurs, leurs objectifs et leurs préférences. Les questions qu'il contient n'ont rien de neuf et ne sont pas magiques, en fait, bien des cliniciens d'expérience les posent depuis longtemps pour faire ressortir les valeurs et objectifs de leurs patients mais, leur effet a été testé et le meilleur vocabulaire,tout comme l'enchaînement idéal, ont été cernés.



Guide de discussion dans le cas de maladie grave

DÉROULEMENT	LANGAGE ADAPTÉ AU PATIENT
1. ***Préparer la discussion*** · Présenter l'idée et les avantages · Demander la permission	« J'aimerais parler de l'état de votre maladie et de ce qui s'en vient pour que nous réfléchissions dès maintenant à ce qui est important pour vous en nous assurant que vous receviez les soins que vous désirez – **est-ce que ça vous va?** »
2. ***Évaluer la compréhension et les préférences***	« Quelle est présentement votre **compréhension** du stade de votre maladie? » « Quelle quantité **d'information** avez-vous besoin que je vous fournisse sur ce qui vous attend? »
3. ***Partager les inquiétudes par rapport à l'avenir*** Formuler des phrases du type « J'aimerais mieux que/j'espère que… **mais je** crains que… » Laisser place aux silences, explorer les émotions	« J'aimerais partager avec vous **ma compréhension** de l'état de votre maladie…. » Incertitude : « C'est difficile de prévoir l'évolution de votre maladie. **J'espère** que vous allez continuer de vivre encore longtemps, mais la possibilité que vous tombiez malade soudainement **me préoccupe** et je crois qu'il faut se préparer à cette éventualité. » OU Fonction : « **J'espère** que ce ne sera pas le cas, mais **je crains** que votre état de santé ne s'améliore pas et que les choses deviennent plus difficiles. » OU Temps : « **Je préférerais** que nous ne soyons pas dans cette situation, mais **je crains** que le temps qu'il nous reste puisse être court, peut-être (donner une estimation, p. ex. jours, semaines, mois, années). »
4. ***Explorer les sujets clés*** · Objectifs · Craintes et inquiétudes · Sources des forces · Capacités essentielles · Compromis · Famille	« Si votre santé se détériore, qu'est-ce qui sera le **plus important** pour vous? » « Quelles sont vos plus grandes **craintes et inquiétudes** pour l'avenir côté santé? » « Qu'est-ce qui vous donne de **la force** lorsque vous songez à l'avenir? » « Quelles **capacités** sont essentielles à votre vie au point que vous ne vous imaginez pas vivre sans elles? » « Si votre maladie s'aggrave, **qu'êtes-vous prêt à supporter** pour pouvoir vivre plus longtemps? » « Jusqu'à quel point votre **famille** connaît-elle vos priorités et vos souhaits? »
5. ***Clore la discussion*** · Résumé · Formuler une recommandation · Sonder l'opinion du patient · Confirmer votre engagement envers le patient	« Il semble que ___ soit très important pour vous. Selon vos objectifs, vos priorités et ce que nous savons de votre maladie à ce stade, **je recommande** que ___. Cela nous aidera à concevoir un plan de traitement qui tient compte de ce qui est important pour vous. » «Qu'est-ce que vous en pensez? » « Je ferai tout ce que je peux pour vous aider. »
6. ***Documenter votre discussion***	
7. ***Communiquer avec les clinici… clés***	

Ce document a été modifié par le réseau Meta LARC ACP (planification proactive des soins). Le contenu original se trouve à l'adresse https://portal.ariadnelabs.org. Ariadne Labs en détient la licence et le contenu est distribué sous la licence internationale 4.0 Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike. Ariadne Labs autorise la distribution du contenu original « en l'état » et « tel que disponible », et n'offre aucune assertion ou garantie relativement au contenu original ou au présent document. Ce dernier n'ayant pas été soumis/entériné par Ariadne Labs.

[1] *Ariadne Labs et Méta LARC : Équipes de recherche sur la décision partagée et le partage de connaissances*
https://www.ohsu.edu/oregon-rural-practice-based-research-network/meta-larc

Des conversations sur les objectifs de soins et les NIM sont parfois difficiles et exigent de gérer les émotions, particulièrement dans un contexte de la pandémie COVID-19. Il vous est proposé un *livre de référence* pour les cliniciens et un *Guide de discussion adapté à la COVID-19* en complément au Guide de discussions en cas de maladie grave. De plus, un outil sur la conversation en *téléconsultation* sera fort utile dans le contexte de la pandémie COVID-19. Afin de soutenir cette démarche sur la conversation un ensemble de vidéos en français et en anglais de courte durée sont disponibles dans *l'aide-mémoire*.

Faciliter la conversation : outils pour les personnes et leurs proches

Plusieurs outils s'adressant aux personnes et à leurs proches peuvent faciliter la conversation sur les niveaux de soins. Ces outils sont regroupés dans *l'aide-mémoire.* Nous vous présentons brièvement ces outils.

- Des capsules vidéo très brèves qui pourront avoir un impact positif chez les personnes et leurs proches
    - Discutons des niveaux de soins
    - Les cinq étapes de la planification préalable des soins
- Deux documents pour les personnes et leurs proches :
    - Discuter de l'avenir avec son médecin
    - Parler de votre maladie avec vos proches et votre personnel soignant
- L'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) présente un projet avec une *vidéo* sur *La réanimation cardiorespiratoire : soyons prêts à en parler*! Cette vidéo est accompagnée d'un questionnaire pour le patient et ses proches et doit être suivi d'une conversation avec un clinicien. À cet égard, un guide de discussion sur les NIM destiné au clinicien est aussi disponible.

5. CONVERSATION - FORMATION

Pour vous préparer à cette démarche, cette section présente des outils de formation ciblés sur la conversation lors de la détermination d'objectifs de soins avec la personne ayant des comorbidités ou une maladie grave pour ainsi conduire éventuellement à l'expression de ses volontés dans les niveaux de soins.

Plusieurs capsules vidéo en français ou en anglais sont mises à la disposition des cliniciens selon les besoins et le contexte de la conversation.

- Formation sur les niveaux de soins à l'heure de la COVID-19 : Plus nécessaire que jamais.
- Pour être à niveau…NIM en temps de COVID-19.
- Formation sur le Guide de discussion dans les cas de maladies graves (outils du Ariadne Labs et Meta-LARC).
- Formation sur la conversation.
- Formation sur la conversation dans le cas de maladie grave : Pourquoi une discussion?
- Formation sur la discussion en cas de maladie grave menée par un seul clinicien.
- Formation sur la discussion en cas de maladie grave menée par une équipe interprofessionnelle.

À chacun de vous d'utiliser les outils qui lui convient le mieux en cliquant *ici.*

6. SOUTIEN AUX PATIENTS ET À LEURS PROCHES

L'importance accordée à la continuité de la conversation est primordiale. Plusieurs outils sont présentés pour accompagner les personnes et leurs proches dans cette démarche. Le lien entre le clinicien et la personne et ses proches doit se maintenir. Toutefois, certaines personnes peuvent vivre une situation difficile et ont un besoin immédiat de soutien. Nous rappelons la ligne **Info-Social 811.**

Le 811 est le numéro de téléphone pour une consultation téléphonique gratuite et confidentielle.

- Des intervenants psychosociaux qualifiés sont disponibles 24 h sur 24 tous les jours de l'année pour répondre à votre appel.
- Ils peuvent vous soutenir, vous conseiller, vous donner une information ou vous référer aux ressources appropriées de la région.
- Au besoin, un intervenant pourrait se déplacer dans le milieu afin d'effectuer une intervention.

7. AIDE-MÉMOIRE

CONVERSATION – OBJECTIFS	AUTEURS	AUDITOIRE	DURÉE	LANGUE	LIENS
EXPRESSION DES VOLONTÉS					
Consentement aux soins	Collège des médecins et Barreau du Québec	Tous	Lecture	Français	*Le médecin et le consentement aux soins*
Directives médicales anticipées	Gouvernement du Québec	Tous	Lecture	Français/Anglais	*DMA*
Formulaire de niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire (AH-744 DT9261 [2016-01])	INESSS	Tous	Lecture	Français/Anglais	*Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire*
Formulaire de mandat de protection, proposé dans le site Web du Curateur public du Québec	Curateur publique	Tous	Lecture	Français/Anglais	*Mandat de protection*
FACILITER LA CONVERSATION					
Discutons des niveaux de soins	Geneviève Bois, md René Wittner	Tous	10 :00	Français	*NIM*
Les cinq étapes de la planification préalable des soins	Santé Canada	Patient/proches	10 :00	Français/Anglais	*Planification*
Discuter de l'avenir avec son médecin	Ariadne Labs adapté par Meta-LARC	Patient/proches	Lecture	Français	*Discuter avenir*
Parler de votre maladie avec vos proches et votre personnel soignant	Ariadne Labs adapté par Meta-LARC	Patient/proches	Lecture	Français	*Parler avec les proches*
FACILITER LA CONVERSATION – ICM					*Tous les documents ICM*
Powerpoint diffusion du vidéo	ICM	Cliniciens	Lecture	Français	*ICM*
Initier la conversation avec une vidéo RCR Doit être suivi d'une conversation avec le clinicien	ICM	Patient/proches cliniciens	7 :25	Français/Anglais	*Vidéo F* *Video A*
Questionnaire à l'attention des patients post vidéo	ICM	Patient/proches cliniciens	Lecture	Français/Anglais	*ICM*
Guide de discussion sur les niveaux de soins post vidéo	ICM	Patient/proches cliniciens	Lecture	Français	*ICM*
CONVERSATION				Français/Anglais	*Tous les documents Meta LARC - Conversation*
Guide de discussion / maladie grave	Ariadne Labs adapté par Meta-LARC	Tous	Lecture	Français	*Guide de discussion*

CONVERSATION – OBJECTIFS	AUTEURS	AUDITOIRE	DURÉE	LANGUE	LIENS
Livre de référence pour les cliniciens – gestion des émotions	Ariadne Labs adapté par Meta-LARC	Cliniciens	Lecture	Français	*Livre de référence*
Guide de discussion COVID-19 pour personnes à domicile – Directives anticipées	Ariadne Labs adapté par Meta-LARC	Cliniciens	Lecture	Français	*Guide de discussion adapté à la COVID 19*
Conversation en téléconsultation COVID-19 Telehealth Communication	Ariadne Labs adapté par Meta-LARC	Cliniciens	Lecture	Anglais	*Téléconsultation*
COVID-19 Recommendation Aid	Ariadne Labs	Cliniciens	Lecture	Anglais	*Recommandations*
FORMATION					
Formation sur les niveaux de soins à l'heure de la COVID-19 : Plus nécessaire que jamais Bureau éthique clinique Université Montréal	Mathieu Moreau, MD Delphine Roigt, avocate	Cliniciens	35 :00	Français	*NIM et COVID 19*
Pour être à niveau…NIM en temps de COVID-19	Anne Bhereur, MD CIUSSS Nord de l'Île	Cliniciens	Lecture	Français	*NIM et COVID 19 pwp*
Formation sur le guide de discussion dans les cas de maladies graves	Ariadne Labs adapté par Meta-LARC	Cliniciens	12 :48 F 13 :39 A	Français/Anglais	*Anatomie du Guide* *Anatomy of the Serious Illness Care Guide*
Formation sur la conversation	Ariadne Labs adapté par Meta-LARC	Cliniciens	6 :55 F 7 :31 A	Français/Anglais	*Introduction F* *Introduction A*
Formation sur la conversation dans le cas de maladie grave : Pourquoi une discussion	Ariadne Labs adapté par Meta-LARC	Cliniciens	10 :26 F 11 :02 A	Français/Anglais	*Pourquoi une discussion* *Why Serious Illness Conversations?*
Formation sur la discussion en cas de maladie grave menée par un seul clinicien	Ariadne Labs adapté par Meta-LARC	Cliniciens	9 :54 F/A	Français/Anglais	*Vidéo: Clinicien* *Clinician Video*
Formation sur la discussion en cas de maladie grave menée par une équipe interprofessionnelle	Ariadne Labs adapté par Meta-LARC	Cliniciens	14 :21 F/A	Français/Anglais	*Vidéo: Équipe* *Team Video*

Légende : F : français; A : Anglais

CONCLUSION

Le coffre à outils pour la conversation se veut évolutif. Même s'il a été développé pour répondre au contexte de la pandémie COVID-19 et plus spécifiquement pour les personnes vivant dans la communauté, il est souhaité que son contenu puisse être élargi pour rejoindre l'ensemble des situations cliniques et humaines, peu importe le milieu de soins. **De plus, il n'est pas superflu de rappeler que l'expression des volontés doit demeurer un impératif en tout temps**. Ainsi, au cours des prochains mois, cet élan devra être poursuivi et encouragé sur la base d'un partenariat solide et renouvelé, grâce à l'inclusion de nouveaux collaborateurs et d'outils pertinents et porteurs.

RÉFÉRENCES

Collège des médecins du Québec et Barreau du Québec, septembre 2018. *Le médecin et le consentement aux soins,* Québec : Collège des médecins, 79 p. http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux-soins.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2016. Les niveaux de soins : normes et standards de qualité. Guide rédigé par Michel Rossignol et Lucy Boothroyd. Québec, Qc : INESSS; 101p. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 24 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

Mesdames,
Messieurs,

Afin de diminuer les risques de contamination à la maladie à coronavirus COVID-19, des parents d'enfant majeur lourdement handicapé ont décidé d'interrompre la dispensation, par des travailleurs engagés dans le cadre de l'allocation directe/chèque emploi-service (AD/CES), de certains services de soutien à domicile requis pour répondre aux besoins de leur enfant et de les dispenser eux-mêmes. Dans ce contexte, il a été convenu d'offrir temporairement à ces parents la possibilité d'être eux-mêmes engagés dans le cadre de l'AD/CES pour effectuer, en partie ou en totalité, la dispensation des heures de services d'aide à domicile, soit les services d'aide aux activités de la vie domestique et les services d'assistance personnelle, habituellement rendue à l'enfant par un travailleur de l'AD/CES. La présente vise donc à vous transmettre les directives à l'égard de la mise en place de cette mesure effective, de manière non rétroactive, à partir de lundi le 27 avril 2020 et jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire.

Tout d'abord, pour être admissibles, les enfants majeurs lourdement handicapés doivent habiter sous le même toit que leurs parents et présenter un profil Iso-SMAF de 9 à 14. Toutefois, il est à noter qu'il pourrait être possible, en tenant compte du jugement clinique de l'intervenant, d'admettre des enfants majeurs lourdement handicapés qui présentent un profil Iso-SMAF différent.

Avant de permettre l'accès à la mesure, il importe que les établissements s'assurent de la capacité des parents de prendre en charge la dispensation des services à leur enfant sans risquer l'épuisement. Précisons, à cet effet, que les parents ne peuvent pas être engagés pour les heures de services prévues pour du répit.

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Les établissements doivent également s'assurer que les parents soient informés du statut de salarié qu'ils acquerront en devenant des employés de l'AD/CES et que la rémunération qui leur sera allouée sera imposable. Il est à noter que, comme il s'agit d'un revenu pour le parent, les retenues à la source s'appliquent pour les impôts, les cotisations liées au travail et les transferts sociofiscaux.

Par ailleurs, le taux horaire qui sera accordé aux parents qui souhaiteront bénéficier de cette mesure est le taux actuellement en vigueur dans leur région pour l'ensemble des travailleurs de l'AD/CES.

Ainsi, les parents concernés devront bien évaluer les impacts de cette décision sur leur situation particulière ainsi que les impacts sur leur accessibilité aux mesures d'aide d'urgence offertes par le gouvernement du Québec et le gouvernement fédéral pour faire face au contexte actuel de la pandémie. Afin de favoriser une prise de décision éclairée, les établissements sont invités à référer les familles vers les deux sites gouvernementaux officiels, lesquels contiennent l'ensemble des renseignements à jour sur les différentes mesures d'aide d'urgence mises en place.

Les renseignements concernant les mesures d'aide d'urgence du gouvernement du Québec sont disponibles à la page web suivante : https://www.quebec.ca/sante/ problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/?gclid=EAIaIQobChMIo9Xc6O3b6AIVTj0 MCh2ZbAtlEAAYASAAEgK7ZvD_BwE.

Les renseignements concernant les mesures d'aide d'urgence du gouvernement fédéral sont disponibles à la page web suivante : https://www.canada.ca/fr/ministere-finances/plan-intervention-economique.html.

Nous comptons sur votre collaboration pour diffuser ces renseignements aux différents intervenants de votre établissement concernés par la mise en place de cette mesure.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

c. c. PDGA des CISSS et des CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-03117

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 27 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU 450

Mesdames,
Messieurs,

Dans le contexte actuel, le ministère de la Santé et des Services sociaux souhaite que soient priorisés certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) désignés pour l'accès aux ressources posthospitalières, et donc pour la sortie de leurs usagers en niveau de soins alternatif (NSA).

Cette mise en priorité de certains CHSGS est établie à partir de critères spécifiques tels le taux d'occupation des civières, le taux d'occupation des lits dressés, le taux d'occupation des lits de soins intensifs, la proportion des lits occupés par des cas COVID-19 et la proportion des lits dressés occupés par des usagers en NSA.

Ainsi, chaque jour à la fin de l'avant-midi, la liste des centres hospitaliers qui doivent être mis en priorité pour l'accès aux ressources posthospitalières vous sera transmise par la Direction de la coordination ministérielle 514-450. Comme il est nécessaire que cette information circule rapidement vers les paliers opérationnels de vos organisations, nous vous recommandons de faire ajouter à la liste des destinataires de ce courriel des personnes clés de vos structures d'accès ou des adresses génériques.

Nous vous invitons donc à transmettre à madame Julie Parent-Taillon, à l'adresse suivante : julie.parent-taillon@msss.gouv.qc.ca, le nom des personnes qui doivent être ajoutées à la liste des destinataires de ce courriel quotidien.

En vous remerciant de votre collaboration, veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux du 450

N/Réf. : 20-MS-02908-44

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 27 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS DE RÉADAPTATION

Mesdames,
Messieurs,

En raison de la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19), plusieurs actions ont été déployées pour ajuster l'organisation des services et des milieux de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique (DP) ou des problèmes de santé physique (SP) en les encadrant par des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI).

Le 21 avril dernier, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a diffusé des directives pour les milieux de réadaptation désignés et non désignés COVID-19, avec des directives renforcées si ces derniers sont situés dans le même bâtiment qu'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Or, le MSSS note une diminution importante des admissions en réadaptation, de laquelle découle une augmentation du nombre d'usagers en attente de ces services occupant des lits dans les centres hospitaliers (CH).

Afin d'assurer une prise en charge rapide des usagers nécessitant des services de réadaptation et une disponibilité des lits en CH, le MSSS a mis à jour la fiche sur les programmes-services en DP, déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA) et sur la réadaptation en santé physique, transmise en pièce jointe.

La directive indiquant *qu'aucune admission dans l'installation ne sera permise pour une période de 14 jours suivant la déclaration d'un usager positif à la COVID-19* a été retirée. Il est donc possible de poursuivre les admissions dans les milieux de réadaptation non désignés COVID-19 pour les usagers dont le résultat du test COVID-19 est négatif à la sortie du CH, en respectant les règles déjà prévues :

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

1. Pour les milieux de réadaptation non désignés qui ne sont pas situés dans le même bâtiment qu'un CHSLD, à la suite d'un résultat négatif du dépistage à la COVID-19 à la sortie du CH : isoler l'usager à sa chambre pendant 14 jours.

2. Pour les milieux de réadaptation non désignés situés dans le même bâtiment qu'un CHSLD, à la suite d'un résultat négatif du dépistage à la COVID-19 à la sortie du CH :
   - si le milieu est conforme aux directives : isoler l'usager à sa chambre pendant 14 jours
   - si le milieu n'est pas conforme aux directives : orienter l'usager dans une zone tampon tiède où il recevra des services de réadaptation pendant une période de 14 jours. Puis, si le nouveau dépistage de l'usager s'avère négatif, il peut être admis dans le milieu de réadaptation situé dans le même bâtiment qu'un CHSLD.

Un usager qui devient COVID-19 positif doit être transféré en zone chaude, de façon temporaire jusqu'à son transfert dans un milieu de réadaptation désigné COVID-19. Ces directives vont de pair avec la mise en place de toutes les mesures requises pour amenuiser les risques d'introduction et de transmission de la COVID-19 dans une installation de soins.

Enfin, le MSSS rappelle que chaque établissement doit prévoir des zones tampons et des sites non traditionnels de réadaptation, chauds et froids, pour les usagers ne pouvant être admis dans les installations habituelles ou si les mesures de PCI ne peuvent être appliquées.

Nous profitons de l'occasion pour saluer le travail et la mobilisation du personnel au sein de vos établissements. Nous sommes reconnaissants de pouvoir compter sur votre essentielle collaboration.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. Membres du comité de direction, MSSS
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux et des établissements privés conventionnés de réadaptation

N/Réf. : 20-MS-02908-46

2020-04-27

À L'INTENTION DES GESTIONNAIRES DES PROGRAMMES-SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP), EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (DI-TSA) ET DES SERVICES EN RÉADAPTATION EN SANTÉ PHYSIQUE (SP) (INCLUANT LE VOLET GÉRIATRIQUE) DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET DES HÔPITAUX DE RÉADAPTATION

Les personnes ayant une déficience intellectuelle (DI), une déficience physique (DP) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et celles ayant une problématique de santé physique (SP) sont parmi les groupes vulnérables fragilisés par le contexte entourant la COVID-19. En effet, elles peuvent rencontrer des défis en ce qui a trait à la communication, leur compréhension de la situation ou leur capacité à se protéger. De plus, ces personnes, selon leur condition médicale, sont plus à risque de développer des complications à la suite de la contamination à la COVID-19 et leur prise en charge en soins aigus ou intensifs peut être plus complexe.

Les présentes consignes doivent s'appuyer sur le jugement clinique et tenir compte du profil de l'usager et de son environnement physique et humain. La sécurité et l'intégrité des personnes doivent être protégées en tout temps.

Les établissements doivent prendre les mesures nécessaires, adaptées selon les clientèles, pour s'assurer que tous les usagers et leurs proches comprennent la situation pandémique actuelle, prennent les moyens pour se protéger et, le cas échéant, soient dépistées et reçoivent les services appropriés.

Les établissements doivent respecter les mesures gouvernementales de protection et de contrôle des infections, notamment en matière d'hygiène, d'asepsie et de distanciation physique qu'importe le milieu où les services sont dispensés;

TABLE DES MATIÈRES

Consignes relatives à la prévention et de contrôle des infections (PCI) 3
Consignes relatives au nettoyage des lieux 3
Consignes relatives au personnel 4
Consignes cliniques générales 4
Références utiles 6
Annexe 1 : Directives pour les milieux de réadaptation désignés COVID-19 7
Annexe 2 : Directives pour les milieux de réadaptation non-désignés 11
Annexe 3 : Directives pour les milieux de réadaptation non-désignés situés dans le même bâtiment qu'un CHSLD 17
Annexe 4 : Directives pour les services externes de réadaptation 23
Annexe 5 : Activités essentielles en déficience physique (DP) 25
Annexe 6 : Activités essentielles en DI-TSA 33
Annexe 7 : Activités essentielles en santé physique (SP) 37
Annexe 8 : Trajectoire de l'usager rétabli du COVID-19 du milieu désigné vers un milieu non-désigné 40

Les directives spécifiques aux différents milieux de réadaptation sont décrites dans les annexes suivantes :

Annexe 1 – Directives pour les milieux de réadaptation désignés COVID-19

Annexe 2 – Directives pour les milieux de réadaptation non-désignés

Annexe 3 – Directives pour les milieux de réadaptation non-désignés situés dans les CHSLD

Annexe 4 – Directives pour les services externes de réadaptation

CONSIGNES RELATIVES À LA PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI)

- Afficher à plusieurs endroits les informations relatives au coronavirus et prévoir des moyens de communication adaptés aux besoins et aux caractéristiques des usagers (ex. : pictogrammes, grossissement des caractères) : https ://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/types/affiche
- Prévoir des mesures adaptées de prévention et de contrôle des infections (ex. : encadrement, compensation) pour les usagers qui ne seraient pas en mesure d'appliquer celles-ci de manière autonome;
- Se laver souvent les mains à l'eau tiède courante et au savon pendant au moins 20 secondes ou utiliser un désinfectant à base d'alcool;
- Éviter de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec les mains;
- Éternuer ou tousser dans un papier mouchoir ou dans sa manche (pli du coude, bras, creux de l'épaule). Jeter le mouchoir dès que possible et se laver les mains après s'être mouché. Ne pas toucher à d'autres personnes ou à des objets avant de s'être lavé les mains;
- Éviter le contact direct pour les salutations (poignées de main, accolades, etc);
- Proscrire tous les contacts entre les usagers;

Des formations sont disponibles sur l'Environnement numérique d'apprentissage provincial (ENA) à l'adresse https://www.inspq.qc.ca/covid-19/formations.

CONSIGNES RELATIVES AU NETTOYAGE DES LIEUX

- Procéder au nettoyage à l'aide de la solution recommandée par l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/publications
- Nettoyer les surfaces et les objets qui sont fréquemment touchés (ex. : poignées de porte, rampes, lumières, comptoirs, lavabos, tables, chaises, etc.), ainsi que toutes les aides techniques utilisées par les usagers ou celles utilisées dans le cadre des interventions (fauteuils roulants, cannes, déambulateurs, planches de transferts, etc.);
- Procéder également au nettoyage après la tenue d'une activité;
- Nettoyer dès qu'il y a des souillures (ex. : crachats, fluides corporels, etc.) sur les surfaces et les objets contaminés et désinfecter par la suite;

- Avoir des papiers-mouchoirs et des poubelles, vidées de façon régulière, en quantité suffisante et prévoir à ces dernières un couvercle au besoin (ex. : si elles risquent d'être fouillées). Le mécanisme d'ouverture du couvercle doit être sans toucher (ex. mécanisme d'ouverture avec une pédale).

CONSIGNES RELATIVES AU PERSONNEL

- S'assurer de l'application des mesures pour les travailleurs de la santé.
  - COVID-19 : Mesures pour les travailleurs de la santé lors de la prestation de soins à domicile : recommandations intérimaires.

    https://www.inspq.qc.ca/publications/2917-mesures-soins-domicile-covid19
  - Évaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID.

    https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-evaluation-risque-travailleurs-covid19
  - Recommandations pour la levée des mesures d'isolement -- Travailleurs de la santé.

    https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19

  Pour plus de détails sur la documentation développée par l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/publications

- Les bénévoles ne sont plus permis dans les installations.

CONSIGNES CLINIQUES GÉNÉRALES

- Adapter l'offre de services pour assurer la santé, l'intégrité et la sécurité des usagers, notamment afin de prévenir toute détérioration, en révisant la planification régulière des évaluations et des interventions pour offrir des services jugés essentiels en priorité;
- Prioriser les objectifs du plan d'intervention et les activités cliniques jugées essentielles pour l'usager, en privilégiant :
  - D'abord les mesures alternatives (exemples : télésanté, télé-réadaptation, suivis téléphoniques, suivis virtuels, etc.);
  - Si ce n'est pas possible d'actualiser ces mesures alternatives, privilégier l'offre de services à domicile;
  - En dernier recours, si incontournable et de manière exceptionnelle, réaliser l'intervention dans un plateau technique de l'établissement;
- Les usagers et les proches doivent être avisés de toute modification aux activités cliniques prévues ou décision prise en lien avec cette situation. Il doit être demandé aux usagers et leurs proches de communiquer avec l'établissement si des problématiques survenaient;

- S’assurer de répondre aux besoins des usagers dont la condition est chrono-dépendante à l’intérieur de la fenêtre d’opportunité liée à leur incapacité;
- Suspendre toutes les activités de groupes ou interactives entre usagers jusqu’à nouvel ordre;
- Les activités individuelles réalisées en gymnase peuvent être reprises à la condition du respect de toutes les mesures de prévention, en particulier en ce qui a trait à la protection des travailleurs de la santé;
- Suspendre toutes les activités socioprofessionnelles ou communautaires;
- Prévoir la mise en place de moyens de communication adaptés aux besoins et aux caractéristiques des usagers (ex. : personnes ayant une déficience auditive ou une déficience visuelle, personnes ayant une faible littératie);
- Pour les usagers ayant une DP, une DI ou un TSA positifs à la COVID-19 qui nécessitent des soins médicaux actifs en lien avec cette condition, les directions des programmes-services en DP et en DI-TSA doivent assurer un soutien clinique aux équipes hospitalières dans la réponse aux besoins spécifiques de ces personnes. Des approches favorables permettent d’optimiser la communication, les interactions sociales et la gestion du comportement de ces personnes. Ce soutien pourra s’actualiser à distance (ex. téléphone, télésanté) auprès des équipes hospitalières ou sous la forme de télé-réadaptation auprès de la personne ayant une DP, une DI ou un TSA;
- Dans le contexte exceptionnel de pandémie COVID-19, afin de favoriser la sortie des usagers en niveaux de soins alternatifs (NSA) dans les centres hospitaliers et le congé des usagers en fin d’épisode de réadaptation en URFI, favoriser les services de réadaptation à domicile en privilégiant les mesures suivantes :
  - Bonifier les services externes et faire les arrimages requis avec les équipes du soutien à domicile;
  - Assurer, au besoin, certains services spécifiques en collaboration avec les équipes de soutien à domicile et avec les équipes de soutien aux familles (milieu de vie naturel et milieux de vie substituts);
  - Mettre en place des mesures qui assurent la sécurité de l’usager et des intervenants qui travaillent dans le milieu de vie, notamment en :
    - Ajoutant, au besoin, du personnel (milieux de vie naturels et milieux de vie substituts);
    - Mettant en place, au besoin et en collaboration avec le milieu de vie, une programmation d’activités individuelles dans le milieu qui respectent les mesures socio-sanitaires imposées par le gouvernement;
  - Porter une attention particulière au transfert des usagers et aux arrimages entre les équipes cliniques des milieux concernés.

RÉFÉRENCES UTILES

Site web de Québec.ca :
https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/#c46383

Affiches et publications du MSSS :
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/sujets/covid-19?txt=

Recommandations pour l'intervention :
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/

Note : Les éléments mentionnés dans ce document s'appuient sur la connaissance actuelle de la maladie à coronavirus et des informations disponibles en date du 20 avril 2020. Des mises à jour pourraient être faites selon l'évolution de la situation, si requis.

ANNEXE 1 : DIRECTIVES POUR LES MILIEUX DE RÉADAPTATION DÉSIGNÉS COVID-19

Le milieu de réadaptation régional désigné vise à regrouper les usagers suspectées ou confirmées positifs à la COVID-19 qui nécessitent des services en URFI DP, en URFI SP et de réadaptation modérée et post-aiguë.

CONSIGNES RELATIVES À L'AMÉNAGEMENT DES LIEUX

- Respecter les critères du MSSS et de l'INSPQ pour la mise en place d'une zone chaude:

  https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/Zones-de-confinement-pour-les-soins-hospitaliers-2020-04-02.pdf

  https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.pdf

- Ne doit pas être situé dans le même bâtiment qu'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Offrir une situation géographique à proximité d'un centre hospitalier (CH) désigné;
- Instaurer des mesures de distanciation physique dans les aires communes. Disposer les lits, les chaises et les tables à distance minimale de 2 mètres, si possible, entre les usagers;
- Sécuriser le milieu de réadaptation désigné par la présence d'une barrière physique et d'un départage complet du personnel, c'est-à-dire par des lieux physiques complètement séparés et en s'assurant d'aucun échange entre cette zone chaude et une zone froide, par le matériel ou par l'ensemble du personnel;
- S'assurer que les espaces fonctionnels (réserves de matériel, zones pour la collecte des repas qui sont amenés aux usagers, zones de repas pour les employés, bureaux de travail, pharmacie, etc.) soient dédiés à une seule clientèle;
- S'assurer que les espaces communs et les toilettes ne sont pas partagés par deux clientèles, ni par le personnel.

CONSIGNES RELATIVES À L'ADMISSION ET À LA PRESTATION DES SERVICES

- Effectuer les admissions des usagers dépistés positifs à la COVID-19 7 jours sur 7, selon une plage horaire de 8h à 22h.
- Assurer la couverture médicale 24 heures sur 24, 7 jours sur 7;
- Disposer d'une procédure établie pour encadrer les interventions de réadaptation afin que celles-ci soient réalisées en respect des règles de prévention et de contrôle des infections (PCI);
- Assurer la présence de personnel qualifié pour prodiguer des soins aigus, au besoin assurer la formation du personnel;

- S'assurer que les membres du personnel soient en contact uniquement avec les autres membres du personnel qui s'occupent de la même clientèle. S'assurer que le matériel de soins n'est pas partagé par deux clientèles, ni par le personnel.

COORDINATION DU TRANSFERT DES USAGERS DÉPISTÉS POSITIFS À LA COVID-19

Tous les transferts des usagers COVID-19 positifs nécessitant une hospitalisation ou un épisode de réadaptation en milieu de réadaptation désigné sont coordonnés par le Centre d'optimisation occupation des lits de soins intensifs (COOLSI), à l'exception de l'obstétrique, la pédiatrie et de la néonatalogie qui sont coordonnées par le Centre de Coordination en Périnatalogie au Québec (CCPQ).

Les centres hospitaliers et les milieux de réadaptation désignés ont l'obligation d'accepter le transfert du COOLSI. Aucun refus n'est possible.

Planification et coordination du transfert

- **À partir du milieu de réadaptation désigné vers le centre hospitalier désigné OU à partir du milieu de réadaptation non-désigné vers le milieu de réadaptation désigné**

  Le médecin du centre demandeur doit appeler le COOLSI au 514-890-8084 ou au 1-877-990-8084.

- **À partir du centre hospitalier vers un milieu de réadaptation désigné**

  Transmission de la demande de réadaptation au mécanisme d'accès aux services de réadaptation. Une fois la demande analysée et acceptée par le mécanisme d'accès aux services de réadaptation, ce dernier la transmet au COOLSI par courriel à l'adresse coolsi.chum@ssss.gouv.qc.ca. Le COOLSI oriente alors l'usager vers le milieu de réadaptation désigné.

- Une fois la demande traitée par le COOLSI et le transfert confirmé, le centre demandeur est responsable d'effectuer la demande de transport et de communiquer avec le centre receveur.
- Si détérioration importante : appeler le 911.

Planification du transport

- Le déplacement des usagers doit être fait en fonction de la condition clinique de l'usager. Les transports alternatifs (transport adapté, taxi, etc.) doivent être privilégiés avant d'envisager le transport par ambulance.

  Si le patient doit être transféré par ambulance :

  - Le centre demandeur est responsable d'effectuer la demande de transport. Afin d'optimiser l'utilisation des ressources ambulancières, celle-ci doit être idéalement faite au moins 24 heures à l'avance au centre de communication santé (CCS) du territoire qui dessert le centre demandeur;

- Si le déplacement doit être fait dans la même journée que la demande, prévoir un délai d'au moins quatre (4) heures à six (6) heures entre la demande et le transport. Ce genre de transport pour les services préhospitaliers ne constitue pas une urgence. Ce délai pourrait s'allonger en fonction des différentes phases du plan de contingence en situation de pandémie;
- Advenant le cas où la condition clinique de l'usager présente une détérioration importante de son état, le centre demandeur doit rappeler au CCS afin de faire modifier la priorité d'affectation de sa demande initiale.

Obligations des milieux de réadaptation désignés

- Les milieux de réadaptation désignés doivent transmettre à 7h30 chaque matin la mise à jour des informations suivantes dans le fichier fourni par le COOLSI à l'adresse coolsi.chum@ssss.gouv.qc.ca:
  - la disponibilité des lits;
  - les coordonnées du médecin de référence pour la journée.

CONSIGNES RELATIVES AUX VISITES ET AUX COMMUNICATIONS

- Toutes les visites aux usagers sont proscrites dans les milieux de réadaptation non-désignés et dans les RAC;
- Seules les visites ou sorties essentielles à l'intervention et au suivi clinique des usagers le nécessitant demeurent autorisées;
- Afin de maintenir le lien entre l'usager et ses proches, encourager l'utilisation de moyens de communication alternatifs (ex. : téléphonique ou virtuels);
- La communication des équipes avec les familles et les représentants légaux (parents, tuteurs, curateurs) des usagers doit être maintenue, voire accentuée, afin de les informer adéquatement, et ce que l'usager soit ou non infecté ou en isolement.
- Les congés temporaires sont suspendus considérant la vulnérabilité importante des usagers, car ils augmentent considérablement les risques de propagation au retour de la personne dans le milieu.

DÉTERMINATION DU NIVEAU DE SOINS

- Le niveau de soins doit être déterminé pour tous les usagers;
- La détermination du niveau de soins permettra de faciliter les décisions relatives au transfert de l'usager et d'orienter celui-ci vers le milieu adapté à ses besoins, advenant que sa condition le requiert;
- Les volontés exprimées par l'usager orienteront les soins et guideront le choix des interventions thérapeutiques. L'expression de celles-ci doit découler d'une discussion entre l'usager ou son représentant et le médecin concernant l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins qui peuvent s'offrir à lui et leurs conséquences. Les niveaux de soins se définissent ainsi :
  - Niveau A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires.

- Niveau B : Prolonger la vie par des soins limités.
- Niveau C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie.
- Niveau D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie.

Pour plus de détails sur les niveaux de soins : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

CONSIGNES POUR LES SOINS AIGUS, PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

En lien avec la pandémie actuelle, tous les milieux de réadaptation, qu'ils soient désignés pour la COVID-19 ou non, doivent mettre en place diverses mesures exceptionnelles afin de traiter les usagers qui ne pourront pas être transférés vers un autre milieu et, au besoin, leur assurer une fin de vie dans la dignité.

- L'établissement doit être en mesure de dispenser des soins infirmiers en continu ainsi que de recourir à une équipe dédiée et formée pour intervenir. Une recension des professionnels étant en mesure de dispenser des soins aigus ainsi que des soins palliatifs au besoin est recommandée. De plus, prévoir un transfert de connaissances aux professionnels qui en auront besoin afin qu'ils soient en mesure d'offrir ces soins si la situation le requiert.
- Un médecin de garde doit être disponible en tout temps afin d'assurer un soutien à l'équipe, coordonner les transferts vers d'autres établissements et au besoin, faire le suivi des soins palliatifs.
- Les différentes technologies doivent être utilisées pour maintenir le lien de l'usager avec ses proches tout en réduisant le risque de propagation de la COVID-19.
- Les différentes technologies doivent être utilisées dans la dispensation des soins pour soutenir les professionnels dans la gestion des symptômes ou tout autre besoin relié aux soins des usagers.

Soins palliatifs et soins de fin de vie

- La Loi concernant les soins de fin de vie (2014, chapitre 2) prévoit que tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. En cette période de pandémie, il est donc prioritaire de prévoir l'arrimage de votre établissement avec les programmes et procédures qui sont en vigueur dans votre CISSS-CIUSSS. De plus, faire les liens nécessaires avec les conseillers en soins infirmiers de votre territoire pour avoir accès aux protocoles et obtenir le soutien requis.
- Toutes les personnes en soins palliatifs et de fin de vie doivent avoir un niveau de soins à jour. Le formulaire doit être signé par un médecin.
- Dans le cas de la fin de vie imminente, souvent annoncée par des signes non spécifiques telles l'agitation, la somnolence, l'angoisse, les modifications de la peau et aussi par l'apparition de signes de détresse respiratoire dans les derniers jours, les directives du MSSS s'appliquent : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/soins-palliatifs-et-de-fin-de-vie/.

ANNEXE 2 : DIRECTIVES POUR LES MILIEUX DE RÉADAPTATION NON-DÉSIGNÉS

Les milieux de réadaptation non désignés qui ne sont pas situés dans le même bâtiment qu'un CHSLD peuvent admettre des usagers ayant reçu un résultat négatif à un test de dépistage de la COVID-19 à la sortie du CH. Des directives particulières concernent les milieux situés dans le même bâtiment qu'un CHSLD (annexe 3).

CONSIGNES GÉNÉRALES

- A l'admission, procéder à l'isolement préventif de l'usager à la chambre pendant 14 jours. L'équipe doit :
  - Prioriser les services et les soins à la chambre;
  - Assurer une surveillance quotidienne des symptômes associés à la COVID-19 pendant la période d'isolement. Une attention particulière doit être portée aux usagers qui ne seraient pas en mesure de percevoir ou de nommer la présence de symptômes, le cas échéant;
  - Utiliser le matériel recommandé par l'INSPQ;
  - Limiter les déplacements de l'usager hors de sa chambre à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales. Lors de ces déplacements, l'usager doit porter un masque de procédure et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre;
  - Encourager l'usager exposé à pratiquer l'hygiène des mains, ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoire;
- Si un usager développe des symptômes associés à la COVID-19 au cours de son séjour en milieu de réadaptation non-désigné, s'il y a présence d'une éclosion potentielle d'infection respiratoire (au moins 2 cas) ou lors d'un décès inattendu avec une cause respiratoire infectieuse suspectée, il doit y avoir un dépistage de la COVID-19.
  - Procéder au transfert des usagers dans la zone chaude dès l'apparition des symptômes;
  - Assurer quotidiennement une surveillance des signes et symptômes typiques et atypiques pour tous les usagers de la zone chaude;
  - Respecter le niveau de soins déterminé avec l'usager;
  - Procéder au transfert de l'usager:
    - Vers le milieu de réadaptation désigné COVID-19 de la région s'il est en mesure de poursuivre la réadaptation aussitôt qu'il est stabilisé pour le transfert;
    - Vers le CH désigné selon les modalités prévues localement ou régionalement si sa condition médicale l'exige.
- ~~Si un usager est dépisté positif à la COVID-19 dans le milieu de réadaptation non-désigné, il doit s'ensuivre une période de 14 jours où toute admission dans cette installation doit être suspendue.~~
- Pour les usagers répondant à la définition d'exposition potentielle :

- surveiller quotidiennement les symptômes associés à la COVID-19 pendant les 14 jours suivant le dernier contact avec le cas symptomatique;
- limiter les déplacements de l'usager hors de sa chambre à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales. Lors de ces déplacements, l'usager doit porter un masque de procédure et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre;
- encourager l'usager exposé à pratiquer l'hygiène des mains, ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoire;

Pour les mesures et le matériel recommandés, voir les recommandations de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/publications.

CONSIGNES RELATIVES À L'AMÉNAGEMENT DES LIEUX

- Toutes les URFI en DP, en SP et les unités de réadaptation modérée doivent établir des zones chaudes et froides. Les zones chaudes permettent d'installer, dans l'attente de leur transfert en milieu de réadaptation désignée, les personnes développant des symptômes ou devenant confirmées à la COVID-19 en cours d'épisode de réadaptation.

  Pour plus de détails sur les zones chaudes et froides, veuillez consulter les documents suivants :
  - https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/Zones-de-confinement-pour-les-soins-hospitaliers-2020-04-02.pdf
  - https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.pdf
- Prévoir une limitation de la circulation à l'intérieur et à l'extérieur de l'installation (rappel des mesures à respecter, enseignes, portes barrées ou surveillance des entrées et sorties selon le milieu de vie, etc.);
- Instaurer des mesures de distanciation physique dans les aires communes. Disposer les lits, les chaises et les tables à distance minimale de 2 mètres, si possible, entre les usagers.
- Si le milieu de réadaptation non-désigné accueille également des usagers recevant une prestation de services en externe dans les salles de traitement ou sur les plateaux techniques :
  - Délimiter des zones dédiées pour la clientèle interne et pour la clientèle externe.
  - Empêcher l'accès aux zones dédiées pour la clientèle interne aux usagers externes. Des affiches, des barrières physiques (portes barrées, étages distincts, etc.), de la surveillance supplémentaire ou d'autres moyens doivent être mis en place pour faire respecter cette consigne en présence de résidents ayant des troubles cognitifs.
  - Les usagers externes ne doivent pas circuler à proximité des usagers en interne. Il peut être nécessaire d'identifier des trajets ou des corridors réservés aux usagers internes pour qu'elles puissent se rendre dans les salles de traitement.
  - S'assurer que les membres du personnel sont en contact avec une seule des deux clientèles (incluant le personnel d'entretien ménager).

- S’assurer que les membres du personnel soient en contact uniquement avec les autres membres du personnel qui s’occupent de la même clientèle. S’assurer que les espaces fonctionnels (réserves de matériel, zones pour la collecte des repas qui sont amenés aux usagers, etc.) soient dédiés à une seule clientèle.
- S’assurer que les espaces communs ne sont pas partagés par les deux clientèles. (Limiter l’utilisation des espaces communs pour les deux clientèles.)
- S’assurer que les toilettes ne sont pas partagées par les deux clientèles.
- S’assurer que le matériel de soins n’est pas partagé par les deux clientèles.
- Veiller au respect de la distanciation physique de deux mètres entre tous les usagers (entre eux) et entre tous les membres du personnel (entre eux).
- S’assurer d’aménager ces lieux ou les horaires en dédiant des salles réservées aux personnes qui sont admises à l’interne vs les personnes qui viennent en consultation externe.

CONSIGNES CLINIQUES

- S’assurer que le personnel, les locaux et les plateaux techniques soient mis à la disposition des usagers requérant des soins et services de réadaptation à la suite de leur libération des unités de soins post-aigus ou du centre hospitalier;
- Libérer précocement les usagers qui ont atteint un niveau de réadaptation permettant un suivi par des équipes de réadaptation externe et des équipes de soutien à domicile;
- Selon le profil de la clientèle, prévoir une gestion potentielle des insatisfactions et des conflits générés par le confinement dans le milieu d’hébergement, particulièrement auprès des usagers manifestant un trouble du comportement ou un trouble grave du comportement.

COORDINATION DU TRANSFERT DES USAGERS DÉPISTÉS POSITIFS À LA COVID-19

Tous les transferts des usagers COVID-19 positifs nécessitant une hospitalisation ou un épisode de réadaptation en milieu de réadaptation désigné sont coordonnés par le Centre d’optimisation occupation des lits de soins intensifs (COOLSI), à l’exception de l’obstétrique, la pédiatrie et de la néonatalogie qui sont coordonnées par le Centre de Coordination en Périnatalogie au Québec (CCPQ).

Planification et coordination du transfert à partir du milieu de réadaptation non-désigné vers le centre hospitalier désigné ou vers le milieu de réadaptation désigné :

- Le médecin du centre demandeur doit appeler le COOLSI au 514-890-8084 ou au 1-877-990-8084.
- Une fois la demande traitée par le COOLSI et le transfert confirmé, le centre demandeur est responsable d'effectuer la demande de transport et de communiquer avec le centre receveur.
- Les centres hospitaliers et les milieux de réadaptation désignés ont l’obligation d’accepter le transfert.

- Si détérioration importante : appeler le 911.

Planification du transport

- Le déplacement des usagers doit être fait en fonction de la condition clinique de l'usager. Les transports alternatifs (transport adapté, taxi, etc.) doivent être privilégiés avant d'envisager le transport par ambulance.

  Si le patient doit être transféré par ambulance :

  - Le centre demandeur est responsable d'effectuer la demande de transport. Afin d'optimiser l'utilisation des ressources ambulancières, celle-ci doit être idéalement faite au moins 24 heures à l'avance au centre de communication santé (CCS) du territoire qui dessert le centre demandeur;
  - Si le déplacement doit être fait dans la même journée que la demande, prévoir un délai d'au moins quatre (4) heures à six (6) heures entre la demande et le transport. Ce genre de transport pour les services préhospitaliers ne constitue pas une urgence. Ce délai pourrait s'allonger en fonction des différentes phases du plan de contingence en situation de pandémie;
  - Advenant le cas où la condition clinique de l'usager présente une détérioration importante de son état, le centre demandeur doit rappeler au CCS afin de faire modifier la priorité d'affectation de sa demande initiale.

CONSIGNES RELATIVES AUX VISITES ET AUX COMMUNICATIONS

- Toutes les visites aux usagers sont proscrites dans les milieux de réadaptation non-désignés et dans les RAC;
- Seules les visites ou sorties essentielles à l'intervention et au suivi clinique des usagers le nécessitant demeurent autorisées;
- Afin de maintenir le lien entre l'usager et ses proches, encourager l'utilisation de moyens de communication alternatifs (ex. : téléphonique ou virtuels);
- La communication des équipes avec les familles et les représentants légaux (parents, tuteurs, curateurs) des usagers doit être maintenue, voire accentuée, afin de les informer adéquatement, et ce que l'usager soit ou non infecté ou en isolement.
- Les congés temporaires sont suspendus considérant la vulnérabilité importante des usagers, car ils augmentent considérablement les risques de propagation au retour de la personne dans le milieu.

DÉTERMINATION DU NIVEAU DE SOINS

- Le niveau de soins doit être déterminé pour tous les usagers;
- La détermination du niveau de soins permettra de faciliter les décisions relatives au transfert de l'usager et d'orienter celui-ci vers le milieu adapté à ses besoins, advenant que sa condition le requiert;
- Les volontés exprimées par l'usager orienteront les soins et guideront le choix des interventions thérapeutiques. L'expression de celles-ci doit découler d'une discussion

entre l'usager ou son représentant et le médecin concernant l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins qui peuvent s'offrir à lui et leurs conséquences. Les niveaux de soins se définissent ainsi[1] ;

- Niveau A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires.
- Niveau B : Prolonger la vie par des soins limités.
- Niveau C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie.
- Niveau D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie.

Pour plus de détails sur les niveaux de soins, veuillez consulter le document suivant : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

CONSIGNES POUR LES SOINS AIGUS, PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

En lien avec la pandémie actuelle, tous les milieux de réadaptation, qu'ils soient désignés pour la COVID-19 ou non, doivent mettre en place diverses mesures exceptionnelles afin de traiter les usagers qui ne pourront pas être transférés vers un autre milieu et, au besoin, leur assurer une fin de vie dans la dignité.

- L'établissement doit être en mesure de dispenser des soins infirmiers en continu ainsi que de recourir à une équipe dédiée et formée pour intervenir. Une recension des professionnels étant en mesure de dispenser des soins aigus ainsi que des soins palliatifs au besoin est recommandée. De plus, prévoir un transfert de connaissances aux professionnels qui en auront besoin afin qu'ils soient en mesure d'offrir ces soins si la situation le requiert.
- Un médecin de garde doit être disponible en tout temps afin d'assurer un soutien à l'équipe, coordonner les transferts vers d'autres établissements et au besoin, faire le suivi des soins palliatifs.
- Les différentes technologies doivent être utilisées pour maintenir le lien de l'usager avec ses proches tout en réduisant le risque de propagation de la COVID-19.
- Les différentes technologies doivent être utilisées dans la dispensation des soins pour soutenir les professionnels dans la gestion des symptômes ou tout autre besoin relié aux soins des usagers.

Soins palliatifs et soins de fin de vie

- La Loi concernant les soins de fin de vie (2014, chapitre 2) prévoit que tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. En cette période de pandémie, il est donc prioritaire de prévoir l'arrimage de votre établissement avec les programmes et procédures qui sont en vigueur dans votre CISSS-CIUSSS. De plus, faire les liens nécessaires avec les conseillers en soins infirmiers de votre territoire pour avoir accès aux protocoles et obtenir le soutien requis.

[1] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2016). Les niveaux de soins. Normes en standards. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

- Toutes les personnes en soins palliatifs et de fin de vie doivent avoir un niveau de soins à jour. Le formulaire doit être signé par un médecin.
- Dans le cas de la fin de vie imminente, souvent annoncée par des signes non spécifiques telles l'agitation, la somnolence, l'angoisse, les modifications de la peau et aussi par l'apparition de signes de détresse respiratoire dans les derniers jours, les directives du MSSS s'appliquent : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/soins-palliatifs-et-de-fin-de-vie/.

ANNEXE 3 : DIRECTIVES POUR LES MILIEUX DE RÉADAPTATION NON-DÉSIGNÉS SITUÉS DANS LE MÊME BÂTIMENT QU'UN CHSLD

Au Québec, certains milieux de réadaptation sont situés dans le même bâtiment qu'un CHSLD, bien que les missions de ces deux entités soient différentes. La clientèle des CHSLD est vulnérable à l'infection à la COVID-19. Les résidents infectés sont à risque élevé de développer des complications, de nécessiter une hospitalisation, voire de décéder. De nombreuses éclosions de COVID-19 se sont déclarées dans des CHSLD au Québec depuis les dernières semaines. De ce fait, plusieurs mesures ont été mises en place pour prévenir la survenue de nouveaux cas dans les CHSLD.

Les mesures présentées dans cette annexe doivent être mises en place pour éviter une transmission de l'infection aux résidents d'un CHSLD qui se trouvent dans le même bâtiment et éviter toute propagation dans le milieu de réadaptation.

IMPORTANT : directives pour les milieux de réadaptation non-désignés situés en CHSLD ne pouvant pas appliquer les directives de la présente annexe

Aucune admission directement à partir du CH.

Avant toute admission dans un milieu réadaptation situé dans le même bâtiment qu'un CHSLD :

- l'usager asymptomatique et testé négatif à la COVID-19 à la sortie du CH doit être orienté dans une zone tampon tiède où il recevra des services de réadaptation;
- isolement de 14 jours à la chambre et EPI complet;
- après 14 jours, un deuxième test de dépistage est fait. S'il s'avère négatif, l'usager peut être orienté vers le milieu de réadaptation non désigné situé dans le même bâtiment qu'un CHLSD.

Si l'usager développe des symptômes lors du séjour en zone tampon tiède, il doit être orienté vers la zone tampon chaude et être dépisté. Si le résultat du dépistage s'avère positif, l'usager doit être transféré dans un milieu de réadaptation désigné COVID-19.

MESURES OBLIGATOIRES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS POUR LA POURSUITE DES ADMISSIONS EN MILIEU DE RÉADAPTATION SITUÉ DANS LE MÊME BÂTIMENT QU'UN CHSLD[2]

Toutes les mesures suivantes doivent être mise en place afin de poursuivre les admissions dans ces milieux directement à partir du CH. Si l'une de ces mesures ne peut être appliquée, l'usager doit d'abord être orienté vers une zone tampon tiède (voir ci-haut).

Mesures relatives à l'aménagement des lieux pour interdire les contacts potentiels entre le personnel et les usagers en réadaptation avec le personnel et les résidents ou visiteurs du CHSLD (incluant les contacts indirects via du personnel commun)

- Sécuriser le milieu de réadaptation situé en CHSLD par la présence d'une barrière physique et d'un départage complet du personnel, c'est-à-dire par des lieux physiques complètement séparés et en s'assurant d'aucun échange entre les deux secteurs ni par l'ensemble du personnel. En l'absence de ces éléments, aucune admission n'est possible.
- Prévoir et sécuriser une zone chaude pour l'accueil des usagers qui pourraient développer des symptômes associés à la COVID-19 ou pour les usagers dépistés positifs en attente de leur transfert vers un milieu de réadaptation désigné COVID-19.
- Le milieu de réadaptation situé dans le même bâtiment qu'un CHSLD doit être un milieu froid. Le CHSLD doit également être un milieu froid.
- L'entrée du CHSLD doit être distincte de celle du milieu de réadaptation.
- Délimiter des zones dédiées pour la réadaptation et des zones dédiées pour le CHSLD.
- Les services externes offerts en milieu de réadaptation situé dans le même bâtiment qu'un CHSLD doivent être offerts à domicile.
- Appliquer les mêmes mesures d'hygiène et de salubrité dans le milieu de réadaptation que celles qui sont recommandées pour les CHSLD (fréquence du nettoyage des surfaces, produits utilisés, etc.).
- Instaurer des mesures de distanciation physique dans les aires communes. Disposer les lits, les chaises et les tables à distance minimale de 2 mètres, si possible, entre les usagers.
- Empêcher l'accès aux zones dédiées pour la réadaptation aux résidents ou aux visiteurs des CHSLD. Des affiches, des barrières physiques (portes barrées, étages distincts, etc.), de la surveillance supplémentaire ou d'autres moyens doivent être mis en place pour faire respecter cette consigne en présence de résidents ayant des troubles cognitifs.
- Empêcher l'accès aux zones dédiées pour le CHSLD aux personnes en réadaptation. Les personnes en réadaptation ne doivent pas circuler à proximité des résidents ou des visiteurs des CHSLD. Ainsi, des corridors doivent être réservés aux personnes en réadaptation pour qu'elles puissent se rendre dans les salles de traitement.

[2] Source : Recommandations de la Direction générale de la santé publique du MSSS et de l'Institut national de santé publique du Québec (version du 13 avril 2020)

- S’assurer que les membres du personnel sont en contact avec une seule des deux clientèles (incluant le personnel d’entretien ménager).
- S’assurer que les membres du personnel soient en contact uniquement avec les autres membres du personnel qui s’occupent de la même clientèle. S’assurer que les espaces fonctionnels (réserves de matériel, zones pour la collecte des repas qui sont amenés aux usagers, zones de repas pour les employés, bureaux de travail, pharmacie, etc.) soient dédiés à une seule clientèle.
- S’assurer que les espaces communs ne sont pas partagés par les deux clientèles, ni par le personnel.
- S’assurer que les toilettes ne sont pas partagées par les deux clientèles, ni par le personnel.
- S’assurer que le matériel de soins n’est pas partagé par les deux clientèles, ni par le personnel.

Avant l’admission

- Lorsqu’une place est disponible dans deux milieux de réadaptation situés à une distance raisonnable du lieu de résidence de la personne, prioriser l’admission de la personne dans le milieu de réadaptation qui n’est pas situé dans un CHSLD.
- Limiter les admissions dans les milieux de réadaptation situés dans un CHSLD aux admissions essentielles. Toutes les admissions qui peuvent être reportées sans altérer le potentiel de réadaptation de la personne devraient être reportées.
- Dépister la personne pour la COVID-19 dans les 48 heures précédant l’admission de la personne. En présence d’un négatif, permettre l’admission.
- En présence d’un résultat positif avec la COVID-19, orienter la personne vers un milieu de réadaptation désigné COVID-19.

À l’admission et au cours de l’épisode de réadaptation

- Pendant les 14 premiers jours suivant l’admission, procéder à un isolement à la chambre et limiter les déplacements de la personne à l’extérieur :
  - Les professionnels de la santé doivent venir rencontrer l’usager à sa chambre sauf si le matériel médical nécessaire ne peut être déplacé.
  - Privilégier la réalisation des examens et des procédures thérapeutiques dans la chambre de la personne lorsque cela est possible.
  - La personne doit porter un masque de procédure lorsqu’elle quitte sa chambre.

- S’assurer que le personnel applique les précautions additionnelles gouttelettes-contact (masque de procédure, protection oculaire, blouse, gants) pendant les 14 jours suivant l’admission de la personne, et ce, même si un test négatif est obtenu à l’admission. En effet, un résultat négatif n’exclut pas que la personne soit en période d’incubation.
- Effectuer les interventions de réadaptation à distance en utilisant les technologies requises dans toutes les situations pour lesquelles les professionnels de la santé jugent qu’il s’agit d’une solution cliniquement adéquate.
- La personne doit demeurer dans le milieu de réadaptation situé dans un CHSLD pendant toute la durée de la réadaptation.

- Installer la personne en zone chaude dès la réception d'un résultat positif ou si des symptômes compatibles avec la COVID-19 apparaissent.
  - ~~**Aucune admission dans l'installation ne sera permise pour une période de 14 jours suivant la déclaration d'un usager positif à la COVID-19.**~~
- S'assurer que tous les professionnels de la santé qui s'approchent à moins de 2 mètres d'une personne en réadaptation portent un masque de procédure en continu.
- Veiller au respect de la distanciation physique de deux mètres entre tous les usagers (entre eux) et entre tous les membres du personnel (entre eux).
- S'assurer de l'utilisation adéquate des EPI.

CONSIGNES RELATIVES AUX VISITES ET AUX COMMUNICATIONS

- Toutes les visites aux usagers sont proscrites dans les milieux de réadaptation non-désignés et dans les RAC;
- Seules les visites ou sorties essentielles à l'intervention et au suivi clinique des usagers le nécessitant demeurent autorisées;
- Afin de maintenir le lien entre l'usager et ses proches, encourager l'utilisation de moyens de communication alternatifs (ex. : téléphonique ou virtuels);
- La communication des équipes avec les familles et les représentants légaux (parents, tuteurs, curateurs) des usagers doit être maintenue, voire accentuée, afin de les informer adéquatement, et ce que l'usager soit ou non infecté ou en isolement.
- Les congés temporaires sont suspendus considérant la vulnérabilité importante des usagers, car ils augmentent considérablement les risques de propagation au retour de la personne dans le milieu.

COORDINATION DU TRANSFERT DES USAGERS DÉPISTÉS POSITIFS À LA COVID-19

Tous les transferts des usagers COVID-19 positifs nécessitant une hospitalisation ou un épisode de réadaptation en milieu de réadaptation désigné sont coordonnés par le Centre d'optimisation occupation des lits de soins intensifs (COOLSI), à l'exception de l'obstétrique, la pédiatrie et de la néonatalogie qui sont coordonnées par le Centre de Coordination en Périnatalogie au Québec (CCPQ).

Planification et coordination du transfert à partir du milieu de réadaptation non-désigné vers le centre hospitalier désigné ou vers le milieu de réadaptation désigné :

- Le médecin du centre demandeur doit appeler le COOLSI au 514-890-8084 ou au 1-877-990-8084.
- Une fois la demande traitée par le COOLSI et le transfert confirmé, le centre demandeur est responsable d'effectuer la demande de transport et de communiquer avec le centre receveur.
- Les centres hospitaliers et les milieux de réadaptation désignés ont l'obligation d'accepter le transfert.
- Si détérioration importante : appeler le 911.

Planification du transport

- Le déplacement des usagers doit être fait en fonction de la condition clinique de l'usager. Les transports alternatifs (transport adapté, taxi, etc.) doivent être privilégiés avant d'envisager le transport par ambulance.

  Si le patient doit être transféré par ambulance :

  - Le centre demandeur est responsable d'effectuer la demande de transport. Afin d'optimiser l'utilisation des ressources ambulancières, celle-ci doit être idéalement faite au moins 24 heures à l'avance au centre de communication santé (CCS) du territoire qui dessert le centre demandeur;
  - Si le déplacement doit être fait dans la même journée que la demande, prévoir un délai d'au moins quatre (4) heures à six (6) heures entre la demande et le transport. Ce genre de transport pour les services préhospitaliers ne constitue pas une urgence. Ce délai pourrait s'allonger en fonction des différentes phases du plan de contingence en situation de pandémie;
  - Advenant le cas où la condition clinique de l'usager présente une détérioration importante de son état, le centre demandeur doit rappeler au CCS afin de faire modifier la priorité d'affectation de sa demande initiale.

DÉTERMINATION DU NIVEAU DE SOINS

- Le niveau de soins doit être déterminé pour tous les usagers;
- La détermination du niveau de soins permettra de faciliter les décisions relatives au transfert de l'usager et d'orienter celui-ci vers le milieu adapté à ses besoins, advenant que sa condition le requiert;

- Les volontés exprimées par l'usager orienteront les soins et guideront le choix des interventions thérapeutiques. L'expression de celles-ci doit découler d'une discussion entre l'usager ou son représentant et le médecin concernant l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins qui peuvent s'offrir à lui et leurs conséquences. Les niveaux de soins se définissent ainsi[3] ;

  - Niveau A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires.
  - Niveau B : Prolonger la vie par des soins limités.
  - Niveau C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie.
  - Niveau D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie.

  Pour plus de détails sur les niveaux de soins, veuillez consulter le document suivant : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

[3] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2016). Les niveaux de soins. Normes en standards. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

CONSIGNES POUR LES SOINS AIGUS, PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

En lien avec la pandémie actuelle, tous les milieux de réadaptation, qu'ils soient désignés pour la COVID-19 ou non, doivent mettre en place diverses mesures exceptionnelles afin de traiter les usagers qui ne pourront pas être transférés vers un autre milieu et, au besoin, leur assurer une fin de vie dans la dignité.

- L'établissement doit être en mesure de dispenser des soins infirmiers en continu ainsi que de recourir à une équipe dédiée et formée pour intervenir. Une recension des professionnels étant en mesure de dispenser des soins aigus ainsi que des soins palliatifs au besoin est recommandée. De plus, prévoir un transfert de connaissances aux professionnels qui en auront besoin afin qu'ils soient en mesure d'offrir ces soins si la situation le requiert.
- Un médecin de garde doit être disponible en tout temps afin d'assurer un soutien à l'équipe, coordonner les transferts vers d'autres établissements et au besoin, faire le suivi des soins palliatifs.
- Les différentes technologies doivent être utilisées pour maintenir le lien de l'usager avec ses proches tout en réduisant le risque de propagation de la COVID-19.
- Les différentes technologies doivent être utilisées dans la dispensation des soins pour soutenir les professionnels dans la gestion des symptômes ou tout autre besoin relié aux soins des usagers.

Soins palliatifs et soins de fin de vie

- La Loi concernant les soins de fin de vie (2014, chapitre 2) prévoit que tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. En cette période de pandémie, il est donc prioritaire de prévoir l'arrimage de votre établissement avec les programmes et procédures qui sont en vigueur dans votre CISSS-CIUSSS. De plus, faire les liens nécessaires avec les conseillers en soins infirmiers de votre territoire pour avoir accès aux protocoles et obtenir le soutien requis.
- Toutes les personnes en soins palliatifs et de fin de vie doivent avoir un niveau de soins à jour. Le formulaire doit être signé par un médecin.
- Dans le cas de la fin de vie imminente, souvent annoncée par des signes non spécifiques telles l'agitation, la somnolence, l'angoisse, les modifications de la peau et aussi par l'apparition de signes de détresse respiratoire dans les derniers jours, les directives du MSSS s'appliquent : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/soins-palliatifs-et-de-fin-de-vie/.

ANNEXE 4 : DIRECTIVES POUR LES SERVICES EXTERNES DE RÉADAPTATION

- Les services externes offerts en milieu de réadaptation situé dans le même bâtiment qu'un CHSLD doivent être offerts à domicile.
- Seules les interventions requérant l'accès à des plateaux techniques, dont les services d'aides techniques en déficience motrice, auditives ou visuelles seront permises. Ainsi, uniquement les évaluations visant la prévention du risque de chute, la gestion des plaies, la réparation des appareils ou composantes défectueuses pouvant compromettre leur sécurité seront permises. Les services d'attribution, réparation et remplacement d'aide à la locomotion pour les travailleurs dont l'emploi est visé par les services essentiels et dont l'aide est requise pour permettre à la personne d'occuper ses fonctions seront maintenus.
- Les services de maintien des acquis et de soutien à la participation sociale non essentiels peuvent être suspendus;
- Les établissements devront identifier et contacter régulièrement les usagers vulnérables inscrits à leurs programmes et ceux en attente de services, notamment ceux qui vivent seuls, qui ont des problèmes de santé complexes ou ceux ayant des difficultés de communication marquées (compréhension, expression, LSQ) pour s'assurer qu'ils soient informés des enjeux et des consignes ministérielles sur la gestion du COVID-19 et de leur offrir des services, le cas échéant;
- Les usagers doivent se présenter seuls à leurs interventions, à moins qu'un accompagnateur soit requis;
- Prévoir une limitation de la circulation à l'intérieur de l'installation (rappel des mesures à respecter, enseignes, portes verrouillées ou surveillance des entrées et sorties selon le milieu de vie, etc.);
- Selon le profil de la clientèle, prévoir une gestion potentielle des insatisfactions et des conflits générés par le changement de l'environnement physique, particulièrement auprès des usagers manifestant un trouble du comportement ou un trouble grave du comportement.
- Si le milieu de réadaptation non-désigné accueille également des usagers recevant une prestation de services en externe dans les salles de traitement ou sur les plateaux techniques :
  - Délimiter des zones dédiées pour la clientèle interne et pour la clientèle externe.
  - Empêcher l'accès aux zones dédiées pour la clientèle interne aux usagers externes. Des affiches, des barrières physiques (portes barrées, étages distincts, etc.), de la surveillance supplémentaire ou d'autres moyens doivent être mis en place pour faire respecter cette consigne en présence de résidents ayant des troubles cognitifs.
  - Les usagers externes ne doivent pas circuler à proximité des usagers en interne. Il peut être nécessaire d'identifier des trajets ou des corridors réservés aux usagers internes pour qu'elles puissent se rendre dans les salles de traitement.
  - S'assurer que les membres du personnel sont en contact avec une seule des deux clientèles (incluant le personnel d'entretien ménager).

- S’assurer que les membres du personnel soient en contact uniquement avec les autres membres du personnel qui s’occupent de la même clientèle. S’assurer que les espaces fonctionnels (réserves de matériel, zones pour la collecte des repas qui sont amenés aux usagers, etc.) soient dédiés à une seule clientèle.
- S’assurer que les espaces communs ne sont pas partagés par les deux clientèles. (Limiter l’utilisation des espaces communs pour les deux clientèles.)
- S’assurer que les toilettes ne sont pas partagées par les deux clientèles.
- S’assurer que le matériel de soins n’est pas partagé par les deux clientèles.
- Veiller au respect de la distanciation physique de deux mètres entre tous les usagers (entre eux) et entre tous les membres du personnel (entre eux).
- S’assurer d’aménager ces lieux ou les horaires en dédiant des salles réservées aux personnes qui sont admises à l’interne vs les personnes qui viennent en consultation externe.

ANNEXE 5 : ACTIVITÉS ESSENTIELLES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP)

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) - DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
Services d'adaptation-réadaptation (ergothérapie, physiothérapie, TRP, psychologues, neuropsychologues, kinésiologues, etc.)				
Accueil, évaluation et orientation	X			Maintenir les activités d'accès aux services et se doter de mécanismes pour identifier les usagers pour qui le contexte actuel modifierait le niveau de priorité à urgent si la mise en place des services ne s'actualise pas (exemples : famille hospitalisée ou en isolement ne pouvant plus prendre soin de leur enfant ou proche, usager qui se retrouverait hospitalisé ou en niveau de soins alternatifs (NSA) s'il ne reçoit pas les services, etc.) Adapter le processus d'admission selon la fiche des directives du programme DP-DI-TSA si un usager est suspecté, investigué ou testé positif à la COVID-19.
Évaluation disciplinaire		X		Privilégier les évaluations à la chambre de l'usager si possible. Adapter la prestation de services aux recommandations de prévention et de contrôle des infections en vigueur dans l'établissement en contexte de la COVID-19 pour les intervenants, les usagers et le matériel de réadaptation.
Traitement de réadaptation		X	X	Maintenir l'intensité des traitements en URFI en priorisant les interventions visant à assurer la sécurité et l'intégrité de la personne. Adapter les interventions pour éviter les traitements dans les salles communes en privilégiant les traitements à la chambre. Revoir le choix des modalités thérapeutiques au besoin. Suspendre les activités de groupe.
Confinement d'un usager		X		En concertation avec d'autres directions de votre établissement, développer des milieux de confinement adaptés advenant qu'un usager soit dépisté COVID-19 positif afin de le transférer dans ce milieu si nécessaire (arrêté ministériel du 4 avril 2020 no 2020-015)

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) - DP

Activités	Maintenir	Adapter	Suspendre	Consignes spécifiques
Visites, sorties et congés temporaires			X	Les visites sont interdites, ainsi que les sorties et les congés temporaires. Toutefois, les visites et les sorties essentielles à l'intervention et au suivi clinique aux usagers le nécessitant demeurent autorisées.
Repas		X	X	Tous les repas devraient être pris à la chambre de l'usager, au plateau, pour ceux qui sont autonomes pour s'alimenter. S'assurer de leur offrir la préparation du plateau au moment du service. Assigner une personne dédiée à la surveillance et à la réponse aux besoins de l'ensemble des usagers qui mangent à la chambre, en portant une attention particulière à ceux qui ont besoin d'aide à l'alimentation, ceux qui sont dysphagiques et ceux qui ont besoin d'une surveillance étroite ou de stimulation pour s'alimenter. Les contacts entre les usagers doivent être suspendus.
Visite à domicile pour l'adaptation du domicile		X		Adapter par l'intégration de mesures alternatives lorsque possible (exemples : utilisation d'outils technologiques, photos, etc.) pour procéder à l'évaluation du besoin d'adaptation du domicile. Se conformer aux consignes transmises pour le soutien à domicile.
Référence en hébergement	X			
Coordination des services et suivis long terme		X		
Autres services offerts en CRDP				
Activités en piscine, bassin thérapeutique ou gymnase			X	Suspendre toutes les activités de groupe et individuelles réalisées en piscine ou en bassin thérapeutique. Suspendre toutes les activités de groupe en gymnase ou salle d'entraînement. Évaluer la possibilité de remplacer par des activités individuelles alternatives.
Services spirituels		X	X	Privilégier l'intervention individuelle pour les usagers ayant une situation particulière. Suspendre les rassemblements de groupe.

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) - DP

Activités	Maintenir	Adapter	Suspendre	Consignes spécifiques
Soutien aux bénévoles			X	Ne plus accepter de bénévoles ou de stagiaires.
Services de soutien aux jeunes et à la famille		X	X	Évaluer le niveau de soutien et d'intervention requis afin d'éviter une perte importante des acquis et favoriser le service dans le milieu de vie de l'enfant notamment pour faire face au contexte d'isolement: soutien à la mise en place de routine et activités dans le milieu de vie du jeune (exemples : milieu familial, RI-RTF, RAC ou autre). Suspendre les activités de groupes. Privilégier des mesures alternatives lorsque possible pour évaluer et réévaluer les besoins de soutien de la famille et des proches notamment si la famille est elle-même affectée par le virus.
Services de soutien à la personne et la famille et proches		X		**Usager vivant en appartement autonome** : Mettre en place un filet de sécurité sociale pour l'usager avec l'implication des proches, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, incluant ceux du SAD et des organismes communautaires, si pertinent. **Tous les usagers :** Informer l'usager ainsi que ses proches des mesures de prévention à respecter dans la communauté et transmettre les recommandations à suivre en présence de symptômes. **Famille :** Évaluer et réévaluer les besoins de soutien de la famille et des proches notamment si la famille est elle-même affectée par le virus et que l'usager y demeure.
Services de soutien au milieu de vie de la personne		X		**Usagers vivant en appartement autonome** : Une attention particulière doit être portée afin que l'usager comprenne bien les mesures imposées par le gouvernement et solliciter les proches pour convenir des mesures à mettre en place pour qu'elle puisse maintenir son autonomie résidentielle : épicerie, mode de paiement sans argent, mesures d'hygiène, isolement, etc.

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) - DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				Mettre en place un filet de sécurité sociale pour l'usager avec l'implication des proches, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, incluant ceux du SAD et des organismes communautaires, si pertinent. **Tous les usagers :** Soutenir l'usager dans son milieu de vie en fonction des besoins identifiés dans le contexte actuel. Mettre en place ou s'assurer qu'il a des stratégies et moyens de communication adaptés à la situation de l'usager, ses proches et des milieux de vie afin d'éviter l'isolement social pendant la période de confinement.

Services en cliniques externes - DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
Prévention		X		Maintenir les services de prévention en identifiant et en contactant les usagers vulnérables connus des programmes (vivant seuls, ayant un faible réseau social, ayant des problèmes médicaux importants, ayant des difficultés de communication marquées (compréhension/expression/LSQ) afin qu'ils comprennent bien la situation et qu'ils adoptent les consignes pour se protéger et des mesures advenant des symptômes associés à la COVID-19. Porter une attention particulière pour rejoindre les personnes en situation de surdicécité qui sont pour la plupart privées de l'information disponible et des moyens normalement utilisés (ex. accompagnateurs en surdicécité. Leur offrir les services afférents au besoin.
Congé précoce assisté (CPA)		X		Maintenir ces services essentiels dans un contexte uniquement de compromission d'intégrité ou de sécurité. Appliquer les consignes pour les services à domicile. Augmenter le nombre d'usagers desservis, notamment en lien avec les mesures NSA.
Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) en externe		X		Maintenir les services en RFI pour les concentrer sur les services permettant de préserver l'intégrité de la personne et assurer sa sécurité, et augmenter la capacité d'accueil, si possible.
Surveillance du développement de l'enfant et de dépistage – Agir tôt			X	Suspendre les activités de dépistages des retards de développement par la plateforme numérique ou par l'utilisation de questionnaire.
Stimulation précoce chez les enfants		X	X	Maintenir et adapter les services de stimulation aux enfants afin de ne pas compromettre la sécurité et le développement de l'enfant. Fournir des programmes généraux de stimulation aux parents qui pourront les appliquer à domicile; Mettre en place un service de dépannage en ligne pour des questions d'ordre clinique.

Services en cliniques externes - DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				Suspendre les activités de groupe.
Activités socioprofessionnelles et communautaires			X	Suspendre toutes les activités socioprofessionnelles (évaluation, développement des capacités de travail, adaptation, insertion professionnelle, etc.) et communautaires.
Programme d'aides techniques en déficience motrice – volet aides à la locomotion		X	X	Maintenir les services d'évaluation urgente (plaies, SLA, positionnement) pour assurer la sécurité de l'usager ou l'intégrité de la peau. Maintenir l'octroi d'un appareil de locomotion ou d'une aide à la marche pour un usager en URFI ou pour un usager présentant un risque élevé de chutes et ne pouvant avoir accès à une aide temporaire. Maintenir les services d'attribution, réparation et remplacement d'aide à la locomotion pour les travailleurs dont l'emploi est visé par les services essentiels et dont l'aide est requise pour permettre à la personne d'occuper ses fonctions. Maintenir le service d'urgence dépannage et de réparation urgente des aides à la locomotion pour assurer la sécurité de l'usager. Favoriser l'expédition directement au domicile de la personne, lorsqu'applicable et efficient. Suspendre les cliniques de mobilité en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), les demandes de révision de positionnement et entretien mécanique des appareils qui ne sont pas urgents.
Programmes d'aides techniques en déficience motrice – volet orthèses-prothèses		X	X	Maintenir les services d'évaluation et de suivi de l'attribution de la prothèse pour la clientèle en URFI et les réparations urgentes (plaies-réparation de bris). Maintenir les services d'attribution, réparation et remplacement d'orthèses-prothèses pour les travailleurs dont l'emploi est visé par les services essentiels et dont l'aide est requise pour permettre à la personne d'occuper ses fonctions.

Services en cliniques externes - DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				Favoriser l'expédition directement au domicile de la personne, lorsqu'applicable et efficient. Suspendre les activités non essentielles.
Programme d'aides techniques en déficience auditive		X	X	Maintenir les services essentiels d'attribution, réparation, remplacement pour répondre aux besoins de sécurité de la personne, aux besoins d'accès à l'information essentielle et ceux de communications urgentes. Maintenir les services d'attribution, réparation et remplacement d'aide auditives pour les travailleurs dont l'emploi est visé par les services essentiels et dont l'aide est requise pour permettre à la personne d'occuper ses fonctions. Favoriser l'expédition directement au domicile de la personne, lorsqu'applicable et efficient. Suspendre les activités non essentielles.
Programme d'aides techniques en déficience visuelle		X	X	Maintenir les services d'attribution, réparation, remplacement pour répondre aux besoins de sécurité de la personne, aux besoins d'accès à l'information essentielle et ceux de communications urgentes. Maintenir les services d'attribution, réparation et remplacement d'aides visuelles pour les travailleurs dont l'emploi est visé par les services essentiels et dont l'aide est requise pour permettre à la personne d'occuper ses fonctions. Favoriser l'expédition directement au domicile de la personne, lorsqu'applicable et efficient. Suspendre les activités non essentielles.
Programme AVQ-AVD		X	X	Maintenir l'attribution, le remplacement ou la réparation des aides requises pour favoriser le maintien à domicile et éviter une hospitalisation. Maintenir les services d'attribution, réparation et remplacement d'aides aux AVQ-AVD pour les travailleurs dont l'emploi est visé par les services essentiels et dont l'aide est requise pour permettre à la personne d'occuper ses fonctions.

Services en cliniques externes - DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				Favoriser l'expédition directement au domicile de la personne, lorsqu'applicable et efficient. Suspendre l'attribution ou la réparation des aides techniques non essentielles.
Programme d'aides techniques à la communication		X	X	Maintenir les services d'attribution, réparation, remplacement des aides à la communication pour répondre aux besoins de sécurité de la personne, aux besoins d'accès à l'information essentielle et ceux de communications urgentes Maintenir les services d'attribution, réparation et remplacement d'aide à la communication pour les travailleurs dont l'emploi est visé par les services essentiels et dont l'aide est requise pour permettre à la personne d'occuper ses fonctions. Favoriser l'expédition directement au domicile de la personne, lorsqu'applicable et efficient. Suspendre les activités non essentielles.
Programme d'évaluation de la conduite automobile et d'adaptation du véhicule			X	
Interventions pour les troubles du langage		X		Maintenir les services essentiels pour répondre aux besoins des usagers.
Clinique de dépistage de TCC léger		X		Maintenir ce service pour prévenir le risque de chronicité. Procéder par téléphone lorsqu'applicable
Cliniques spécialisées et externes		X	X	Maintenir les services pour les situations urgentes.

ANNEXE 6 : ACTIVITÉS ESSENTIELLES EN DI-TSA

Note s'appliquant à l'ensemble des activités du tableau ci-dessous : Afin de prévenir la désorganisation des usagers ayant un trouble du comportement ou trouble grave du comportement (TC-TGC) et les conséquences qui peuvent en découler (hospitalisation, demande d'hébergement, blessures de divers acteurs impliqués, etc.), les établissements doivent évaluer prioritairement le soutien et les interventions requises pour ces usagers. L'évaluation doit être réalisée en collaboration avec l'ensemble des personnes concernées, et ce, peu importe l'âge et le milieu de vie de l'usager, incluant les familles naturelles. L'actualisation des mesures retenues doit, par conséquent, être priorisée pour ces usagers.

Activités essentielles en DI-TSA				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
Accueil, évaluation et orientation	X			Maintenir les activités d'accès aux services et se doter de mécanismes pour identifier les usagers pour qui le contexte actuel modifierait le niveau de priorité à urgent si la mise en place des services ne s'actualise pas (exemples : famille hospitalisée ou en isolement ne pouvant plus prendre soin de leur enfant ou proche, usager qui se retrouverait hospitalisé ou en niveau de soins alternatifs (NSA) s'il ne reçoit pas les services, etc.)
Confinement d'un usager		X		En concertation avec d'autres directions de votre établissement, développer des milieux de confinement adaptés advenant qu'un usager soit dépisté COVID-19 positif afin de le transférer dans ce milieu si nécessaire (arrêté ministériel du 4 avril 2020 no 2020-015)
Visites, sorties et congés temporaires			X	Les visites sont interdites, ainsi que les sorties et les congés temporaires. Toutefois, les visites et les sorties essentielles à l'intervention et au suivi clinique aux usagers le nécessitant demeurent autorisées.
Repas			X	Tous les repas devraient être pris à la chambre de l'usager, au plateau, pour ceux qui sont autonomes pour s'alimenter. S'assurer de leur offrir la préparation du plateau au moment du service. Assigner une personne dédiée à la surveillance et à la réponse aux besoins de l'ensemble des usagers qui mangent à la chambre, en portant une attention particulière à ceux qui ont besoin d'aide à l'alimentation, ceux qui sont dysphagiques

Activités essentielles en DI-TSA				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				et ceux qui ont besoin d'une surveillance étroite ou de stimulation pour s'alimenter. Les contacts entre les usagers doivent être suspendus.
Services aux jeunes (ergothérapie, physiothérapie, psychologues, neuropsychologues, etc.)				
Évaluation disciplinaire		X		Privilégier les évaluations à la chambre de l'usager si possible. Adapter la prestation de services aux recommandations de prévention et de contrôle des infections en vigueur dans l'établissement en contexte de la COVID-19 pour les intervenants, les usagers et le matériel de réadaptation.
Surveillance du développement de l'enfant et de dépistage – Agir tôt			X	Suspendre les activités de dépistages des retards de développement par la plateforme numérique ou par l'utilisation de questionnaire.
Stimulation précoce chez les enfants		X	X	Maintenir et adapter les services de stimulation aux enfants afin de ne pas compromettre la sécurité et le développement de l'enfant. Fournir des programmes généraux de stimulation aux parents qui pourront les appliquer à domicile; Mettre en place un service de dépannage en ligne pour des questions d'ordre clinique. Suspendre les activités de groupe.
Traitement d'adaptation et de réadaptation		X	X	Maintenir l'intensité des traitements en unité de réadaptation comportementale intensive en priorisant les interventions visant à assurer la sécurité et l'intégrité de la personne. Adapter les interventions pour éviter les traitements dans les salles communes,en privilégiant les traitements à la chambre. Revoir le choix des modalités thérapeutiques. Suspendre les activités de groupe.
Intervention comportementale intensive (ICI)		X	X	Évaluer le niveau de soutien et d'intervention requis afin d'éviter une perte importante des acquis et favoriser le service dans le milieu de vie de l'enfant notamment pour faire face au contexte d'isolement: soutien à la mise en place de routine et activités dans le milieu de vie du jeune :

Activités essentielles en DI-TSA				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				milieu familial, ressource intermédiaire (RI), ressource de type familial (RTF), résidence à assistance continue (RAC) ou autres. Suspendre les activités de groupes.
Services de soutien aux jeunes et à la famille		X	X	Évaluer le niveau de soutien et d'intervention requis afin d'éviter une perte importante des acquis et favoriser le service dans le milieu de vie de l'enfant notamment pour faire face au contexte d'isolement: soutien à la mise en place de routine et activités dans le milieu de vie du jeune (exemples : milieu familial, RI-RTF, RAC ou autre). Suspendre les activités de groupes. Privilégier des mesures alternatives lorsque possible pour évaluer et réévaluer les besoins de soutien de la famille et des proches notamment si la famille est elle-même affectée par le virus.
Services aux adultes (ergothérapie, physiothérapie, psychologues, neuropsychologues, etc.)				
Services de soutien à la personne et la famille et proches		X		**Usager vivant en appartement autonome** : Mettre en place un filet de sécurité sociale pour l'usager avec l'implication des proches, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, incluant ceux du SAD et des organismes communautaires, si pertinent. **Tous les usagers :** Informer l'usager ainsi que ses proches des mesures de prévention à respecter dans la communauté et transmettre les recommandations à suivre en présence de symptômes. **Famille :** Évaluer et réévaluer les besoins de soutien de la famille et des proches notamment si la famille est elle-même affectée par le virus et que l'usager y demeure.
Services de soutien au milieu de vie de la personne		X		**Usagers vivant en appartement autonome** : Une attention particulière doit être portée à cette clientèle afin qu'elle comprenne bien les mesures imposées par le gouvernement et solliciter

Activités essentielles en DI-TSA				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				les proches pour convenir des mesures à mettre en place pour qu'elle puisse maintenir son autonomie résidentielle : épicerie, mode de paiement sans argent, mesures d'hygiène, isolement, etc. Mettre en place un filet de sécurité sociale pour l'usager avec l'implication des proches, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, incluant ceux du SAD et des organismes communautaires, si pertinent. **Tous les usagers :** Soutenir l'usager dans son milieu de vie en fonction des besoins identifiés dans le contexte actuel. Porter une attention particulière aux usagers qui pourraient développer de l'anxiété, des troubles du comportement ou troubles graves du comportement (TC-TGC) dans un contexte d'isolement dans le milieu de vie. Mettre en place ou s'assurer qu'il a des stratégies et moyens de communication adaptés à la situation de l'usager, ses proches et des milieux de vie afin d'éviter l'isolement social pendant la période de confinement.
Activités socioprofessionnelles et communautaires			X	Les activités socioprofessionnelles et activités de jour sont suspendues. Prévoir un mécanisme de communication et de soutien lors de la reprise des activités.
Services de soutien aux partenaires et à la communauté		X		Assurer un mécanisme de soutien et de communication régulier avec tous les partenaires et la communauté qui accueillent les usagers vivant avec une DI ou un TSA : exemple épicerie, organismes communautaires qui offriraient du soutien à des usagers en appartement autonome, etc. Prévoir un mécanisme de communication rapide et facilement accessible pour eux avec l'établissement.
Soutien aux bénévoles			X	Ne plus accepter de bénévoles ou de stagiaires.

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et unité de réadaptation modérée - SP

Activités	Maintenir	Adapter	Suspendre	Consignes spécifiques
Services d'adaptation-réadaptation (ergothérapie, physiothérapie, TRP, psychologues, neuropsychologues, kinésiologues, etc.)				
Accueil, évaluation et orientation	X	X		Maintenir les activités d'accès aux services et se doter de mécanismes pour identifier les usagers pour qui le contexte actuel modifierait le niveau de priorité à urgent si la mise en place des services ne s'actualise pas (exemples : famille hospitalisée ou en isolement ne pouvant plus prendre soin de leur enfant ou proche, usager qui se retrouverait hospitalisé ou en niveau de soins alternatifs (NSA) s'il ne reçoit pas les services, etc.) Adapter le processus d'admission selon les directives RFI santé physique et réadaptation modérée si un usager est suspecté, investigué ou testé positif à la COVID-19.
Évaluation disciplinaire		X		Privilégier les évaluations à la chambre de l'usager si possible. Adapter la prestation de services aux recommandations de prévention et de contrôle des infections en vigueur dans l'établissement en contexte de la COVID-19 pour les intervenants, les usagers et le matériel de réadaptation.
Traitement de réadaptation		X	X	Maintenir l'intensité des traitements selon l'intensité de la réadaptation. Adapter les interventions pour éviter les traitements dans les salles communes en privilégiant les traitements à la chambre. Revoir le choix des modalités thérapeutiques au besoin suspendre les activités de groupe.
Confinement		X		En concertation avec d'autres directions de votre établissement, développer des milieux de confinement adaptés advenant qu'un usager soit dépisté COVID-19 positif afin de le transférer dans ce milieu si nécessaire (arrêté ministériel du 4 avril 2020 no 2020-015)

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et unité de réadaptation modérée - SP

Activités	Maintenir	Adapter	Suspendre	Consignes spécifiques
Visites, sorties et congés temporaires			X	Les visites sont interdites, ainsi que les sorties et les congés temporaires. Toutefois, les visites et les sorties essentielles à l'intervention et au suivi clinique aux usagers le nécessitant demeurent autorisées.
Repas			X	Tous les repas devraient être pris à la chambre de l'usager, au plateau, pour ceux qui sont autonomes pour s'alimenter. S'assurer de leur offrir la préparation du plateau au moment du service. Assigner une personne dédiée à la surveillance et à la réponse aux besoins de l'ensemble des usagers qui mangent à la chambre, en portant une attention particulière à ceux qui ont besoin d'aide à l'alimentation, ceux qui sont dysphagiques et ceux qui ont besoin d'une surveillance étroite ou de stimulation pour s'alimenter. Les contacts entre les usagers doivent être suspendus.
Visite à domicile pour l'adaptation du domicile		X		Adapter par l'intégration de mesures alternatives lorsque possible (exemples : utilisation d'outils technologiques, photos, etc.) pour procéder à l'évaluation du besoin d'adaptation du domicile. Se conformer aux consignes transmises pour le soutien à domicile.
Référence en hébergement	X			
Autres services offerts en unité de réadaptation				
Activités en piscine, bassin thérapeutique ou gymnase			X	Suspendre toutes les activités de groupe et individuelles réalisées en piscine ou en bassin thérapeutique. Suspendre toutes les activités de groupe en gymnase ou salle d'entraînement. Évaluer la possibilité de remplacer par des activités individuelles alternatives.
Services spirituels		X	X	Privilégier l'intervention individuelle pour les usagers ayant une situation particulière. Suspendre les rassemblements de groupe.

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et unité de réadaptation modérée - SP

Activités	Maintenir	Adapter	Suspendre	Consignes spécifiques
Soutien aux bénévoles			X	Ne plus accepter de bénévoles ou de stagiaires.

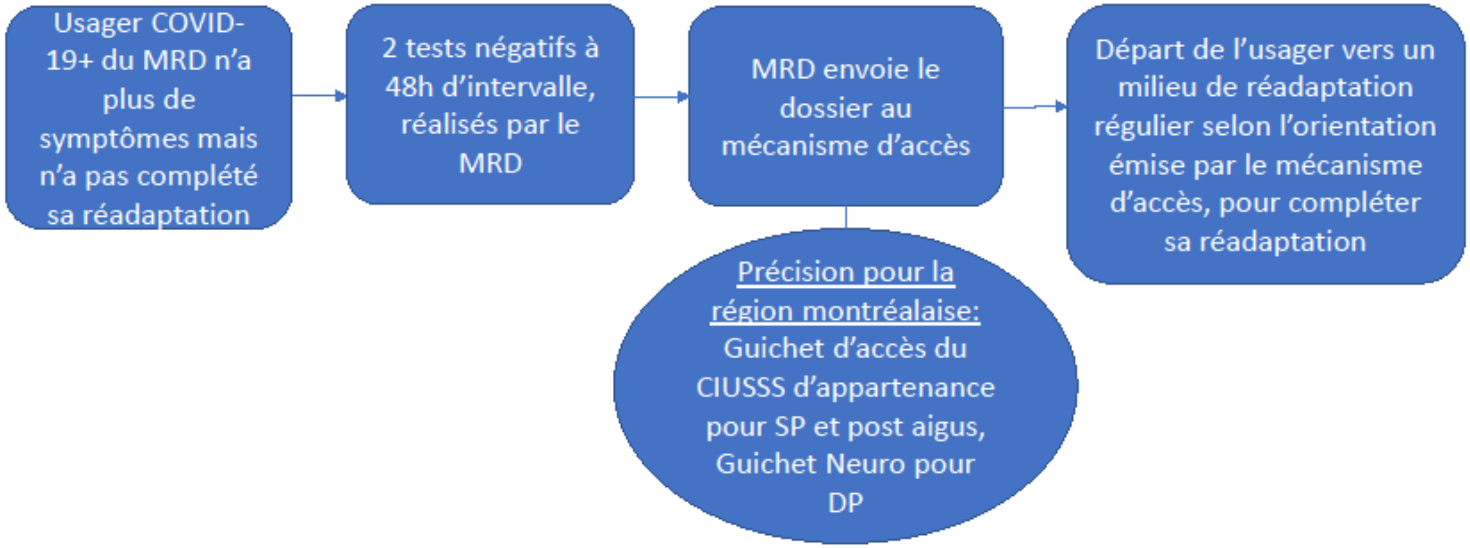
Réadaptation fonctionnelle intensive et modérée en externe - SP

Activités	Maintenir	Adapter	Suspendre	Consignes spécifiques
Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) en externe		X		Maintenir les services en RFI et réadaptation modérée et augmenter la capacité d'accueil, si possible.

ANNEXE 8 : TRAJECTOIRE DE L'USAGER RÉTABLI DU COVID-19 DU MILIEU DÉSIGNÉ VERS UN MILIEU NON-DÉSIGNÉ

Santé et Services sociaux Québec

Processus de retour de l'usager en rémission du COVID-19 du milieu de réadaptation désigné (MRD) vers un milieu de réadaptation régulier



Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 28 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Voici, en date du 22 avril 2020, les éléments adoptés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en vue de l'organisation des services d'évacuations aéromédicales (ÉVAQ) entourant la pandémie de la COVID-19.

Nous vous avisons que l'accompagnement parental à bord des vols en mission avion-hôpital, avion COVID-19 dédié et des navettes multipatients est maintenu.

Toutefois, nous vous invitons à prendre connaissance des mesures mises en place afin de respecter les directives en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, ainsi que les consignes de sécurité particulières aux missions de la COVID-19. Ces mesures sont disponibles dans la section *qualification et consentement parental* sur la plateforme **evaq.ca**, mise à votre disposition pour effectuer vos demandes de transfert.

Nous demandons au centre-référent de vérifier les conditions d'accueil des accompagnateurs dans chacun des centres-receveurs avant de remplir une demande d'accompagnement.

Un communiqué a été envoyé aux coordonnateurs des services préhospitaliers d'urgences et aux associations d'entreprises ambulancières faisant appel à leur collaboration afin d'assurer une fluidité dans le processus complet de transfert.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Le rapatriement des patients non urgents sera réalisé suivant les critères cliniques de guérison des patients infectés à la COVID-19, comme émis par l'Institut national de santé publique du Québec, à l'exception de l'Île de Montréal qui demeure le point chaud de la province. Cette directive sera ajustée selon l'évolution de la situation des régions des centres-receveurs.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements et vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M^me^ Danielle Goulet, CHU de Québec – UL
M^me^ Lucie Grenier, CHU de Québec – UL
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR, MSSS
PDGA des établissements publics du RSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-28

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 28 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Vous receviez, le 24 avril dernier, une correspondance mentionnant les directives au réseau de la santé et des services sociaux concernant la levée de l'isolement des travailleurs de la santé et les précautions nécessaires en lien avec les réaffectations des travailleurs de la santé dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (N/Réf. : 20-MS-02908-30). À la suite des commentaires reçus sur l'évolution de la situation, des modifications ont été apportées en ce qui a trait au retour en zone de faible transmission des travailleurs affectés à des CHSLD situés en zone chaude. Vous trouverez donc en pièces jointes les documents suivants :

Le premier, intitulé **Précautions nécessaires en lien avec les réaffectations de travailleurs de la santé (incluant les médecins) dans les CHSLD**, est modifié pour préciser les conditions à mettre en place pour permettre le retour sécuritaire dans une zone à faible transmission « froide » des professionnels de la santé qui ont été réaffectés temporairement dans un CHSLD situé dans une zone de transmission soutenue « chaude ».

Le second document, intitulé **Priorisation des tests de dépistage pour la COVID-19**, **n'est pas modifié**, mais des précisions sur son utilisation sous forme de questions et réponses sont désormais disponibles sur le site web du ministère de la Santé et des Services sociaux, en cliquant sur l'onglet « Outils d'information » dans la section intitulée « COVID-19 pour les professionnels » sur la page d'accueil, puis en sélectionnant le lien « Questions-Réponses concernant les prélèvements et analyses TAAN pour la COVID-19 » de la section « Pour les laboratoires ».

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Le troisième document, qui es une annexe du 2e, est intitulé **Recommandations concernant les prélèvements et analyses TAAN pour la COVID-19 dans les CHSLD (incluant les installations avec mission CHSLD)**.

D'ici le 1er mai prochain, je vous demanderais de réaliser, en fonction de cette directive, l'ensemble des tests qui devaient être effectués pour les milieux qui ont à être testés. Veuillez me confirmer la réalisation de ces tests à l'aide du tableau ci-joint.

Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

p. j. 4

c. c. Membres du CODIR et du CGR
PDGA des établissements publics du RSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. 20-MS-02908-41

Coronavirus COVID-19

Précautions nécessaires en lien avec les réaffectations des travailleurs de la santé (incluant les médecins) dans les CHSLD

Dans le contexte de la pandémie actuelle, plusieurs professionnels de la santé (incluant des médecins) ont été réaffectés dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour y offrir des soins. Étant donné les caractéristiques différentes de l'épidémie observées au sein des CHSLD et celles observées dans les autres milieux de soins, des mesures de prévention doivent être appliquées.

Réaffectation :

- Le travailleur de la santé doit idéalement être réaffecté à la même installation et sur la même unité pendant plusieurs journées consécutives (idéalement au moins 5 jours).
- Le travailleur de la santé ne doit pas se déplacer d'une installation à une autre dans un même quart de travail.

Déplacement entre les régions :

- Il y a des risques associés au potentiel de transfert d'infections si des travailleurs d'une région « froide » viennent travailler dans une région à transmission soutenue « chaude » et retournent dans la région « froide » par la suite. Cette stratégie doit être utilisée uniquement si aucune autre option n'est disponible. Les travailleurs qui retournent dans une région froide après une affectation dans un CHSLD situé dans une zone chaude devraient être testés, même s'ils sont asymptomatiques, quelle que soit l'unité fonctionnelle à laquelle ils ont été affectés. Dans ce cas, le test devrait être réalisé au départ du CHSLD, trois à cinq jours plus tard et 14 jours plus tard[1].
- Advenant qu'un bris de service soit inévitable, les établissements doivent utiliser une approche de gestion des risques et mettre en place toutes les solutions alternatives à leur disposition avant d'avoir recours à un travailleur de la santé provenant d'une autre région. Dans une telle situation, les établissements devraient faire appel prioritairement à des travailleurs provenant d'une région dont le profil de transmission est similaire.
- Le travailleur de la santé qui est affecté dans une région dont l'intensité de la transmission est plus élevée (région chaude) que celle observée dans sa région d'attache habituelle (région froide) doit limiter au maximum les déplacements à l'extérieur de son lieu d'hébergement et de l'installation dans laquelle il offre ses services.

[1] Voir le document : Priorisation des tests de dépistage pour la COVID-19 du_11 avril 2020 et son annexe : Analyses COVID-19 en CHSLD

Coronavirus COVID-19

Au CHSLD, le travailleur de la santé doit :

- Laisser ses effets personnels à l'extérieur de l'établissement;
- Porter l'uniforme fourni et lavé par l'installation (si non disponible, possibilité d'utiliser un vêtement propre et lavé quotidiennement par la personne);
- Porter adéquatement les équipements de protection individuelle qui sont recommandés par le comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ);
- Procéder à l'hygiène des mains dès que cela est indiqué.

Au retour dans l'installation habituelle, le travailleur de la santé doit :

- Porter le masque en continu, comme recommandé par le CINQ pour tous les travailleurs de la santé dans le contexte d'une transmission communautaire soutenue;
- Respecter les mesures de distanciation physique;
- Éviter au maximum les espaces communs (salle à manger, salle de repos, etc.);
- Procéder à l'hygiène des mains dès que cela est indiqué;
- Surveiller ses symptômes et prendre sa température deux fois par jour pendant les 14 jours suivant son retour du CHSLD;
- S'abstenir de rentrer au travail et obtenir un test s'il développe des symptômes.

Veuillez prendre note qu'aucune quarantaine n'est requise pour le travailleur de la santé ayant travaillé dans une zone chaude ou tiède d'un CHSLD si le port de l'équipement de protection individuelle respecte les recommandations du CINQ. (Consulter le document Évaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID-19 pour plus d'informations).

Veuillez également prendre note qu'en date du 25 avril, le test de dépistage n'est généralement pas indiqué pour les travailleurs de la santé qui sont asymptomatiques.

DGSP, 25 avril 2020

Priorisation des tests de dépistage pour le COVID-19
MAJ 11 avril 2020

Échelle de priorisation

Nous entendons par *symptomatiques* les personnes qui présentent un tableau clinique ou radiologique compatible avec la COVID-19.

P1	- Les patients hospitalisés symptomatiques (incluant les tests requis pour la levée d'isolement). - Les patients symptomatiques des unités d'hémodialyse. - Les patients symptomatiques à l'urgence dont l'état justifie une hospitalisation OU qui présentent des facteurs de risque de complications. - Les femmes enceintes symptomatiques au 3e trimestre. - Les personnes devant accompagner une femme à un accouchement, lorsque symptomatique à la fin de la grossesse.
P2	Les professionnels de la santé symptomatiques en contact direct avec les patients, incluant les services ambulanciers, dont le retrait causerait un bris de service (incluant les tests requis pour les mesures de retour au travail).
P3*	- Les usagers et le personnel dans des milieux d'hébergement tels que les CHSLD, les RPA et les RI-RTF, dès qu'un nouveau cas positif non isolé est identifié. - À la sortie des usagers d'un centre hospitalier qui sont dirigés vers un milieu de vie comme un CHSLD, RPA, RI-RTF. - Personnes symptomatiques habitant dans d'autres milieux à risque (ex : refuges pour itinérants, RI, etc.). - Dans des milieux de vie hébergeant des personnes âgées (plus de 70 ans) sur recommandation du directeur régional de santé publique.
P4	Les personnes symptomatiques vivant dans les régions éloignées, les communautés isolées et venant des Premières Nations/Inuit qui ont un accès limité à un hôpital. Sauf en cas d'indication contraire de la DSPublique, ceci inclut les régions ou secteurs placés sous cordon sanitaire.
P5	Les premiers répondants ou travailleurs du système de sécurité publique (ex. : policiers et pompiers, agents des services correctionnels) et autres travailleurs symptomatiques fournissant des services jugés critiques/essentiels.
P6	Les personnes symptomatiques de la communauté sur autorisation du directeur de santé publique.

* Voir l'Annexe *Recommandations concernant les prélèvements et analyses TAAN pour la COVID-19 dans les CHSLD (incluant les installations avec mission CHSLD)*

DGSP, 2020-04-11

Annexe. Recommandations concernant les prélèvements et analyses TAAN pour la COVID-19 dans les CHSLD (incluant les installations avec mission CHSLD)

A. Recommandations concernant le personnel (incluant les bénévoles)

- **En tout temps :** Tout membre du personnel qui développe des symptômes compatibles[1] avec la COVID-19 ne devrait pas se présenter au travail, ou si déjà au travail, se retirer immédiatement et être testé.
- **Si un résident obtient un résultat positif pour la COVID-19 (et que le CHSLD n'a pas eu d'autres cas parmi les résidents ou le personnel sur cette unité fonctionnelle durant les 14 jours précédents) :** Tous les membres du personnel, symptomatiques ou non, qui ont travaillé sur l'unité fonctionnelle concernée durant les 14 jours précédant le début des symptômes du cas jusqu'à son isolement devraient être testés.
- **Si un membre du personnel du CHSLD a un test positif pour la COVID-19 :** Tout membre du personnel ayant eu un contact étroit (à moins de 2 mètres) et prolongé (plus de 15 minutes) avec le travailleur sans ÉPI durant sa période de contagiosité (48 heures précédant le début de ses symptômes jusqu'à son retrait) devrait être testé.
- **Lors d'éclosion confirmée[2] de COVID-19 en CHSLD :** Tester tous les membres du personnel, symptomatiques ou non, qui ont travaillé sur les unités fonctionnelles visées à l'intérieur des 14 jours précédant le début de symptômes des cas confirmés par laboratoire.
- **Pour les travailleurs de la santé qui retournent dans une zone à faible transmission « froide » après une affectation dans un CHSLD situé dans une zone de transmission soutenue « chaude » :** tester ces travailleurs, même s'ils sont asymptomatiques, peu importe l'unité fonctionnelle à laquelle ils ont été affectés. Dans ce cas, le test devrait être réalisé au départ du CHSLD, entre trois à cinq jours et 14 jours plus tard.
- **Si de nouveaux cas sont encore détectés 14 jours après la détection de l'éclosion et la mise en place des mesures de contrôle :** contacter la DSPublique de votre région ; une stratégie de prélèvement et d'analyse élargie pourrait être envisagée.

[1] Selon les données des questionnaires d'enquête auprès des cas confirmés de la région de Montréal, en date du 3 avril 2020 (n = 2027), les symptômes de la COVID-19 par ordre de fréquence incluent : toux (73%), faiblesse généralisée (67%), céphalées (62%), fébrilité/frissons (57%), douleur (musculaire, thoracique, abdominale ou articulaire) (57%), fièvre (54%), écoulement nasal (41%), maux de gorge (40%), diarrhée (33%), dyspnée (30%), nausées ou vomissements (24%). Nos enquêtes ont révélé une minorité de cas dont la présentation initiale était strictement digestive (avis de l'INESSS). L'anosmie et l'agueusie ont également été rapportées en lien avec le COVID-19 (avis de l'INESSS).

[2] Éclosion confirmée : soit 2 cas ou plus (chez des résidents ou des membres du personnel) reliés épidémiologiquement.

B. Recommandations concernant les résidents

- **À l'admission :** Les résidents, symptomatiques ou non, nouvellement admis devrait être testés dès que possible suivant l'admission. Un résultat négatif n'exclut pas la possibilité que le résident soit en période d'incubation pour la maladie, donc celui-ci devrait rester en isolement pendant 14 jours après son admission.
- **Avant le transfert d'un CH vers un CHSLD :** Tout patient, symptomatique ou non, transféré d'un CH vers un CHSLD devrait être testé au CH dans les 48 heures précédant le transfert. Le résultat du test devrait être communiqué au CHSLD par le CH. Le transfert n'est pas conditionnel à l'obtention préalable du résultat du test. Exceptionnellement, s'il est impossible de tester le patient avant le transfert, procéder au test à l'admission (voir paragraphe précédent). Un résultat négatif n'exclut pas la possibilité que le résident soit en période d'incubation pour la maladie, donc celui-ci devrait rester en isolement pendant 14 jours après son admission au CHSLD.
- **S'il n'y a aucun cas de COVID-19 dans le CHSLD :** Tout résident qui développe des symptômes compatibles avec la COVID-19 devrait être immédiatement isolé puis testé.
- **Si un résident obtient un résultat positif pour la COVID-19 (et que le CHSLD n'a pas eu d'autres cas parmi les résidents ou le personnel sur cette unité fonctionnelle durant les 14 jours précédents) :**
    - Tout résident, symptomatique ou non, ayant partagé la chambre du cas depuis les 14 jours précédant le début des symptômes du cas jusqu'à son isolement devrait être testé.
    - Tout résident de la même unité fonctionnelle qui présente des symptômes compatibles avec la COVID-19 devrait être immédiatement isolé puis testé.
    - Tout autre résident du CHSLD, symptomatique ou non, ayant eu un contact étroit (à moins de 2 mètres) et prolongé (plus de 15 minutes) avec le résident depuis les 14 jours précédant le début des symptômes du cas jusqu'à son isolement devrait être testé.
- **Si un membre du personnel du CHSLD a un test positif pour la COVID-19 :** Tous les résidents, symptomatiques ou non, sur les unités fonctionnelles où le membre du personnel a travaillé à l'intérieur des 48 heures avant le début de ses symptômes jusqu'à son retrait devraient être testés.
- **Lors d'éclosion confirmée[2] de COVID-19 en CHSLD :** Tester seulement les premiers 2 à 5 résidents qui présentent des symptômes sur chacune des unités fonctionnelles visées; présumer que tout résident additionnel qui développe subséquemment des symptômes compatibles avec la COVID-19 est infecté par le SARS-CoV-2 (et ce jusqu'à ce que l'éclosion soit terminée, soit après 28 jours après la détection et l'isolement du dernier cas).
- **Si de nouveaux cas sont encore détectés 14 jours après la détection de l'éclosion et la mise en place des mesures de contrôle :** Contacter la DSPublique de votre région ; une stratégie de prélèvements et d'analyses élargie pourrait être envisagée.

C. Recommandations concernant les visiteurs qui ont été identifiés par le CHSLD (dans le but de recherche d'une source d'infection)

- **Si un résident obtient un résultat positif pour la COVID-19 :** Tous les visiteurs, symptomatiques ou non, ayant eu un contact étroit (à moins de 2 mètres) et prolongé (plus de 15 minutes) avec le résident durant les 14 jours précédant le début des symptômes du cas jusqu'à son isolement devraient être testés.
- **Lors d'éclosion confirmée de COVID-19 en CHSLD (soit 2 cas ou plus reliés épidémiologiquement à l'intérieur de 14 jours) :** Tester tous les visiteurs, symptomatiques ou non, ayant visité les unités fonctionnelles visées à l'intérieur des 14 jours précédant le début des symptômes des cas confirmés par laboratoire.

DGSP, 25 avril 2020

Déploiement des directives en matière de dépistage dans les différents milieux de vie

Nom de l'établissement (IDENTIFICATION DU CISSS / CIUSSS) (CHSLD - RPA - autres milieux)	Type de milieu 1: CHSLD public 2: CHSLD privé conventionné 3: CHSLD privé non conventionnés 4: RPA 5: autres milieux- RI-RTF	Testé selon les paramètres de la directive (OUI / NON)	N'avait pas à être testé selon les paramètres de la directives (cochez : X)	NB de résidents	NB de résidents testés	NB de résidents testés positifs	Personnel NB	Personnel NB testés	Personnel testé positif NB
Ajouter des lignes au besoin									
TOTAL									

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 28 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES, LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK ET AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

AU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL

Mesdames,
Messieurs,

La présente vise à vous transmettre un document produit par le groupe d'experts qui est présidé par le Dr Quoc Dinh Nguyen. Rappelons que ce groupe d'experts est également composé de six spécialistes cliniques et terrain. Ces experts effectuent un suivi en temps réel de la situation de la COVID-19 dans tous les milieux de vie pour personnes aînées et leurs proches aidants afin de recommander des actions à mettre en place dès que cela est requis. Ces actions s'appliquent aux différents milieux de vie des clientèles ciblées, soit les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF).

Le document ci-joint présente des recommandations concernant les mesures en prévention et contrôle des infections (PCI). Selon ce groupe d'experts, l'application des mesures de PCI est la pierre angulaire pour contrôler et diminuer la propagation de la COVID-19.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

C'est pourquoi il recommande des mesures structurantes visant à assurer l'application des mesures de PCI selon les bonnes pratiques et le suivi d'indicateurs. L'adaptation selon les structures organisationnelles est souhaitable. Enfin, le groupe d'experts recommande la mise en place d'une structure de soutien et de suivi à plusieurs paliers avec des rôles et des responsabilités bien définis. Ce document constitue un outil additionnel pour améliorer les pratiques en matière de PCI au sein des différents milieux de vie.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M^me^ Martine Alfonso, CUSM
PDGA des CISSS et des CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-48

MESURES EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS
RECOMMANDATIONS POUR LES DIFFÉRENTS MILIEUX

L'application des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) est la pierre angulaire pour contrôler et diminuer la propagation virale. La difficulté à contrôler la propagation de la COVID-19 dans les milieux de vie amène le groupe d'experts COVID-19 à recommander des mesures structurantes visant à assurer l'application des mesures de PCI selon les bonnes pratiques et le suivi d'indicateur. L'adaptation régionale et locale selon les structures organisationnelles est souhaitable. Néanmoins, le groupe d'experts recommande la mise en place d'une structure de soutien et de suivi à plusieurs paliers avec des rôles et des responsabilités bien définis tels que celle présentée.

1. CHSLD publics

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Gestionnaires

- Planifier les formations avec la PCI pour les employés et les médecins
- S'assurer que tous ont reçu préalablement à leur arrivée dans le milieu la formation PCI
- Déterminer des champions unité/étage 24/7
- S'assurer de la présence en quantité suffisante du matériel
- Rendre accessibles le matériel de soutien et les directives INSPQ aux équipes
- Planifier le soutien clinique nécessaire auprès des équipes de soins

Conseillères, responsable PCI ou autre personne de référence PCI

- Former les champions, les médecins et le personnel
- Transmettre les mises à jour de la santé publique aux équipes
- Soutenir les gestionnaires et la *SWAT team*

Champions

- Agir à titre de mentor auprès de l'équipe
- S'assurer du respect des mesures par le personnel et les médecins
- S'assurer que l'unité est en mesure de détecter et d'isoler un nouveau cas rapidement
- Interpeller la *SWAT team* au besoin après discussion avec le gestionnaire

SWAT team (équipe d'établissement CISSS/CIUSSS)

Le nombre d'équipes et leur composition sont à déterminer par les établissements.

- Offrir un soutien de 2e ligne en lien avec la conseillère PCI
- Assister dans la création des zones froides et chaudes
- Former et soutenir les équipes en zones chaudes
- Intervenir en zone froide lorsque demandé par le champion
- Procéder aux audits de qualité
- Interpeller au besoin la conseillère PCI et le microbiologiste selon leurs rôles respectifs

Microbiologistes

Motifs de consultation et forme de soutien à la PCI à déterminer.

Examiner la pertinence de dégager un microbiologiste par CISSS/CIUSSS dédié aux milieux de vie des aînés.

Recommandations présentées par le Comité d'experts COVID-19 en date du 23 avril 2020.

MODE D'INTERVENTION RECOMMANDÉ

0 à 14 % cas confirmés (jaune ou aucune couleur car aucun cas confirmé) CHSLD ou **unités avec 1 cas/CHSLD**

- Soutien direct par les champions
- Soutien supplémentaire conseillère PCI au besoin
- Audit de qualité par la SWAT team
- Intervention 2e ligne par la *SWAT team* au besoin

15 % à 25 % cas confirmés (orange) CHSLD ou **unités avec 1 cas/CHSLD**

- Soutien direct par les champions
- Intervention 2e ligne par la SWAT team au besoin
- Soutien conseillère PCI

Plus de 25 % cas confirmés (rouge) CHSLD ou **unités avec 1 cas/CHSLD**

- Soutien direct par les champions
- Formation, Intervention et soutien par SWAT team sur base régulière
- Soutien conseillère PCI
- Soutien microbiologiste le cas échéant

INDICATEURS DE PROCESSUS ET DE RÉSULTATS

Les modalités concernant le suivi des indicateurs sont à déterminer par les établissements selon la faisabilité. Ce suivi est toutefois crucial afin de permettre le réajustement des mesures de soutien.

- Audit mesures d'hygiène des mains, de port d'équipement, d'habillage et de déshabillage et de désinfection du matériel de soins par la Swat team dans toutes les installations
- Conformité des lieux physiques selon les directives du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et celles de la santé publique
- Présence de champions par étage ou unités 24/7
- Suivi de données
  - # employés et médecins formés /# total (taux) (données sur base hebdomadaire)
  - # nouveaux résidents suspectés confirmés qui étaient en zones froides / # total de résidents zones froides (données sur base quotidienne)
  - Mesures mises en place pour résidents suspectés ou confirmés dans le 24 h
  - # employés suspectés ou confirmés

2. CHSLD privés ou privés conventionnés

RÔLES ET RESPONSABILITÉS (grands principes à adapter selon la réalité locale et régionale)

Gestionnaires du CHSLD privé ou privé conventionné, RI, RPA

- Planifier avec l'intervenant CISSS/CIUSSS dédiée les formations PCI pour tous les employés
- S'assurer que tous les employés reçoivent la formation à leur arrivée dans le milieu
- Déterminer des champions 24/7
- S'assurer de la disponibilité du matériel et interpeller l'intervenant dédié si manque de matériel
- Rendre accessibles les directives de la santé publique aux employés
- Planifier le soutien clinique nécessaire auprès des équipes de soins
- Signaler toute situation non conforme ou besoin de formation supplémentaire à l'établissement sur le territoire

Gestionnaire SAPA de l'établissement sur le territoire responsable

- Planifier le ou les intervenants dédiés pour soutenir la PCI avec les partenaires
- Définir les responsabilités de chacun concernant la PCI
- Assurer la disponibilité du matériel le cas échéant selon entente

Intervenant dédié du CISSS/ CIUSSS ou conseillère en soins du CHSLD privé (le cas échéant)

- Former les champions, les médecins et le personnel
- Transmettre les mises à jour de la santé publique aux équipes
- Soutenir les gestionnaires des ressources partenaires
- Procéder à des audits de qualité
- Solliciter l'intervention de la *SWAT team* le cas échéant (cette demande devrait se faire par l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS)

Champions

- Agir à titre de mentor auprès des autres employés
- S'assurer du respect des mesures par les employés et les médecins
- S'assurer que l'unité est en mesure de détecter et isoler un nouveau cas rapidement
- Demander au gestionnaire du CHSLD privé ou privé conventionné, RI, RPA d'interpeller l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS si besoin

SWAT team (équipe d'établissement CISSS/CIUSSS)

Le nombre d'équipes et leur composition sont à déterminer par les établissements.

- Offrir un soutien de 2e ligne en lien avec la conseillère PCI
- Intervenir à la demande de l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS
- Procéder aux audits de qualité
- Interpeller au besoin la conseillère PCI et le microbiologiste selon leurs rôles respectifs

Microbiologistes

Motifs de consultation et forme de soutien à la PCI à déterminer.

Examiner la pertinence de dégager un microbiologiste par CISSS/CIUSSS dédié aux milieux de vie des aînés.

MODE D'INTERVENTION RECOMMANDÉ

0-14 % cas confirmés (vert et jaune) ou **unités avec 1 cas/CHSLD**

- Soutien direct par les champions
- Audit de qualité par la SWAT team
- Intervention de l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS à la demande de la conseillère en soins ou du gestionnaire du CHSLD privé ou privé conventionné
- Élaboration d'un plan d'action pour le CHSLD privé ou privé conventionné par la PCI et l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS

15 % à 25 % cas confirmés (orange) CHSLD ou **unités avec 1 cas/CHSLD**

- Soutien direct par les champions
- Inspection par l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS pour auditer le respect des mesures PCI
- Intervention 2e ligne par la SWAT team selon recommandation de l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS
- Soutien conseillère PCI le cas échéant

Plus de 25 % cas confirmés (rouge) CHSLD ou **unités avec 1 cas/CHSLD**

- Soutien direct par les champions
- Formation, Intervention et soutien par SWAT team sur base régulière
- Soutien conseillère PCI
- Microbiologiste le cas échéant

INDICATEURS DE PROCESSUS ET DE RÉSULTATS

Les modalités concernant le suivi des indicateurs sont à déterminer par les établissements selon la faisabilité. Ce suivi est toutefois crucial afin de permettre le réajustement des mesures de soutien.

- Audit mesures d'hygiène des mains, de port d'équipement, d'habillage et de déshabillage et de désinfection du matériel de soins par la Swat team dans toutes les installations par la conseillère du milieu ou de l'intervenant dédié selon entente avec l'établissement
- Conformité des lieux physiques selon les directives du MSSS et de la santé publique (par l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS)
- Présence de champions dans le CHSLD privé ou privé conventionné, RI, RPA 24/7
- Suivi de données
  - # employés/# total (taux) (données sur base hebdomadaire)
  - # nouveaux résidents suspectés confirmés qui étaient en zones froides/# total de résidents zones froides (données sur base quotidienne)
  - Mesures mises en place pour résidents suspectés ou confirmés dans le 24 h
  - # employés suspectés ou confirmés

3. Ressources intermédiaires (RI) et résidence privée pour aînés (RPA)

RÔLES ET RESPONSABILITÉS (grands principes à adapter selon la réalité locale et régionale)

Gestionnaires des RI et RPA

- Planifier avec l'intervenant CISSS/CIUSSS dédiée les formations PCI pour tous les employés
- S'assurer que tous les employés reçoivent la formation à leur arrivée dans le milieu
- Déterminer des champions 24/7
- S'assurer de la disponibilité du matériel et interpeller l'intervenant dédié si manque de matériel
- Rendre accessibles les directives de la santé publique aux employés
- Planifier le soutien clinique nécessaire auprès des équipes de soins
- Signaler toute situation non conforme ou besoin de formation supplémentaire à l'établissement sur le territoire

Gestionnaire SAPA de l'établissement sur le territoire responsable

- Planifier le ou les intervenants dédiés pour soutenir la PCI avec les partenaires
- Définir les responsabilités de chacun concernant la PCI
- Assurer la disponibilité du matériel le cas échéant selon entente

Intervenant dédié du CISSS/CIUSSS

- Former les champions, les médecins et le personnel
- Transmettre les mises à jour de la santé publique aux équipes
- Soutenir les gestionnaires des ressources partenaires
- Procéder à des audits de qualité
- Solliciter l'intervention de la *SWAT team* ou la conseillère PCI le cas échéant (cette demande ne peut qu'être faite par l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS)

Champions

- Agir à titre de mentor auprès des autres employés
- S'assurer du respect des mesures par les employés et les médecins
- S'assurer que l'unité est en mesure de détecter et isoler un nouveau cas rapidement
- Demander au gestionnaire de la ressource d'interpeller l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS si besoin

SWAT Team (équipe d'établissement CISSS/CIUSSS)

Le nombre d'équipes et leur composition est à déterminer par les établissements.

- Offrir un soutien de 2^{e} ligne en lien avec la conseillère PCI
- Intervenir à la demande de l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS
- Procéder aux audits de qualité
- Interpeller au besoin la conseillère PCI et le microbiologiste selon les rôles respectifs

Microbiologistes

Motifs de consultation et forme de soutien à la PCI à déterminer.

Examiner la pertinence de dégager un microbiologiste par CISSS/CIUSSS dédié aux milieux de vie des aînés.

MODE D'INTERVENTION RECOMMANDÉ

Aviser l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS dès la présence d'un cas COVID confirmé ou suspecté dans la ressource pour évaluation et organisation de la trajectoire de sortie selon les directives émises du MSSS.

En ce qui concerne les ressources avec déjà plusieurs cas confirmés :

- Aviser l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS dès la présence d'un cas COVID confirmé ou suspecté dans la ressource pour évaluation et organisation de la trajectoire de sortie selon les directives émises du MSSS.
- Si la sortie des résidents n'est pas possible à ce moment, nous recommandons de rehausser les niveaux d'interventions PCI comme suit :

0-14 % cas confirmés (vert et jaune)

- Soutien direct par les champions
- Audit de qualité par la *SWAT team*
- Intervention de l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS à la demande du gestionnaire de la ressource
- Élaboration d'un plan d'action pour la résidence par la PCI et l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS

15 % à 25 % cas confirmés (orange)

- Soutien direct par les champions
- Inspection par l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS pour auditer le respect des mesures PCI
- Intervention 2e ligne par la *SWAT team* selon recommandation de l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS
- Soutien conseillère PCI le cas échéant

Plus de 25 % cas confirmés (rouge)

- Soutien direct par les champions
- Formation, Intervention et soutien par *SWAT team* sur base régulière
- Soutien conseillère PCI
- Microbiologiste le cas échéant

INDICATEURS DE PROCESSUS ET DE RÉSULTATS

Les modalités concernant le suivi des indicateurs sont à déterminer par les établissements selon la faisabilité. Ce suivi est toutefois crucial afin de permettre le réajustement des mesures de soutien.

- Audit mesures d'hygiène des mains, de port d'équipement, d'habillage et de déshabillage et de désinfection du matériel de soins par la Swat team dans toutes les installations la conseillère du milieu ou de l'intervenant dédié selon entente avec l'établissement
- Conformité des lieux physiques selon les directives du MSSS et de la santé publique (par l'intervenant dédié du CISSS/CIUSSS)
- Présence de champions dans le CHSLD privé ou privé conventionné, RI, RPA 24/7
- Suivi de données
  - # employés/# total (taux) (données sur base hebdomadaire)
  - # nouveaux résidents suspectés confirmés qui étaient en zones froides/# total de résidents zones froides (données sur base quotidienne)
  - Mesures mises en place pour résidents suspectés ou confirmés dans le 24 h
  - # employés suspectés ou confirmés

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec
Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 29 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, nous vous transmettons des directives afin que soit mis en place un système de garde infirmière pour soutenir les résidences privées pour aînés (RPA) de catégories 3 et 4, soit celles accueillant des personnes semi-autonomes, de l'ensemble de votre territoire. Ces directives s'inscrivent dans le cadre des travaux du groupe de travail sur les services médicaux en centre d'hébergement et de soins de longue durée, en RPA et en ressources intermédiaires et de type familial pour l'organisation des ressources médicales et infirmières en première ligne.

Des ressources infirmières pouvant répondre aux appels des RPA devront donc être identifiées pour permettre une intervention précoce et éviter les transferts inappropriés vers les centres hospitaliers. À cette fin, la collaboration entre les différentes directions concernées est attendue, notamment la Direction Soutien à l'autonomie des personnes âgées, la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, la Direction des soins infirmiers et la Direction des ressources humaines.

Le système de garde infirmière vise à répondre à l'ensemble des résidents des RPA de catégories 3 et 4, qu'ils soient connus ou non de votre établissement et que leurs symptômes soient ou non en lien avec la COVID-19.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Il vous est demandé de confirmer que vous avez mis en place cette garde infirmière d'ici le lundi 4 mai 2020 auprès de madame Natalie Rosebush, sous-ministre adjointe à la Direction générale des aînés et des proches aidants, à l'adresse courriel suivante : natalie.rosebush@msss.gouv.qc.ca.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. PDGA des CISSS et des CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-45

Coronavirus COVID-19

2020-04-29

En raison de la progression de la maladie à Coronavirus COVID-19 dans le monde, de l'évolution rapide des cas d'infection au Québec et de la transmission communautaire actuelle, nous vous transmettons des directives en regard d'un système de garde infirmière pour les résidences privées pour aînés (RPA) semi-autonomes (catégories 3 et 4).

DIRECTIVES POUR LES CISSS ET CIUSSS – SYSTÈME DE GARDE INFIRMIÈRE RPA

COLLABORATION ENTRE NOTAMMENT LA DIRECTION SAPA, LA DIRECTION DE LA QUALITÉ, DE L'ÉVALUATION, DE LA PERFORMANCE ET DE L'ÉTHIQUE, LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

Ces directives s'inscrivent dans le cadre des travaux du groupe de travail sur les services médicaux en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en RPA et en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) pour l'organisation des ressources médicales et infirmières en première ligne. Actuellement, les activités suivantes sont mises en place :

- Une garde médicale 24/7 est assurée dans les RPA par des médecins omnipraticiens dans le contexte de la COVID-19.

Les présentes directives s'appliquent pour l'ensemble des résidents des RPA semi-autonomes, qu'ils soient connus ou non des CISSS et des CIUSSS et que leurs symptômes soient ou non en lien avec la COVID-19.

En présence, notamment, d'une détérioration de la condition physique et mentale, une évaluation infirmière est requise pour assurer une trajectoire de services adaptée à la condition de la personne. Ainsi, il est essentiel de mettre en place un système de garde infirmière 24/7 (jour – soir – nuit, à tous les jours incluant les fériés) afin d'intervenir précocement pour éviter les transferts inappropriés vers les centres hospitaliers. Des ressources infirmières pouvant répondre aux appels des RPA semi-autonomes devront donc être identifiées. Notons que le présent système de garde ne vise pas à répondre ou à pallier les situations qui nécessitent une intervention imminente des services d'urgence. Dans ces contextes, la « Procédure à suivre en cas de danger pour la vie ou pour l'intégrité du résident » continue de s'appliquer comme indiqué dans le *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés*.

Lorsque le système de garde est interpellé, la démarche suivante s'applique :

- Un appel téléphonique est effectué dans la RPA par l'intervenant de garde pour une collecte de données afin d'évaluer la pertinence d'une visite à la RPA pour une évaluation.

- Lorsque la situation clinique requiert une visite à la RPA, celle-ci pourra être effectuée par l'infirmière, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) ou le médecin, selon les besoins identifiés et les effectifs disponibles du territoire**.**

Assurez-vous d'appliquer les directives suivantes à l'ensemble des RPA de votre territoire :

1. **Identifier parmi les directions en collaboration (Direction SAPA, Direction de qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, Direction des soins infirmiers, Direction des ressources humaines, etc.) la direction leader du système de garde et les directions en soutien.**

2. **Identifier une ressource infirmière par RPA pour constituer la garde infirmière.**
   Selon l'organisation des services du territoire, examiner les possibilités suivantes pour établir le système de garde :
   - Les infirmières des RPA doivent être répertoriées et mises à contribution. Ainsi, en présence d'infirmières dans la RPA 24/7, inclure ces infirmières (employées des RPA) dans le calendrier de garde avec leurs coordonnées afin qu'elles aient accès au service de coordination des activités. Ainsi, elles auront accès à la liste de garde médicale, si besoin.
   - Des infirmières du service d'aide à domicile (SAD) pourraient être mises à contribution.
   - Une infirmière pourrait assurer la garde dans plus d'une RPA selon la taille et la complexité de la clientèle.
   - Une « équipe SWAT » du centre hospitalier pourrait être mise à contribution selon la capacité du territoire.
   - Des gardes de 12 heures pourraient être considérées.
   - Les IPSPL pourraient être intégrées dans le système de garde.
   - Si disponible, la téléconsultation pourrait être utilisée.

3. **Constituer un répertoire des infirmières et de leurs coordonnées pour assurer la garde dans un calendrier mensuel à coordonner avec le calendrier de garde médicale.**

4. **Remettre le répertoire de garde infirmière et médicale aux coordonnateurs d'activités[1] des CISSS/CIUSSS qui sont présents de soir et de nuit, 7 jours/semaine.**
   - Les numéros pour rejoindre le service des coordonnateurs des activités sont remis aux RPA visées.
   - Les RPA qui ont besoin d'une consultation joignent le service des coordonnateurs des activités, lequel assure le relais avec l'infirmière de garde pour la RPA.
   - Le coordonnateur des activités convient de la gestion optimale des appels selon son système de coordination en place.

5. **Informer les RPA de la mise en place d'un système de garde.**

[1] Ce poste existe dans tous les établissements. Les fonctions d'un coordonnateur des activités sont essentiellement : de planifier, d'organiser, de coordonner, de contrôler et d'évaluer les activités clinico-administratives et les ressources de l'établissement lors de son quart de travail, dans le but d'assurer aux usagers des soins et des services adéquats, sécuritaires et de qualité optimale en fonction de leurs besoins spécifiques. Il évalue les besoins de remplacement du personnel, selon les besoins et les priorités. De plus, il assure le bon fonctionnement de la structure qui soutient l'ensemble des activités de l'établissement et assure la liaison entre les différents services. Lorsqu'elle est en fonction, la personne agit à titre de gestionnaire des lits, le cas échéant.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 28 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous transmettre le 2e bulletin pour les unités ambulatoires d'hémodialyse, en date du 28 avril 2020. Ce bulletin apporte des précisions sur les mesures de précaution pour les unités ambulatoires de dialyse en cas de manque de chambres d'isolement pour la zone tiède dans le contexte de la pandémie de la COVID-19.

Ce document a été produit par le Groupe tactique de néphrologie réuni en contexte de gestion de la pandémie de la COVID-19. Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Version originale signée

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
Mme Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-50

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

2020-04-28

Bulletin 2 – Hémodialyse

PRÉCISIONS SUR LES MESURES DE PRÉCAUTION POUR LES UNITÉS AMBULATOIRES DE DIALYSE EN CAS DE MANQUE DE CHAMBRES D'ISOLEMENT POUR LA ZONE TIÈDE

1. Rappels concernant la zone tiède

La zone tiède représente la zone réservée aux usagers avec suspicion de diagnostic de la COVID-19. Cette zone est aménagée pour protéger le personnel et les patients des risques de contamination par :

- Un patient asymptomatique qui pourrait être porteur à la suite d'un contact avec une personne COVID-19 positive.
- Un patient symptomatique suspect pour qui le résultat de dépistage n'est pas encore connu.

Considérant :

- qu'un nombre important de patients dialysés sont vulnérables;
- que dans certains centres de dialyse, un nombre important de patients proviennent de différents centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- que plusieurs CHSLD ont des patients positifs à la COVID-19;
- que les patients suspectés de COVID-19 doivent être en chambre d'isolement pendant 14 jours suivant l'exposition;
- qu'il n'est pas possible de regrouper en cohorte les patients en zone tiède;
- que les patients asymptomatiques ne peuvent être dépistés;
- que les traitements de dialyse sont effectués 3 fois par semaine;

le groupe tactique en néphrologie fait les recommandations suivantes.

2. Recommandations et pistes de solution

a. Pour l'ensemble des usagers en suspicion placés en zone tiède

Il est très important de ne pas cohorter les patients tel qu'il est possible de faire en zone chaude puisqu'aucun de ces patients n'est confirmé positif à la COVID-19, bien que tous soient suspectés pour différentes raisons. Différents moyens peuvent être utilisés pour isoler ces usagers les uns des autres. Nous vous présentons quelques-unes de ces possibilités. L'environnement physique de votre unité de dialyse, le nombre de patients en suspicion ainsi que le personnel à votre disposition sont autant de raisons qui peuvent vous amener à opter pour une solution ou pour une autre.

Les directives générales pour la zone tiède sont mentionnées dans le Bulletin #1. Afin de réaliser ces mesures de précaution, il est possible de :

1. Ajouter des mesures de distanciation physique telles que des plexiglass, des rideaux lavables, des enveloppes plastifiées accessibles par une fermeture éclair, des paravents lavables. Ces structures doivent être nettoyées entre chaque patient.
2. Si les chambres d'entrainement pour la dialyse à domicile sont libres, les utiliser pour les usagers en suspicion.
3. Pour les établissements qui ont plusieurs sites (satellites, externe) à proximité, les usagers pourraient être séparés dans les différents sites selon leur statut COVID-19. Par exemple, tous les usagers COVID-19 négatifs dans un centre externe et les usagers en suspicion et positifs à la COVID-19 dans l'installation du centre hospitalier.
4. Diminuer le nombre d'usagers en traitement simultanément et permettre de « condamner » un espace de dialyse entre un patient COVID-19 négatif et un patient en suspicion et ainsi augmenter la distanciation :
    - Ouvrir tous les quarts du lundi au samedi, de jour et de soir, pour les unités qui ne sont pas ouvertes au maximum de sa capacité.
    - Ouvrir le service de dialyse le dimanche afin de répartir les usagers et diminuer le nombre d'usagers traités en même temps sur l'unité.
    - Offrir les traitements de nuit.
    - Réduire la durée des traitements aux usagers afin de pouvoir faire les dialyses de 4 patients par jour sur une même station.

b. Usagers symptomatiques en attente d'un résultat de dépistage

L'usager symptomatique non confirmé à la COVID-19 doit avoir un test de dépistage fait en priorité.

Dans un souci de diminuer le nombre d'isolements de patients en zone tiède et d'éviter les contacts entre patients suspectés et usagers négatifs à la COVID-19, l'équipe pourrait, au cas par cas, procéder à l'évaluation clinique des usagers en attente d'un résultat de dépistage afin de valider si un traitement de dialyse pourrait être « sauté ». Bien sûr, une évaluation médicale doit être faite afin de valider si le traitement de dialyse pourrait être suspendu temporairement en attente du résultat. Cette intervention a pour objectif de protéger les patients et le personnel de l'unité de dialyse; le résultat de dépistage permettant d'orienter l'usager vers la bonne zone pour la sécurité de tous :

- Après évaluation médicale, si la condition de l'usager le permet, ce dernier devrait suspendre son traitement jusqu'à l'obtention de son résultat.
- Après évaluation médicale, si la condition de l'usager ne permet pas la suspension du traitement, diriger l'usager vers la zone tiède.

Référence

Suri R.S., Antonsen J.E., Banks C. et al., on behalf of the CSN COVID-19 Rapid Response Team (2020). Management of Outpatient Hemodialysis During the COVID-19 Pandemic: Recommendations from the Canadian Society of Nephrology COVID-19 Rapid Response Team Workgroup. Récupéré en pre-print le 23 avril 2020 au https://www.csnscn.ca/images/CJKHD/PRE-PRINT_Management-of-Outpatient-Hemodialysis-During-the-COVID-19%20Pandemic_Recommendations-from-the-Canadian-Society-of-Nephrology-COVID-19-Rapid-Response-Team.pdf

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 29 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES SERVICES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous informer des nouvelles orientations concernant la stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures requis, prévue par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour contrer la pandémie de la COVID-19. À cet effet, vous trouverez ci-joint une mise à jour de la note d'information au réseau de la santé et des services sociaux, **en date du 28 avril 2020**.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M. Horacio Arruda, MSSS
M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
M^me^ Louise Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Chefs de DRMG
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-00496-51

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Santé et Services sociaux Québec

NOTE D'INFORMATION – CORONAVIRUS

Stratégie d'approvisionnement

Le 28 avril 2020

Dans ses orientations stratégiques pour contrer la pandémie COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prévoit une stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures requis. Cette stratégie prévoit notamment :

1. La détermination d'une liste formelle des produits essentiels à la prestation de soins et de services et la catégorisation de ceux-ci en produits critiques ou produits essentiels.

2. La réalisation d'ententes d'approvisionnement avec des fournisseurs et la constitution des réserves de produits critiques nécessaires pour la pandémie. Ces réserves pourront être localisées chez les fournisseurs ou dans des entrepôts centraux du réseau de la santé et des services sociaux.

3. La constitution des règles de distribution (allocation des équipements de protection individuelle (EPI)) de réserves locales des produits essentiels et critiques nécessaires :
   - pour le démarrage et le fonctionnement des centres désignés déterminés par le MSSS;
   - pour le démarrage et le fonctionnement des cliniques d'évaluation désignées déterminées par le MSSS;
   - pour le fonctionnement et le maintien des activités du réseau.

4. La mise en place, le 25 mars dernier, des cliniques désignées d'évaluation (CDE) pour les milieux de première ligne.

5. En fonction des recommandations émises par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) recommande que, pour les régions où une transmission communautaire soutenue est documentée, il soit possible d'appliquer les actions suivantes. À noter que ces recommandations sont émises pour tous les milieux de soins[1] et ne concernent que les masques de procédure.

   a. Que les usagers se présentant pour une consultation (urgence, clinique médicale ou autre) portent un masque de procédure seulement s'ils présentent des symptômes compatibles ou ayant des facteurs de risque identifiés 2 pour la COVID-19;

   b. Que tous les travailleurs de la santé (hôpitaux, cliniques médicales, CHSLD, soins à domicile), qui donnent des soins et qui sont à moins de deux mètres d'un usager, portent un masque de procédure en continu (ils doivent le changer s'il est mouillé, souillé ou à la fin du quart de travail). Chaque milieu devrait aussi déterminer la nécessité de garder le masque lors de proximité entre les travailleurs de la santé eux-mêmes.

---

[1] Cet avis concerne tous les milieux de soins, soit les hôpitaux (soins aigus), les cliniques médicales (GMF, cliniques externes, cliniques médicales, cliniques désignées d'évaluation, etc.) et les milieux de soins de longue durée (CHSLD), ainsi que lors des soins à domicile.

L'approvisionnement aux différents organismes mentionnés aux priorités 1, 2 et 3, est sous la responsabilité de l'établissement public de leur territoire.

Voici donc la liste des priorités :

Priorité 1

- Cliniques désignées de dépistage (CDD), CDE, centres désignés, préhospitalier, centres de réadaptation désignés, établissements avec des cas confirmés hospitalisés.

Priorité 2

- Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et centres intégrés de santé et de services sociaux, établissements, établissements non fusionnés, instituts, centres d'hébergement de soins de longue durée (établissements publics et privés), cliniques d'avortement, Héma-Québec[2], groupes de médecine de famille, cliniques médicales, résidences privées pour aînés, ressources intermédiaires, cliniques privées, maisons de soins palliatifs, ressources de type familial, soutien à domicile (incluant les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) et travailleurs qui dispensent des services dans le cadre de l'allocation directe/chèque emploi-service).

Priorité 3

Garderies, organismes communautaires, milieux carcéraux, refuges.

Notes :

La stratégie de répartition peut être ajustée par les établissements en fonction de la criticité.

En cette période de pandémie, nous prions les établissements de ne pas surconsommer, de s'en tenir aux besoins normaux ou à une consommation moyenne de leurs fournitures, produits d'entretien, denrées et équipements. Commander en quantités raisonnables permettra aux fournisseurs de rationaliser leurs livraisons à tous les établissements. Adoptez un approvisionnement réfléchi.

Par ailleurs, si des projets de remplacement d'équipement peuvent être retardés sans mettre en péril la continuité des opérations des établissements, ce serait une voie à privilégier pour que les canaux d'acquisition soient priorisés pour la pandémie.

Le MSSS poursuit l'allocation des quantités des fournitures médicales des EPI ainsi que toutes les fournitures à risque de pénurie dans le contexte actuel. Par conséquent, la distribution du stock est maintenant sous la gouverne du MSSS. Les établissements n'ont plus à faire de suivi avec les distributeurs à ce sujet. Ils recevront la confirmation de leur expédition seulement. Aucune autre information ne sera donnée par les distributeurs.

[2] Pour Héma-Québec, il sera approvisionné au même titre qu'un établissement public.

En référence aux mesures exceptionnelles émises par l'INSPQ pour les EPI, nous vous invitons à considérer les éléments suivants :

1. Les normes minimales de qualité à respecter sont celles émises en cas de pénurie réelle[3];
2. Les EPI distribués par le MSSS ont préalablement été inspectés par des cliniciennes et testés en laboratoire;
3. Le MSSS ne reprendra aucun EPI distribué;
4. Tous les EPI distribués par le MSSS sont comptabilisés dans l'allocation permise par établissement;
5. Les EPI distribués par le MSSS sont ceux qui sont accessibles dans un contexte de pénurie mondiale.

De plus, les EPI qui sont alloués par les distributeurs ne sont possiblement pas les mêmes que ceux hors période de pandémie. En conséquence, les mêmes mesures exceptionnelles émises par l'INSPQ s'appliquent pour ces produits.

Nous vous demandons également de poursuivre les actions pour réduire la consommation d'EPI.

[3] https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2957-mesures-exceptionnelles-equipements-protection-individuelle-covid19.pdf

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 29 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Dans le contexte actuel de pandémie, les personnes aînées sont grandement à risque de perte d'autonomie et de déconditionnement tant sur le plan physique que mental. Afin de prévenir le déclin accentué par les mesures de confinement chez cette clientèle vulnérable, nous vous transmettons les directives visant la prévention du déconditionnement dans un contexte de pandémie. Elles visent prioritairement à prévenir la détérioration des domaines les plus touchés par le déconditionnement, soit l'autonomie et la mobilité, la nutrition et l'hydratation ainsi que l'état mental et le comportement, incluant l'état psychologique.

Ces directives s'appliquent plus particulièrement auprès des personnes aînées résidant dans les résidences privées pour aînés, confiées en ressources intermédiaires et de type familial et résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Elles peuvent également s'appliquer aux personnes aînées en transit dans des zones tampons. Néanmoins, plusieurs interventions peuvent aussi être suggérées aux personnes aînées demeurant à domicile.

Nous vous invitons à prendre connaissance de ces directives adaptées dans le contexte exceptionnel de la pandémie de la COVID-19 et invitons le personnel à saisir toutes les occasions possibles pour prévenir le déconditionnement des personnes aînées, dans le respect des directives de la santé publique et des principes de prévention des infections.

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Nous profitons de l'occasion pour saluer le travail et la mobilisation du personnel au sein de vos établissements. Nous sommes reconnaissants de pouvoir compter sur votre essentielle collaboration.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-51

2020-04-29

DIRECTIVES POUR PRÉVENIR LE DÉCONDITIONNEMENT CHEZ LA PERSONNE AÎNÉE ISOLÉE DANS SON MILIEU DE VIE EN CONTEXTE DE PANDÉMIE, NOTAMMENT EN RPA, RI-RTF ET CHSLD

Dans le contexte actuel de pandémie, les personnes aînées sont plus à risque de déconditionnement moteur (perte d'indépendance), cognitif (perte d'autonomie) et social (perte des liens sociaux) dû aux mesures de confinement. Ce déconditionnement entraîne des 1) troubles de l'équilibre et de la marche induisant un risque de chutes récurrentes et de fractures élevé, 2) un déclin des performances cognitives avec risque de confusion, 3) une diminution des capacités cardio-respiratoires avec un risque d'insuffisance cardiaque et d'infection en autre. L'ensemble de ces complications peut mener à une hospitalisation voir au décès. Il est donc important de mettre en place des interventions pour prévenir le déconditionnement des personnes aînées.

Selon l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA), six (6) domaines de la santé sont à surveiller chez la personne aînée. Ces 6 aspects se déclinent par l'acronyme « AINÉES » : **A**utonomie et mobilité, **I**ntégrité de la peau, **N**utrition et hydratation, **É**limination, **É**tat cognitif et comportement, **S**ommeil.

Les interventions présentées dans ce document visent donc à prévenir la détérioration des domaines de l'acronyme AINÉES touchés par le déconditionnement, soit l'autonomie et la mobilité, la nutrition et l'hydratation ainsi que l'état mental et le comportement, incluant l'état psychologique.

AUTONOMIE ET MOBILITÉ

Comme les personnes âgées sont appelées à demeurer plus longtemps dans leur chambre ou leur appartement, il faut profiter de toutes les occasions pour les faire bouger selon leurs capacités et les aider à préserver leur niveau d'indépendance (capacité à se déplacer de manière sécuritaire) et d'autonomie (capacité à prendre une décision adaptée) habituelle. C'est pourquoi il faut :

- faire la tournée des unités locatives ou des chambres, en personne ou par téléphone, pour encourager les usagers ou des résidents à se mobiliser de façon régulière et sécuritaire;
- fournir l'aide requise pour la mobilisation et les déplacements;
- encourager les ou résidents à effectuer leurs soins de base, tels l'hygiène et l'habillement, ainsi que les activités domestiques ou les faire participer le plus possible à ces activités si de l'aide est requise;

- s'assurer que le personnel intervenant auprès d'une personne aînée et habilitée à le faire continue à soutenir les efforts à se mobiliser, notamment les professionnels en réadaptation, le cas échéant;
- encourager toute initiative qui permet le maintien de l'autonomie et la mobilisation des personnes aînées dans le respect des directives et des principes de prévention et contrôle des infections.

Voici quelques exemples d'activités facilement réalisables pouvant être suggérées, en tenant compte du niveau d'autonomie :

- bouger les bras et les jambes par soi-même, en position debout, assise ou couchée;
- se lever 5 fois de suite d'une chaise matin et soir;
- si possible, se lever debout toutes les heures ou profiter des interventions requises par les intervenants pour se mobiliser et préserver son équilibre;
- utiliser différents moyens, dont les applications ou les plateformes numériques en ligne pour visionner des vidéos d'exercices simples à réaliser.

La plateforme numérique québécoise de conditionnement physique **Move 50 +** propose des programmes d'entraînement disponibles gratuitement permettant aux aînés confinés de demeurer actifs et ainsi minimiser le risque de déconditionnement physique.

Voir le lien suivant : https://move50plus.ca/

Une équipe de réadaptation du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec a aussi développé deux programmes simples et sécuritaires pour la clientèle à domicile, en RPA et également en RI-RTF, soit un programme pour les usagers avec auxiliaire de marche et un autre pour les usagers sans auxiliaire de marche. Les deux programmes sont disponibles en format vidéo et en format imprimable (voir en annexe).

Usager avec auxiliaire de marche (canne, marchette, ambulateur, etc.) ou usager avec équilibre précaire lors des transferts et à la marche.

Lien avec vidéo :
https://hep.physiotec.ca/program-login.php?program_id=11110855&client_id=13574082

Usager sans auxiliaire de marche et qui effectue de façon sécuritaire et autonome ses transferts et déplacement.

Lien avec vidéo :
https://hep.physiotec.ca/program-login.php?program_id=11129930&client_id=13610582

Certaines personnes ne seront pas en mesure de faire ces programmes de façon autonome. Nous vous suggérons de remettre le programme en version imprimée aux usagers ou résidents qui sont en mesure de le faire seuls dans un premier temps, et si le

temps vous le permet, d'accompagner les usagers ou résidents ayant besoin de stimulation et de supervision.

Si vous avez une hésitation face aux différentes activités, vous référer à l'équipe de réadaptation ou à l'intervenant responsable du suivi professionnel de l'usager.

NUTRITION ET HYDRATATION

L'activité repas qui habituellement est un moment de plaisir et de socialisation s'avère perturbée dans une situation de confinement et peut entraîner une perte d'appétit. De plus, les personnes aînées ressentent moins rapidement la soif et sont à risque de déshydratation. Un apport protéino-énergétique et hydrique adéquat est primordial pour prévenir les conséquences de la dénutrition et de la déshydratation. C'est pourquoi il importe :

- de faire la tournée régulière des unités locatives ou des chambres, en personne ou par téléphone, ou profiter de tous les moments possibles pour encourager les usagers ou les résidents à s'hydrater;
- si possible, dédiez un membre du personnel qui peut offrir régulièrement de l'eau aux usagers ou résidents régulièrement, dans le respect des directives et principes de prévention et contrôle des infections;
- d'encourager la prise de repas et l'hydratation lors des visites nécessaires;
- de donner le niveau d'assistance requis à chaque repas, lorsque requis;
- de porter une attention particulière aux apports des usagers lors des repas ou les questionner régulièrement sur ce qu'ils ont mangé pour déceler rapidement un problème d'apport alimentaire;
- de référer à la nutritionniste si des difficultés à l'alimentation ou des signes de dysphagie sont observés;
- d'encourager toute initiative favorisant les usagers à s'alimenter et s'hydrater, dans le respect des directives et des principes de prévention et contrôle des infections.

Voici quelques interventions plus spécifiques pouvant être suggérées :

- avoir une hygiène buccodentaire régulière et adéquate;
- lors des repas, mangez d'abord le plat principal, car sa teneur en protéines est élevée et cela favorise la guérison;
- prendre des collations riches en protéines (à base de noix, de légumineuses, de produits laitiers, suppléments alimentaires, etc.), si la condition médicale le permet. Référer à la nutritionniste au besoin;
- boire minimalement 1,5 litre d'eau ou de boisson par jour, sauf si une condition médicale exige une restriction en liquides;
- boire de façon régulière;
- utiliser des moyens de communication comme l'appel vidéo pour permettre de socialiser avec ses proches lors de l'activité repas.

ÉTAT COGNITIF ET COMPORTEMENT / ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

Le contexte de pandémie a pour conséquence la sous-stimulation et l'isolement, en plus de générer beaucoup de stress, d'anxiété et même de peur. Ces conditions augmentent le risque de déclin des performances cognitives et de symptomatologie dépressive. C'est pourquoi il faut :

- assurer une communication régulière avec les usagers ou les résidents, que ce soit en personne ou par téléphone;
- surveiller fréquemment l'état d'éveil, l'humeur ou tout changement dans l'état mental de l'usager lors de vos communications avec lui pour détecter l'émergence de problèmes comme la dépression ou le délirium;
- encourager toute initiative permettant aux usagers de se divertir, de socialiser ou et d'exercer leurs fonctions cognitives, dans le respect des directives et des principes de prévention et contrôle des infections.

Les activités qui font travailler la mémoire et les autres fonctions mentales tels la stratégie et le jugement sont à privilégier pour maintenir ses capacités cognitives. Voici quelques exemples :

- mots croisés;
- sudoku;
- apprendre à jouer d'un instrument de musique;
- s'initier à l'informatique;
- faire des casse-têtes;
- etc.

Les activités d'occupation qui génèrent des sentiments positifs et qui permettent le divertissement sont à privilégier pour réduire les émotions négatives. En voici quelques-unes :

- regarder des albums photo ou fournir un cadre photo numérique;
- lire un livre, une revue ou tout autre ouvrage d'intérêt;
- utiliser différents moyens de communication pour que l'usager contacte ses proches : téléphone, courriels, messages textes, appels vidéo, etc.;
- discuter d'éléments positifs de leur histoire de vie avec un membre du personnel lors des visites;
- pratiquer la méditation ou toute autre activité d'intériorisation;
- avoir une routine régulière pour garder le rythme;
- consulter la page « Stress, anxiété et déprime associés à la maladie à coronavirus COVID-19 » : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/stress-anxiete-et-deprime-associes-a-la-maladie-a-coronavirus-covid-19/#c47197.

Exemple d'interventions de routine basées sur l'AAPA

- S'informer de la personne (voir l'histoire de vie au dossier si disponible)
- Faire une programmation de tournée aux chambres et interagir, poser des questions sur les intérêts, vérifier l'état d'éveil, changement dans l'humeur, dans la communication
- Vérifier si l'usager a bien dormi, s'il a reçu eu un appel de la famille, s'il a douleur ou un malaise
- Mettre le verre d'eau à la disposition de la personne
- Vérifier la portion mangée dans l'assiette ou au plateau, l'appétit
- Mettre le calendrier à la bonne date pour orienter la personne
- Mettre à la disposition de l'usager la cloche d'appel (si besoin)
- S'assurer que la personne change de position, bouge
- Mettre à la disposition de l'usager des accessoires qui pourraient l'aider à bouger

Coronavirus (COVID-19)

Programme d'exercice pour usager <u>SANS</u> auxiliaire de marche et qui effectue de façon sécuritaire et autonome ses transferts et déplacement.

Maintien à domicile

Client
RPA2 sans accessoire

Notes :

1 Mini-squat





Séries: 1 à 2 Réps: 10 à 15 Fréq: 3 à 5 fois par semaine

Debout face au comptoir ou derrière une chaise avec appuis légers:
-Pliez vos genoux comme si vous voudriez vous asseoir puis redressez-vous complètement.
-Assurez-vous de toujours maintenir les pieds à plat au sol et de laisser vos genoux bien alignés avec vos pieds.

N.B.: Pour augmenter la difficulté, vous pouvez essayer de descendre plus bas.

Faites 10 à 15 répétitions selon vos capacités.

2 Flexion de la hanche





Séries: 1 à 2 Réps: 10 à 15 Fréq: 3 à 5 fois par semaine

Debout derrière une chaise ou à côté d'un comptoir avec appuis nécessaires (1 ou 2 mains):
-Levez le genou le plus haut possible en gardant le dos bien droit et redescendez la jambe lentement.

Faites 10 à 15 répétitions par jambe.

© Physiotec 1996-2020. Tous droits réservés

Maintien à domicile

Client
RPA2 sans accessoire

3 Flexion plantaire des chevilles



Séries: 1 à 2 Réps: 10 à 15 Fréq: 3 à 5 fois par semaine

Debout avec appuis légers à une chaise ou au comptoir:
-Montez sur la pointe des pieds en gardant les jambes bien allongées puis redescendez lentement.

Faites 10 à 15 répétitions selon vos capacités.

4 Flexion dorsale des chevilles



Séries: 1 à 2 Réps: 10 à 15 Fréq: 3 à 5 fois par semaine

Debout avec appuis légers à une chaise ou au comptoir:
-Levez le devant des pieds en gardant les jambes bien allongées puis redescendez lentement.

Faites 10 à 15 répétitions selon vos capacités.

© Physiotec 1996-2020. Tous droits réservés

Maintien à domicile

Client
RPA2 sans accessoire

5 Se lever et s'asseoir




Séries: 1 à 2 Réps: 5 à 10 Fréq: 3 à 5 fois par semaine

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras et une table devant:
Pour se lever:
-Placez vos mains sur les appuis-bras.
-Levez-vous lentement en penchant le corps vers l'avant et en vous aidant de vos mains.
-Relevez-vous bien droit.
Pour s'asseoir:
-Penchez-vous doucement pour mettre vos mains sur les appuis-bras.
-Assoyez-vous lentement.
-Prenez soin de bien appuyer votre dos au dossier avant de recommencer l'exercice.

Faites 5 à 10 répétitions selon vos capacités.

6 Marche de côté




Fréq: 3 à 5 fois par semaine

Debout face au comptoir avec appuis légers:
-Marchez de côté vers la droite puis vers la gauche.

Faites plusieurs allers-retours selon vos capacités.

© Physiotec 1996-2020. Tous droits réservés

Maintien à domicile

Client
RPA2 sans accessoire

7 Serrer le poing





Séries: 1 à 2 Réps: 10-15/main Fréq: 3 à 5 fois par semaine

Assis sur une chaise avec le dos bien appuyé:
-Serrez fort une balle ou une serviette roulée dans votre main et maintenez 5 secondes.

Faites 10 à 15 répétitions avec chaque main.

© Physiotec 1996-2020. Tous droits réservés

Coronavirus (COVID-19)

Programme d'exercices pour usager AVEC auxiliaire de marche (canne, marchette, ambulateur, etc.) ou usager avec équilibre précaire lors des transferts et à la marche

Maintien à domicile

Client
RPA

Notes :

1 Flexion des hanches, assis



Séries: 1 à 2 Réps: 10 fois chaque côté Fréq: Au moins 3 fois par semaine

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras:
-Assurez-vous d'avoir le dos bien droit et appuyé au dossier de la chaise.
-Soulevez lentement la cuisse vers le haut, puis abaissez-la au sol.

Faites 10 répétitions chaque jambe.

2 Extension des genoux



Séries: 1 à 2 Réps: 10 fois chaque côté Fréq: Au moins 3 fois par semaine

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras:
-Assurez-vous d'avoir le dos bien droit et appuyé au dossier de la chaise.
-Levez le pied en tirant les orteils vers vous, puis abaissez-le au sol.

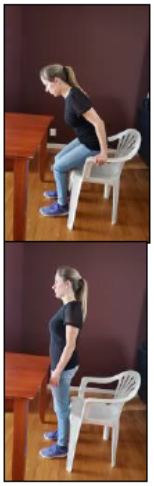
Faites 10 répétitions chaque jambe.

© Physiotec 1996-2020. Tous droits réservés

Maintien à domicile

Client
RPA

3 Se lever et s'asseoir



Séries: 1 à 2 Réps: 5 fois Fréq: Au moins 3 fois par semaine

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras, devant une table:
Pour se lever:
-Placez vos mains sur les appuis-bras.
-Levez-vous lentement en penchant le corps vers l'avant et en vous aidant de vos mains.
-Relevez-vous bien droit.

Pour s'asseoir:
-Penchez-vous doucement pour mettre vos mains sur les appuis-bras.
-Assoyez-vous lentement.
-Prenez soin de bien appuyer votre dos au dossier avant de recommencer l'exercice.

Faites 5 répétitions, selon vos capacités.

4 Flexion des épaules



Séries: 1 à 2 Réps: 10 fois Fréq: Au moins 3 fois par semaine

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras, le dos décollé:
-Assurez-vous d'avoir le dos bien droit.
-Joignez vos mains ensemble.
-Soulevez les mains vers le haut le plus possible sans douleur, puis abaissez-les.
Ne pas avancer la tête pendant l'exercice.

Faites 10 répétitions, selon vos capacités.

Maintien à domicile

Client
RPA

5 Serrer le poing



Séries: 1 à 2 Réps: 10 fois chaque côté Fréq: Au moins 3 fois par semaine Tenir: 5 secondes

Assis sur une chaise, le dos bien droit et appuyé au dossier:
-Serrez fort une balle ou une serviette roulée dans votre main et maintenez pendant 5 secondes.

Faites 10 répétitions par main.

6 Exercice circulatoire



Séries: 1 à 2 Réps: 15 à 20 fois Fréq: Au moins 3 fois par semaine

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras:
-Assurez-vous d'avoir le dos bien appuyé au dossier de la chaise.
-Tirez les pieds vers vous, puis pointez-les.

Faites 15 à 20 répétitions.

© Physiotec 1996-2020. Tous droits réservés

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 29 avril 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES, AU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL, À LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK ET AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES,

Mesdames,
Messieurs,

Nous désirons par la présente vous faire part de directives qui doivent s'appliquer pour faciliter les trajectoires des usagers atteints ou pas de COVID-19. À partir de maintenant, nous vous demandons de créer des zones tampons. Ces zones sont des lieux permettant d'éviter la propagation de la COVID-19 dans les différents milieux de vie et pour améliorer la réponse aux besoins des usagers qui ne requièrent plus les soins d'un centre hospitalier lorsque ce n'est plus requis. Pour ce faire, vous devez vous référer aux directives ci-jointes. Une autorisation préalable du ministère de la Santé et des Services sociaux est également requise pour l'ouverture de zones tampons.

La création de zones tampons ainsi que les consignes à mettre en place peuvent être sujettes à des modifications en fonction de l'évolution de la pandémie. L'amplitude de ces mesures est à adapter selon le portrait local et régional de la pandémie et l'organisation des soins et services en vigueur.

Pour la trajectoire *Admission ou retour en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) après un séjour en centre hospitalier / admission en CHSLD en provenance de la communauté*, vous trouverez ci-joint un algorithme décisionnel.

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Avant d'orienter l'usager qui doit être hébergé en CHSLD, un test de dépistage doit être effectué. Ceci déterminera si l'usager peut être dirigé vers un CHSLD ou vers une zone tampon.

Si le test est positif, deux cas de figure peuvent s'appliquer :

- l'usager peut être accueilli dans un CHSLD en zone chaude (nouvelle admission ou retour);
- l'usager ne peut retourner dans son CHSLD d'origine et il doit être transféré vers une zone tampon chaude adaptée pour accueillir des usagers ayant un profil de besoin correspondant à un CHSLD.

Si le test est négatif, un seul cas de figure s'applique :

- l'usager doit être transféré dans une zone tampon tiède.

Consulter l'algorithme décisionnel pour avoir plus de détails sur les mesures de protection et de contrôle des infections à appliquer en fonction de la trajectoire et le moment où l'usager peut retourner dans le milieu de vie soit le CHSLD.

Des trajectoires additionnelles vous seront également transmises d'ici 24 à 48 heures, portant sur l'accueil ou le retour en ressources intermédiaires et de type familial, en ressources à assistance continue, en résidences privées pour aînés ou autre après un séjour en centre hospitalier ou sur l'admission ou un retour en réadaptation après un séjour en centre hospitalier.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,



Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. M^me^ Martine Alfonso, CUSM
PDGA des CISSS et des CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-54

Coronavirus COVID-19

2020-04-29

En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 dans le monde et de l'augmentation des cas d'infection au Québec, nous souhaitons vous transmettre des informations et des consignes pour la création de zones tampons.

Ces zones sont des lieux transitoires permettant d'accueillir des usagers avant qu'ils soient transférés dans leur milieu de vie (centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ressource intermédiaire et de type familial (RI-RTF), résidence privée pour aînés (RPA), résidence à assistance continue (RAC) et autres). Ce lieu de transition permet d'éviter la propagation de la COVID-19 dans ces milieux de vie et d'éviter que ces usagers demeurent en centre hospitalier lorsque ce n'est pas requis.

La création de zones tampons ainsi que les consignes à mettre en place peuvent être sujettes à des modifications en fonction de l'évolution de la pandémie. L'amplitude de ces mesures est à adapter selon le portrait local et régional de la pandémie et l'organisation des soins et services en vigueur.

Cette directive est complémentaire aux algorithmes décisionnels qui doivent s'appliquer pour faciliter les trajectoires des usagers atteints ou pas de la COVID-19.

CONSIGNES POUR LES ZONES TAMPONS

Une zone tampon peut être dans une installation déjà existante ou dans un site non traditionnel (SNT) selon l'organisation de services du territoire concerné.

Différents types de zones tampons peuvent être créés sur un même territoire, car l'environnement physique doit être adapté et permettre de répondre aux besoins de la clientèle. Par exemple, une zone tampon peut accueillir des usagers ayant un profil de besoins correspondant à une clientèle de CHSLD et une autre pour une clientèle ayant un profil de besoins correspondant à une clientèle de RI-RTF, RPA, RAC ou autre.

Deux sous-zones : chaude et tiède

L'organisation des lieux se fera en deux sous-zones distinctes et ne doit pas permettre aux usagers et ni au personnel de circuler d'une sous-zone à l'autre.

Ces sous-zones sont de deux types, l'une chaude, où on retrouve des usagers ayant la COVID-19 et l'autre tiède où sont regroupés des usagers ayant un test négatif, mais qui pourraient développer des symptômes.

Pour ce qui est de l'hébergement dans les zones chaudes et tièdes, si possible chaque usager devrait avoir une chambre individuelle avec salle de toilette dédiée. Ce type

d’organisation physique est particulièrement important pour les usagers qui se trouvent en zone tiède pour éviter une possible transmission.

Les sous-zones sont définies et étanches (entrées, sorties, zone d’habillage et de déshabillage, aire de repas et repos, distinctes pour le personnel dédié en sous-zone chaude et sous-zone froide afin que les employés de chaque zone ne soient pas en contact entre eux, aire de préparation de la médication et entreposage du matériel).

La surveillance de l’état de santé des usagers doit être effectuée sur une base régulière.

Personnel de la zone tampon

On retrouve du personnel dédié distinctement pour chacune des sous-zones, la chaude et la tiède.

On doit limiter le nombre de personnes différentes qui interviennent auprès d’un même résident.

De plus, le personnel doit être en nombre suffisant pour répondre aux besoins des usagers et assurer la qualité des soins et des services.

Une vigie de l’état de santé des employés doit être réalisée avant chaque quart de travail (par exemple, par l’instauration d’une grille de surveillance des symptômes).

Le personnel devrait être formé aux meilleures pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour la zone à laquelle les personnes sont attitrées ainsi qu’à une formation clinique pour répondre aux besoins à la clientèle aînée en contexte de COVID.

S’assurer qu’une ou des personnes sur place soient identifiées comme responsables PCI et qu’elles s’assurent du maintien des bonnes pratiques en tout temps.

Le personnel doit porter en tout temps la protection gouttelettes-contact (blouse, gants, masque de procédure et protection oculaire). On doit également retrouver des équipements de protection individuelle en quantité suffisante et bien utilisés.

Ce document a été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les éléments mentionnés dans ce document s’appuient sur la connaissance actuelle en lien avec la COVID-19, en date du 28 avril 2020. Une mise à jour de ce document sera faite au besoin.

Trajectoire : admission ou retour en CHSLD après un séjour en centre hospitalier / admission en CHSLD en provenance de la communauté

Centre hospitalier ou communauté TEST COVID-19

Usager est COVID-19 POSITIF

2 possibilités

Si l'orientation prévue par le MAH est un CHSLD* chaud

Admission dans une zone chaude en CHSLD EPI complet

Si l'orientation prévue par le MAH est un CHSLD* froid

Ø admission en CHSLD Accueil dans une zone tampon* chaude, EPI Complet

Rétablissement de la personne

Admission en CHSLD zone froide
Masque de procédure seulement
Ø isolement
Surveillance des symptômes

* Se référer aux directives sur les CHSLD

** La zone tampon est un lieu permettant d'éviter la propagation de la COVID-19 dans un milieu de vie. Une zone tampon peut-être dans une installation déjà existante ou dans un site non traditionnel (SNT) selon l'organisation de services du territoire concerné. L'environnement physique doit être adapté et permettre de répondre aux besoins de la clientèle. L'organisation des lieux se fera en deux zones distinctes et ne doit pas permettre aux usagers et ni au personnel de circuler d'une zone à l'autre. Pour les détails complets, se référer aux directives sur les zones tampons.

Usager est COVID-19 NÉGATIF

Ø admission en CHSLD Accueil dans en zone tampon tiède 14 jours : EPI complet / isolement**

Si usager développe des symptômes (faire test)

Si positif :
Transfert en zone tampon** chaude

Rétablissement de la personne

Admission en CHSLD zone froide
Masque de procédure seulement
Ø isolement
Surveillance des symptômes

Si négatif :
il reste en zone tiède et complète son 14 jours (min) et fin des symptômes (faire test)

L'usager n'a pas de symptôme après 14 jours (faire test)

Résultat négatif
Admission en CHSLD zone froide
Masque de procédure seulement
Ø isolement
Surveillance des symptômes

Critères pour le rétablissement de la personne (pour les patients qui vont vers le CHSLD) :

- Période d'au moins 14 jours après le début de la maladie aiguë (CIDRAP, 2020) ou 21 jours pour les usagers sous corticostéroïdes, les immunodéprimés et ceux aux soins intensifs ;
- Absence de fièvre depuis 48 heures ;
- Absence de symptômes aigus depuis 24 heures ;
- PCR négatif sur au moins deux échantillons respiratoires consécutifs prélevés à 24 heures d'intervalle après la résolution de la maladie aiguë.

Votre gouvernement

Québec

Québec

22-210-17W