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

ANNEXE 3

DIRECTIVES COVID-19 DU MSSS • MAI 2020

Votre gouvernement

Québec

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 30 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

À LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK

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 de la COVID-19, il est demandé que toutes les ressources des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) qui sont en temps normal affectées à la prestation de services de santé publique soient mobilisées pour effectuer des interventions requises par les directeurs et les directrices de santé publique et qu'elles soient coordonnées par ceux-ci.

Cette directive s'inscrit en vertu de l'article 106, alinéa 9, de la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2), lequel stipule que lorsqu'il y a une menace réelle à la santé de la population, un directeur de santé publique peut ordonner toute mesure qu'il estime nécessaire pour empêcher que ne s'aggrave cette menace, en diminuer les effets ou l'éliminer.

Cette directive s'applique à tous les effectifs de santé publique relevant actuellement d'autres directions cliniques, qu'ils soient professionnels, gestionnaires ou membres du personnel de soutien. Selon les établissements, il est notamment question des ressources humaines qui offrent les services suivants :

- Interventions de prévention et de promotion en contexte scolaire;
- Activités de vaccination;

... 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

- Services en périnatalité et en petite enfance;
- Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang;
- Soins buccodentaires en milieu scolaire et en centre d'hébergement et de soins longue durée.

Cette directive découle des besoins criants de ressources supplémentaires afin de mettre en place toutes les mesures requises pour protéger la santé de la population en cette période de crise sanitaire.

Avant même la pandémie, les directeurs et directrices de santé publique exprimaient des difficultés pour la mise en œuvre du programme-service Santé publique, lorsque les ressources sont sous la responsabilité des autres directions programme. Ces difficultés ont été documentées dans le cadre d'une évaluation réalisée par l'Institut national de la santé publique du Québec en 2019 (voir le document joint).

Or, le contexte actuel vient exacerber des problèmes déjà présents reliés à l'utilisation des ressources de santé publique à d'autres fins que les mandats pour lesquels elles devraient être dédiées. Cette situation compromet la mise en place des mesures de protection et de prévention nécessaires à la lutte contre la COVID-19. Il est maintenant requis qu'elles contribuent aux interventions essentielles de santé publique, et ce, le plus tôt possible.

Nous vous invitons à convenir des modalités d'application de cette directive avec le directeur ou la directrice de santé publique de votre région. Le ministère de la Santé et des Services sociaux pourra accompagner les CISSS et les CIUSSS dans leurs démarches respectives et émettre au besoin des balises plus précises pour faciliter la transition.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. Directeurs de santé publique des établissements publics du RSSS
PDGA des établissements des CISSS et CIUSSS
M. Horacio Arruda, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-59

INSPQ
INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 – Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance

RAPPORT D'ÉVALUATION

Québec

Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 – Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance

RAPPORT D'ÉVALUATION

Direction de la valorisation scientifique, des communications
et de la performance organisationnelle

Mars 2019

Institut national de santé publique Québec

AUTEURS

Léo-Roch Poirier, conseiller scientifique
Raynald Pineault, médecin-conseil
Marcio Gutièrrez, conseiller scientifique
Louis-Philippe Vien, conseiller scientifique spécialisé
Josée Morisset, chef d'unité
Direction de la valorisation scientifique, des communications et de la performance organisationnelle

AVEC LA COLLABORATION DE

Émilie Dionne, responsable de l'évaluation du Programme national de santé publique et du soutien à la recherche en santé publique,
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (depuis janvier 2018)

Dominic Babeux, responsable du suivi du Programme national de santé publique,
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (jusqu'en décembre 2017)

Roxane Borgès da Sylva, professeure agrégée,
École de santé publique de l'Université de Montréal

MISE EN PAGE

Marie-Christine Gagnon, agente administrative
Hélène Fillion, adjointe de direction
Direction de la valorisation scientifique, des communications et de la performance organisationnelle

REMERCIEMENTS

Cette étude a été commandée et financée par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les auteurs souhaitent remercier les gestionnaires, professionnels et médecins des directions régionales de santé publique qui ont participé aux groupes de discussion, ainsi que les membres de la haute direction et les cadres d'autres directions qui ont accepté de nous accorder des entrevues individuelles.

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.

Dépôt légal – 2e trimestre 2019
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-84151-7 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2019)

Table des matières

Liste des tableaux ..... **III**

Liste des sigles et acronymes ..... **V**

Faits saillants **1**

Sommaire **3**

Introduction **9**

1. Objectifs de l'évaluation **11**

1.1. Objectif général 11

1.2. Objectifs spécifiques 11

2. Repères théoriques **13**

3. Démarche méthodologique **15**

3.1. Analyse des plans d'action régionaux 15

3.2. Groupe de discussion 15

3.3. Cotation 16

3.4. Limites de l'étude 17

4. Résultats **19**

4.1. Éléments de contexte 19

4.2. Plans d'action régionaux 21

4.3. Impact des mécanismes de mise en œuvre 24

4.4. Degré de réussite dans la mise en œuvre de certains services et initiatives 29

4.5. Analyse configurationnelle 33

5. Constats tirés des entrevues avec des membres de la haute direction et des cadres d'autres directions en autorité fonctionnelle sur des ressources de santé publique **37**

6. Discussion **39**

Bibliographie **41**

Annexe 1 Grille d'entrevue pour les groupes de discussion **43**

Annexe 2 Principaux critères retenus pour les cotes accordées à chacun des CISSS-CIUSSS sur les dimensions du cadre conceptuel **47**

Liste des tableaux

Tableau 1 Cotes associées à l'impact des mécanismes de mise en œuvre 24

Tableau 2 Cotes associées au degré de réussite dans la mise en œuvre de certains services et initiatives utilisés comme cas traceurs 29

Tableau 3 Cotes moyennes attribuées aux mécanismes de mise en œuvre par groupe 34

Tableau 4 Cotes moyennes attribuées aux services et initiatives servant de cas traceurs 35

Liste des sigles et acronymes

ASI	Assistant(e) au supérieur immédiat
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CRÉ	Conférence régionale des élus
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DGA	Directeur général adjoint
DSPub	Directions régionales de santé publique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MÉES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAR	Plan d'action régional
PATT	Plan d'action thématique tripartite
PDG	Président-directeur général
PDGA	Président-directeur général adjoint
PNSP	Programme national de santé publique
PP	Promotion-prévention
SHV	Saines habitudes de vie
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
TCNSP	Table de coordination nationale de santé publique
TIR-SHV	Tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie

Faits saillants

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat d'évaluer l'impact des nouveaux modes de gouvernance découlant de l'application de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux* notamment par l'abolition des agences régionales (ci-après appelée la *Loi*) sur la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 (PNSP). Au terme de cette évaluation, les principaux constats suivants émergent :

- la *Loi*, les balises pour atteindre les objectifs de la transformation et l'application des mesures d'optimisation des ressources de santé publique ont affecté de manières diverses la mise en œuvre du PNSP. Si certains services ou initiatives semblent jusqu'à un certain point bénéficier des nouveaux modes de gouvernance tels le développement des communautés, les actions intersectorielles ainsi que la réduction des inégalités sociales de santé, d'autres ont connu des difficultés importantes, par exemple les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, et activités de promotion et prévention en milieu scolaire;
- La dispensation de certains services de santé publique a été déléguée à d'autres directions des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSS) tout en confiant aux directeurs régionaux de santé publique le mandat d'exercer une autorité fonctionnelle sur ces ressources ainsi confiées. À la lumière des propos recueillis, cet exercice de l'autorité fonctionnelle s'est avéré à maints égards difficile et peu concluant, surtout pour les régions où on retrouve plusieurs CISSS-CIUSSS. Les plans interdirections et les ententes interétablissements qui devaient permettre d'encadrer cet exercice n'ont généralement pas fait l'objet de suivi et, dans certains cas, n'ont pas été signés.
- Les mesures d'optimisation des ressources avaient pour objectif de réduire de 30 % le budget régional de santé publique. L'application de ces mesures, jumelée au moratoire sur les rencontres de répondants régionaux pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, a eu un impact majeur sur le maintien de l'expertise professionnelle au sein des équipes-conseils. De plus, il semble que les ressources professionnelles dispensant les services confiés et le personnel d'encadrement de ces services ne détenaient pas toujours de formation de base en santé publique.
- Les régions qui ont le mieux réussi la mise en œuvre des services et des initiatives faisant l'objet d'un suivi dans le cadre de cette évaluation sont celles présentant les meilleurs résultats en ce qui a trait à l'exercice de l'autorité fonctionnelle et à l'intégration des équipes-conseils et de proximité. Il s'agit là de deux leviers majeurs dans la mise en œuvre du PNSP.
- L'exercice de la responsabilité populationnelle a aussi été affecté négativement par la Loi. Toutefois, dans quatre régions, il s'agit d'un dossier actif qui mobilise l'ensemble des établissements et dans lequel les directions de santé publique jouent un rôle central.

Sommaire

Introduction

La mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 (PNSP) s'est faite dans le cadre des nouvelles structures mises en place suite à l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. L'abolition du palier régional a fait en sorte que les activités de première et deuxième lignes en santé publique sont maintenant intégrées dans une même organisation. Des mesures dites d'optimisation ont, d'autre part, entraîné une réduction de 30 % des budgets régionaux de santé publique. De plus, le MSSS a établi en juin 2015 des « balises pour atteindre les objectifs de la transformation et soutenir la prise de décision ». Parmi celles-ci figurait la délégation de la coordination de certains services à d'autres directions afin d'atteindre les objectifs d'accessibilité et de continuité, les ressources concernées passant sous l'autorité hiérarchique de ces autres directions tout en demeurant sous l'autorité fonctionnelle du directeur de santé publique.

Ainsi, des plans d'action interdirections et, pour les régions avec plus d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSS), des ententes interétablissements ont été établies à l'hiver 2016. Puis, les plans d'action thématique tripartite (PATT) ont permis de traduire de manière opérationnelle les services prévus au PNSP en précisant le partage des rôles et responsabilités entre les acteurs des différents paliers. Enfin, les plans d'action régionaux (PAR) sont venus préciser l'offre de services de santé publique pour chacune des régions et les contributions attendues des autres directions.

Cette évaluation s'inscrit en cohérence avec les balises de juin 2015. Ces balises prévoyaient une évaluation formelle des modes d'organisation des services de santé publique, plus précisément évaluer l'impact de la réorganisation du réseau et des nouveaux mécanismes de gouvernance sur la mise en œuvre du PNSP.

Objectif général

Évaluer l'effet des nouveaux modes d'organisation des services de santé publique sur la mise en œuvre du PNSP dans une perspective d'amélioration des mécanismes de gouvernance.

Objectifs spécifiques

- documenter de quelles façons certains éléments de contexte et de mise en œuvre ont affecté la dispensation de certains services ou activités de santé publique;
- réaliser une analyse configurationnelle regroupant un certain nombre de régions en fonction des mécanismes observés sous-jacents à la mise en œuvre;
- évaluer la façon dont ces diverses configurations affectent la mise en œuvre de certaines initiatives et certains services du PNSP;
- évaluer le rôle de soutien dans la mise en œuvre du PNSP par le MSSS et l'INSPQ.

Méthodologie

Une analyse de contenu des PAR de seize régions sociosanitaires à l'étude a d'abord été réalisée. Puis, nous avons tenu 38 groupes de discussions auprès des comités de gestion des directions régionales de santé publique ainsi qu'auprès de professionnels et médecins affectés aux services ou initiatives suivants servant de cas traceurs :

- les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance;
- les activités de promotion et de prévention en milieu scolaire;
- la démarche *Prendre soin de notre monde*;
- les services de vaccination;
- le développement des communautés et l'action intersectorielle;
- la réduction des inégalités sociales de santé.

Des grilles d'analyse ont été appliquées à la transcription de chaque groupe de discussion. Une cote de 1 (Impact très négatif ou degré de réussite très faible) à 5 (Impact très positif ou degré de réussite très élevé) a été attribuée de façon indépendante par trois des membres de l'équipe projet. Ces cotes ont servi, d'une part, à estimer l'impact des mécanismes sous-jacents à la mise en œuvre et, d'autre part, le degré de réussite dans la mise en œuvre des services et initiatives servant de cas traceurs. À partir de ces cotes, nous avons réalisé une analyse configurationnelle permettant de regrouper les régions en fonction des mécanismes sous-jacents déployés lors de la mise en œuvre.

En complément des groupes de discussion, nous avons réalisé des entrevues téléphoniques auprès de membres de la haute direction de certains CISSS-CIUSSS. Ces entrevues avaient pour but de recueillir le point de vue d'acteurs extérieurs à la santé publique dont les responsabilités et l'expérience faisaient en sorte qu'ils bénéficiaient d'une perspective d'ensemble et d'une relative distance par rapport aux enjeux à l'étude.

Principaux résultats

Des **éléments de contexte** affectent la mise en œuvre du PNSP :

- **l'historique territorial de santé publique** : les territoires où la direction de santé publique était fortement intégrée et occupait une place importante au sein des anciennes agences de santé et de services sociaux ont pu mieux s'adapter aux nouveaux mécanismes de gouvernance;
- **le positionnement de la direction de santé publique au sein du CISSS-CIUSSS**: les directions de santé publique relevant directement du président-directeur général (PDG), plutôt que du président-directeur général adjoint (PDGA) ou du directeur général adjoint (DGA), affichent un score de réussite plus élevé dans la mise en œuvre. Le fait que la direction des services jeunesse, où se retrouvent souvent des services de santé publique confiés, ait ou non le même rattachement ne semble pas jouer un rôle prépondérant;
- **l'action intersectorielle** : selon les répondants, l'action intersectorielle a été largement affectée par la disparition des conférences régionales des élus et des directions régionales du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MÉES); les nouveaux découpages territoriaux sont aussi problématiques dans trois régions puisqu'ils ne coïncident pas avec celui des structures de concertation.

L'analyse des PAR révèle que :

- la **réduction des inégalités sociales de santé** est une préoccupation partagée : toutes les régions en font un enjeu transversal, l'abordant sous différents angles (origine ethnique et culturelle, vieillissement, écarts entre les sous-régions, littératie en santé);
- ils sont **adaptés aux réalités régionales**, que ce soit pour tenir compte de la présence de communautés linguistiques et culturelles, de la population vieillissante, des jeunes, des populations mal desservies ou des changements climatiques;

- ils font de la **mobilisation des partenaires intra et intersectoriels** un élément crucial à toutes les étapes de la mise en œuvre;
- les **stratégies de mise en œuvre et d'évaluation** ne sont pas toujours explicites; selon les répondants. La fonction évaluation, en particulier, a été fortement affectée par l'exercice d'optimisation des ressources et les directions de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique ne semblent pas pallier cette perte d'expertise.

Impact des mécanismes sous-jacents à la mise en œuvre

- **L'exercice de l'autorité fonctionnelle** et la coordination clinique qu'elle implique sont généralement jugés par les répondants comme une expérience non concluante. Les gestionnaires rencontrés déplorent l'absence de leviers permettant d'intervenir auprès des autres directions;
- les mesures d'optimisation ont fortement affecté le **maintien de l'expertise professionnelle,** particulièrement au sein des équipes-conseils où, dans certains dossiers, elle est à reconstruire. Celle des équipes de proximité est aussi menacée, les nouveaux professionnels n'ayant pas toujours une formation de base en santé publique;
- l'impact des **mesures d'optimisation** a été négatif à plusieurs égards sur le maintien de l'expertise, l'intégration des équipes-conseils et de proximité, le contrôle de la qualité des services et l'harmonisation des pratiques;
- **l'élaboration des PAR** s'est faite selon un échéancier serré alors que les PATT n'étaient pas encore finalisés. De plus, à cause des transformations en cours, il semble que, pour les répondants, le moment était peu propice aux consultations interdirections. Quant aux **plans d'action interdirections et aux ententes interétablissements**, ils devaient être signés alors que les PAR n'étaient pas encore rédigés, ce qui fait en sorte qu'ils étaient parfois basés sur les budgets et les ententes antérieures et ne couvraient pas nécessairement tous les services confiés à d'autres directions;
- **l'exercice de la responsabilité populationnelle** fait l'objet de points de vue variés : pour certains, le concept est considéré comme obsolète alors que d'autres régions lui accordent une très grande importance. Dans ces régions, on observe une très grande implication de la haute direction et parfois même du conseil d'administration dans l'actualisation de ce dossier;
- **les activités de communication en soutien à la promotion et prévention** ont été confiées au service des communications des CISSS-CIUSSS au palier territorial, et au MSSS pour les campagnes ayant une portée nationale. La qualité du soutien à ce chapitre est très variable d'une région à l'autre;
- **l'intégration des équipes-conseils et de proximité** a été difficile dans plusieurs régions, étant donné l'impact des mesures d'optimisation sur les équipes-conseils. Dans certains cas, il y a eu interruption des communications jusqu'à deux ans de coupures entre les équipes pendant deux ans, principalement en ce qui concerne les services confiés.
- **l'harmonisation des pratiques** est en lien étroit avec l'intégration des équipes-conseils et de proximité : plus ces équipes sont intégrées, plus grande est l'attention portée à ce dossier. La présence d'une assistante au supérieur immédiat est un autre élément qui joue un rôle favorable à cet égard;
- **le respect du mandat légal des directeurs régionaux de santé publique** est généralement acquis et ne semble pas avoir été un enjeu majeur au cours de la réorganisation du réseau.

Degré de réussite dans la mise en œuvre de certains services et de certaines initiatives en lien avec le PNSP

- **les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)** ont été fortement affectés par les transformations. Selon les répondants, il y a eu un roulement de personnel important au cours des trois dernières années qui n'a pas toujours été accompagné par une formation adéquate. Ce roulement est aussi observé au niveau de l'encadrement avec les mêmes déficiences dans la formation des nouveaux cadres. L'intégration entre les équipes-conseils et de proximité semble très difficile du fait que, dans la majorité des régions, ces deux équipes ne relèvent pas de la même direction (services confiés). Dans plus d'une région, on a observé une absence de tout lien entre ces équipes pendant plusieurs mois, voire des années;
- **les activités de promotion et prévention en milieu scolaire** sont d'intensité très variable d'une région à l'autre. Certaines régions y consacrent des équipes dédiées, ce qui fait en sorte que les activités de vaccination n'affectent pas le volet promotion et prévention. Les répondants ont l'impression que l'approche *École en santé* est laissée à l'abandon autant par le MSSS que par l'INSPQ;
- **la démarche Prendre soin de notre monde** suscite des réactions diverses, certains considérant qu'elle est mieux adaptée aux petites municipalités alors que d'autres croient le contraire. Néanmoins, on y voit quelques bénéfices comme le développement de grilles d'analyse et les activités de formation offertes. Dans ce dossier, il semble y avoir une certaine ambiguïté quant au rôle attendu et aux responsabilités des acteurs de santé publique;
- **le dossier de la vaccination** a surtout été affecté par des problèmes de gestion des produits immunisants. On observe une diminution des mesures de contrôle et des visites régulières dans les lieux d'entreposage depuis 2015. Ici aussi, la question de la diminution des activités de formation est soulevée. Le soutien du MSSS et de l'INSPQ est apprécié;
- **le développement des communautés et les actions intersectorielles** ont bénéficié de la centralisation des ressources dédiées à ces volets, observée dans plusieurs régions, et du fait qu'ils soient restés sous l'autorité hiérarchique du directeur de santé publique. La centralisation a permis l'émergence d'une vision commune, mais en contrepartie il y a le risque d'une perte d'ancrage au niveau local. Comme mentionné dans la section portant sur les éléments de contexte, les changements dans l'environnement externe ont toutefois ralenti le rythme des concertations;
- **la réduction des inégalités sociales de santé** est une préoccupation centrale dans toutes les régions. Les actions dans ce dossier prennent plusieurs formes : outils de surveillance, adaptation des programmes, services et pratiques pour les besoins des personnes à faible littératie, personnes défavorisées économiquement ou issues des communautés culturelles et ethniques différentes ou encore adoption de politique d'achat local.

Des propos recueillis lors des **entrevues avec des membres de la haute direction**, il émerge que les changements apportés à l'organisation des services de santé publique impliquaient un changement de culture et, provisoirement du moins, une certaine perte de sens. Ce changement de culture ne s'est pas fait dans des circonstances idéales compte tenu de la très grande instabilité dans l'encadrement supérieur des CISSS-CIUSSS durant les deux premières années de la transformation, d'autant plus que les mécanismes de collaboration avec les autres directions n'étaient pas clairs ou reposaient sur l'informel et les pratiques antérieures. Les plans d'action interdirections et les ententes interétablissements sont vus comme contraires à l'esprit de la réforme, qui visait une meilleure intégration des services et des trajectoires de soins. Ils souhaiteraient que les

directions de santé publique soient davantage perçues comme une direction transversale et, qu'en particulier, elles reprennent le leadership dans le dossier de la responsabilité populationnelle.

Discussion

Il se dégage de nos observations que la réorganisation des services de santé publique a été vécue, de manière générale, mais à des degrés divers, difficilement. L'exercice d'optimisation, jumelé au fait que les services de proximité aient, dans plusieurs cas, été confiés à d'autres directions, a entraîné une perte d'expertise non négligeable, un bris dans l'intégration des équipes et une certaine confusion quant au rôle attendu de l'équipe-conseil. L'exercice de l'autorité fonctionnelle, en particulier dans les régions où il y a plus d'un CISSS-CIUSSS, s'avère aussi difficile et parfois source de tensions importantes. Trois défis ressortent de nos analyses : le maintien de l'expertise professionnelle, le suivi et le soutien des ressources de santé publique œuvrant au sein d'autres directions et le positionnement de la santé publique au sein des CISSS-CIUSSS.

Introduction

L'élaboration du Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025 s'est déroulée dans un contexte de réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux et d'optimisation des ressources de santé publique. Différents documents visent à assurer sa mise en œuvre de façon optimale :

- les Plans d'action thématiques tripartites (PATT) qui traduisent de manière opérationnelle les services prévus sous les cinq axes du PNSP en précisant le partage des rôles et responsabilités entre les acteurs des différents paliers et les échéanciers prévus pour le déploiement des services;
- les Plans d'action régionaux (PAR) qui sont une adaptation des PATT tenant compte des « caractéristiques régionales qui revêtent une importance stratégique pour la mise en œuvre, incluant les dynamiques d'action propres aux territoires desservis, ainsi que des besoins découlant de contextes sociodémographiques particuliers » (PNSP, p. 61);
- la Stratégie de mise en œuvre du PNSP qui énonce quatre grandes orientations :
  1) la consolidation des mécanismes de gouvernance;
  2) la mobilisation des acteurs disposant de leviers pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités sociales de santé;
  3) l'adaptation des approches d'intervention;
  4) l'amélioration continue de l'action de santé publique.

À cet effet, le PNSP, les PATT et les PAR sont complémentaires et cette séquence de mise en œuvre a été conçue dans un souci d'efficience et d'harmonisation de l'action de santé publique entre les territoires. L'élaboration des PATT, en particulier, constituait une première démarche d'envergure ayant amené le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et les directions régionales de santé publique (DSPub) à convenir du partage de leurs responsabilités pour la mise en œuvre de chacun des services du PNSP et de se doter de cibles.

La mise en œuvre du PNSP se fait dans le cadre des nouvelles structures mises en place suite à l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, créant en avril 2015 de nouvelles instances territoriales responsables de la dispensation des services sociaux et de santé, les CISSS-CIUSSS. L'abolition du palier régional fait en sorte que les activités de première et deuxième lignes en santé publique sont intégrées. Aussi, le MSSS a établi en juin 2015 des « balises pour atteindre les objectifs de la transformation et soutenir la prise de décision ». Outre un rappel des obligations légales du directeur de santé publique, elles précisent :

- les attentes liées à la transformation des services de santé publique (élaboration du PAR après consultation des directeurs des programmes et des établissements concernés, la coordination et le contrôle de la qualité des services, le suivi des ressources, la délégation de la coordination de certains services à d'autres directions afin d'atteindre les objectifs d'accessibilité et de continuité);
- les responsabilités hiérarchiques et fonctionnelles du directeur de santé publique en fonction des réalités organisationnelles et territoriales;
- les modalités de gestion permettant de soutenir une gestion optimale du programme-services de santé publique : *La gestion fonctionnelle signifie que les ressources humaines et budgétaires sous*

> *l'autorité hiérarchique d'un autre directeur du CISSS-CIUSSS sont des ressources affectées à la santé publique pour réaliser des mandats confiés et que les orientations stratégiques, tactiques et opérationnelles doivent être prises en collaboration avec le directeur de santé publique*.

Ainsi, des plans d'action interdirections et des ententes interétablissements pour les régions avec plus d'un CISSS-CIUSSS ont été établies à l'hiver 2016 pour assurer la gestion fonctionnelle de certains services de santé publique, et ce, en conformité avec les attentes figurant à la fiche 24 du Cahier des charges à l'intention des PDG des CISSS-CIUSSS. Ces plans d'action et ces ententes ont été développés en même temps que se déroulait la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. Avaient également cours les travaux d'élaboration des PATT et l'application des mesures d'optimisation des services de santé publique, lesquels sont venus préciser le partage des rôles et responsabilités au regard des services du PNSP aux différents paliers. Les Plans d'action régionaux (PAR) sont venus par la suite préciser l'offre de services de santé publique pour chacune des régions et les contributions attendues des autres directions.

Cette évaluation s'inscrit en cohérence avec les balises permettant d'encadrer l'organisation des services de santé publique formulée en juin 2015 par le MSSS. Celles-ci prévoyaient une évaluation formelle des modes d'organisation des services de santé publique, plus précisément d'évaluer l'impact de la réorganisation du réseau et des nouveaux mécanismes de gouvernance associés au PNSP en vue de porter un jugement sur le PNSP en tant qu'outil de planification et de gouvernance pour les acteurs de santé publique. Cette évaluation s'inscrit également dans le cadre de la stratégie globale d'évaluation du Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025 (à paraître) qui contribue à soutenir la mise en œuvre du PNSP, son amélioration continue ainsi que l'évolution de l'action de santé publique aux différents paliers de gouverne. Elle permet également de fournir des connaissances pour la planification et la prise de décision à l'égard de l'offre de services de santé publique, en plus de répondre à l'obligation de reddition de comptes auprès des autorités et de la population. Ce rapport présente donc les résultats de cette évaluation réalisée dans le cadre du mandat plus général de l'évaluation de la mise en œuvre du PNSP confié à l'INSPQ par la direction générale de la santé publique du MSSS.

Nous préciserons d'abord le contexte général dans lequel la mise en œuvre du PNSP s'effectuait, les objectifs de la démarche d'évaluation, les repères théoriques et la démarche méthodologique retenue. Puis nous livrerons nos observations concernant le contenu des Plans d'action régionaux, les éléments de contexte, l'impact des mécanismes sous-jacents à la mise en œuvre et le degré de réussite dans la mise en œuvre comme telle de certains services ou initiatives en lien avec le PNSP.

1. Objectifs de l'évaluation

1.1. Objectif général

Évaluer l'effet des nouveaux modes d'organisation des services de santé publique sur la mise en œuvre du PNSP dans une perspective d'amélioration des mécanismes de gouvernance.

1.2. Objectifs spécifiques

- Documenter de quelles façons certains éléments de contexte et de mise en œuvre (que nous désignerons par mécanismes de mise en œuvre) ont affecté la dispensation de certains services ou activités de santé publique;
- réaliser une analyse configurationnelle regroupant un certain nombre de régions en fonction des mécanismes de mise en œuvre observés;
- évaluer de quelle façon ces diverses configurations affecte la mise en œuvre de certaines initiatives et services du PNSP;
- évaluer le rôle de soutien dans la mise en œuvre du PNSP par les instances centrales que sont le MSSS et l'INSPQ – celles-ci participant à la gouvernance générale du réseau de santé publique.

Ce dernier objectif ne fait pas l'objet d'une présentation détaillée, mais les observations recueillies sont intégrées à la présentation des résultats.

2. Repères théoriques

Pour réaliser cette évaluation, nous avons eu recours à l'approche dite réaliste (voir, entre autres, Ridde et coll., 2012). Celle-ci propose une manière d'appréhender la complexité des interventions sociales (entendues au sens large) en cherchant à comprendre ce qui fonctionne, pour qui et dans quel contexte. La visée de l'évaluation est à la fois sommative et formative.

Dans le cadre de cette évaluation, un élément majeur à considérer porte entre autres sur la distinction opérée entre autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle. Selon Saint-Onge et coll. (2013), l'**autorité hiérarchique** permet à l'individu ou à l'instance qui la détient de donner des directives et des ordres, et de prendre les mesures requises pour les faire respecter. L'**autorité fonctionnelle**, d'autre part, confère le pouvoir d'intervenir dans un service autre que le sien, d'y analyser des situations et de formuler des directives, lesquelles doivent être suivies comme s'il s'agissait d'un ordre provenant d'un individu ou une instance détenant une autorité hiérarchique.

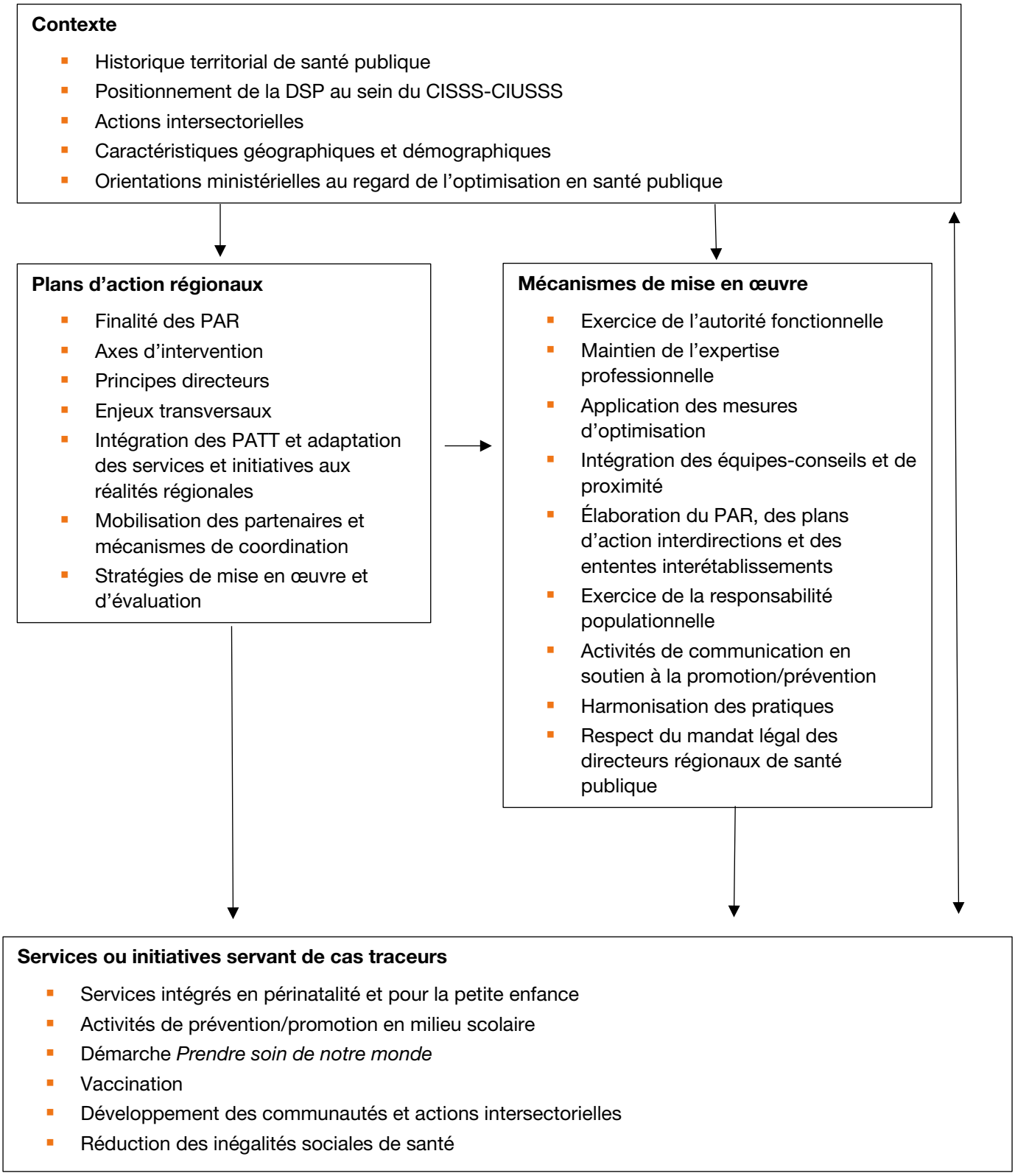
La figure 1 présente le cadre d'analyse et les différents éléments de chacune de ses composantes. Il s'inspire d'un cadre développé par le Medical Research Council pour guider l'évaluation de processus d'interventions complexes. O*n* y distingue les éléments de contexte, les mécanismes de mise en œuvre et les services et initiatives de santé publique servant de cas traceurs (Neuhauser, 2004). Ces derniers, identifiés conjointement avec les membres de la Table de coordination nationale de santé publique (TCNSP), se veulent représentatifs des différents axes du PNSP, à l'exception de l'axe *Surveillance continue de l'état de santé et de ses déterminants*, et sont potentiellement affectés par les nouveaux mécanismes de gouvernance.

Par contexte, nous entendons un ensemble de caractéristiques et de circonstances influençant les efforts de mise en œuvre. Il interagit, influence, modifie, facilite ou contraint l'intervention et sa mise en œuvre. Certains éléments de cet ensemble interagissent aussi entre eux (Pfadenhauer et coll., 2015). Le contexte a une influence sur le déploiement des mécanismes de mise en œuvre.

Par ce terme, nous désignons les éléments de raisonnement et réactions d'individus ou d'agents collectifs en fonction des ressources, dont ils disposent dans un contexte donné, affectant la mise en œuvre d'un service, d'un programme ou d'une intervention (Lacouturier et coll., 2015). Nous avons, dans ce cadre, isolé le PAR, qui est en fait un autre mécanisme de mise en œuvre, compte tenu de son importance stratégique.

Enfin, autant les éléments de contexte que les mécanismes sous-jacents ont un impact sur le degré de mise en œuvre des services et initiatives du PNSP, dont les six identifiés à la figure 1 (Cadre général d'analyse) nous servant de cas traceurs. Les éléments contenus dans ce cadre d'analyse sont ceux que nous avons documentés et pour lesquels nous avons des résultats significatifs.

Figure 1 Cadre général d'analyse (adapté de Moore et coll., 2015)



3. Démarche méthodologique

3.1. Analyse des plans d'action régionaux

Une analyse de contenu des PAR des seize régions sociosanitaires à l'étude a été réalisée. Une grille de collecte d'information a été élaborée en collaboration avec la Direction générale adjointe de la santé publique du MSSS. Les thèmes suivants ont guidé l'analyse :

- finalité des PAR;
- axes d'intervention;
- principes directeurs;
- enjeux transversaux;
- intégration des PATT et adaptation des services et initiatives aux réalités régionales;
- mobilisation des partenaires et mécanismes de coordination;
- stratégies de mise en œuvre et d'évaluation.

3.2. Groupe de discussion

La stratégie générale d'évaluation prévoyait la tenue de groupes de discussion semi-dirigés d'une durée approximative de 90 minutes auprès des comités de gestion des directions régionales de santé publique ainsi qu'auprès de professionnels et médecins, dont au moins une infirmière en milieu scolaire, affectés aux services ou programmes suivants servant de traceurs :

- les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance;
- les activités de promotion et de prévention en milieu scolaire;
- la démarche Prendre soin de notre monde;
- les services de vaccination;
- le développement des communautés et l'action intersectorielle;
- la réduction des inégalités sociales de santé.

Les grilles de discussion utilisées lors de ces rencontres sont présentées à l'annexe 1.

Nous avons dû faire des adaptations à cette approche générale pour tenir compte des conditions particulières dans les trois régions sociosanitaires où la direction régionale de santé publique est associée à plus d'un CISSS-CIUSSS, soit les régions de Montréal, de Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et de la Montérégie. Pour la région de Montréal, il a été convenu de tenir les groupes de discussion suivants :

- un avec le comité de direction de la direction régionale de santé publique;
- un avec des médecins et professionnels de l'équipe-conseil régionale;
- pour chacun des CIUSSS ainsi que pour la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, une rencontre réunissant les gestionnaires du programme de santé publique et des professionnels (le)s de l'équipe de proximité.

Pour la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, nous n'avons pas rencontré les professionnels du CISSS Îles–de-la-Madeleine, mais la coordonnatrice locale de santé publique de ce CISSS a participé à la rencontre avec le comité de direction. Pour la Montérégie, les rencontres avec le comité de direction et avec les professionnels et médecins réunissaient des personnes des trois CISSS du territoire.

Enfin, pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, nous n'avons rencontré que les membres du comité de direction étant donné que l'essentiel des ressources des équipes de proximité est resté sous l'autorité hiérarchique de la DSPub et que peu de changements ont été apportés à l'organisation des services, outre les défis logistiques que posait la dispersion des équipes de proximité sur un territoire de cette étendue.

Au total, donc, nous avons tenu 38 groupes de discussion composés en moyenne de dix personnes. Avec l'accord des participants, ces entrevues faisaient l'objet d'un enregistrement retranscrit par la suite, ce qui a produit 1040 pages de verbatim. Toutes les entrevues ont été animées par l'auteur principal accompagné par un ou des membres de l'équipe projet. La période de collecte de données s'est étendue du 16 novembre 2017 au 18 avril 2018.

Nous avons aussi recueilli le point de vue d'un président-directeur général et d'un président-directeur général adjoint de CIUSSS et de cinq gestionnaires de services confiés en autorité fonctionnelle, soit lors des rencontres de groupe à Montréal, soit lors d'entrevues téléphoniques individuelles d'une durée moyenne de 20 minutes. Les questions abordées portaient sur la genèse des décisions ayant mené à l'organisation des services de santé publique dans leur établissement, sur les avantages et les désavantages de confier certains de ces services à d'autres programmes-services, sur l'intégration des équipes-conseils et de proximité, sur les mécanismes de reddition de comptes et, de façon plus générale, sur leur appréciation globale des transformations apportées aux services de santé publique au cours des trois dernières années. Ces entrevues avaient pour but de recueillir le point de vue d'acteurs extérieurs à la santé publique dont les responsabilités et l'expérience faisaient en sorte qu'ils bénéficiaient d'une perspective d'ensemble et d'une relative distance par rapport aux enjeux à l'étude. Cet exercice a permis une certaine triangulation des résultats.

3.3. Cotation

Deux grilles d'analyse, une pour les groupes de professionnels et médecins et une pour les rencontres avec les comités de direction, ont été appliquées à la transcription de chaque groupe de discussion de façon indépendante par trois membres de l'équipe projet. Les dimensions abordées dans ces grilles correspondent à celles du cadre général d'analyse.

Pour chacune de ces dimensions et pour chacun des établissements, une cote de 1 à 5 a été attribuée de façon indépendante par trois des membres de l'équipe projet selon l'échelle de gradation suivante :

1. Impact très négatif ou degré de réussite très faible;
2. Impact négatif ou degré de réussite faible;
3. Impact neutre ou degré de réussite moyen;
4. Impact positif ou degré de réussite élevé;
5. Impact très positif ou degré de réussite très élevé.

Les critères sur lesquels reposait cette appréciation sont présentés dans l'annexe 3. En vue d'en arriver à une cote finale, nous avons convenu que si les trois cotes ne coïncidaient pas, mais que deux des cotes coïncidaient et que la troisième ne différait que d'un degré (par exemple : deux cotes 3 et une cote 2), nous retenions la cote majoritaire et considérions qu'il y avait accord interjuge. 94 % des cotes ont respecté ces deux critères. Dans les autres cas, nous avons procédé par consensus.

Ces cotes ont servi à calculer un score moyen de l'impact des mécanismes de mise en œuvre d'une part, et un score moyen de degré de réussite dans la mise en œuvre par région des services faisant l'objet d'un suivi. Elles nous ont aussi permis de réaliser l'analyse configurationnelle.

Des analyses documentaires nous ont permis de mené notre collecte de données à terme. Les sources utilisées sont mentionnées dans la présentation des résultats.

3.4. Limites de l'étude

Comme toute étude évaluative, la nôtre comporte sa part de limites. Ainsi, nous avons confié aux DSPub le soin de composer elles-mêmes les groupes de discussion regroupant les professionnels et médecins, ce qui pouvait entraîner un biais de désirabilité. Toutefois, à la lumière des discussions tenues lors de ces groupes, nous avons plutôt eu l'impression que les participants s'exprimaient en toute liberté et tenaient même parfois des propos assez critiques par rapport à leurs supérieurs.

L'analyse est fondée sur des propos qui ont été recueillis entre novembre 2017 et avril 2018, dans un contexte de transformation et de changements importants. Ainsi, il pourrait s'avérer que certaines observations ne soient plus à jour.

Les cotes attribuées à l'impact des mécanismes et au degré de mise en œuvre des services et initiatives suivis l'étaient de manière subjective, malgré les critères explicites que nous avions adoptés (voir annexe 2). Nous considérons toutefois que le fait que cet exercice de cotation ait été réalisé de manière indépendante par trois membres de l'équipe d'évaluation ayant participé à l'ensemble des entrevues ou ayant lu l'intégralité de leur transcription et que le taux d'accord interjuge soit particulièrement élevé nous permet de croire en leur validité.

4. Résultats

Nous présentons dans cette section les observations recueillies pour chaque élément figurant dans le cadre général d'analyse ainsi que les résultats de l'analyse configurationnelle. Lorsque des extraits de *verbatim* sont cités, entre guillemets et en italique, c'est pour illustrer un constat issu de l'analyse.

4.1. Éléments de contexte

Historique territorial de santé publique

Nous entendons par ce terme le degré d'intégration des équipes de santé publique avant la réforme de 2015 ainsi que l'importance du rôle de la direction de santé publique au sein de l'ancienne Agence de la santé et des services sociaux. De manière générale, les territoires où cette intégration et ce rôle étaient importants ont pu mieux s'adapter aux nouveaux mécanismes de gouvernance. Ce que l'on peut qualifier de continuité, donc, est toutefois modulé par l'ouverture que manifeste le PDG de l'établissement à la santé publique. Les territoires où cette continuité n'est pas observée semblent avoir plus de difficultés dans la mise en œuvre du PNSP.

Positionnement de la DSPub au sein du CISSS-CIUSSS

Nous avons analysé les organigrammes des CISSS-CIUSSS concernés pour identifier quels membres de la haute direction relevaient la DSPub (selon la dernière version disponible en date de la mi-juin 2018). Nous avons porté une attention particulière aux liens éventuels avec la Direction du programme jeunesse étant donné la fréquence à laquelle les services du programme SIPPE, entre autres, lui sont confiés. Pour les trois cas de figure recensés, nous avons aussi indiqué le score moyen de mise en œuvre des six initiatives ou services suivis en tant que cas traceur.

Pour les équipes-conseils, la distribution est la suivante :

- six équipes relevaient du PDG; dans ces cas, la DSPub est, à une exception près, rattachée aux directions cliniques, sans lien direct avec la direction du programme jeunesse; score moyen de mise en œuvre : 3,18;
- sept équipes relevaient du PDGA, qui, toujours à une exception près, chapeaute les services sociaux et de réadaptation, dont la direction du programme jeunesse; score moyen de mise en œuvre : 3,03;
- trois équipes relevaient du DGA qui aussi, sans exception cette fois, chapeaute les services sociaux et de réadaptation, dont la direction du programme jeunesse; score moyen de mise en œuvre : 2,81.

Il semble y avoir une certaine gradation dans la mise en œuvre des services selon que les DSPub relèvent du PDG, du PDGA ou du DGA. Le fait que le programme jeunesse ait ou non le même rattachement ne semble donc pas jouer un rôle prépondérant.

Au niveau intrarégional pour les régions avec plus d'un CISSS-CIUSSS (Montréal, Montérégie et Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine), le rattachement des équipes de proximité est encore plus varié. Elles peuvent relever des services de 1re ligne générale, de la Direction des soins infirmiers, de la Direction jeunesse, de la DSPub directement, de la Direction adjointe au partenariat et à l'offre de services et même de la Direction qualité, évaluation, performance et éthique. Enfin, dans une région, les organisateurs communautaires relèvent à la fois de la Direction de santé publique (sous le PDGA) et du bureau de soutien à l'action intersectorielle (sous le DGA).

Action intersectorielle

Les propos des répondants nous amènent à croire que l'action intersectorielle a beaucoup été affectée par la disparition des Conférences régionales des élus (CRÉ) et des directions régionales du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, mais aussi par le retrait progressif des initiatives *Québec en Forme* et *Avenir d'enfant*. Les relations avec le milieu scolaire sont donc plus difficiles et variables d'un territoire à l'autre. De leur côté, les municipalités régionales de comté (MRC), qui ont repris les dossiers de développement communautaire que portaient les CRÉ, ne reconnaissent pas nécessairement les directions de santé publique comme des partenaires incontournables; elles disposent de plus d'agents de développement social dont les actions ne sont pas toujours arrimées à celles des organisateurs communautaires des directions de santé publique. « *On a plus les fondations aussi solides qu'il y a cinq ans passés* ». Soulignons toutefois que certains territoires avaient, avant la création des CISSS-CIUSSS, mis en place des réseaux locaux de services correspondant au découpage des MRC qui ont été maintenus, quoique l'impact des mesures d'optimisation en ait parfois affecté le fonctionnement : « L'animation locale de nos MRC, c'est sûr qu'on n'a jamais pu retrouver cet élan-là complètement, encore aujourd'hui ».

Par contre, le fonctionnement des Tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie (TIR-SHV) ne semble pas avoir été affecté par la création des CISSS-CIUSSS. Outre les services figurant à l'axe 1 du PNSP portant sur le développement global des enfants, les dossiers en lien avec la récente *Politique gouvernementale de prévention en santé* ainsi que ceux portant de manière plus générale sur l'action intersectorielle y sont abordés. Dans certains territoires, la commission administrative régionale a mis sur pied une table « santé » qui intègre, sans s'y limiter, le plan d'action de la TIR-SHV.

Le découpage territorial est problématique dans trois régions et vient ainsi compliquer l'action à ce chapitre. Ainsi, deux anciens territoires de centres de santé et de services sociaux qui appartenaient à la Montérégie ont été rattachés à l'Estrie alors que les mécanismes de concertation respectent l'ancien découpage. D'autre part, les CISSS Montérégie-Centre et Montérégie-Est se partagent le territoire de la ville de Longueuil, amenant un certain dédoublement d'interlocuteurs auprès des partenaires locaux. Enfin, le découpage des territoires des CIUSSS de Montréal ne coïncide pas toujours avec celui des arrondissements : un de ces territoires recoupe neuf villes et arrondissements. Par ailleurs, en Mauricie—Centre-du-Québec, on a maintenu les réseaux locaux de services qui ne coïncident pas toujours au découpage des MRC ni à celui des commissions scolaires.

Caractéristiques géographiques et démographiques

Ces éléments ont été très bien documentés dans les PAR. Ils ont un impact sur le degré de mise en œuvre des services et activités nous servant de cas traceurs que nous aborderons dans cette section.

Orientations ministérielles au regard de l'optimisation en santé publique

L'optimisation des effectifs de santé publique en 2015 a impliqué des compressions d'environ 30 % du budget régional de santé publique et, dans un ordre de grandeur comparable, des effectifs de santé publique. Certaines régions ont pu atténuer l'impact des coupures exigées à partir de fonds réservés à l'intérieur du budget du programme-service santé publique ou en faisant valoir auprès de leur PDG et du ministère leur sous-financement historique. Cette mesure a néanmoins eu un impact majeur sur le maintien de l'expertise professionnelle, comme nous le verrons plus loin.

Il y a eu aussi, surtout au cours deux premières années de la transformation, une grande instabilité au niveau de l'encadrement. Cette instabilité a été observée en particulier dans les services confiés à d'autres directions, ce qui a fortement compliqué l'exercice de l'autorité fonctionnelle par le directeur régional de santé publique.

4.2. Plans d'action régionaux

Finalité des plans d'action régionaux

La finalité du PNSP est de « contribuer à maintenir et à améliorer la santé de la population ainsi qu'à réduire les inégalités sociales de santé en offrant un cadre structurant pour une action performante sur les déterminants de la santé » (PNSP, p. 11). La majorité des régions adhère à cette mission. Néanmoins, certaines régions (Bas-Saint-Laurent, Outaouais et Nord-du-Québec) ont élargi la finalité de leur PAR afin d'y ajouter des objectifs en lien avec la collaboration et afin de les adapter aux réalités de la région. Dans deux régions (Mauricie–Centre-du-Québec et Outaouais), l'adaptation des services aux réalités régionales fait partie des finalités des PAR. D'autres objectifs et finalités ont été ajoutés au PAR de certaines régions : briser les silos entre les différentes fonctions essentielles de la santé publique (Saguenay–Lac-Saint-Jean), intervenir sur les problèmes psychosociaux (Capitale-Nationale), et permettre aux personnes et aux communautés de développer leur « plein potentiel » (Saguenay–Lac-Saint-Jean).

Axes d'intervention

Les cinq axes d'intervention du PNSP ont été intégrés dans le PAR de toutes les régions sociosanitaires. Cependant, les régions de Montréal, de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches ont apporté des modifications aux axes. Dans la Capitale-Nationale, un axe portant sur l'équité en santé a été ajouté. À Montréal, l'offre de services du *Plan d'action régional intégré de santé publique 2016-2021* est basée sur 30 déterminants de la santé des Montréalais, organisés selon les quatre axes du PNSP. Dans Chaudière-Appalaches, les axes d'interventions du PNSP ont été implicitement intégrés au PAR et traduits sous la forme de six feuillets qui concernent un groupe populationnel spécifique : 0-5 ans, jeunes et jeunes adultes (6-17 et 18-24), adultes (25-64), aînés (65 ans et plus), et deux feuillets qui s'appliquent à l'ensemble de la population. Le feuillet *Notre population* comprend les services directs envers la population tels que les services de protection et de prévention, et le feuillet *Nos communautés* regroupe les services qui sont davantage du soutien et de la collaboration avec les partenaires intersectoriels pour la création notamment d'environnements favorables à la santé.

Principes directeurs

Sept régions sociosanitaires (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Mauricie–Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Lanaudière, Laurentides et Montérégie) ont adopté un principe directeur en lien avec la participation citoyenne. Dans les Laurentides, en particulier, la participation des citoyens et des utilisateurs dans la planification des services a été mise de l'avant. En ce qui concerne les inégalités sociales de santé et l'équité, cinq régions (Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Chaudière-Appalaches, Laurentides et Montérégie, outre la Capitale-Nationale qui en a fait un sixième axe) ont adopté ce principe afin de guider l'action auprès des populations vulnérables et moduler l'offre de service. L'excellence et l'optimisation de l'offre de services sont également un principe qui a été adopté par plusieurs régions. L'adaptation des services en tant que principe a été adoptée par trois régions (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale et Laurentides) alors que l'accessibilité est mentionnée comme principe dans cinq régions (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Abitibi-Témiscamingue, Lanaudière et Laurentides).

D'autres principes directeurs ont été adoptés :

- la communication (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Mauricie–Centre-du-Québec et Montérégie);
- la collaboration et la concertation avec les partenaires intra et intersectoriels (Outaouais, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Lanaudière et Laurentides);
- la responsabilité populationnelle et l'universalisme proportionné (Estrie);
- l'engagement, la qualité des liens entre les membres et l'interdépendance (Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine).

Enjeux transversaux

Toutes les régions sociosanitaires ont intégré l'enjeu transversal portant sur la réduction des inégalités sociales de santé dans leur PAR. Il est abordé différemment dans chaque région selon l'état de santé de la population, le contexte sociodémographique et organisationnel. Certaines régions appréhendent cet enjeu par rapport à d'autres déterminants tels que l'origine ethnique et culturelle (Capitale-Nationale et Mauricie–Centre-du-Québec); la vulnérabilité du fait de l'âge tel que peuvent le vivre les personnes âgées ou les jeunes familles (Mauricie–Centre-du-Québec); les disparités spatiales ou géographiques entre les communautés, les zones rurales et urbaines, ou plus généralement les écarts socioéconomiques entre les sous-régions (Estrie, Outaouais, Gaspésie–les-Îles-de-la-Madeleine, Laval, et Laurentides). Dans certaines régions (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Mauricie–Centre-du-Québec, Côte-Nord, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Lanaudière), les inégalités sociales de santé touchent particulièrement les populations autochtones.

Le vieillissement de la population est un enjeu transversal pour cinq régions (Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Outaouais et Montérégie). Cinq régions aussi ont adopté l'enjeu transversal portant sur les changements climatiques (Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Outaouais et Montérégie).

D'autres enjeux transversaux ont été intégrés dans les PAR :

- la littératie en santé (Saguenay–Lac-Saint-Jean);
- le développement des communautés et l'action intersectorielle (Mauricie–Centre-du-Québec);
- l'optimisation des services et l'appropriation des meilleures pratiques (Mauricie–Centre-du-Québec, Laurentides et Montérégie);
- le renforcement des activités de communication (Mauricie–Centre-du-Québec et Laurentides).

Intégration des plans d'action thématique tripartite et adaptation des services et initiatives aux réalités régionales

À une exception près, les PAR de toutes les régions comportent des informations sur la modulation des services. L'objectif est d'adapter les services aux réalités régionales, notamment aux réalités linguistiques et culturelles (Capitale-Nationale, Mauricie–Centre-du-Québec et Montréal), à la population vieillissante (Mauricie–Centre-du-Québec et Chaudière-Appalaches), aux communautés autochtones (Maurice–Centre-du-Québec et Côte-Nord), aux personnes ayant un statut socioéconomique précaire ou faisant partie d'un groupe vulnérable touché par les inégalités sociales de santé (Montréal, Chaudière-Appalaches, Laval, Laurentides et Montérégie), aux jeunes (Laval et Laurentides), et aux populations mal desservies (Montérégie). Plusieurs autres moyens ont été pris en considération afin d'adapter les services aux besoins de la population. Dans quatre régions (Bas-Saint-Laurent, Outaouais, Lanaudière et Laurentides), des consultations et des sondages ont été

menés auprès des partenaires intra et intersectoriels afin de prendre en compte les préoccupations et les réalités régionales au regard des services offerts.

Les enjeux posés par la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux en 2015 semblent être une préoccupation importante dans plusieurs régions sociosanitaires. Dans le PAR du Bas-Saint-Laurent, il est notamment écrit que les compressions budgétaires dans le réseau de la santé et des services sociaux « complexifient le travail de collaboration, d'arrimage et d'harmonisation nécessaire à l'actualisation de diverses activités de santé publique ».

Plusieurs enjeux territoriaux qui ne sont pas directement en lien avec le réseau de la santé et des services sociaux ont été pris en considération dans la modulation de l'offre de services. Ainsi, le contexte économique a été soulevé dans les PAR de quatre régions (Bas-Saint-Laurent, Capitale-Nationale, Nord-du-Québec et Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine). Certains CISSS-CIUSSS ont aussi pris en considération les particularités géographiques de leur territoire. En Gaspésie, l'insularité et la spécificité géographique de certaines sous-régions soulèvent plusieurs enjeux de ressources et d'organisation. L'isolement géographique pose également certaines difficultés en Côte-Nord. En Outaouais, la situation frontalière avec l'Ontario amène des défis particuliers en ce qui a trait à la validité et la fiabilité des données sur l'état de santé de la population de la région, car plusieurs résidants reçoivent des services en Ontario.

Mobilisation des partenaires et mécanismes de coordination

Dans les PAR de toutes les régions, il est mentionné que la mobilisation des partenaires intrasectoriels et intersectoriels est cruciale à toutes les étapes de la mise en œuvre dans le but de conjuguer les efforts de tous. Lors de l'élaboration des PAR, ceux-ci ont été interpellés de différentes manières, notamment par des consultations et des exercices de réflexion et de concertation. Dans certains cas, ces rencontres visaient à entendre les préoccupations des partenaires au regard de l'offre de services de santé publique et à réfléchir à son actualisation en fonction des réalités régionales, tout en prenant en considération les balises prescrites par le PNSP.

Afin de guider la collaboration entre les partenaires, le principe de responsabilité populationnelle est considéré dans quatre régions comme étant un moteur pour l'action en santé publique (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie–Centre-du-Québec et Estrie). En Mauricie–Centre-du-Québec, le principe de la responsabilité populationnelle a été interprété largement afin d'y inclure l'action sur les inégalités sociales de santé et pour prendre en considération l'impact du contexte démographique dans la démarche de planification des services sociaux et de santé. En outre, un comité du conseil d'administration sur la responsabilité populationnelle et un bureau de partenariat ont été créés dans cette région.

Stratégies de mise en œuvre et d'évaluation

Quelques régions se sont dotées de stratégies et de conditions de mise en œuvre en cohérence avec ce qui est prévu dans le PNSP (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Estrie, Outaouais, Côte-Nord, Nord-du-Québec et Lanaudière). Celles-ci peuvent être catégorisées en six types :

- l'intégration et l'ancrage des services de santé publique dans le réseau de la santé et des services sociaux;
- l'adaptation aux réalités régionales;
- le développement des compétences en santé publique, la mise sur pied de communautés de pratique et le développement de guides de pratiques et de lignes directrices;
- l'action intersectorielle et le développement des liens de collaboration;

- la communication;
- l'amélioration continue, la performance organisationnelle et l'optimisation des ressources humaines et financières;
- l'*empowerment* des individus et des communautés.

Divers moyens ont été prévus afin d'assurer le suivi et l'évaluation des PAR. Dans la majorité des régions, ce suivit se fera par la salle de pilotage mise en place par la Direction de santé publique du MSSS. Dans certaines régions, on souhaiterait que le suivi soit réalisé en collaboration avec des partenaires tels que des acteurs du milieu universitaire, la direction de la qualité, de l'évaluation, et de la performance ou la direction des ressources financières et celle des ressources humaines des CISSS-CIUSSS, le MSSS et l'INSPQ.

Cette analyse des PAR nous a permis d'adapter aux réalités régionales nos grilles d'entrevue.

4.3. Impact des mécanismes de mise en œuvre

Comme mentionné précédemment, nous avons établi des cotes permettant de résumer nos observations quant à l'impact des principaux mécanismes de mise en œuvre. Nous présentons ici la moyenne des cotes établies pour chaque région. Rappelons que plus la cote est élevée (la valeur maximale étant 5), plus ces mécanismes soutenaient positivement cette mise en œuvre. En ce qui concerne l'application des mesures d'optimisation, une valeur élevée signifie que l'impact sur les ressources a été moins important. Les résultats sont présentés au tableau 1.

Tableau 1 Cotes associées à l'impact des mécanismes de mise en œuvre

Mécanismes	Cote
Exercice de l'autorité fonctionnelle	2,1
Maintien de l'expertise professionnelle	2,4
Application des mesures d'optimisation	2,5
Élaboration du PAR, des plans interdirections et des ententes interétablissements	2,7
Exercice de la responsabilité populationnelle	2,7
Activités de communication en soutien à la P/P	2,9
Harmonisation des pratiques	3,2
Intégration des équipes-conseils et de proximité	3,3
Respect du mandat légal du directeur de santé publique	3,8

Exercice de l'autorité fonctionnelle, cote : 2,1

Comme mentionné précédemment, les « balises pour atteindre les objectifs de la transformation et soutenir la prise de décision » de juin 2015 exigeaient de « confier la coordination de certains services (…) à d'autres directeurs, lorsque pertinent, afin d'atteindre les objectifs d'accessibilité et de continuité de services visés par la transformation en cours ». L'exercice de l'autorité fonctionnelle et la coordination clinique qu'elle implique sont, de façon majoritaire, mais non unanime, jugés comme une expérience non concluante. On déplore l'absence de levier permettant d'intervenir auprès des autres directions : « *on n'a pas l'autorité pour donner des directives* ». Les gestionnaires se disent

peu informés sur ce qui se passe sur le terrain. De plus, il y a une réaction de protection des ressources dans un contexte de pénurie : « *le manque de ressources devient la raison invoquée pour ne pas se soumettre à l'autorité fonctionnelle* ». Dans certains cas, les directions des ressources financières font un suivi budgétaire par direction et non par programme, ce qui ne permet pas aux DSPub de faire les suivis appropriés des ressources humaines et financières qui sont confiées aux autres directions.

Comme nous le verrons plus loin, certains constats quant au degré de réussite dans la mise en œuvre des services et initiatives faisant l'objet d'un suivi semblent confirmer ces observations. Ainsi, le service ayant la plus forte cote d'après notre analyse est celui du développement des communautés et de l'action intersectorielle qui, à deux exceptions près, relève hiérarchiquement du directeur de santé publique. À l'opposé, celui présentant la plus faible cote, soit le programme SIPPE, est généralement confié à la direction du programme jeunesse.

Toutefois, certains apprécient le modèle qui, surtout pour les régions de plus petite taille et avec moins de personnel d'encadrement, libère ce personnel de certaines tâches de gestion lui permettant de consacrer plus de temps à la coordination clinique. De fait, comme nous le faisait remarquer un informateur clé, il ne s'agit pas d'une nouvelle réalité. Dans le modèle d'organisation mis en place en 2003-2004 avec la création des CSSS jusqu'à leur abolition en 2015, les directions régionales de santé publique n'avaient généralement pas d'autorité hiérarchique sur les ressources de 1re ligne, qui relevaient des CSSS. Comme la coordination des services de santé publique dans ces établissements était confiée à des gestionnaires qui étaient aussi responsables de plusieurs autres dossiers, il n'était pas toujours plus facile de faire le suivi de l'utilisation des ressources humaines et financières. Par contre, ce qui a changé depuis 2015, c'est le fait qu'auparavant l'équipe régionale était au sein de l'agence, qui était essentiellement un organisme de gouvernance, légitimant ainsi cette dernière dans ses démarches de suivi.

Soulignons que deux régions (Abitibi-Témiscamingue et Nord-du-Québec) ont conservé, en totalité ou en grande partie, l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des ressources.

Maintien de l'expertise professionnelle, cote 2,4

Les mesures d'optimisation mises en place en 2015 ont fortement affecté les ressources des équipes-conseils. Pour certains dossiers, l'expertise est à reconstruire. Des dossiers sont orphelins dans certaines régions; la lutte contre le tabagisme et le soutien à l'allaitement sont deux dossiers particulièrement affectés. Il n'y a pas toujours eu non plus un transfert adéquat des dossiers entre professionnels lors de départs à la retraite ou suppression de postes. Cet état de fait compromet la diffusion des meilleures pratiques en 1re ligne.

L'expertise professionnelle des équipes de proximité est aussi menacée. Outre l'absence de soutien de l'équipe-conseil, que ce soit à cause du manque d'intégration des équipes ou l'absence de ressources-conseils, on note aussi que les jeunes professionnels des équipes de proximité n'ont pas toujours de formation en santé publique, en particulier chez les infirmières travaillant en vaccination ou en périnatalité. De façon plus générale, la diminution dans le temps accordé à la formation contribue à la baisse d'expertise. On nous a donné l'exemple selon lequel les nouvelles ressources n'ont droit qu'à une formation en ligne de sept à dix heures alors que, précédemment, elles auraient été accompagnées pendant cinq jours par une professionnelle.

Un autre élément délétère fut le moratoire imposé aussi en 2015 sur les rencontres de répondants pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, dans le contexte de la réorganisation, ce « *qui a un impact majeur sur notre capacité de travail et sur notre efficience* ». C'étaient des

structures considérées comme essentielles, surtout compte tenu des nombreux départs, ce qui affecte la relève.

Parmi les autres préoccupations exprimées, notons la perte progressive des omnipraticiens œuvrant en santé publique, les besoins de formation pour le personnel d'encadrement, particulièrement pour les services confiés, et la charge de travail plus lourde des ressources-conseils restantes qui fait en sorte qu'il leur est difficile de maintenir à jour leur expertise. De manière plus prospective, on note une certaine appréhension des personnes rencontrées concernant l'éventuelle fusion des unités d'accréditation syndicales qui ferait en sorte, par exemple, qu'une infirmière pourrait postuler pour un poste en santé publique sans avoir la formation requise. Dans le même ordre d'idée, on relève la nécessité de disposer de titres d'emploi plus spécifiques que celui d'agent de planification, programmation, recherche en ayant la possibilité d'afficher des postes d'épidémiologiste, de géographe ou d'urbaniste, par exemple.

On compte beaucoup sur le soutien de l'INSPQ pour combler les besoins de formation. Les intervenants sont généralement satisfaits quant à la qualité des formations offertes par l'INSPQ, mais mentionnent souvent que cet accompagnement n'est soit pas assez régulier, soit qu'il pourrait couvrir davantage de sujets. Selon les répondants, une réflexion sur les besoins en développement des compétences et en transfert de connaissances en santé publique est souhaitée, le tout accompagné par une révision de l'offre de formation de l'INSPQ et des autres acteurs impliqués. Un exercice similaire pourrait aussi être envisagé par le MSSS, les participants rappelant ne pas toujours savoir comment obtenir le soutien de ce dernier pour de la formation continue en santé publique.

Application des mesures d'optimisation et Intégration des équipes-conseils et de proximité, cotes 2,5 et 3,3

Les mesures d'optimisation prévoyaient une diminution, quelque peu variable selon les régions, de l'ordre d'environ 30 % des ressources-conseils, donc au sein des effectifs œuvrant auparavant dans les agences de santé et de services sociaux. Ces équipes sont désignées de façon variée selon les régions : équipe régionale, équipe transversale, équipe-conseil. Cette diversité d'appellation trahit une certaine confusion quant à la définition de rôle de cette équipe, surtout suite à l'application des mesures d'optimisation, définition qui, dans certains cas, nous a semblé émergente au fil du temps.

L'impact de ces mesures d'optimisation a été négatif à plusieurs égards, mais à des degrés variés selon les régions. Le maintien de l'expertise professionnelle, l'intégration des équipes-conseils et de proximité et le contrôle de la qualité et l'harmonisation des pratiques ont été particulièrement affectés. Dans plusieurs régions, on a fait état aussi d'un certain désarroi exprimé par les professionnels, surtout au cours des deux premières années de la réorganisation.

Quelques rares régions ont pu atténuer ces impacts en réaffectant certains fonds ou en redéfinissant les rôles des équipes-conseils et de proximité. Dans une région en particulier (Côte-Nord), les ressources-conseils consacrent aussi une partie de leur temps de travail à dispenser des services de proximité.

Mais dans plusieurs régions, il y a eu à reconstruire les liens existants entre les deux lignes. Dans certains cas, il y a eu jusqu'à deux ans de coupures entre les deux niveaux de services, principalement en ce qui concerne les services confiés. Des intervenantes du programme SIPPE, par exemple, ont été laissées à elles-mêmes, sans aucun contact avec l'équipe régionale.

Les équipes rattachées à la fonction surveillance s'en sont, de manière générale, mieux tirées. Ce sont celles aussi les plus souvent sollicitées par les autres directions. Par contre, à de rares

exceptions près, la fonction évaluation est complètement disparue au sein des équipes de santé publique. Les répondants rapportent qu'aucun soutien n'est fourni par les directions qualité, évaluation, performance et éthique qui semblent consacrer l'essentiel de leurs ressources à la mise en place de salles de pilotage et au développement d'indicateurs de performance.

Enfin, on fait état de la nécessité de définir et de mettre en place ce qui devrait constituer une équipe-conseil minimale, surtout pour les régions disposant d'un plus petit budget.

Élaboration du PAR, des plans d'action interdirections et des ententes interétablissements, cote : 2,7

L'élaboration des PAR s'est faite selon un échéancier serré alors que les plans d'action thématiques tripartites n'étaient pas encore finalisés. De plus, à cause des transformations en cours, la période d'élaboration était peu propice aux consultations interdirections. Le MSSS a été présent et soutenant au moment de leur élaboration. Il a notamment convenu avec les directeurs régionaux de santé publique de fournir à l'automne 2015 des balises pour l'élaboration des PAR (attentes ministérielles transmises dans un document non daté intitulé *Mise en œuvre du PNSP. Démarche d'élaboration des PAR)*, balises qui avaient été annoncées dans les cahiers des charges à l'intention des PDG des CISSS-CIUSSS en juillet 2015. Les démarches d'élaboration des PAR des différentes régions ont été soumises au MSSS, à la suite de quoi une rétroaction a été soumise aux PDG avec une lettre accompagnée d'un document énonçant les *Conditions essentielles à la conduite des démarches d'élaboration des Plans d'action régionaux de santé publique* (daté du 23 mars 2016), en appui à l'élaboration des PAR dans le nouveau contexte organisationnel. Le MSSS a aussi recueilli au printemps 2016 les questions des DSPub concernant l'élaboration des PAR et les liens avec les nouveaux plans d'action thématiques tripartites et y a répondu, notamment à la TCNSP, par l'intermédiaire de ses équipes et à l'aide d'un outil synthèse (*Tableau synthèse des questions spécifiques des directions de santé publique posées dans le cadre de l'élaboration des plans d'action régionaux de santé publique,* daté du 21 juillet 2016). Toutefois, lors de la transmission des PAR au MSSS à l'automne 2016, il n'y a eu aucune rétroaction de sa part auprès des régions, ce que plusieurs de nos interlocuteurs ont déploré.

Quant à sa fonction de mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés, les avis sont partagés. Ils furent utilisés à cet effet dans quelques régions alors que dans d'autres, on a jugé qu'il s'agissait d'un exercice « technocratique » sans véritable retombée. Dans certaines régions, les professionnels et médecins rencontrés n'en avaient parfois pas pris connaissance.

À Montréal, certains CIUSSS ont manifesté le désir de produire des plans d'action locaux, comme lors du précédent PNSP. Ils considèrent que le PAR montréalais ne peut tenir compte de toutes les structures de concertation locales auxquelles ils sont amenés à s'associer.

Nous nous sommes aussi intéressés aux plans d'action interdirections et, pour les régions avec plus d'un CISSS-CIUSSS, aux ententes interétablissements que devaient conclure les CISSS-CIUSSS en février 2016 comme l'exigeait les attentes figurant à la fiche 24 du Cahier des charges à l'intention des PDG. Elles devaient être signées alors que les PAR n'étaient pas encore rédigés, ce qui fait qu'elles étaient parfois basées sur les budgets et les ententes antérieures et ne couvraient pas nécessairement tous les services confiés en autorité fonctionnelle. Dans un cas, le PDG a signé l'entente avant les directions concernées. D'autres PDG étaient réfractaires à cet exercice, soutenant qu'il allait à l'encontre de la vision voulant que toutes les directions devaient travailler en concertation : « *plus on définit nos responsabilités dans le CIUSSS, plus on crée des silos* »; « *ça va à l'encontre des valeurs organisationnelles que sont la collaboration et la bienveillance* ». Ces plans d'action et ces ententes n'ont généralement pas fait l'objet de suivi ou n'ont tout simplement pas été

respectés. À Montréal, au moment de l'étude, deux CIUSSS n'avaient toujours pas signé les ententes interétablissements.

Exercice de la responsabilité populationnelle, cote : 2,7

Il s'agit d'un des mécanismes de mise en œuvre faisant l'objet des plus grandes diversités de points de vue. Pour certain, le concept est considéré comme « *ne vivant plus que sur papier* », ou « *n'étant* plus d'usage », alors que d'autres régions lui accordent une très grande importance (le CIUSSS Mauricie–Centre-du-Québec a ainsi une Direction de la santé publique et de la *responsabilité populationnelle*, quoiqu'on précise dans ce cas que la responsabilité populationnelle n'appartient pas qu'au programme de santé publique et qu'il s'agit d'un dossier transversal de l'organisation soutenu par une direction spécifique pour en faciliter le suivi). Dans ces régions, on observe une très grande implication de la haute direction (PDG, PDGA) et parfois même du conseil d'administration dans l'actualisation de ce dossier.

Il faut dire que deux visions de son actualisation s'affrontent, une voulant qu'elle soit surtout orientée vers des actions intersectorielles et communautaires et une autre qui y voit un soutien à la réalisation du projet clinique du CISSS-CIUSSS. En fonction de la vision adoptée, on considère qu'elle relève de la DSPub ou de l'ensemble des directions.

Même si, dans la foulée des transformations vécues en 2015, on a mis fin à l'*Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences* qui soutenait certaines initiatives en lien avec la responsabilité populationnelle, les professionnels concernés continuent néanmoins à utiliser la documentation et les outils développés dans ce cadre.

Activités de communication en soutien à la promotion et prévention, cote : 2,9

Les responsabilités des directions de santé publique en matière de communication ont été revues dans le cadre de l'exercice d'optimisation étant donné qu'on voyait un éventuel gain d'efficience à ce qu'elles soient réalisées par le service des communications des CISSS-CIUSSS au palier territorial ou par le MSSS, les campagnes et messages étant pertinents pour toutes les régions. Plusieurs d'entre elles ont été affectées par cette centralisation des ressources en soutien aux activités de communication. Elles ont parfois pu maintenir les liens avec ces ressources, mais sans bénéficier de leur pleine disponibilité. Montréal a pu maintenir une équipe réduite de professionnels affectée à ces activités. De façon plus globale, la qualité du soutien du service des communications est variable. Par exemple, pour les veilles médiatiques, on n'aura parfois que les informations portant sur le CISSS-CIUSSS lui-même, dans une vision corporative, et non ce qui concerne les risques appréhendés à la santé.

Parfois, il y a aussi modification des messages. À titre d'exemple, dans une région, la DSPub voulait alerter la population contre les risques d'intoxication au monoxyde de carbone suite à une série d'incidents sur son territoire, mais le service des communications a tenté d'adoucir le ton du message, ne voulant pas inquiéter la population, ce qui était pourtant l'objectif visé.

Harmonisation des pratiques, cote : 3,2

Ce mécanisme semble en lien étroit avec l'intégration des équipes de proximité et de l'équipe-conseil : plus ces équipes sont intégrées, plus grande est l'attention portée à l'harmonisation des pratiques. Un autre élément qui joue un rôle à cet égard est la présence d'assistante au supérieur immédiat (ASI) : « *Là où il y avait des ASI, les pratiques étaient plus homogènes* ». On considère que la diminution du nombre de paliers intermédiaires facilite aussi l'action à ce chapitre. On donne l'exemple de la Montérégie où on est passé de 19 CLSC à 11 CSSS à 3 CISSS.

On soulève toutefois que les efforts d'harmonisation risquent d'affecter une vision globale de la santé publique à cause de l'attention portée aux interventions spécialisées et cliniques alors que les problèmes auxquelles les intervenants sont confrontés sont complexes et multidimensionnelles. Enfin, on juge que l'harmonisation des processus, en particulier les codages des activités, est tout autant, sinon plus, nécessaire.

Respect du mandat légal des directeurs régionaux de santé publique, cote : 3,8

Cet élément est généralement acquis et ne semble pas avoir été un enjeu majeur au cours de la réorganisation. C'est d'ailleurs le mécanisme que nous avons coté le plus haut. On note peu d'interférences de la part des PDG, même si on doit parfois ménager certaines susceptibilités politiques ou économiques, particulièrement dans les régions productrices de ressources naturelles. Certains directeurs soulèvent toutefois un problème purement théorique pour l'instant, mais susceptible de se produire éventuellement, si le directeur doit produire un avis qui va à l'encontre de son établissement, que ce soit pour un dossier en lien avec la santé et la sécurité des travailleurs ou remettant en cause des commandites privées auprès du CISSS-CIUSSS.

À la lumière des analyses précédentes, on peut penser que la gouvernance en santé publique et surtout les services de santé publique confiés à d'autres directions, mais aussi tout ce qui touche les ressources professionnelles et le développement des compétences sont des zones d'amélioration potentielle pour les prochaines années.

4.4. Degré de réussite dans la mise en œuvre de certains services et initiatives

Dans cette section, nous traitons les observations recueillies en lien avec les quatre services nous servant de cas traceurs auxquelles nous ajoutons les initiatives en matière de réduction des inégalités sociales de santé qui fait l'objet d'une attention particulière dans l'ensemble des PAR, de même que la démarche *Pendre soin de notre monde*. Le tableau 2 présente la moyenne des cotes que nous avons attribuées au seize régions à ces six éléments.

Tableau 2 Cotes associées au degré de réussite dans la mise en œuvre de certains services et initiatives utilisés comme cas traceurs

Initiatives et services en lien avec le PNSP	Cote
SIPPE	2,6
Activités de promotion et prévention en milieu scolaire	2,8
Démarche *Prendre soin de notre monde*	2,9
Vaccination	3,0
Développement des communautés et actions intersectorielles	3,4
Réduction des inégalités sociales de santé	3,4

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, cote : 2,6

Il s'agit du service qui semble le plus affecté par les transformations. On observe une dérive vers une approche plus interventionniste et plus individualiste. Il y a eu aussi un roulement de personnel important au cours des trois dernières années qui n'a pas toujours été accompagné par une formation adéquate. Ce roulement est aussi observé au niveau de l'encadrement avec les mêmes déficiences dans la formation des nouveaux cadres.

Ce service est celui qui est le plus souvent confié à une autre direction, soit celle du programme jeunesse. L'objectif ainsi visé est de mieux intégrer l'ensemble des services en périnatalité. Les résultats de cette intégration semblent un peu variables, mais certaines régions font état de nets succès à cet égard. Par contre, l'intégration entre les équipes de proximité et l'équipe-conseil est très difficile du fait que les deux équipes ne relèvent pas de la même direction. Dans plus d'une région, on a observé une absence de tout lien entre ces équipes pendant plusieurs mois et même jusqu'à deux ans après la création des CISSS-CIUSSS.

Certaines régions en pénurie de main-d'œuvre, en particulier celles où sont exploitées les ressources premières et offrant des salaires élevés, doivent réviser leurs critères d'accessibilité, car le critère de faible revenu n'est pas pertinent pour identifier la clientèle cible qui, dans ces régions, est davantage susceptible de vivre en situation d'isolement social.

Selon les personnes rencontrées, le dossier du soutien à l'allaitement a été un peu laissé à l'abandon, ce qui a affecté plusieurs régions. Entre 2004 et avant la réforme de 2015, les répondantes régionales en allaitement se rencontraient régulièrement. En cohérence avec le moratoire imposé en 2015 sur les rencontres de répondants pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, il n'y a eu aucune rencontre des répondantes régionales depuis trois ans. Ce changement peut expliquer en partie le sentiment d'abandon exprimé au regard de ce dossier par les personnes rencontrées. On déplore qu'il n'y ait pas de porteur de dossier à l'INSPQ ainsi que le manque de soutien du MSSS. Des répondantes régionales ont tenté de relancer le dossier en organisant une journée thématique lors des Journées annuelles de santé publique en décembre 2017. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, où les taux d'allaitement sont particulièrement bas, la DSPub a décidé de financer des organismes de soutien à l'allaitement. De plus, on mentionne qu'il y a eu très peu d'activités de formation : « *Une infirmière est en poste depuis déjà un an et elle n'a pas encore été formée en allaitement* ».

Enfin, dans une région, on évoquait le fait que la création des directions jeunesse au sein des CISSS-CIUSSS, qui intègrent le volet de la protection de la jeunesse, suscite la méfiance d'une partie de la clientèle SIPPE qui craint qu'on lui retire la garde de son enfant.

Activités de promotion et prévention en milieu scolaire, cote : 2,8

Il s'agit d'un volet plus ou moins actif selon les établissements. Certains territoires y consacrent des équipes dédiées, ce qui semble favoriser la réalisation de ces activités. À Laval, en particulier, cette équipe, mise en place en 2009, relevait du programme jeunesse jusqu'à la création du CISSS, alors qu'elle fut rattachée à la DSPub. Toutefois, comme les infirmières qui font la vaccination relèvent d'une autre direction et qu'elles sont plus présentes dans les écoles, ce sont elles, surtout au secondaire, qui sont appelées à faire du counseling auprès des élèves, mais sans nécessairement y intégrer une vision préventive.

D'autres territoires confient le dossier de promotion/prévention aux infirmières scolaires. Toutefois, dans les régions où il n'y a pas d'équipe dédiée, le manque de ressources en milieu scolaire impose des choix aux gestionnaires qui mettent en priorité les activités de vaccination et la réponse aux problèmes de santé courants. Comme les programmes de vaccination se sont alourdis, il ne reste

qu'une faible portion de l'horaire pour mettre en place des activités de cette nature. Là où il n'y a pas d'équipes dédiées, il est aussi difficile de dégager du personnel pour participer aux tables de concertation jeunesse à cause de leur charge de travail.

Les répondants ont l'impression que l'approche *École en santé* est laissée à l'abandon autant par le MSSS que par l'INSPQ, alors qu'on observe une très grande hétérogénéité des pratiques au sein d'une même région : « *sept infirmières, sept animations différentes* ».

Si le volet du développement d'environnements favorables à la santé en milieu scolaire semble peu actif (surtout depuis la disparition des directions régionales du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur), les services d'hygiène dentaire sont généralement bien implantés.

Démarche « Prendre soin de notre monde », cote : 2,9

Nous avons considéré de façon plus particulière, dans le cadre du développement des communautés et de l'action intersectorielle, la démarche *Prendre soin de notre monde* qui figure au PNSP. Celle-ci suscite des réactions mitigées, certains considérant qu'elle est « *mieux adaptée aux petites municipalités* » alors que d'autres jugent qu'elle est « *plus difficile à réaliser dans les petites municipalités* ». Selon les organisateurs communautaires rencontrés, « *on fait ça depuis longtemps* ». Ces derniers reprochent aussi une approche *Top-Down* qui ne tient pas compte des dynamiques locales existantes. On y voit néanmoins quelques avantages comme le développement de grilles d'analyse et les activités de formation qui sont offerts. D'autres enfin y sont réfractaires parce qu'ils croient que l'organisme *Québec en forme*, qui avait mauvaise réputation dans certains milieux, en ait été l'instigateur. Enfin, certains répondants ont exprimé leur désaccord à la consigne voulant que « *il faut attendre que les élus viennent vous voir* ». Alors que la démarche vise à éviter la sur-sollicitation des milieux municipaux, ces mêmes répondants considèrent que cette consigne est un peu antithétique avec la nature même du travail des organisateurs communautaires.

Il y a une certaine ambiguïté quant au rôle attendu et aux responsabilités des acteurs de santé publique dans ce dossier, surtout lorsqu'il y a présence sur le territoire d'une unité régionale du loisir et du sport.

On note aussi que la réussite du partenariat dépend en grande partie de la composition du conseil municipal : si aucun élu n'a de sensibilité particulière envers le développement d'environnements favorables à la santé, il y a peu de chances de pouvoir mettre en place des initiatives à cet effet.

Vaccination, cote : 3,0

Il s'agit du dossier présentant le plus de variabilité par rapport à l'organisation des services, interpellant des directions différentes selon les CISSS-CIUSSS. Bien qu'on relève des problèmes d'accessibilité dans quelques régions, l'enjeu le plus préoccupant semble être celui de la gestion des produits immunisants. On observe une diminution des mesures de contrôle et des visites régulières dans les lieux d'entreposage depuis 2015. Il semble qu'une certaine confusion quant aux responsabilités respectives des directions concernées soit à l'origine de cet état de fait. Dans ce volet aussi, la question de la diminution des activités de formation est soulevée. En particulier, on déplore que certaines vaccinatrices pour les 0-2 ans n'aient aucune expertise pour intervenir auprès de ce groupe d'âge.

Le soutien du MSSS et de l'INSPQ dans ce dossier est apprécié, en particulier pour le Protocole d'immunisation du Québec, pour la formation et pour la diffusion d'information visant à contrer les mouvements anti-vaccins. En fait, on observe une augmentation de la cadence du travail au MSSS que certaines régions ne peuvent suivre, les ressources en maladies infectieuses étant déjà

surchargées. Certains répondants ont aussi la perception que le MSSS communique parfois avec les CISSS-CIUSSS sans que les directions de santé publique en soient informées. Le déploiement du système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI) s'est fait durant la période à l'étude, ce qui a eu un impact à son tour sur la charge de travail des équipes de proximité. Certaines régions, qui utilisaient un autre système d'information ont peu apprécié devoir mettre en place ce nouveau système.

Les problèmes soulevés plus tôt en lien avec les activités de communication affectent aussi ce dossier, plus particulièrement lors des campagnes de vaccination contre l'influenza.

Enfin, dans une région, on a observé une diminution des signalements en maladies infectieuses adressés à la DSPub. La raison semble être que l'annonce de l'abolition des agences régionales de santé et de services sociaux amenait certains intervenants à conclure que, puisque les directions de santé publique étaient au sein de ces agences, elles avaient aussi été abolies.

Développement des communautés et actions intersectorielles, cote 3,4

Même si les organisateurs communautaires déplorent que le PNSP accorde trop peu d'importance au développement des communautés (« *ça n'apparaît qu'entre les lignes, sauf pour un service; il se retrouve en silo alors qu'il devrait être présent partout* », il semble que la transformation a peu affecté les actions à ce chapitre. La centralisation des équipes réalisée dans plusieurs régions est d'ailleurs considérée comme bénéfique, même si elle impliquait pour certains un changement de culture. Elle a permis l'émergence d'une vision commune et d'un sentiment d'appartenance, ainsi que le développement de cadres de références et d'interventions. Elle a de cette manière favorisé l'intégration de nouvelles ressources alors qu'un nombre non négligeable de professionnels de ce secteur sont partis à la retraite au moment des transformations (un CIUSSS a ainsi vu la moitié de ses organisateurs communautaires quitter le marché du travail). On craint que cette centralisation ait comme contrepartie le risque d'accroître le silotage et le danger d'une perte d'ancrage au niveau local.

Comme mentionné dans la section portant sur les éléments de contexte, les changements dans l'environnement externe (disparition des conférences régionales des élus et des directions régionales du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur) a ralenti le rythme des concertations intersectorielles. Par contre, il y a eu création de liens plus étroits avec les municipalités, quoique la qualité des relations avec les MRC et les milieux scolaires soient plus variables. Comme il était aussi mentionné dans cette même section, le découpage territorial en Estrie, en Montérégie et à Montréal rend difficiles ou redondants les efforts de concertation.

Il y a parfois confusion des rôles entre organisateurs communautaires, agents de saines habitudes de vie et agents de liaison. Dans un CISSS en particulier, les dossiers en développement des communautés sont portés par les organisateurs communautaires sur une partie du territoire et par des agents de liaison sur une autre partie.

Enfin, certains répondants déplorent le retrait du soutien fort apprécié de l'INSPQ envers l'initiative *Villes et villages en santé* et, plus globalement, l'animation et le partage des connaissances en développement communautaire que ses professionnels réalisaient.

Réduction des inégalités sociales de santé, cote : 3,4

Autant à la lecture des PAR que lors des entrevues de groupe, ce dossier est ressorti comme une préoccupation majeure. La région de la Capitale-Nationale en a même fait un sixième axe dans son PAR, dans la foulée de la parution d'un rapport du directeur régional et un autre rapport du directeur régional de Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine portant sur la même thématique étaient en cours de

rédaction lors de notre visite. Le dossier est généralement porté par les organisateurs communautaires et rencontre « *beaucoup d'écho auprès des partenaires* ». On considère aussi qu'il s'agit d'un dossier utile dans le développement d'une identité commune en santé publique. Toutefois, le manque de formation en santé publique (voir la section sur le maintien de l'expertise professionnelle) rend difficile l'action à ce chapitre.

Les actions dans ce dossier prennent plusieurs formes et mobilisent souvent les ressources en surveillance. L'outil Réflex-ISS, déployé en Montérégie, est utilisé dans d'autres territoires, mais on reconnaît que la charge de travail des organisateurs communautaires et leurs habitudes de travail ne facilitent pas son adoption. À Montréal, le plan stratégique de la direction régionale prévoit l'adaptation des programmes, des services et des pratiques de santé publique aux besoins des personnes à faible littératie, défavorisées économiquement ou issues des communautés culturelles différentes. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, on porte une attention particulière à l'insécurité financière. Dans Chaudière-Appalaches, tout le CISSS, y compris les directions de soutien, est appelé à s'approprier le dossier, ce qui a conduit, par exemple, à l'adoption d'une politique d'achat local. Notons que dans les régions productrices de matières premières, on observe une plus grande vulnérabilité sociale que matérielle.

Une observation a été faite à l'effet que « *le plus grand générateur d'inégalités sociales, c'est nous-mêmes* », c'est-à-dire les CISSS-CIUSSS. On mentionne, par exemple, que la centralisation des ressources humaines entraîne une dévitalisation des petites communautés ou que les politiques d'achat de l'établissement peuvent avoir des impacts sur l'économie locale. La pénurie d'effectifs et les pressions budgétaires affectent aussi l'accès aux services, surtout ceux de nature psychosociale, en particulier auprès des plus démunis. En outre, la tendance à l'uniformisation des pratiques en santé publique fait en sorte qu'elles ne sont pas toujours adaptées aux besoins particuliers des clientèles vulnérables. On souligne d'ailleurs le besoin d'outils pour mieux intervenir en milieu autochtone.

4.5. Analyse configurationnelle

Les groupes que nous distinguons ont été formés suite à une analyse de correspondances multiples en appliquant la méthode de classification hiérarchique ascendante du logiciel SPAD. Les 16 régions ont ainsi été regroupées en un nombre restreint de groupes relativement homogènes et bien différenciés, c'est-à-dire en maximisant la variabilité intergroupe et en minimisant la variabilité intragroupe. Le choix du nombre de quatre groupes s'est basé sur des critères statistiques et conceptuels en prenant en considération le petit nombre d'unités analysées.

Il faut garder à l'esprit que les regroupements ainsi créés le sont en fonction de l'ensemble des mécanismes de mise en œuvre pris globalement. Toutefois, au sein d'un même groupe, des différences parfois importantes au niveau de certains mécanismes individuels sont observées puisqu'il s'agit de mécanismes ayant une fonction moins discriminante dans la composition des groupes. Par exemple, dans le groupe 1, l'exercice de la responsabilité populationnelle est une préoccupation centrale pour une des régions le constituant même si, pour l'ensemble du groupe, il s'agit d'un mécanisme ayant une importance plus secondaire.

Les mécanismes de mise en œuvre

Tableau 3 Cotes moyennes attribuées aux mécanismes de mise en œuvre par groupe

Mécanismes	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Impact sur les ressources professionnelles	1,2 *	2,0*	3,3	3,5
PAR comme outil de mobilisation	3,3	1,7*	3,3	3,0
Autorité fonctionnelle	1,7 *	2,0	3,0 *	2,0 *
Harmonisation des pratiques	2,2	3,7	3,7	2,5
Intégration des équipes de 1ère et 2e lignes	2,2	2,7	4,1 *	3,5
Maintien des compétences	1,0*	2,5 *	2,8	3,5
Exercice de la responsabilité populationnelle	2,2	3,0	3,3	1,0 *
Communications en soutien à la P/P	3,2	2,5	2,7	2,0
Score moyen du groupe	**2,1**	**2,5**	**3,3**	**2,6**

* : variables les plus discriminantes; VERT ≥ 3; JAUNE > 2, <3; ROUGE ≤ 2

Le groupe 1 a été le groupe le plus touché par les changements, particulièrement aux chapitres des ressources professionnelles, de l'exercice de l'autorité fonctionnelle et du maintien des compétences. Il affiche un niveau moyen dans l'harmonisation des pratiques, l'intégration des équipes de 1re et de 2e ligne et l'exercice de la responsabilité populationnelle. Enfin, il fait bonne figure quand il s'agit des communications en soutien aux actions de prévention-promotion et l'utilisation du PAR comme outil de mobilisation.

Le groupe 2 a été aussi touché par les changements, surtout au niveau des ressources professionnelles, mais à un degré moindre que le groupe 1. L'exercice de l'autorité fonctionnelle s'est avéré encore ici problématique. Contrairement au groupe 1, le groupe 2 a éprouvé des difficultés dans l'élaboration et la mise en œuvre du PAR. Par contre, l'harmonisation des pratiques professionnelles est réussie et l'exercice de la responsabilité populationnelle, bien assumée. Pour les autres indicateurs (intégration des équipes de 1re et 2e ligne, maintien des compétences et communications en soutien à la prévention-promotion), le groupe 2 affiche un degré moyen de réussite.

Le groupe 3 se démarque des autres par un niveau de réussite globale supérieur. De façon plus particulière, il se distingue par l'exercice de l'autorité fonctionnelle réussie de même que l'intégration des équipes conseils et de proximité. Il est aussi bien positionné en ce qui concerne l'harmonisation des pratiques professionnelles et l'exercice de la responsabilité populationnelle. Dans l'ensemble, ce groupe semble avoir été moins affecté par la perte des ressources professionnelles et avoir tiré profit de l'élaboration et la mise en œuvre du PAR. Le groupe a éprouvé plus de difficultés dans le maintien des compétences et le soutien des communications aux activités de prévention-promotion.

Le groupe 4, qui ne comprend que deux régions, se distingue par de grandes difficultés rencontrées dans l'exercice de la responsabilité populationnelle et de l'autorité fonctionnelle. Le soutien des communications aux activités de prévention-promotion est aussi déficient. Ce groupe a été moins affecté par la perte de ressources professionnelles et le soutien apporté par le PAR lui a été favorable. L'intégration des équipes de 1re et 2e ligne et le maintien des compétences ont été bien réussis. L'harmonisation des pratiques demeure cependant plus problématique.

La mise en œuvre

Tableau 4 Cotes moyennes attribuées aux services et initiatives servant de cas traceurs

Service	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
SIPPE	2,0	2,5	3,25	3,0
P/P en milieu scolaire	3,25	2,4	3,0	3,0
Vaccination	2,75	3,2	3,2	3,5
Lutte contre les ISS	2,5	2,7	4,0	3,0
Développement des communautés	3,5	2,75	3,75	3,0
Prendre soin de notre monde	3,25	3,25	3,6	3,5
Score moyen du groupe	**2,9**	**2,8**	**3,5**	**3,2**

Vert > 3; Jaune = 2,75 – 3; Rouge < 2,75

Le tableau 4 présente les cotes de chacun des quatre groupes pour sept indicateurs de la mise en œuvre. On remarque d'abord que les cotes obtenues pour SIPPE et PP en milieu scolaire restent relativement faibles dans tous les groupes. Il en est de même de la lutte aux ISS, à l'exception du groupe 3 qui obtient une cote élevée. La vaccination, pratique de base en santé publique, affiche un niveau moyen, sauf dans le groupe 4 où elle s'avère une pratique réussie. Enfin, le développement des communautés et *Prendre soin de notre monde*, qui ont beaucoup en commun, font bonne figure.

On note que dans l'ensemble, le groupe 3 et, dans une moindre mesure, le groupe 4, affichent sur plusieurs indicateurs, des cotes plus élevées que les deux autres groupes et moins de cotes faibles. Le groupe 3 peut donc être considéré comme celui présentant à la fois les meilleurs résultats autant pour les mécanismes de mise en œuvre que pour la mise en œuvre comme telle des services et initiatives servant de cas traceurs. Nous abordons les leçons à en tirer dans la section discussion.

5. Constats tirés des entrevues avec des membres de la haute direction et des cadres d'autres directions en autorité fonctionnelle sur des ressources de santé publique

Nous résumons ici les propos recueillis dans les entrevues réalisées auprès de cadres et membres de la haute direction visant à fournir un point de vue extérieur et complémentaire à celui recueilli auprès d'acteurs de santé publique. Nous avons regroupé ces propos autour de deux thèmes principaux émergeant de ces entrevues.

Distinguer le conjoncturel du structurel

L'ensemble des interlocuteurs estime que la création des CISSS-CIUSSS en 2015 et, en particulier, les transformations apportées à l'organisation des services de santé publique ont grandement affecté les directions de santé publique. On parle d'un changement de culture entraînant « *de gros deuils* » à faire au sein des équipes-conseils et même d'une certaine « *perte de sens* ». On considère toutefois que la situation antérieure était jusqu'à un certain point encore moins propice à l'action de santé publique et au suivi des ressources alors que, de manière générale, les services de proximité (première ligne) relevaient de cadres qui étaient en charge de plusieurs services à la fois.

On soutient aussi que ce changement de culture ne s'est pas nécessairement fait dans des circonstances idéales, compte tenu de la très grande instabilité dans l'encadrement supérieur des CISSS-CIUSSS durant les deux premières années de la transformation, d'autant plus que les mécanismes de collaboration n'étaient pas clairs et reposaient sur l'informel et les pratiques antérieures. Un de nos interlocuteurs observait que « *même si les médecins en santé publique sont les mieux formés pour passer du clinique à l'administratif, on leur en a peut-être trop demandé* ».

Le contexte général dans lequel s'opéraient les transformations ne favorisait pas un changement sans heurt. La pénurie d'effectifs, en particulier, posait des défis et des contraintes à la collaboration avec les autres directions. Chacune d'elles avait des réactions naturelles de défense et de protection des ressources. De plus, l'augmentation des niveaux hiérarchiques et de la taille des directions rendait les relations entre elles plus difficiles et les processus de prises de décision plus complexes.

Par ailleurs, les plans d'action interdirections et les ententes interétablissements sont vus comme contraires à l'esprit de la réforme qui visait une meilleure intégration des services et des trajectoires de soins (on a vu précédemment que certaines régions n'avaient pas signé de plan d'action ni d'entente ou ne l'avaient fait qu'en y portant peu d'attention et sans s'assurer d'un suivi). Au mieux, on juge ces plans d'action et ententes comme un passage obligé qui ne sera plus requis quand il y aura une véritable intégration des directions de santé publique au sein de leur organisation et quand on aura atteint une certaine maturité dans la reddition de comptes et la mesure des activités. On parle de la nécessité de passer d'une approche transactionnelle à une approche collective.

Intégration des DSPub au sein des CISSS-CIUSSS

Aux yeux de nos interlocuteurs, l'impression générale qui se dégage au terme de trois ans de transformation est qu'il y a eu accroissement du silotage des services de santé publique, à l'exception de la santé au travail, dont l'organisation des services avait été revue peu avant 2015 dans la majorité des régions. On y voyait pourtant une occasion de repositionner la santé publique et de faire mieux qu'avant : « *quand la santé publique était à l'Agence, elle était très isolée* »; « *la santé publique n'est plus un électron libre* ».

On souhaiterait que les directions de santé publique souscrivent davantage au concept d'intégration au cœur de la réforme et qu'elles soient perçues comme une direction transversale par les autres directions. Outre l'opportunité de s'impliquer dans l'élaboration des trajectoires de soins, on suggère qu'elles reprennent le *leadership* dans le dossier de la responsabilité populationnelle, un dossier transversal qui concerne l'ensemble de l'organisation, mais qui doit être porté par une direction spécifique disposant de l'expertise pertinente. En particulier, on considère que le pilotage de ce dossier favoriserait une meilleure intégration avec les services de première ligne.

Un autre dossier qui favoriserait l'accès à l'ensemble des autres directions est celui des pratiques cliniques préventives. Même si les nouvelles balises retiraient la responsabilité de ce dossier aux directions de santé publique, certaines régions ont quand même maintenu leur implication et considèrent qu'elles ont réalisé certaines avancées. Les personnes interviewées sont conscientes que la réactivation de ce dossier implique un changement d'orientation ministérielle, ce qu'elles souhaitent.

6. Discussion

Il se dégage de nos observations que la réorganisation des services de santé publique a été vécue, de manière générale, mais à des degrés divers, difficilement. L'exercice d'optimisation, en particulier la réduction des effectifs des équipes-conseils, jumelé au fait que les services de proximité aient, dans plusieurs cas, été confiés à d'autres directions, a entraîné une perte d'expertise non négligeable, un bris dans l'intégration des équipes et une certaine confusion quant au rôle attendu de l'équipe-conseil. Il s'avère aussi que l'exercice de l'autorité fonctionnelle, en particulier dans les régions où il y a plus d'un CISSS-CIUSSS, est difficile et parfois source de tensions. Par contre, le mandat légal des directeurs de santé publique a été respecté et, pour une majorité de régions, le rapatriement au sein de la direction des organisateurs communautaires a permis des avancées dans l'action intersectorielle.

Il est intéressant de noter qu'un des résultats les plus probants de l'analyse configurationnelle présentée en annexe est à l'effet que le groupe 3, qui affiche les meilleurs résultats et se démarque nettement des autres groupes en ce qui concerne le degré de mise en œuvre des services et initiatives suivis, est aussi celui présentant les cotes les plus élevées par rapport à l'impact des mécanismes que sont l'exercice de l'autorité fonctionnelle et l'intégration des équipes-conseils et de proximité – ce sont les variables les plus discriminantes pour ce groupe. On peut en conclure qu'il s'agit là de deux leviers majeurs dans la mise en œuvre du PNSP.

Il faut souligner que cette réorganisation se faisait dans un contexte général de transformation majeure, réalisée en très peu de temps et avec un roulement important des cadres supérieurs. Compte tenu des défis auxquels étaient confrontés les dirigeants des CISSS-CIUSSS dans l'organisation des services cliniques, les services de santé publique n'ont pas bénéficié de toute l'attention requise. Il semble toutefois, surtout à la lumière des propos recueillis auprès des membres de la haute direction des établissements et des cadres des autres directions, qu'une certaine maturité organisationnelle soit sur le point d'être acquise. On nous a d'ailleurs mentionné lors des groupes de discussion que les constats auraient été plus sévères si nous avions tenu nos rencontres un an plus tôt.

Au terme de cette évaluation, trois enjeux s'imposent :

- le maintien de l'expertise professionnelle;
- le suivi de gestion (ressources humaines et financières) et le soutien des ressources œuvrant au sein d'autres directions;
- le positionnement de la santé publique au sein des CISSS-CIUSSS.

Le problème du maintien de l'expertise professionnelle est de deux ordres : un manque de formation de base en santé publique, autant chez certains gestionnaires que chez les professionnels, et une déficience dans l'offre en formation continue, particulièrement en périnatalité. Cet état de fait appelle à une intensification de la collaboration entre le MSSS, l'INSPQ, les universités et les CISSS-CIUSSS.

Les résultats ont démontré que les directions de santé publique éprouvent des difficultés pour assurer le suivi des ressources (humaines et financières) lorsqu'elles sont confiées à d'autres directions. Elles rencontrent aussi des défis quant au soutien des ressources qui ne possèdent pas de compétences en santé publique. À cet effet, la haute direction des établissements devrait être davantage sensibilisée à l'importance de cet enjeu et au respect des ententes inter établissements et inter directions. Le partage des meilleures pratiques et des expériences probantes en matière de modalités de suivi et de soutien pourrait être une avenue à envisager. Des orientations plus claires du

MSSS et un soutien plus accru du palier national sur ces objets pourraient aussi être favorables, notamment en renforçant les leviers administratifs que sont les ententes de gestion et d'imputabilité, en proposant des indicateurs de gestion qui devraient être suivis dans les salles de pilotage ou par une emphase sur des travaux liés au développement des compétences. Il faudrait peut-être même s'entendre sur un modèle applicable à l'ensemble du réseau, en identifiant les services qui se prêtent le mieux à l'autorité fonctionnelle, en tenant compte en particulier de la continuité des services (par exemple, le programme SIPPE au sein du continuum de services périnatals) et ceux qui devraient être sous l'autorité hiérarchique du directeur de santé publique (par exemple, le développement communautaire).

L'ensemble des cadres pourraient aussi être mieux outillés par rapport aux défis particuliers que pose un mode de gestion transversale, que ce soit par rapport à leurs rôles et responsabilités ou par rapport aux mécanismes de collaboration qu'appelle ce mode de gestion. Les modalités de suivi pourraient aussi contribuer à faciliter l'exercice de l'autorité fonctionnelle, en distinguant ce qui relève du suivi des ressources et du suivi des résultats. À ce titre, les ententes de gestion et d'imputabilité et le cahier des charges des PDG pourraient être mis à contribution, après avoir identifié des indicateurs fiables et valides basées sur des données facilement disponibles en temps opportun.

Quant à la position de la direction de santé publique et son rayon d'influence au sein de son établissement, comme nous le mentionnaient certains membres de la haute direction des établissements et cadres d'autres directions, il faudrait faire valoir qu'au même titre que les services généraux – activités cliniques et d'aide, le programme-service de santé publique touche l'ensemble de la population, contrairement aux sept programmes-services touchant des clientèles particulières et, conséquemment, les directions de santé publique devraient être considérées comme des directions transversales comme le veut l'architecture d'ensemble du système de soins. Ceci est particulièrement pertinent pour assurer une meilleure intégration de la prévention dans les trajectoires de services. Les directions de santé publique gagneraient à être considérées à la fois comme une entité dispensant des services et comme une direction de soutien, comme le préconisait Neudorf (2013). Par exemple, l'expertise de la santé publique en prévention des infections nosocomiales devrait être reconnue par l'ensemble des directions, ce qui n'a pas toujours été le cas lors de la création des CISSS-CIUSSS. De plus, ce double rôle peut se concrétiser dans deux dossiers qui sont actuellement hors du périmètre d'action des acteurs de santé publique, soit le soutien aux pratiques cliniques préventives et la planification et l'évaluation de l'organisation des services.

Ce positionnement pourrait aussi se faire par l'exercice de la responsabilité populationnelle qui, comme nous l'avons vu dans la présentation des résultats, a été affecté par la réorganisation. Ce principe, qui avait été introduit avec la réforme de 2004 et la création des Centres de santé et de services sociaux, n'a pas été réitéré avec la réorganisation de 2015. Dans quatre régions, il s'agit d'un dossier actif qui mobilise l'ensemble de l'établissement et dans lequel les directions de santé publique jouent un rôle central. L'action sur les inégalités sociales de santé, qui, comme nous l'avons vu, est un dossier prioritaire sur l'ensemble des territoires, est d'ailleurs en lien très étroit avec cet exercice. Dans le cadre de l'application de la *Politique gouvernementale de prévention en santé* (2016), cette lecture populationnelle des besoins de la population est éminemment pertinente. Il conviendrait de travailler à actualiser ce principe de responsabilité collective afin qu'il tienne compte du nouveau contexte actuel.

Bibliographie

Lacouturier A., É. Breton, A. Guichard et V. Ridde (2015). « The concept of mechanism from a realist approach: A scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation », *Implementation Science, vol. 10*, p. 153-163.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé-Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*, Québec, Gouvernement du Québec, 98 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Programme national de santé publique-Pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 85 p.

Moore G.F., S. Audrey, M. Barker, L.Bond, C. Bonell, W. Hardeman, L. Moore, A. O'Cathain, T. Tinati, D.S. Wight et J. Baird (2015). « Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance », *British Medical Journal, 350*:h1258.

Neudorf C. (2014). « Reorienting the healthcare system: Population and public health need a step forward », *Healthcare Papers, vol. 13*, n° 3, p. 27-48.

Neuhauser, D. (2004) « Assessing Health Quality: The Case for Tracers », *Journal of Health Services Research and Policy, vol. 9*, n° 4, p. 246-247.

Pfadenhauer L.M., K. Mozygemba, A. Gerhardus, B. Hofmann, A. Booth, K.B. Lysdahl, M. Tummers, J. Burns et E.A. Rehfuess (2016). « Context and implementation: A concept analysis towards conceptual maturity », *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *vol. 109*, p. 103-114.

Ridde V., É. Robert, A. Guichard, P. Blaise et J. Van Olmen (2012). « L'approche *realist* à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes », *The Canadian Journal of Program Evaluation, vol. 26*, n°3, p. 37-59.

St-Onge S., S. Guerrero, V. Haines et J.-P. Brun (2013). *Relever les défis de la gestion des ressources humaines*, 4e édition. Gaëtan Morin éditeur, 512 p.

Annexe 1

Grille d'entrevue pour les groupes de discussion

Les questions abordées avec les comités de direction sont les suivantes :

Éléments de contexte

- Quelle était l'organisation des services de santé publique avant 2015?
- Comment se sont mises en place l'équipe actuelle de santé publique et sa structure d'encadrement?
- Quelle est la position de la DSPub au sein du CISSS-CIUSSS au plan stratégique et tactique?
- Quel est l'impact des caractéristiques géographiques et démographiques sur l'organisation des services de santé publique?
- Considérez-vous avoir le soutien adéquat du MSSS pour la mise en œuvre du PAR?
- Considérez-vous avoir le soutien adéquat de l'INSPQ?

Mécanismes de mise en œuvre

- Quelles ont été les démarches internes (horizontales et verticales) du CISSS-CIUSSS menant à l'élaboration du PAR?
- Comment s'exerce l'autorité fonctionnelle du DSPub sur les services de santé publique confiés à une autre direction du CISSS-CIUSSS ou à d'autres CISSS-CIUSSS?
- Disposez-vous de leviers administratifs adéquats pour réaliser le suivi de l'allocation des ressources et la reddition de comptes?
- A-t-on pu stabiliser les ressources humaines (cadres et professionnels)?
- A-t-on pu assurer le maintien de l'expertise en santé publique?

Mise en œuvre

- Quel est l'impact des nouveaux modes de gouvernance sur les pratiques professionnelles? Sur les mécanismes de concertation?
- Quels sont les mécanismes d'assurance de la qualité des services et d'harmonisation des pratiques?
- Jusqu'à quel point les équipes de proximité et l'équipe régionale de santé publique sont-elles intégrées?
- Considérez-vous que l'accessibilité des services de santé publique s'est maintenue, accrue ou détériorée?
- Votre établissement souscrit-il aux principes de responsabilités populationnelles? Si oui, quel est le rôle de la DSPub à cet égard?
- La DSPub joue-t-elle un rôle en prévention clinique?
- Dispose-t-elle d'une certaine autonomie par rapport aux activités de communication?
- Le directeur de santé publique a-t-il toute la latitude pour prendre position sur des enjeux de santé publique?
- Avez-vous pu maintenir ou développer des liens avec les milieux scolaires, municipaux et communautaires?
- La salle de pilotage et les stations visuelles sont-elles utilisées pour le suivi de la mise en œuvre?

- Comment prenez-vous en considération les inégalités sociales de santé?

Les questions abordées lors du groupe de discussion avec les professionnel(le)s et les médecins sont les suivantes :

- Quel est l'impact des nouveaux modes de gouvernance sur vos pratiques professionnelles, en fonction des différents services à l'étude (SIPPE, vaccination, information et sensibilisation du public, développement communautaire et actions intersectorielles) ?
- Quel est leur impact sur les mécanismes de concertation?
- Comment s'exerce l'autorité fonctionnelle du DSPub sur les services de santé publique confiés à une autre direction du CISSS-CIUSSS?
- Jusqu'à quel point les équipes de proximité et l'équipe régionale de santé publique sont-elles intégrées?
- Considérez-vous avoir le soutien adéquat du MSSS pour la mise en œuvre du PAR?
- Considérez-vous avoir le soutien adéquat de l'INSPQ pour la mise en œuvre du PAR?
- Si tel est le cas, est-ce que le suivi de la mise en œuvre à la salle de pilotage ou en station visuelle vous semble-t-il utile à votre pratique?
- Considérez-vous avoir pu maintenir ou accroître votre expertise professionnelle?
- À votre avis, l'accessibilité des services de santé publique s'est-elle maintenue, améliorée ou détériorée depuis 2015?

Annexe 2

Principaux critères retenus pour les cotes accordées à chacun des CISSS-CIUSSS sur les dimensions du cadre conceptuel

Impact des mécanismes de mise en œuvre

Optimisation des services de santé publique :

- Importance relative des coupures
- Ciblage 1re, 2e ligne, protection des équipes de proximité, de l'expertise régionale
- Ciblage d'équipes (OC, surveillance…)
- Réaffectation et adaptation (par ex. : partage du temps entre local et régional)
- Roulement du personnel

PAR :

- Temps de réflexion et de préparation
- Cohérence avec les PATT
- Outil de mobilisation et de planification pour la DSPub
- Implication des autres directions cliniques

Exercice de l'autorité fonctionnelle :

- Importance relative des ressources relevant d'une autorité fonctionnelle
- Efficacité de la reddition de comptes associée à l'autorité fonctionnelle
- Bénéfices de l'exercice de l'autorité fonctionnelle (plus de temps à consacrer à l'expertise, formation)
- Mode de gestion des plans d'action interdirections et des ententes interétablissements (comités ou autres mécanismes)

Contrôle de la qualité et harmonisation :

- Degré d'harmonisation atteint en tenant compte des besoins des populations visées
- Communautés de pratique, formation ou autres mécanismes mis en place à cette fin
- Informations et formations sur les bonnes pratiques

Intégration des équipes-conseils et de proximité :

- Équipe de 2e ligne : composition et type d'expertise
- Définition claire du rôle de la 2e ligne
- Sentiment d'appartenance à la santé publique
- Adoption d'un modèle, d'un cadre de références

Maintien de l'expertise :

- Facilité ou difficulté d'accès aux ressources spécialisées et de formation
- Rencontres des répondants
- Moyens pris pour maintenir l'expertise, différents modèles

Responsabilité populationnelle :

- Connaissance et application du concept dans les autres directions et au niveau supérieur
- Élément de RP dans le PAR

Activités de communication en soutien à PP :

- Appréciation générale du soutien offert par les COM
- Personne(s) dédiée(s) à la santé publique ou aux COM
- Accès facile et rapide aux COM
- Respect des contenus de santé publique
- Visibilité sur les médias sociaux

Mandats légaux du directeur :

- Connaissance et respect du mandat par les autorités du CISSS
- Soutien des COM

Degré de réussite dans la mise en œuvre d'initiatives ou de services en lien avec le PNSP

Réduction des inégalités sociales de santé :

- Le ou les porteurs du dossier
- Pratique transversale ou ciblée
- Plan d'action de lutte à la pauvreté
- Initiatives prises à l'égard des ISS

SIPPE :

- Connaissance des guides de pratiques
- Formation et supervision sur le terrain
- Soutien à l'allaitement
- Suivi par la DSPub et reddition de comptes
- Déploiement de tous les volets du guide du MSSS
- Ressources suffisantes et compétentes

Vaccination :

- Formation des vaccinatrices
- Infirmières dédiées exclusivement à la vaccination
- Mesures de conservation des produits immunisants
- Pratique inclusive de la vaccination pour les 0-2 ans (risque de silo)
- Déploiement du SI-PMI

Scolaire :

- Protection des activités de PP vs vaccination
- Mécanismes de soutien et de maintien de l'expertise
- Harmonisation des pratiques
- Place occupée par les services individuels et curatifs vs de groupe
- Approche « École en santé »

Développement des communautés et actions intersectorielles :

- Uniformisation des pratiques tout en gardant la préoccupation du terrain
- Sentiment d'appartenance à la DSPub
- Rôle des organisateurs communautaires et des agents de promotion de saines habitudes de vie (SHV)
- Désengagement par rapport à l'intersectoriel (liens avec les municipalités et les MRC)

PSNM :

- Adhésion à la démarche et mise en œuvre
- Dédoublement avec ce qui se fait déjà
- Approches alternatives en place

N° de publication : 2552

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca

Institut national
de santé publique
Québec

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 1er mai 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 24 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 1er mai 2020, 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
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

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 24 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 24 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, ~~préhospitalier,~~ 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 ~~groupes de médecine familiale, cliniques médicales, résidences privées pour aînés, ressources intermédiaires~~, garderies, organismes communautaires, milieux carcéraux, refuges et ~~cliniques privées~~. **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	**29 avril 2020** *20-MS-00496-51_LET_PDG_Stratégie 20200429 et 20-MS-00496-51_PJ1_Stratégie d'approvisionnement_2020-04-28* Les ressources de type familial ont été incluses en priorité 2.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	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 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 **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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	pénurie mondiale. 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 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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	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). 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	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 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020
	de la clinique.	

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 24 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 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.
	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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	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 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* 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).	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020
	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 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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	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 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.).	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	• Il est important de préciser que les personnes vivant en RPA et les RI-RTF sont considérées comme vivant à domicile. **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 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.	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020
	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 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)	**28 avril 2020** *20-MS-02908-28_LET_PDG_ÉVAQ* Organisation des services d'évacuations aéromédicales (ÉVAQ) • L'accompagnement parental à bord des vols en mission avion-hôpital, avion COVID-19 dédié et des navettes multipatients est maintenu. • Mesures à mettre en place pour respecter les directives en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses et les consignes de sécurité particulières aux missions de la COVID-19 disponibles dans la section qualification et consentement parental sur la plateforme evaq.ca. • Le centre référent doit vérifier les conditions d'accueil des accompagnateurs dans chacun des centres receveurs avant de remplir une demande d'accompagnement. • 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'INSPQ, à l'exception de l'Île de Montréal qui demeure le point chaud de la province.
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	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020
	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 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.	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020
	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 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	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 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.	**24 avril 2020** *20-MS-02908-35 LET_PDG-DSP_Plan de reprise des activités spécialisées, PJ1_Système priorisation accès chirurgie - pandémie v4.4, PJ2_Recommandations reprise Imagerie médicale, PJ3_Plan provincial de reprise des activités_2020 04 24, PJ4_Cancérologie_investigation_cancer_sein_2020-04-17, PJ5_Cancérologie_niveaux d'activités_MAJ et PJ6_Présentation chirurgies v2*

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	• 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. • 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*	Planification de la reprise **graduelle et structurée** des activités spécialisées délestées pour faire face à la demande liée à la pandémie. Mise en place des directives suivantes : • 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 vote 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 • Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. La reprise d'activités doit tenir compte des plans spécifiques en PJ. • 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 centre 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. • Même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au niveau 1, 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.

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	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. **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,	• 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. **24 avril 2020** *20-MS-02908-35_LET_PDG-DSP_NIM_Coffre outils et PJ_Coffre à outils_NIM parlons-en 2020-04-24* Coffre à outils sur les niveaux de soins (niveaux d'interventions médicales – NIM) pour la conversation avec les personnes vivant dans la communauté (voir PJ).

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	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). **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 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.	
IMAGERIE MÉDICALE	**18 mars 2020** *20-MS-00496-35_LET_Imagerie médicale* • Pertinence de l'imagerie médicale (IM).	**24 avril 2020** *20-MS-02908-35 LET_PDG-DSP_Plan de reprise des activités spécialisées, PJ1_Système priorisation accès chirurgie - pandémie v4.4, PJ2_Recommandations reprise Imagerie médicale, PJ3_Plan provincial de reprise*

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**

	• 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 l'accès aux équipements de protection individuelle requis selon les orientations.
		des activités_2020 04 24, PJ4_Cancérologie_investigation_cancer_sein_2020-04-17, PJ5_Cancérologie_niveaux d'activités_MAJ et PJ6_Présentation chirurgies v2
		Planification de la reprise **graduelle et structurée** des activités spécialisées délestées pour faire face à la demande liée à la pandémie.
		Mise en place des directives suivantes :
		• 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 vote 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
		• Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. La reprise d'activités doit tenir compte des plans spécifiques en PJ.
		• 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 centre 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.
		• Même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au niveau 1, noter qu'en raison de la pénurie de médicaments critiques, les activités en chirurgie, pour l'ensemble des établissements,

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020
		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.
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.	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020
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.	**24 avril 2020** *20-MS-02908-17_LET_PDG-DSP-Bulletin1_HD_COVID-19 et PJ_Bulletin Hémodialyse 1.2VP* 1er bulletin pour les unités ambulatoires d'hémodialyse pour clarifier le processus de dépistage des usagers hémodialysés symptomatiques, les mesures de précaution pour l'accueil et le triage et pour les différentes zones de traitements d'hémodialyse dans le contexte de la pandémie (voir PJ). **28 avril 2020** *20-MS-02908-50_LET_PDG_2e bulletin_unités ambulatoires et PJ_Bulletin 2_Hémodialyse_Précisions pour la zone tiède* Précisions sur les mesures de précaution pour les unités ambulatoires de dialyse en cas de manque de chambres d'isolement pour la zone tiède.

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*
		24 avril 2020 *20-MS-02908-35 LET_PDG-DSP_Plan de reprise des activités spécialisées, PJ1_Système priorisation accès chirurgie - pandémie v4.4, PJ2_Recommandations reprise Imagerie médicale, PJ3_Plan provincial de reprise des activités_2020 04 24, PJ4_Cancérologie_investigation_cancer_sein_2020-04-17, PJ5_Cancérologie_niveaux d'activités_MAJ et PJ6_Présentation chirurgies v2*
		Planification de la reprise **graduelle et structurée** des activités spécialisées délestées pour faire face à la demande liée à la pandémie.
		Mise en place des directives suivantes :
		• 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 vote 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
		• Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. La reprise d'activités doit tenir compte des plans spécifiques en PJ.

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	Directives pour les patients qui nécessitent une chirurgie cardiaque urgente : • ~~L'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) est le centre désigné pour Montréal et Trois-Rivières. L'ICM doit obligatoirement être contacté avant tout transfert.~~ • 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* 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	• 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 centre 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. • Même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au niveau 1, 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.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	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. 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;	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	• 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 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). **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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	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 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.	
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)	**24 avril 2020** *20-MS-02908-35 LET_PDG-DSP_Plan de reprise des activités spécialisées, PJ1_Système priorisation accès chirurgie - pandémie v4.4, PJ2_Recommandations reprise Imagerie médicale, PJ3_Plan provincial de reprise des activités_2020 04 24, PJ4_Cancérologie_investigation_cancer_sein_2020-04-*

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**

	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.
	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.
		17, PJ5_Cancérologie_niveaux d'activités_MAJ et PJ6_Présentation chirurgies v2
		Planification de la reprise **graduelle et structurée** des activités spécialisées délestées pour faire face à la demande liée à la pandémie.
		Mise en place des directives suivantes :
		• 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 vote 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
		• Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. La reprise d'activités doit tenir compte des plans spécifiques en PJ.
		• 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 centre 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.
		• Même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au niveau 1, 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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	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)	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.
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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	• 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. ~~Lorsqu'en travail actif, elles doivent être accouchées dans le centre accoucheur prévu de leur territoire.~~ • • 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	**24 avril 2020** *20-MS-02908-27_Let_PDG_Directives_Mère-enfant, PJ1_Directives_Femmes-enceintes-et-nouveau-nes_professionnels_COVID-19 et PJ2_Directives_Enfant_Professionnels_COVID-19* <u>Mise à jour des Directives pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés</u> (voir PJ1) : La section *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. <u>Mise à jour des Directives pour la prise en charge des enfants 0-17 ans</u> (voir PJ2) : La trajectoire pour les consultations en première ligne de la clientèle pédiatrique a été précisée. La section *Parents et visiteurs* a aussi été ajustée.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	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.	
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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	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 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* ~~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 :~~ ~~Soins palliatifs (niveaux de soins 3 et 4) en centre hospitalier : évaluer s'ils peuvent être retournés dans leur milieu de vie, sinon, ils doivent être transférés en 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	• 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 24 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 dépendance, RI et RTF, URFI en santé physique, tout autre milieu d'hébergement régi par entente
		29 avril 2020 *20-MS-02908-51_LET_YGendron-PDG_DGAPA_Directives de déconditionnement (RPA- RI-RTF-CHSLD) MFH et 20-MS-02908-51 PJ -Directives prévention du déconditionnement DGAPA-vf*
		Directives visant la prévention de 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, chez les personnes aînées (voir PJ).
		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. Plusieurs interventions peuvent aussi être suggérées aux personnes aînées demeurant à domicile.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	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. **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)	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020
	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. • 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	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 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. **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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	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. • 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.	
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)	**24 avril 2020** *20-MS-02908-21_LET_YGendron-PDG_DP DI TSA_grillevalidationconformité_RAC-internat_2020-04-22_CL et 20-MS-02908-21_PJ_Directives et Grille RAC et internats DI-TSA-DP* Nouvelles directives et mesures à instaurer pour 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.Voir PJ pour la grille de validation de conformité à laquelle sont intégrées les directives pour les RAC et les internats. Cet outil vise à soutenir les intervenants dans la réalisation d'un suivi adéquat des usagers concernés par ces mesures.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**

	• 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.
	• 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. • ~~Algorithme élaboré.~~ **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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 24 AVRIL 2020**
	• 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.	

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 1er mai 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

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS DE RÉADAPTATION

Mesdames,
Messieurs,

La présente fait suite à la communication du 29 avril dernier relative à la création de zones tampons et à la diffusion de 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*. Cette communication annonçait par ailleurs la transmission imminente de deux algorithmes décisionnels additionnels portant :

- sur la *Trajectoire sur l'intégration/réintégration en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), en ressources à assistance continue (RAC), en résidences privées pour aînés (RPA) ou autre milieu de vie après un séjour en centre hospitalier ou en milieu de réadaptation / intégration/réintégration en RI-RTF, RAC, RPA ou autre milieu de vie en provenance de la communauté;*
- sur la *Trajectoire pour les admissions en milieu de réadaptation désigné et non-désigné.*

Pour ces trajectoires, vous trouverez ci-joints les algorithmes décisionnels.

Pour la trajectoire sur l'intégration/réintégration en RI-RTF, RAC, RPA ou autre milieu de vie, celle-ci indique qu'avant d'orienter l'usager, un test de dépistage doit être effectué.

… 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

Si le test est positif, deux cas de figure peuvent s'appliquer :

- l'usager peut être accueilli dans son milieu de vie en zone chaude.

- l'usager ne peut retourner dans son milieu de vie d'origine et il doit être transféré vers une zone tampon chaude adaptée pour accueillir des usagers ayant un profil de besoin correspondant à une RI-RTF, une RPA, une RAC, etc.

Si le test est négatif, deux cas de figure s'appliquent :

- l'usager doit être transféré dans une zone tampon tiède.
- l'usager peut être accueilli dans son milieu de vie s'il est en mesure de respecter les conditions liées à son isolement comme prévu dans les directives spécifiques à chacun des milieux de vie.

En ce qui a trait à l'algorithme décisionnel sur la *Trajectoire pour les admissions en milieu de réadaptation désigné et non-désigné,* celui-ci indique qu'avant d'orienter l'usager qui présente un besoin de réadaptation vers un milieu de réadaptation désigné ou vers un milieu de réadaptation non-désigné, un test de dépistage doit être effectué.

Si le test est positif, un seul cas de figure s'applique :

- l'usager doit être admis dans un milieu de réadaptation désigné COVID-19.

Si le test est négatif, deux cas de figure peuvent s'appliquer :

- l'usager peut être admis en milieu de réadaptation non-désigné ou en milieu de réadaptation non-désigné situé dans le même bâtiment qu'un CHSLD (conforme);
- l'usager peut être admis en milieu de réadaptation non-désigné situé dans le même bâtiment qu'un CHSLD (non conforme) à condition qu'il séjourne 14 jours au préalable dans une zone tampon.

Des précisons concernant la directive sur les zones tampons ainsi que sur la trajectoire *Admission ou retour en CHSLD après un séjour en centre hospitalier / admission en CHSLD en provenance de la communauté*, vous sont également transmises.

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

Le sous-ministre,

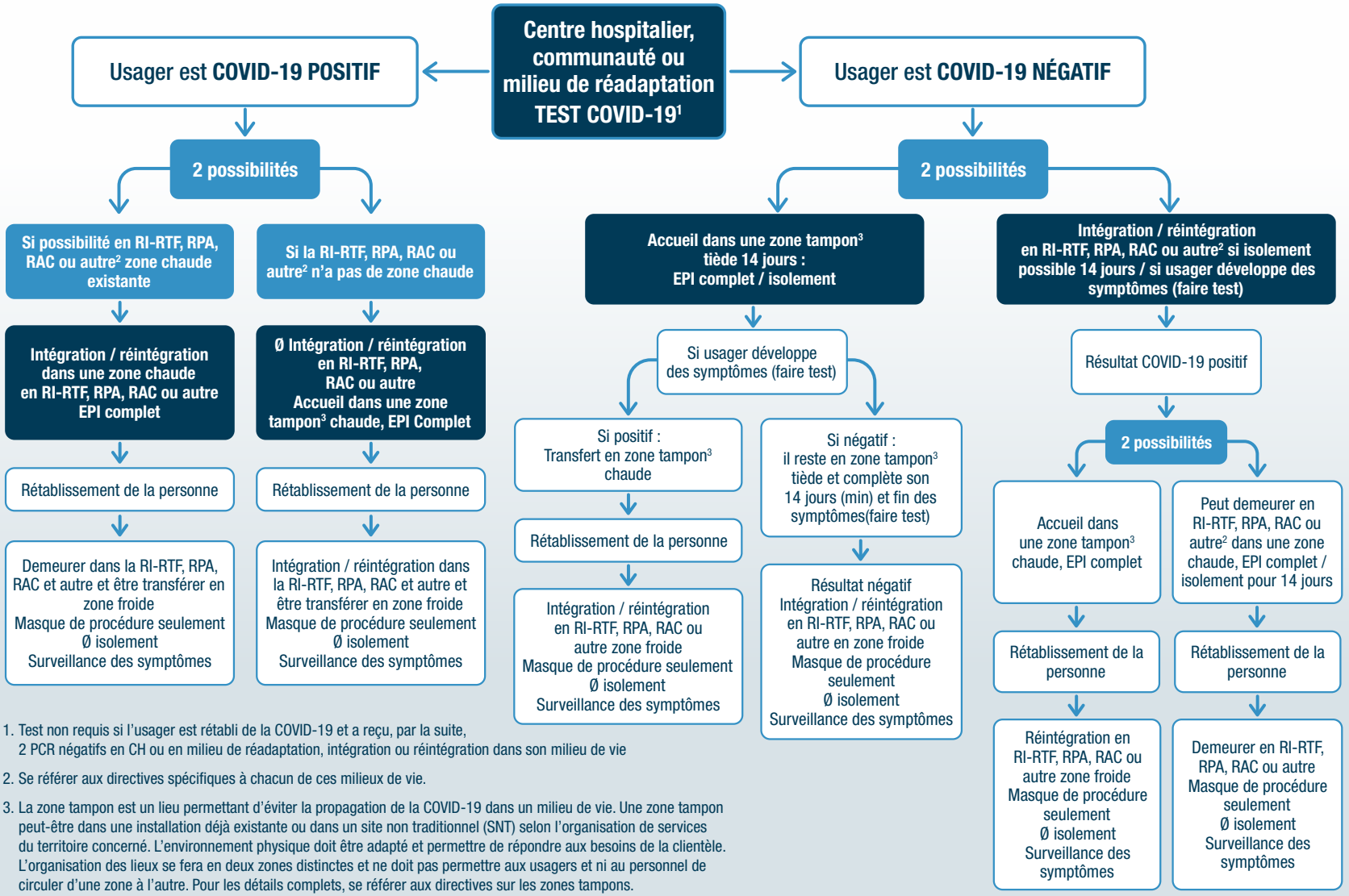
Yvan Gendron

p. j. 4

c. c. Mme Martine Alfonso, CUSM
Membres de CODIR, MSSS
PDGA des CISSS ET CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-62

Trajectoire : Intégration / réintégration en RI-RTF, RPA , RAC ou autre milieu de vie[2] après un séjour en centre hospitalier ou un milieu de réadaptation / Intégration / réintégration en RI-RTF, RPA, RAC et autre milieu de vie en provenance de la communauté



1. Test non requis si l'usager est rétabli de la COVID-19 et a reçu, par la suite, 2 PCR négatifs en CH ou en milieu de réadaptation, intégration ou réintégration dans son milieu de vie
2. Se référer aux directives spécifiques à chacun de ces milieux de vie.
3. 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.

Critères pour le rétablissement de la personne :

- 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

Trajectoire pour les admissions en milieu de réadaptation désigné et non-désigné (déficience physique, santé physique et réadaptation modérée)

Centre hospitalier ou communauté TEST COVID-19[1]

Usager est COVID-19 POSITIF

Admission en milieu de réadaptation désigné COVID-19 (◆)

- Fin du séjour en milieu de réadaptation (faire test)
- Rétablissement et besoins résiduels de réadaptation
  - Transfert en milieu de réadaptation non-désigné (Débuter la trajectoire aux ▲)

Usager est COVID-19 NÉGATIF

2 possibilités

Si l'admission est prévue en milieu de réadaptation non-désigné situé dans le même bâtiment qu'un CHLSD (non-conforme[2])

Transfert en zone tampon[3] tiède 14 jours EPI complet / Isolement Réadaptation

- Si usager développe des symptômes (faire test)
  - Si positif : transfert en milieu de réadaptation désigné COVID-19 (Débuter la trajectoire au ◆)
  - Si négatif : il reste en zone tampon[3] 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)
  - Si négatif : admission en milieu de réadaptation non-désigné situé dans le même bâtiment qu'un CHSLD (non-conforme[2]) (▲) Isolement 14 jours / EPI complet
    - Si usager développe des symptômes, l'orienter vers la zone chaude et faire test
      - Si négatif : il reste en milieu de réadaptation non-désigné (non-conforme[2]) et complète sa réadaptation
        - Fin du séjour en milieu de réadaptation (faire test)
      - Si positif : transfert en milieu de réadaptation désigné COVID-19 (Débuter la trajectoire au ◆)
  - Si positif : transfert en milieu de réadaptation désigné COVID-19 (Débuter la trajectoire au ◆)

Admission en milieu de réadaptation non-désigné OU un milieu de réadaptation non-désigné situé dans le même bâtiment qu'un CHLSD (conforme[2]) (▲) Isolement 14 jours / EPI complet

Si usager développe des symptômes, l'orienter vers la zone chaude et faire test

- Si négatif : il reste en milieu de réadaptation non-désigné et complète sa réadaptation
- Si positif : transfert en milieu de réadaptation désigné COVID-19 (Débuter la trajectoire au ◆)

Fin du séjour en milieu de réadaptation (faire test)

Selon l'orientation de l'usager au congé du milieu de réadaptation, se référer aux documents suivants :

- Trajectoire : Admission ou retour en CHSLD après un séjour en centre hospitalier ou en milieu de réadaptation / admission en CHSLD en provenance de la communauté
- Trajectoire : Intégration / réintégration en RI-RTF, RPA, RAC ou autre milieu de vie après un séjour en centre hospitalier ou un milieu de réadaptation

Ou retour à domicile.

1. Test non requis si l'usager est rétabli de la COVID-19 et a reçu, par la suite, 2 PCR négatifs en CH
2. Se référer aux directives spécifiques à ce sujet (https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/dp-di-tsa/)
3. 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.

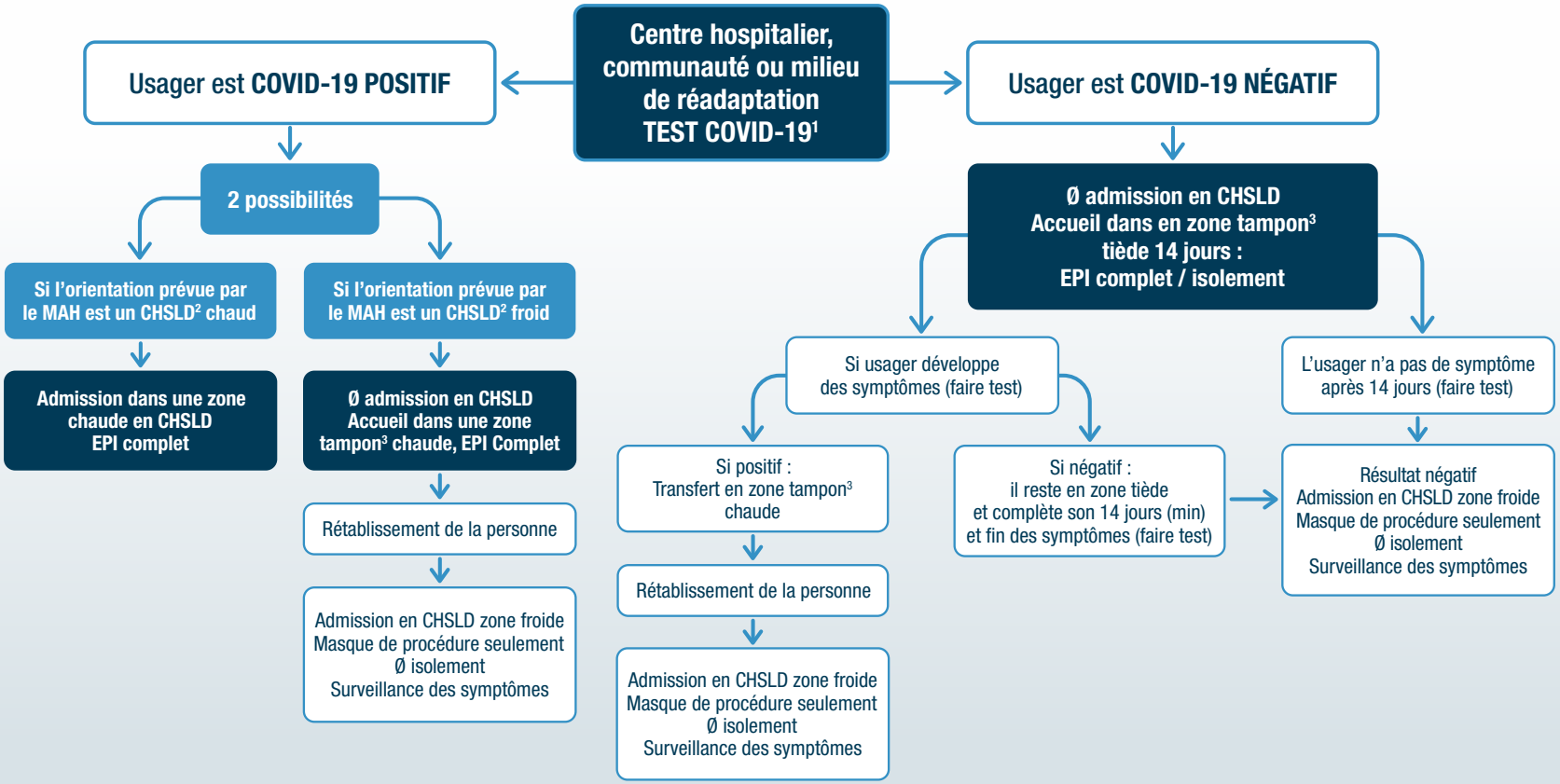
Critères pour le rétablissement de la personne :

- 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

Trajectoire : admission ou retour en CHSLD après un séjour en centre hospitalier ou en milieu de réadaptation / admission en CHSLD en provenance de la communauté



1. Test non requis si l'usager est rétabli de la COVID-19 et a reçu, par la suite, 2 PCR négatifs en CH ou en milieu de réadaptation, admission ou retour en CHSLD.
2. Se référer aux directives sur les CHSLD
3. 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.

Critères pour le rétablissement de la personne :

- 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

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 3 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Le 5 avril dernier, nous vous informions de la possibilité pour un proche d'accueillir chez lui une personne qui réside en résidence privée pour aînés (RPA). Par la présente, nous souhaitons apporter un élément complémentaire à cette mesure prise dans le contexte particulier de crise sanitaire à la COVID-19.

En raison du changement de saison, où les températures sont de plus en plus clémentes, il importe que les personnes qui ont été accueillies par leur proche puissent avoir accès à leurs effets personnels saisonniers ou autres biens. En ce sens, il est permis pour le résident de la RPA, ou son proche, qu'il puisse se rendre dans sa chambre ou son logement, en étant accompagné par un membre du personnel de la résidence pour s'y rendre, afin de récupérer ses effets personnels saisonniers ou autres biens, notamment son courrier. Pour ce faire, les règles habituelles d'hygiène sanitaire doivent être strictement respectées, soit la distanciation sociale d'au moins deux mètres et l'hygiène des mains à l'entrée et à la sortie de la résidence.

Nous vous demandons de transmettre ces informations aux propriétaires de RPA de vos territoires respectifs.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. PDGA des CISSS et CIUSSS
Sécurité civile

N/Réf. : 20-MS-02908-69

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 4 mai 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 et celles-ci vous ont été communiquées le 5 avril dernier. À la lumière de l'évolution de la situation, nous souhaitons vous faire part de modifications à certaines consignes.

1. Il sera possible d'autoriser la sortie d'un proche d'un CHSLD ou d'une RPA où des cas de COVID-19 ont été déclarés.

Il est toutefois recommandé de mettre en place des mesures de prévention et de contrôle des infections afin de minimiser le risque de contaminer le milieu d'accueil ou le proche hébergé :

- Lavage des mains fréquent;
- Maintenir le plus possible une distance de 2 mètres entre les personnes;

... 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

- Aucun visiteur à la maison;
- Aucune sortie de la personne hébergée pour visiter d'autres membres de la famille, ou aller dans un lieu public (ex. : épicerie, pharmacie, banque, etc.);
- Si la personne hébergée doit sortir pour des soins de santé (le rendez-vous doit être planifié), ne pas utiliser de transport public et maintenir la distanciation de 2 mètres dans la mesure du possible;
- Les autres membres de la maisonnée doivent se limiter aux déplacements essentiels et appliqueront les mesures d'hygiène des mains de façon stricte avant, pendant et après le déplacement;
- Nettoyer et désinfecter fréquemment les objets/surfaces touchés fréquemment (poignées de porte, robinets, interrupteurs, rampes d'escalier).

Certaines situations constituent toutefois des contre-indications temporaires à la sortie pour aller résider chez un proche :

- La personne qui souhaite quitter un milieu de vie ou une des personnes de la maisonnée d'accueil présente un ou des symptômes associés à la COVID 19 (toux inhabituelle, fièvre, difficulté respiratoire, perte subite de l'odorat sans congestion nasale accompagnée ou non de perte de goût);
- La personne qui souhaite quitter un milieu de vie ou une des personnes de la maisonnée d'accueil est spécifiquement visée par une consigne d'isolement de la santé publique parce qu'elle :
  - a été en contact étroit (exposition à risque élevé ou modéré) avec un cas confirmé de COVID-19;
  - est en attente d'un résultat de test de la COVID-19.

Dans ces situations, il faudra attendre que les consignes d'isolement s'appliquant à la personne soient levées avant de planifier la sortie.

2. Retour au lieu de résidence avant la fin de la pandémie.

   La lettre transmise le 5 avril dernier mentionnait qu'il ne serait pas possible de revenir vers le lieu de résidence avant la fin de la pandémie. Toutefois, selon les circonstances, il est possible que le retour au CHSLD ou à la RPA soit requis. Les trajectoires transmises la semaine dernière sur les admissions en CHSLD et en RPA en provenance du domicile s'appliquent à ces situations, qui doivent être évaluées par l'établissement.

... 3

Veuillez prendre note que les autres directives qui encadrent la sortie d'un proche d'un CHSLD ou d'une RPA continuent de s'appliquer.

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

Le sous-ministre,

Version originale signée

Yvan Gendron

c. c. Mme Martine Alfonso, CUSM
Membres du CODIR, MSSS
PDGA des CISSS et des CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-73

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec
Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 5 mai 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 5 mai 2020, les éléments adoptés et mis à jour par le ministère de la Santé et des Services sociaux concernant la prise en charge des cas d'infarctus aigu du myocarde (IAM) durant la pandémie. Nous vous précisons que ces orientations sont appuyées par le Comité clinique directeur COVID-19 et le Réseau québécois de cardiologie tertiaire.

Une modulation de la prise en charge de l'IAM des patients COVID-19 positifs ou à haut risque d'infection a été mise en place durant la pandémie, et ce, dans le souci de préserver les plateaux techniques et les équipes cliniques et permettre un accès populationnel durant la période de crise de la pandémie.

Dans le contexte de la planification de la reprise graduelle des activités spécialisées délestées afin de faire face à la pandémie, nous vous demandons de mettre fin aux trajectoires spécifiques à la pandémie.

... 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 conséquent, il importe de reprendre les trajectoires et traitements habituels pour la prise en charge de l'IAM, et ce, dès le 6 mai prochain, dans un souci de maintenir la santé de la population et d'éviter les détériorations de patients atteints ou non 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

c. c. Chefs de département d'urgence des établissements publics de santé et de services sociaux
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02908-50

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 5 mai 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,

Une instruction de recours à des analyses de laboratoire pour les travailleurs de la santé affectés temporairement à un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) a été formulée récemment. Cette recommandation vise spécifiquement les situations où une personne revient dans une région de faible endémicité du virus après avoir travaillé dans un CHSLD d'une région à haute endémicité. Elle vise à protéger les régions à faible endémicité. À la suite d'une demande que nous avons reçue nous demandant de clarifier la notion de région, nous tenons à vous informer qu'il s'agit pour nous des régions socio-sanitaires du réseau de la santé et des services sociaux.

Veuillez noter que les documents en pièces jointes ont été modifiés afin de clarifier cette notion.

En espérant le tout utile, nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. Membres du CODIR et du CGR
PDGA des établissements publics du RSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-77

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

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**[1] :

- Il y a des risques associés au potentiel de transfert d'infections si des travailleurs d'une région « froide » (faible endémicité) 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 région chaude (i.e. à forte endémicité) 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.
- 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

[1] On entend par régions, les 18 régions socio-sanitaires du Québec : https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/regions-sociosanitaires-du-quebec

(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, 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, 04 mai 2020

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 région[3] à faible transmission « froide » (faible endémicité) après une affectation dans un CHSLD situé dans une région de transmission soutenue « chaude » (forte endémicité) :** 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] Fièvre (> 38 °C) OU toux récente ou toux chronique exacerbée OU difficulté respiratoire OU anosmie d'apparition brutale sans congestion nasale avec ou sans agueusie OU au moins 2 symptômes parmi les suivants : 1) un symptôme général : douleurs musculaires, céphalée, fatigue intense ou importante perte d'appétit. 2) mal de gorge 3) diarrhée

[2] Éclosion confirmée : soit 2 cas ou plus (chez des résidents ou des membres du personnel) reliés épidémiologiquement.

[3] On entend par région, les 18 régions socio-sanitaires du Québec : https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/regions-sociosanitaires-du-quebec

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, 04 mai 2020

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 5 mai 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 personnes proches aidantes auprès de résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), de personnes confiées en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et les résidents des résidences privées pour aînés (RPA).

Il sera possible à partir du 11 mai 2020, sous réserve du respect de conditions spécifiques, qu'une personne proche aidante significative puisse apporter du soutien à une personne en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA. L'assouplissement de ces mesures est assujetti au respect de certaines précautions pour assurer un équilibre favorable entre les risques et les bénéfices associés.

… 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 directives s'appliquent aux personnes proches aidantes significatives afin qu'elles puissent reprendre le soutien régulier qu'elles offraient antérieurement à leur proche en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA. Par soutien significatif, on réfère aux personnes proches aidantes qui apportaient une aide et un soutien tous les jours ou plusieurs fois par semaine.

Ces personnes doivent être connues du personnel ou des gestionnaires du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA pour leur implication significative auprès du résident.

Une personne proche aidante qui ne respecterait pas les consignes précisées dans le document ci-joint pourrait se voir retirer l'accès au CHSLD, à la RI-RTF ou à la RPA.

Les CHSLD, les RI-RTF ou les RPA qui voudront se soustraire à ces nouvelles directives en totalité ou en partie, devront recevoir préalablement l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document remplace les informations et les consignes transmises sur le même sujet le 17 avril 2020 concernant les grandes orientations à suivre lorsqu'une personne proche aidante voulait aller soutenir une personne hébergée dans un CHSLD.

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. Une version anglophone du formulaire vous sera transmise ultérieurement.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. Mme Martine Alfonso, CUSM
Membres du CODIR
PDGA des CISSS et des CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-83

2020-05-05

Par la présente, 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), de personnes confiées en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et les résidents des résidences privées pour aînés (RPA).

Il sera possible à partir du 11 mai 2020, **sous réserve du respect de conditions spécifiques**, qu'une personne proche aidante significative[1] (celle qui était déjà présente avant sur une base régulière) puisse apporter du soutien à une personne en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA. L'assouplissement de ces mesures est assujetti au respect de certaines précautions pour assurer un équilibre favorable entre les risques et les bénéfices associés.

Les CHSLD, les RI-RTF ou les RPA qui voudront se soustraire à ces nouvelles directives en totalité ou en partie, devront recevoir préalablement l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le présent document remplace les informations et les consignes transmises sur le même sujet le 17 avril 2020 concernant les grandes orientations à suivre lorsqu'une personne proche aidante voulait aller soutenir une personne hébergée dans un CHSLD.

CONSIGNES POUR L'ASSOUPLISSEMENT DES MESURES CONCERNANT LA PRÉSENCE DES PERSONNES PROCHES AIDANTES SIGNIFICATIVES DANS LES CHSLD, LES RI-RTF, LES RPA

Ces directives s'appliquent aux personnes proches aidantes significatives afin qu'elles puissent reprendre le soutien régulier qu'elles offraient antérieurement à leur proche en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA.

Ces personnes doivent être connues du personnel ou des gestionnaires du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA pour leur implication significative auprès du résident.

Une personne proche aidante qui ne respecterait pas les consignes précisées dans le présent document pourrait se voir retirer l'accès au CHSLD, à la RI-RTF ou à la RPA.

[1] Par soutien significatif, on réfère aux personnes proches aidantes qui apportaient une aide et un soutien notamment moral, de réconfort à tous les jours ou plusieurs fois par semaine.

1. Assurez-vous d'avoir le consentement de la personne proche aidante :

- La personne proche aidante doit signer un formulaire qui indique :
    a. 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.
    b. 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.
    c. Qu'elle accepte de faire un test de dépistage de la COVID-19, le cas échéant.
- Le formulaire de consentement signé doit être versé au dossier du résident en CHSLD ou au dossier de l'établissement pour les usagers en RI-RTF. En ce qui concerne, les proches aidants en RPA, le formulaire doit être remis aux gestionnaires de la RPA qui devra en conserver une copie.

2. Assurez-vous que la personne proche aidante respecte les consignes suivantes :

2.1 Concernant l'isolement, la surveillance des symptômes et le dépistage :

- La personne proche aidante qui est soumise à un isolement (par ex. en raison d'un contact étroit avec un cas de COVID-19) ne peut visiter un CHSLD, une RI-RTF ou une RPA ou une unité dans ces milieux où il n'y a pas de cas de COVID-19 confirmé avant la fin de cet isolement.
- Être asymptomatique ou rétabli de 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. La personne rétablie devra avoir un résultat négatif avant de pouvoir accéder à nouveau à un CHSLD, une RI-RTF ou une RPA ou une unité dans ces milieux où il n'y a pas de cas de COVID-19 confirmé.
- Effectuer une autosurveillance des symptômes. Dès la moindre apparition de symptômes, elle ne doit pas se présenter au CHSLD, à la RI-RTF ou à la RPA (voir annexe pour connaître les symptômes).

2.1.1 Pour les visites en zone froide, les personnes proches aidantes doivent :

- Disposer d'un résultat négatif d'un test de COVID-19 dont le prélèvement remonte à moins de 6 jours de la première visite. Le test sera ensuite répété aux 15 jours si la personne proche aidante désire poursuivre les visites. Si cette dernière condition n'est pas respectée, la prochaine visite sera traitée comme si c'était la première (résultat négatif, prélèvement moins de 6 jours avant la visite).
- Effectuer un nouveau test si la personne proche aidante devient symptomatique. La personne concernée doit avoir un résultat négatif avant de pouvoir accéder à nouveau à un CHSLD, une RI-RTF ou une RPA ou une unité dans ces milieux où il n'y a pas de cas de COVID-19 confirmé.

2.1.2 Pour les visites en zone chaude, les personnes proches aidantes n'ont pas :

- L'obligation de passer un test d'emblée. Le test sera cependant offert aux personnes proches aidantes, sur une base volontaire.

2.2. Concernant les mesures de protection et de prévention des infections :

- Prendre connaissance des informations rendues disponibles sur : la surveillance des symptômes, l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire et l'utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI).
- Procéder à l'hygiène des mains en entrant et en sortant du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA, ainsi qu'en entrant et en sortant de la chambre du résident.
- Porter correctement un masque de procédure dès l'entrée dans le CHSLD, la RI-RTF ou la RPA 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 (accès à un cas confirmé ou à une unité avec cas confirmés = ÉPI complet / accès à un résident non confirmé et sans symptôme = masque de procédure seulement). Sauf le masque de procédure, l'ÉPI doit être enlevé avant de sortie de la chambre.
- Ne pas apporter de vêtement ou objet de la maison (sac à main, sac à lunch, documents, etc.) dans le CHSLD, la RI-RTF ou la RPA qui seront ramenés par la suite à la maison.
- Un seul proche aidant s'occupe d'un seul résident à la fois. Cette consigne doit être respectée en tout temps, sans exception en CHSLD surtout si deux résidents demeurent dans la même chambre. Toutefois, cette consigne peut être modulée si deux résidents demeurent ensemble dans la même unité RPA ou RI-RTF et bénéficiaient d'un soutien significatif de la même personne proche aidante.
- Arriver avec des vêtements propres et changer de vêtements à son arrivée à la maison et laver ces derniers (lavage régulier).

2.3 Concernant les déplacements à l'intérieur du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA :

- Limiter au maximum les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur de son domicile et entre le CHSLD, la RI-RTF ou la RPA.
- Circuler uniquement pour se rendre jusqu'à la chambre ou l'unité du résident et vice-versa.
- Être en mesure de se rendre à la chambre ou l'unité 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 du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA.
- 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 changements 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, à la RI-RTF ou à la RPA.

3. Responsabilité du CHSLD, de la RI-RTF[2] ou de la RPA :

- Tenir un registre des personnes proches aidantes et des dates de visites afin de faciliter la recherche de contacts, le cas échéant.
- Accueillir la personne proche aidante et l'accompagner dans sa démarche au besoin.
- S'assurer de mettre à la disposition des personnes proches aidantes les outils d'information disponibles sur : la procédure à suivre pour effectuer un test de dépistage, les symptômes à surveiller (habituelles et atypiques), les mesures d'hygiène de base (hygiène des mains, étiquette respiratoire) et l'utilisation des ÉPI selon le type de soutien offert et la condition du résident.
- Remettre les ÉPI (masque de procédure, protection oculaire, blouse, gants, le cas échéant) et s'assurer que le proche aidant les utilise convenablement.
- Informer les personnes proches aidantes que le MSSS 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. (Cette responsabilité revient au CISSS/CIUSSS pour les usagers en RI-RTF).
- Les mesures d'hygiène et de salubrité recommandées doivent être appliquées par tout le personnel du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA 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 ou de l'unité pour que l'ÉPI soit enlevé avant la sortie de la zone chaude.
- S'assurer que l'hygiène des mains peut être réalisée lors de la sortie de la chambre.
- Tenir compte des proches aidants lors des processus d'audit prévus sur les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) et sur l'hygiène des mains.
- 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 CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA.
- Poursuivre l'accès aux appels téléphoniques et à l'utilisation de différentes technologies de communication afin de maintenir le lien entre les résidents et leurs proches.

[2] Les responsabilités des établissements se poursuivent conformément aux ententes conclues avec les RI-RTF.

ANNEXE 1 : Grille pour l'autosurveillance des symptômes

SYMPTÔMES LIÉS À LA COVID-19

☐**Asymptomatique**

Date de début des symptômes* : _____ AAAA-MM-JJ

Symptômes associés à l'épisode de COVID-19			
Toux récente ou exacerbation (aggravation) d'une toux chronique	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Fièvre (≥ 38°C ou 100,4°F; personnes âgées ≥ 37,8°C ou 100,0°F)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Fébrilité/Frissons (température non prise)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Maux de gorge	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Écoulement nasal	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Difficultés respiratoires (par exemple essoufflement ou difficulté à parler)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Nausées vomissements	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Maux de tête	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Faiblesse généralisée	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Douleur (musculaire, thoracique, abdominale, etc.)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Irritabilité confusion	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Diarrhée	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Perte soudaine d'odorat (anosmie) sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'une perte de goût (agueusie)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Autres (préciser) : _____			

Formulaire de consentement de la personne proche aidante qui soutiendra un proche dans un milieu de vie 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 65 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;
- atteste avoir pris connaissance des informations sur la surveillance des symptômes, l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire et l'utilisation des équipements de protection individuelle;
- me conformerai aux conditions et aux consignes imposées par le milieu de vie (CHSLD, RI-RTF, RPA) ou par les autorités de santé publique en matière de protection et de contrôle des infections;
- accepte d'effectuer un test de dépistage et d'informer le milieu de vie du résultat, si la condition du résident l'exige;
- accepte de porter l'équipement de protection individuelle approprié selon la condition du résident;
- comprends qu'en cas de non-respect des conditions et des consignes imposées par le milieu de vie ou par les autorités de santé publique, le milieu de vie peut mettre fin à cette possibilité de visite.

_____ _____

Signature Date (aaaa/mm/jj)

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 6 mai 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES ET PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX OFFRANT DES SERVICES EN PROTECTION DE LA JEUNESSE ET EXPLOITANT UN CENTRE DE RÉADAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION

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,

Cette directive ministérielle concerne la clientèle jeunesse du programme-service Jeunes en difficulté, hébergée dans les milieux suivants :

- Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA);
- Ressource intermédiaire (RI) et ressource de type familial (RTF).

Pour cette clientèle spécifique, cette directive remplace celle du 17 mars dernier, portant sur l'interdiction des visites non essentielles dans ces milieux d'hébergement.

Cette nouvelle directive s'inscrit dans le contexte de l'assouplissement progressif des mesures de confinement établies par le gouvernement, notamment la réouverture progressive des écoles et des services de garde. En ce sens et jusqu'à indication contraire, toutes les visites et les sorties (incluant celles qui découlent des conclusions d'une décision ou d'une ordonnance de la Cour du Québec) sont autorisées à compter du 6 mai 2020 sans conditions, sauf dans certains cas identifiés par les autorités de santé publique comme comportant des risques pour les personnes concernées.

... 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 cas visés sont ceux où le jeune hébergé, la personne avec qui le contact est prévu ou une personne de son milieu de vie substitut (RI, RTF ou CRJDA) ou de son milieu familial sont dans l'une des situations suivantes :

- avoir reçu un diagnostic de COVID-19 positif et continuer de présenter un risque de contagiosité, ou être en attente du résultat d'un test de détection pour la COVID-19;
- s'être trouvé, il y a moins de 14 jours et pendant au moins 15 minutes, à moins de 2 mètres de distance d'une personne ayant reçu un diagnostic de la COVID-19 positif;
- avoir voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours;
- avoir un ou des symptômes associés à la COVID-19, notamment de la fièvre, l'apparition ou l'aggravation d'une toux, des difficultés respiratoires, une perte subite de l'odorat sans congestion nasale accompagnée ou non de perte de goût.

Il en va de même si l'enfant ou une personne de son milieu de vie substitut présente un facteur de vulnérabilité à la COVID-19, notamment si l'enfant ou cette personne est atteint d'une maladie chronique, comme le diabète, est immunodéprimé ou est âgé de 70 ans et plus.

Dans l'un des cas prévus ci-dessus, des modalités alternatives doivent être proposées pour permettre le maintien des visites et des sorties dans un contexte sécuritaire. À titre d'exemple, de telles modalités pourraient se traduire par le remplacement d'une visite au domicile des parents par une rencontre dans un local aseptisé au CRJDA, par une promenade à l'extérieur en respectant la distanciation de 2 mètres ou par le port des équipements de protection individuelle appropriés. Dans la mesure où les visites et les sorties ne peuvent être réalisées dans des conditions sécuritaires, d'autres modalités doivent être proposées pour maintenir néanmoins un contact entre le jeune et la personne désignée. S'il est impossible d'établir des modalités ou des conditions de visites ou de sorties sécuritaires, le contact doit être proscrit. Une telle décision de suspendre une sortie ou une visite doit toutefois être prise sur une base exceptionnelle.

Considérant le facteur évolutif des situations, les décisions doivent être réévaluées sur une base régulière. Ainsi, dès que la situation ayant entraîné l'aménagement de l'exercice des visites ou des sorties prend fin, celles-ci doivent reprendre de la manière dont elles s'exercent habituellement.

La présente directive est conforme aux règles obligatoires prévues par l'arrêté ministériel numéro 2020-032 du 5 mai 2020 qui prévoit que le directeur de la protection de la jeunesse est tenu d'aménager, d'une façon qui permet de protéger la santé de la population, l'exercice d'un contact en présence physique d'un enfant avec ses parents, ses grands-parents ou toute autre personne ordonnée par les conclusions d'une décision ou d'une ordonnance rendue par la Cour du Québec lorsque cet enfant, l'une des personnes avec qui le contact est ordonné ou une personne de son milieu de vie substitut ou de son milieu familial se trouve dans l'une des situations mentionnées plus haut.

... 3

Cette nouvelle directive ministérielle s'inscrit en cohérence avec les objectifs sanitaires mis en place par le gouvernement du Québec, tout en reconnaissant l'intérêt et le bien-être du jeune ainsi que la préservation du lien avec des personnes significatives.

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 offrant des services en protection de la jeunesse et exploitant un CRJDA

N/Réf. : 20-MS-02908-60

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec
Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 6 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Dans le contexte de la pandémie actuelle, plusieurs mesures ont été mises en place pour limiter la contagion des personnes aînées vivant dans une résidence privée pour aînés (RPA). Toutefois, ce contexte de confinement implique des impacts néfastes importants pour ces résidents. C'est pourquoi il est maintenant souhaité d'assouplir certaines mesures.

Ainsi, il est maintenant possible pour un résident de RPA :

- De sortir sans supervision.
- De prendre sa voiture.
- Qu'un proche puisse rencontrer un résident à l'extérieur en maintenant une distance de deux mètres en tout temps (pour le résident autonome dans ses déplacements).
- D'être assisté d'un proche aidant significatif testé négatif à la COVID-19 pour les sorties extérieures pour le résident qui a besoin d'assistance dans ses déplacements.

Pour ce faire, les conditions suivantes devront être respectées en tout temps :

- Distanciation physique d'au moins deux mètres (environ six pieds).
- Hygiène des mains à la sortie et au retour dans la résidence.
- Port du couvre-visage si la distanciation physique ne peut être respectée en raison d'un besoin d'assistance.

... 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 résidents qui ont reçu un résultat positif de la COVID-19, qui présentent des symptômes ou qui sont en attente d'un résultat doivent demeurer en isolement.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. PDGA des CISSS et des CIUSSS
Membres du CODIR, MSSS
Sécurité civile

N/Réf. : 20-MS-02908-88

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 6 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Nous souhaitons souligner votre grande collaboration et contribution afin d'assurer la prestation des soins et services, dans un cadre sécuritaire pour nos citoyens, et ce, grâce à l'engagement de votre personnel et de vos gestionnaires. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, plusieurs orientations gouvernementales et ministérielles sont acheminées, et pour celles-ci, je suis interpellé quotidiennement. Aussi, nous nous permettons de vous en réitérer l'application.

Accès des proches aidants significatifs

L'accès aux proches aidants significatifs aux différents milieux de vie, que ce soit en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en résidences privées pour aînés (RPA) ou en ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF), est un droit en tout temps. Il en va de même pour l'accès aux proches dans les unités de soins palliatifs et de fin de vie. Les consignes de la santé publique pour encadrer cet accès, en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), doivent être dûment suivies.

Équipes dédiées

Par ailleurs, tenant compte des meilleures pratiques en matière de PCI, il n'est pas permis de déplacer du personnel sur plusieurs unités ou plusieurs établissements pour compléter les équipes de travail. La mise en place d'équipes dédiées par établissement ou par unités identiques en termes de situation clinique de la pandémie d'un même établissement est une modalité essentielle pour limiter la transmission. Ce n'est qu'en tout dernier recours que cette pratique de déplacement du personnel doit être utilisée.

... 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 sommes convaincus que vous déployez tous les efforts requis pour vous assurer du respect de ces directives et nous vous en remercions.

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

N/Réf. : 20-MS-02908-91

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 7 mai 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,

Le Québec permet actuellement peu à peu le déconfinement de différents secteurs économiques et la réouverture des garderies et des écoles primaires. Dans ce contexte, nous devons nous doter de nouvelles capacités de santé publique pour identifier précocement les personnes atteintes de la COVID-19 ainsi que leurs contacts étroits et les isoler rapidement. Les directions de santé publique doivent aussi pouvoir intervenir rapidement dans les milieux de vie et de travail pour interrompre la circulation du virus en cas d'éclosion. Des ressources humaines doivent leur être attribuées pour faire ce travail, et une capacité diagnostique rehaussée est également nécessaire.

Depuis mars, plusieurs régions ont été pourvues de capacités diagnostiques rehaussées et des travaux se poursuivent pour continuer d'augmenter nos capacités dans les prochaines semaines. Cette augmentation des capacités permet au directeur national de santé publique de déployer une nouvelle stratégie populationnelle de dépistage dès maintenant. Or, pour permettre l'application de cette stratégie, il est essentiel de préserver les capacités d'analyse déployées pour les directeurs de santé publique de vos régions d'appartenance.

À ce stade de la pandémie, les tests doivent donc d'abord servir aux personnes qui présentent des symptômes de la COVID-19 et au contrôle des éclosions. Ainsi, pour protéger les capacités diagnostiques des directeurs de santé publique, nous avons fixé l'allocation des tests attribués aux milieux cliniques. Nous vous demandons de respecter cette attribution. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mettra en place un comité dont le mandat sera de planifier les capacités de laboratoire nécessaires pour répondre aux besoins complémentaires des milieux cliniques.

... 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, sachez que la part attribuée aux directeurs de santé publique peut changer selon le profil épidémiologique des régions. Vos laboratoires et vos intervenants sur le terrain recevront des mises à jour régulières en ce sens. Différentes modalités d'offre de tests peuvent être développées au niveau régional : sans rendez-vous, sur rendez-vous ou cliniques mobiles. À cet effet, nous invitons les directeurs de santé publique à communiquer avec les responsables des centres désignés de dépistage (CDD) pour planifier l'offre de tests aux profils épidémiologiques de chaque région.

Selon certaines données, les analyses réalisées avant qu'il ne se soit écoulé 48 heures après le début des symptômes risquent davantage de donner des résultats faussement négatifs. Ainsi, veuillez noter qu'il est souhaitable que le délai entre le début des symptômes et le prélèvement soit d'au moins 48 heures. Les critères retenus pour accéder aux dépistages demeurent : fièvre (> 38 °C) OU toux récente ou toux chronique exacerbée OU difficulté respiratoire OU anosmie d'apparition brutale sans congestion nasale avec ou sans agueusie. Nous comptons sur votre contribution pour réduire les délais de réalisation des analyses en vertu des mécanismes déjà opérationnels entre vos laboratoires.

Nous invitons vos différentes directions à s'arrimer avec vos directeurs de santé publique pour contribuer à cet effort important.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. Membres du CODIR
Présidents-directeurs généraux adjoint des établissements publics du RSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-92

Indications des tests de dépistage pour la COVID-19, par groupes
MAJ 1er mai 2020

Nous entendons par *symptomatiques* les personnes qui présentent un tableau clinique ou radiologique compatible avec la COVID-19 : Fièvre (> 38°C) OU Toux récente ou toux chronique exacerbée OU Difficultés respiratoires OU Anosmie d'apparition brutale (perte d'odorat) sans congestion nasale avec ou sans agueusie (perte de goût).

	Description du groupe	**Nombre de tests octroyés 14 000 tests/jour (actuel)**	**Nombre de tests octroyés 18 000 tests/jour (6 semaines)**	**Nombre de tests octroyés 23 000 tests/jour (ind.)**
G1	Les patients symptomatiques hospitalisés ou qui nécessitent des soins réguliers en milieux hospitaliers, notamment : - 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.	4 000	4 000	4 000
G2	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).			

DGSP, 2020-05-01

G3*	- 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.	3000	3000	3 000
G4	Les personnes symptomatiques de toutes les communautés (incluant les milieux en réouverture : écoles, milieux de garde, manufactures, mines, constructions, etc.)	6 000	8 000	11 500
G5	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.			
G6	- Les contacts étroits des cas, symptomatiques ou asymptomatiques, selon les directives du directeur de santé publique. - Dépistage dans des milieux spécifiques en fonction du déconfinement (écoles, milieu de travail, etc.), selon les directives du directeur de santé publique.	1 000	3 000	4 500

* Voir l'Annexe *Recommandations concernant les prélèvements et analyses TAAN pour la COVID-19 dans les CHSLD (incluant les installations avec mission CHSLD)*

La Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) et la Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC) sont responsables des tests des groupes G1 et G2, la Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA) et la DGPPFC sont responsables du groupe G3 et la Direction générale de la santé publique (DGSP) est responsable des groupes G4 à G6.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 7 mai 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,

Par la présente, nous vous transmettons une mise à jour des directives concernant la contribution des personnes proches aidantes auprès de résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), de personnes confiées en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et les résidents des résidences privées pour aînés (RPA).

Tel que mentionné, il sera possible à partir du 11 mai 2020, sous réserve du respect de conditions spécifiques, qu'une personne proche aidante significative puisse apporter de l'aide et du soutien à une personne en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA.

Nous tenons à préciser qu'il ne sera pas nécessaire pour une personne proche aidante qu'elle effectue un test de dépistage avant d'accéder à un milieu de vie, et ce, peu importe si on retrouve ou pas des cas de COVID-19 à l'intérieur de ce dernier.

Les mesures de protection et de contrôle des infections appliquées de façon rigoureuse à l'intérieur du milieu de vie et dans la communauté demeurent le meilleur moyen pour contrôler et diminuer la propagation de la COVID-19.

Le présent document remplace les informations et les consignes transmises sur le même sujet le 5 mai 2020 concernant les grandes orientations à suivre lorsqu'une personne proche aidante voulait aller soutenir une personne hébergée dans un CHSLD.

... 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 ci-joint la mise à jour des directives ainsi que du formulaire de consentement. Nous vous remercions de respecter les modalités habituelles de votre établissement concernant la gestion des formulaires. Une version anglophone du formulaire vous sera transmise ultérieurement.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. Mme Martine Alfonso, CUSM
Membres du CODIR
PDGA des CISSS et des CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-94

Coronavirus COVID-19

2020-05-05
2020-05-07

Par la présente, 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), de personnes confiées en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et les résidents des résidences privées pour aînés (RPA).

Il sera possible à partir du 11 mai 2020, **sous réserve du respect de conditions spécifiques**, qu'une personne proche aidante significative[1] (celle qui était déjà présente avant sur une base régulière) puisse apporter du soutien à une personne en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA. L'assouplissement de ces mesures est assujetti au respect de certaines précautions pour assurer un équilibre favorable entre les risques et les bénéfices associés.

Les CHSLD, les RI-RTF ou les RPA qui voudront se soustraire à ces nouvelles directives en totalité ou en partie, devront recevoir préalablement l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le présent document remplace les informations et les consignes transmises sur le même sujet le 17 avril 2020 concernant les grandes orientations à suivre lorsqu'une personne proche aidante voulait aller soutenir une personne hébergée dans un CHSLD.

CONSIGNES POUR L'ASSOUPLISSEMENT DES MESURES CONCERNANT LA PRÉSENCE DES PERSONNES PROCHES AIDANTES SIGNIFICATIVES DANS LES CHSLD, LES RI-RTF, LES RPA

Ces directives s'appliquent aux personnes proches aidantes significatives afin qu'elles puissent reprendre le soutien régulier qu'elles offraient antérieurement à leur proche en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA.

Ces personnes doivent être connues du personnel ou des gestionnaires du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA pour leur implication significative auprès du résident.

Une personne proche aidante qui ne respecterait pas les consignes précisées dans le présent document pourrait se voir retirer l'accès au CHSLD, à la RI-RTF ou à la RPA.

[1] Par soutien significatif, on réfère aux personnes proches aidantes qui apportaient une aide et un soutien notamment moral, de réconfort à tous les jours ou plusieurs fois par semaine.

1. Assurez-vous d'avoir le consentement de la personne proche aidante :

- La personne proche aidante doit signer un formulaire qui indique :
    a. 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.
    b. 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.
- Le formulaire de consentement signé doit être versé au dossier du résident en CHSLD ou au dossier de l'établissement pour les usagers en RI-RTF. En ce qui concerne, les proches aidants en RPA, le formulaire doit être remis aux gestionnaires de la RPA qui devra en conserver une copie.

2. Assurez-vous que la personne proche aidante respecte les consignes suivantes :

2.1 Concernant l'isolement, la surveillance des symptômes et le dépistage :

- La personne proche aidante qui est soumise à un isolement (par ex. en raison d'un contact étroit avec un cas de COVID-19) ne peut visiter un CHSLD, une RI-RTF ou une RPA ou une unité dans ces milieux où il n'y a pas de cas de COVID-19 confirmé avant la fin de cet isolement.
- Être asymptomatique ou rétabli de 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. La personne rétablie devra avoir un résultat négatif avant de pouvoir accéder à nouveau à un CHSLD, une RI-RTF ou une RPA ou une unité dans ces milieux où il n'y a pas de cas de COVID-19 confirmé.
- Effectuer une autosurveillance des symptômes. Dès la moindre apparition de symptômes, elle ne doit pas se présenter au CHSLD, à la RI-RTF ou à la RPA (voir annexe pour connaître les symptômes).

2.2. Concernant les mesures de protection et de prévention des infections :

- Prendre connaissance des informations rendues disponibles sur : la surveillance des symptômes, l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire et l'utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI).
- Procéder à l'hygiène des mains en entrant et en sortant du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA, ainsi qu'en entrant et en sortant de la chambre du résident, et de la zone chaude le cas échéant.
- Porter correctement un masque de procédure dès l'entrée dans le CHSLD, la RI-RTF ou la RPA 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 (accès à un cas confirmé ou à une unité avec cas confirmés = ÉPI complet / accès à un résident non confirmé et sans symptôme = masque de procédure seulement). Sauf le masque de procédure, l'ÉPI doit être enlevé avant la sortie de la zone chaude.

- Ne pas apporter de vêtement ou objet de la maison (sac à main, sac à lunch, documents, etc.) dans le CHSLD, la RI-RTF ou la RPA qui seront ramenés par la suite à la maison.
- Un seul proche aidant s'occupe d'un seul résident à la fois. Cette consigne doit être respectée en tout temps, sans exception en CHSLD surtout si deux résidents demeurent dans la même chambre. Toutefois, cette consigne peut être modulée si deux résidents demeurent ensemble dans la même unité RPA ou RI-RTF et bénéficiaient d'un soutien significatif de la même personne proche aidante.
- Arriver avec des vêtements propres et changer de vêtements à son arrivée à la maison et laver ces derniers (lavage régulier).

2.3 Concernant les déplacements à l'intérieur du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA :

- Circuler uniquement pour se rendre jusqu'à la chambre ou l'unité du résident et vice-versa.
- Être en mesure de se rendre à la chambre ou l'unité 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 du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA.
- 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 changements 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, à la RI-RTF ou à la RPA.

3. Responsabilité du CHSLD, de la RI-RTF[2] ou de la RPA :

- Tenir un registre des personnes proches aidantes et des dates de visites afin de faciliter la recherche de contacts, le cas échéant.
- Accueillir la personne proche aidante et l'accompagner dans sa démarche au besoin.
- S'assurer de mettre à la disposition des personnes proches aidantes les outils d'information disponibles sur : la procédure à suivre pour effectuer un test de dépistage, les symptômes à surveiller (habituelles et atypiques), les mesures d'hygiène de base (hygiène des mains, étiquette respiratoire) et l'utilisation des ÉPI selon le type de soutien offert et la condition du résident.
- Remettre les ÉPI (masque de procédure, protection oculaire, blouse, gants, le cas échéant) et s'assurer que le proche aidant les utilise convenablement.
- Informer les personnes proches aidantes que le MSSS 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. (Cette responsabilité revient au CISSS/CIUSSS pour les usagers en RI-RTF).

[2] Les responsabilités des établissements se poursuivent conformément aux ententes conclues avec les RI-RTF.

- Les mesures d'hygiène et de salubrité recommandées doivent être appliquées par tout le personnel du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA 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 zone pour que l'ÉPI soit enlevé avant la sortie de la zone chaude.
- S'assurer que l'hygiène des mains peut être réalisée lors de la sortie de la chambre.
- Tenir compte des proches aidants lors des processus d'audit prévus sur les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) et sur l'hygiène des mains.
- 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 CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA.
- Poursuivre l'accès aux appels téléphoniques et à l'utilisation de différentes technologies de communication afin de maintenir le lien entre les résidents et leurs proches.

ANNEXE 1 : Grille pour l'autosurveillance des symptômes

SYMPTÔMES LIÉS À LA COVID-19

☐**Asymptomatique**

Date de début des symptômes* : _____ AAAA-MM-JJ

Symptômes associés à l'épisode de COVID-19			
Toux récente ou exacerbation (aggravation) d'une toux chronique	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Fièvre (≥ 38°C ou 100,4°F; personnes âgées ≥ 37,8°C ou 100,0°F)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Fébrilité/Frissons (température non prise)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Maux de gorge	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Écoulement nasal	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Difficultés respiratoires (par exemple essoufflement ou difficulté à parler)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Nausées vomissements	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Maux de tête	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Faiblesse généralisée	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Douleur (musculaire, thoracique, abdominale, etc.)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Irritabilité confusion	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Diarrhée	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Perte soudaine d'odorat (anosmie) sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'une perte de goût (agueusie)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Autres (préciser) : _____			

Formulaire de consentement de la personne proche aidante qui soutiendra un proche dans un milieu de vie 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 65 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;
- atteste avoir pris connaissance des informations sur la surveillance des symptômes, l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire et l'utilisation des équipements de protection individuelle;
- me conformerai aux conditions et aux consignes imposées par le milieu de vie (CHSLD, RI-RTF, RPA) ou par les autorités de santé publique en matière de protection et de contrôle des infections;
- accepte de porter l'équipement de protection individuelle approprié selon la condition du résident;
- comprends qu'en cas de non-respect des conditions et des consignes imposées par le milieu de vie ou par les autorités de santé publique, le milieu de vie peut mettre fin à cette possibilité de visite.

_____ _____

Signature Date (aaaa/mm/jj)

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 7 mai 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 les derniers mois, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vous a sollicités pour commenter les modifications apportées au Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (Programme GMF) et au Programme de désignation réseau pour les groupes de médecine de famille (Programme GMF-R). Ainsi, nous avons pris en compte vos suggestions et avons procédé à certains ajustements.

Toutefois, le contexte actuel en lien avec la pandémie de la COVID-19 nous oblige à reporter la diffusion des programmes révisés. Actuellement, la date de la publication de ces nouvelles versions est inconnue.

Il a donc été décidé de procéder à la reconduction automatique des groupes de médecine de famille (GMF) et des missions qui leur sont reconnues, le cas échéant, de la façon suivante :

- Les GMF révisés en octobre seront reconduits automatiquement selon les mêmes conditions que lors de leur dernière révision annuelle (octobre 2019), et ce, pour une période de six mois allant jusqu'au 1er avril 2021;

- Les GMF révisés en janvier seront reconduits automatiquement selon les mêmes conditions que lors de leur dernière révision annuelle (janvier 2020), et ce, pour une période de trois mois allant jusqu'au 1er avril 2021;

- Aucune diminution de niveau ne sera appliquée lors de cette reconduction automatique et les GMF qui verront leur niveau augmenter pourront être rehaussés.

... 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

- Aucun manquement aux obligations ne sera appliqué lors de cette reconduction automatique, à l'exception du manquement portant sur l'offre de service qui pourra être comptabilisé et appliqué à la prochaine révision. Toutefois, si ce manquement est constaté pendant la période de pandémie, il ne pourra être comptabilisé et appliqué à la prochaine révision que sur la base d'un avis de l'établissement qui confirme l'imputabilité du GMF. Par exemple, si un GMF ne pouvait maintenir son offre de service, mais que ce dernier acceptait la relocalisation de ses ressources professionnelles en place vers son centre intégré de santé et de services sociaux ou son centre intégré universitaire de santé et de services sociaux, nous ne pourrions considérer ce manquement.

Sachez que tous les détails concernant cette reconduction automatique (extraction des données, documents à transmettre, etc.) seront communiqués au chargé de projet GMF de votre établissement dans les prochains jours.

En ce qui concerne les modalités de réévaluation du statut des GMF après le 1er avril 2021, celles-ci devront faire l'objet d'une analyse approfondie selon l'évolution de la situation actuelle. Les conclusions de cette analyse vous seront communiquées dans les meilleurs délais.

Également, Rendez-vous santé Québec (RVSQ) étant au cœur de la stratégie d'accès à la première ligne pour la clientèle non inscrite dans le contexte de pandémie, nous demandons à ce que les GMF rendent disponible sur RVSQ une certaine partie de leurs plages horaires pour les centres d'appels régionaux COVID.

Enfin, nous comptons sur votre habituelle collaboration afin de vous assurer que ces orientations soient diffusées auprès de vos équipes.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. PDGA des CISSS et CIUSSS
Chefs des DRMG

N/Réf. : 20-MS-02966

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 8 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Le 1er mai dernier, vous avez reçu deux tableaux (Directives cliniques et Directives fonctionnelles) 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 7 mai, du tableau Directives cliniques 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.

Chaque élément du tableau vous réfère également à la directive complète au besoin. Nous vous précisons que celui-ci est également appuyé par le Comité clinique directeur COVID-19. Ce tableau a également été déposé dans la section réservée aux professionnels sur le site web du MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/.

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. 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-02908-82

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

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 1er MAI 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.	**5 mai 2020** *20-MS-02908-77_LET_PDG_Précautions nécessaire éraffectatations TdS CHSLD, 20-MS-02908-77 PJ_Précautions nécessaires réaffectations TdS CHSLD_2020-05-04 et 20-MS-02908-77_PJ_Annexe_Analyses COVID-19 en CHSLD_2020-05-04.doc* Instruction de recours à des analyses de laboratoire pour les travailleurs de la santé affectés temporairement à un CHSLD visant spécifiquement les situations ou une personne revient dans une région socio-sanitaire du RSSS de faible endémicité du virus après avoir travaillé dans un CHSLD d'une région socio-sanitaire du RSSS à haute endémicité. Voir les clarifications dans les deux PJ. **5 mai 2020** *20-MS-02908-50_LET_PDG-DSP_Directive pause et diner* Non-respect des règles de distanciation sociale dans les divers milieux lors des heures de pause et de repas du personnel : • Rappel d'éviter les rassemblements de plusieurs professionnels dans une pièce restreinte ne permettant pas de respecter la règle de distanciation de 2 mètres. • Des solutions et des propositions alternatives doivent être offertes aux employés (ex. : salles de repos supplémentaires pour les zones froides et chaudes des centres hospitaliers).

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 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.
	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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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 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* 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).	**7 mai 2020** *20-MS-02908-92_LET_PDG_Déconfinement de différents secteurs et 20-MS-02908-92_PJ_Indications par groupes - analyses de laboratoire - COVID-19_01 mai 2020* Nouvelle stratégie populationnelle de dépistage, ce qui nécessite la préservation des capacités d'analyse déployées pour les directeurs de santé publique de vos régions d'appartenance. Les tests doivent donc d'abord servir aux personnes qui présentent des symptômes de la COVID-19 et au contrôle des éclosions. Nous avons fixé l'allocation des tests attribués aux milieux cliniques (voir PJ). Le MSSS mettra en place un comité dont le mandat sera de planifier les capacités de laboratoire nécessaires pour répondre aux besoins complémentaires des milieux cliniques. La part attribuée aux directeurs de santé publique peut changer selon le profil épidémiologique des régions. Vos laboratoires et vos intervenants sur

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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.	le terrain recevront des mises à jour régulières en ce sens. Différentes modalités d'offre de tests peuvent être développées au niveau régional : sans rendez-vous, sur rendez-vous ou en cliniques mobiles. Les directeurs de santé publique sont invités à communiquer avec les responsables des centres désignés de dépistage (CDD) pour planifier l'offre de tests aux profils épidémiologiques de chaque région. Selon certaines données, les analyses réalisées, avant qu'il ne se soit écoulé 48 heures après le début des symptômes, risquent davantage de donner des résultats faussement négatifs. Il est donc souhaitable que le délai entre le début des symptômes et le prélèvement soit d'au moins 48 heures. Les critères retenus pour accéder aux dépistages demeurent : fièvre (>38°C) OU toux récente OU toux chronique exacerbée OU difficulté respiratoire OU anosmie d'apparition brutale sans congestion nasale avec ou sans agueusie.
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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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 ÉPI 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 la 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 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.).	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	• Il est important de préciser que les personnes vivant en RPA et les RI-RTF sont considérées comme vivant à domicile. **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 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.	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020
	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 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) **28 avril 2020** *20-MS-02908-28_LET_PDG_ÉVAQ* Organisation des services d'évacuations aéromédicales (ÉVAQ) • L'accompagnement parental à bord des vols en mission avion-hôpital, avion COVID-19 dédié et des navettes multipatients est maintenu. • Mesures à mettre en place pour respecter les directives en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses et les consignes de sécurité particulières aux missions de la COVID-19 disponibles dans la section qualification et consentement parental sur la plateforme evaq.ca. • Le centre référent doit vérifier les conditions d'accueil des accompagnateurs dans chacun des centres receveurs avant de remplir une demande d'accompagnement. 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'INSPQ, à l'exception de l'Île de Montréal qui demeure le point chaud de la province.	
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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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 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 équipements 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,	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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 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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	• 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. • 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 :	**5 mai 2020** *20-MS-02908-82_LET_PDG-DSP_Reprise des activités spécialisées_COVID-19 et COVID19_Guide de reprise des activités spécialisées_2020 05 04* Guide concernant la reprise des activités spécialisées (voir guide) : ce guide a été produit pour résumer les modalités à mettre en place pour assurer une reprise des activités de façon sécuritaire dans les milieux de soins.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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. **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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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. **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 désignés (voir PJ1) Mise à jour des directives d'hospitalisation des différents milieux et clientèles spécifiques, notamment en santé mentale (voir PJ2). **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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**

	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.
	24 avril 2020 *20-MS-02908-35 LET_PDG-DSP_Plan de reprise des activités spécialisées, PJ1_Système priorisation accès chirurgie - pandémie v4.4, PJ2_Recommandations reprise Imagerie médicale, PJ3_Plan provincial de reprise des activités_2020 04 24, PJ4_Cancérologie_investigation_cancer_sein_2020-04-17, PJ5_Cancérologie_niveaux d'activités_MAJ et PJ6_Présentation chirurgies v2*
	Planification de la reprise **graduelle et structurée** des activités spécialisées délestées pour faire face à la demande liée à la pandémie.
	Mise en place des directives suivantes :
	• 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 vote 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
	• Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. La reprise d'activités doit tenir compte des plans spécifiques en PJ.
	• 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	• Même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au niveau 1, 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. **24 avril 2020** *20-MS-02908-35_LET_PDG-DSP_NIM_Coffre outils et PJ_Coffre à outils_NIM parlons-en 2020-04-24* Coffre à outils sur les niveaux de soins (niveaux d'interventions médicales – NIM) pour la conversation avec les personnes vivant dans la communauté (voir PJ).	
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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**

	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.
	24 avril 2020 *20-MS-02908-35 LET_PDG-DSP_Plan de reprise des activités spécialisées, PJ1_Système priorisation accès chirurgie - pandémie v4.4, PJ2_Recommandations reprise Imagerie médicale, PJ3_Plan provincial de reprise des activités_2020 04 24, PJ4_Cancérologie_investigation_cancer_sein_2020-04-17, PJ5_Cancérologie_niveaux d'activités_MAJ et PJ6_Présentation chirurgies v2*
	Planification de la reprise **graduelle et structurée** des activités spécialisées délestées pour faire face à la demande liée à la pandémie.
	Mise en place des directives suivantes :
	• 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 vote 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
	• Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. La reprise d'activités doit tenir compte des plans spécifiques en PJ.
	• 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	• Même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au niveau 1, 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.	
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 confirmé 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
		5 mai 2020 *20-MS-02908-50_LET_PDG_Trajectoire IAMEST*
		Dans le contexte de la planification de la reprise graduelle des activités spécialisées délestées pour faire face à la pandémie, mettre fin aux trajectoires spécifiques à la pandémie pour la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde chez les patients COVID-19 positifs.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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. **24 avril 2020** *20-MS-02908-17_LET_PDG-DSP-Bulletin1_HD_COVID-19 et PJ_Bulletin Hémodialyse 1.2VP* 1er bulletin pour les unités ambulatoires d'hémodialyse pour clarifier le processus de dépistage des usagers hémodialysés symptomatiques, les mesures de précaution pour l'accueil et le triage et pour les différentes zones de traitements d'hémodialyse dans le contexte de la pandémie (voir PJ). **28 avril 2020** *20-MS-02908-50_LET_PDG_2e bulletin_unités ambulatoires et PJ_Bulletin 2_Hémodialyse_Précisions pour la zone tiède* Précisions sur les mesures de précaution pour les unités ambulatoires de dialyse en cas de manque de chambres d'isolement pour la zone tiède.	
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 :	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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 : • ~~L'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) est le centre désigné pour Montréal et Trois-Rivières. L'ICM doit obligatoirement être contacté avant tout transfert.~~ • 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* 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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 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. 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;	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	• 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 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).	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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 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. **24 avril 2020** *20-MS-02908-35 LET_PDG-DSP_Plan de reprise des activités spécialisées, PJ1_Système*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**

	priorisation accès chirurgie - pandémie v4.4, PJ2_Recommandations reprise Imagerie médicale, PJ3_Plan provincial de reprise des activités_2020 04 24, PJ4_Cancérologie_investigation_cancer_sein_2020-04-17, PJ5_Cancérologie_niveaux d'activités_MAJ et PJ6_Présentation chirurgies v2
	Planification de la reprise **graduelle et structurée** des activités spécialisées délestées pour faire face à la demande liée à la pandémie.
	Mise en place des directives suivantes :
	• 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 vote 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
	• Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. La reprise d'activités doit tenir compte des plans spécifiques en PJ.
	• 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.
	• Même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au niveau 1, 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.	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020
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. **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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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 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) **24 avril 2020** *20-MS-02908-35 LET_PDG-DSP_Plan de reprise des activités spécialisées, PJ1_Système priorisation accès chirurgie - pandémie v4.4, PJ2_Recommandations reprise Imagerie médicale, PJ3_Plan provincial de reprise des activités_2020 04 24, PJ4_Cancérologie_investigation_cancer_sein_2020-04-17, PJ5_Cancérologie_niveaux d'activités_MAJ et PJ6_Présentation chirurgies v2* Planification de la reprise **graduelle et structurée** des activités spécialisées délestées pour faire face à la demande liée à la pandémie. Mise en place des directives suivantes : • 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 vote gouvernance actuelle, mais la composition doit idéalement inclure :	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	• 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 • Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. La reprise d'activités doit tenir compte des plans spécifiques en PJ. • 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. • Même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au niveau 1, 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.	
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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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 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. ~~Lorsqu'en travail actif, elles doivent être accouchées dans le centre accoucheur prévu de leur territoire.~~ • • 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.	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 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 **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. **24 avril 2020** *20-MS-02908-27_Let_PDG_Directives_Mère-enfant, PJ1_Directives_Femmes-enceintes-et-nouveau-nes_professionnels_COVID-19 et PJ2_Directives_Enfant_Professionnels_COVID-19* Mise à jour des Directives pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés (voir PJ1) : La section *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. Mise à jour des Directives pour la prise en charge des enfants 0-17 ans (voir PJ2) : La trajectoire pour les consultations en première ligne de la clientèle pédiatrique a été précisée. La section *Parents et visiteurs* a aussi été ajustée.	
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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	• 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 patient 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	**31 mars 2020** *20-MS-02502-04_LET_PDG_Soins palliatifs de fin de vie et 20-MS-2502-*	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020
SOINS DE FIN DE VIE	*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* ~~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 :~~ ~~Soins palliatifs (niveaux de soins 3 et 4) en centre hospitalier : évaluer s'ils peuvent être retournés dans leur milieu de vie, sinon, ils doivent être transférés en 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 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).	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020

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 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.	**5 mai 2020** *20-MS-02908-83_LET_assouplissement des mesures proches CHSLD-RI-RT-RPA, ~~20-MS-02908-83_Directives_ proches_ CHSLD-RI-RTF-RPA et 20-MS-02908-83_Formulaire_consentement visites~~*

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**

	• 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.
	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
		Assouplissement des mesures concernant la contribution des personnes proches aidantes auprès de résidents des CHSLD, de personnes confiées en RI-RTF et les résidents des RPA.
		• À partir du 11 mai 2020, sous réserve du respect de conditions spécifiques, une personne proche aidante significative pourrait apporter du soutien à une personne en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA.
		• Par significative, on réfère aux personnes proches aidantes qui apportaient une aide et un soutien tous les jours ou plusieurs fois par semaine.
		• Ces personnes doivent être connues du personnel ou des gestionnaires du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA pour leur implication significative auprès du résident.
		• Une personne proche aidante qui ne respecterait pas les consignes précisées dans la PJ pourrait se voir retirer leur accès.
		• Les CHSLD, les RI-RTF ou les RPA qui voudront soustraire à ces nouvelles directives en totalité ou en partie, devront recevoir préalablement l'autorisation du MSSS.
		• En PJ se trouvent les directives et le formulaire de consentement.
		7 mai 2020 *20-MS-02908-94_LET_MAJ Directives proches aidants CHSLD-RI-RT-RPA_2020-05-07, COVID-19_Directives_ proches_ CHSLD-RI-RTF-RPA_2020-05-07 et Formulaire_consentement visites_2020_05_07*
		Mise à jour des directives transmises le 5 mai (voir PJ) : Il ne sera pas nécessaire pour une personne proche aidante qu'elle effectue un test de dépistage avant d'accéder à un milieu de vie, et ce, peu importe si on retrouve ou pas des cas de COVID-19 à l'intérieur de ce dernier.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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. • 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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 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. **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,	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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. • 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. **29 avril 2020** *20-MS-02908-51_LET_YGendron-PDG_DGAPA_Directives de déconditionnement (RPA- RI-RTF-CHSLD) MFH et 20-MS-02908-51 PJ -Directives prévention du déconditionnement DGAPA-vf* Directives visant la prévention de 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, chez les personnes aînées (voir PJ). 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020
	centre d'hébergement et de soins de longue durée. Elles peuvent également s'appliquer aux personnes aînées en transit dans des zones tampons. Plusieurs interventions peuvent aussi être suggérées aux personnes aînées demeurant à domicile.	
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 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	• 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. **24 avril 2020** *20-MS-02908-21_LET_YGendron-PDG_DP DI TSA_grillevalidationconformité_RAC-internat_2020-04-22_CL et 20-MS-02908-21_PJ_Directives et Grille RAC et internats DI-TSA-DP* Nouvelles directives et mesures à instaurer pour 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.Voir PJ pour la grille de validation de conformité à laquelle sont intégrées les directives pour les RAC et les internats. Cet outil vise à soutenir les intervenants dans la réalisation d'un suivi adéquat des usagers concernés par ces mesures.	
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. • ~~Algorithme élaboré.~~ **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 toute 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 1er MAI 2020**
	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.	

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 8 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

La présente communication concerne les services de répit offerts hors du domicile avec ou sans nuitée pour les 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 pour les jeunes en difficulté. Ces orientations s'ajoutent à la directive ayant été transmise le 22 avril 2020.

Ainsi, en l'absence de facteurs de risque de contamination à la maladie à coronavirus (COVID-19), les services de répit offerts hors du domicile avec nuitée doivent redémarrer, particulièrement pour les familles les plus vulnérables.

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.

À cet égard, le ministère de la Santé et des Services sociaux vous transmet les consignes encadrant les services de répit avec ou sans nuitée hors du domicile pouvant être offerts dans divers milieux (établissement public, organisme communautaire ou maison de répit), excluant les ressources intermédiaires et de type familial.

… 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 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-02908-87

6 mai 2020

Services de répit offerts hors du domicile pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme ainsi que pour les jeunes en difficulté

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 (récente ou aggravée) 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.

À noter que la présente directive concerne les services de répit offerts hors du domicile pour 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 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. Il est également possible d'offrir une ou des nuitées.

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-reseaude-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 la COVID-19 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.
- Demander à l'usager et aux travailleurs de se laver les mains dès leur arrivée dans le milieu.

[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

- 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.
- **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 minimal 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 et pour connaître et appliquer les bonnes pratiques consulter le document COVID-19 : Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie.
- Aucun visiteur n'est admis au milieu de répit.
- 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.
- 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.
- Seules 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 ceux-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'il est en milieu de répit, il doit être retirée du milieu jusqu'à ce que les conditions de levée de l'isolement soient respectées (voir précédemment).
- Si l'usager développe des symptômes pendant la nuit, attendre le matin avant de contacter le répondant, sauf en présence de symptômes graves (ex : difficulté respiratoire grave, confusion, etc.). Dans ce dernier cas, contacter le 911.
- 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, ainsi que des gants si elle doit donner des soins;
    - une seule personne devra s'occuper de l'usager jusqu'à son départ;
    - l'hygiène des mains doit être respectée de façon rigoureuse ;
    - si possible, réserver une salle de bain pour l'usager symptomatique. Si ce n'est pas possible, d'assurer de désinfecter la salle de bain après chaque utilisation ;
    - s'assurer de ne pas partager les effets personnels ;
    - les repas devront être pris dans la chambre, autant que possible.
- 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 11 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Cette correspondance remplace celle du 17 mars dernier portant sur les visites et les sorties dans les différents milieux d'hébergement et est complémentaire aux directives relatives aux visites des proches aidants transmises le 7 mai dernier pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF) et les résidences pour personnes âgées de même qu'à l'arrêté ministériel 2020-034.

Cette nouvelle directive s'inscrit dans le contexte de l'assouplissement progressif des mesures de confinement établies par le gouvernement dans le contexte de la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) et concerne les usagers des programmes-services santé mentale, dépendance, déficience physique (DP) et déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA) hébergés dans les milieux suivants :

- RI et RTF;
- Résidences à assistance continue (RAC);
- Internats et foyers de groupe;
- Centres de réadaptation en dépendance et ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance;
- Tout autre milieu d'hébergement régi par entente selon l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vous informe par la présente que, jusqu'à indication contraire, des visites et des sorties sont autorisées à compter du 11 mai 2020, à certaines conditions afin de prévenir la propagation du virus de la COVID-19 et d'assurer la sécurité et l'intégrité des personnes et des milieux.

... 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 visites autorisées sont :

- les visites qui sont nécessaires à des fins humanitaires ou pour obtenir des soins ou des services requis par leur état de santé;
- celles d'une personne proche aidante lorsque cette dernière comprend les risques inhérents à ses visites et s'engage à respecter les consignes recommandées par les autorités de santé publique de même que celles déterminées par les responsables du milieu de vie.

Les sorties autorisées sont :

- les sorties nécessaires à des fins humanitaires ou pour obtenir des soins ou des services requis par leur état de santé;
- les sorties extérieures supervisées;
- les sorties pour aller à l'école.

Ces visites et ces sorties doivent prendre en considération les directives de la santé publique relativement aux facteurs de risque pour les personnes concernées, à savoir la personne hébergée qui aura un contact, le visiteur ou les personnes qui partagent le même milieu de vie dans l'un des lieux visés indiqués ci-haut ainsi qu'au risque épidémiologique des différentes régions administratives, dont les consignes spécifiques à la communauté urbaine de Montréal. À cet égard, les éléments suivants sont à considérer :

- Les risques associés à la COVID-19, soit :
  - avoir reçu un diagnostic de la COVID-19 positif ou être en attente du résultat d'un test de détection pour la COVID-19;
  - ou avoir été en contact étroit (ex. : vivant sous le même toit) avec une personne ayant eu un diagnostic de la COVID-19 positif;
  - ou avoir voyagé à l'extérieur du Canada au cours des quatorze derniers jours;
  - ou avoir 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).

- Les risques associés aux personnes à risque de complication ou de décès, soit :
  - être une personne âgée de plus de 70 ans;
  - ou être 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.

... 3

En présence d'un des facteurs de risque énoncés précédemment, des modalités alternatives doivent être proposées pour permettre le maintien des visites et des sorties dans un contexte sécuritaire. Dans la mesure où les visites et les sorties ne peuvent être réalisées avec des conditions sécuritaires, d'autres modalités doivent être proposées pour maintenir un contact entre la personne hébergée en RI-RTF et sa famille ou ses proches, notamment par un moyen de communication alternatif (ex. : appels téléphonique, séances vidéo sur une plateforme technologique). À défaut, le contact doit être proscrit. Une telle décision de suspendre un contact doit toutefois être prise sur une base exceptionnelle et suivant une analyse rigoureuse de la situation par le représentant de l'établissement.

Considérant le facteur évolutif des situations, les décisions doivent être réévaluées sur une base régulière.

Cette nouvelle directive ministérielle s'inscrit en cohérence avec les objectifs sanitaires mis en place par le gouvernement du Québec, tout en reconnaissant l'intérêt et le bien-être des personnes hébergées en RI-RTF ainsi que la préservation du lien avec des personnes significatives.

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
Comité de direction du MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-05

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 12 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous informer des nouvelles orientations, en date du 12 mai 2020, concernant le développement et l'implantation de toute initiative ou de tous projets régionaux dans le secteur préhospitalier, sans accord préalable du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ces orientations font suite aux travaux du sous-comité de travail urgence et préhospitalier.

Depuis plusieurs semaines déjà, le secteur préhospitalier déploie d'importants efforts pour affronter la pandémie de la COVID-19. Face à l'imposant défi, plusieurs établissements s'investissent dans autant d'initiatives et de projets régionaux. Bien que ces initiatives poursuivent de nobles intérêts, ils entraînent dans leur sillage des disparités qui suscitent des questionnements et inquiétudes parmi les intervenants du milieu.

Dans ce contexte de défi collectif que pose la pandémie, le MSSS assume une responsabilité d'orientation, d'organisation des soins de santé et de saine gestion. L'impressionnante mobilisation du secteur préhospitalier manifestée au cours des dernières semaines doit se poursuivre et s'intensifier de manière concertée pour plusieurs semaines encore.

Ainsi, le MSSS décrète un moratoire sur le développement et l'implantation de toute initiative ou de tous projets régionaux, sans accord préalable du MSSS, dans le secteur préhospitalier.

... 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

Ce moratoire s'applique notamment à tout projet de triage secondaire des appels, de paramédecine communautaire, de déploiement des paramédics de soins avancés et de développement ou d'implantation informatique.

Le moratoire s'applique également à tout renouvellement d'engagements financiers ou contractuels de plus de douze mois, toujours uniquement dans ce secteur.

En contrepartie, le MSSS s'engage à émettre des orientations pour déployer rapidement de tels projets de portée nationale dans la foulée des travaux du Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence.

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
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-03325

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 12 mai 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 de la pandémie de la COVID-19, les établissements d'enseignement et les établissements de santé et de services sociaux ont interrompu la plupart des stages dans les disciplines liées à la santé.

Ayant maintenant franchi le pic de l'épisode actuel, les établissements de santé et de services sociaux reprendront graduellement l'activité clinique qui a été délaissée. Cependant, la pandémie de la COVID-19 demeurera présente dans la population pendant encore plusieurs mois et il sera nécessaire de s'y adapter. La crise actuelle a mis en lumière les enjeux de main-d'œuvre et il sera donc important de reprendre la formation de la relève dès que possible.

De plus, il demeure certains enjeux de stage pour la graduation de certains finissants, par exemple en inhalothérapie et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS). Pour les professions de la santé pour lesquelles les stages se poursuivent sur plus d'une année, la suspension des stages pendant ces derniers mois a déjà des impacts significatifs (p.ex. externat en médecine). Afin de ne pas mettre en péril la formation de la cohorte de finissants de 2021 pour les différentes professions de la santé, nous devons donc rapidement préparer un retour sécuritaire des stagiaires (p.ex. fin mai pour l'externat en médecine et le 1er juin pour les stages d'IPS), même si pour la majorité des programmes, cela se fera à l'automne.

Nous sommes conscients des défis que représente la reprise des activités cliniques dans vos établissements, mais nous réitérons l'importance de tenir compte des activités d'enseignement dans vos plans de relance. Ces activités d'enseignement sont essentielles pour assurer une main-d'œuvre suffisante pour répondre aux besoins de la population à court et moyen terme.

... 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 avons transmis le 24 mars dernier une lettre afin de vous partager les recommandations de la Direction générale de la santé publique (DGSP) au sujet de la présence de stagiaires dans les milieux de soins. Depuis, plusieurs discussions ont eu lieu entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), les établissements d'enseignement et les établissements de santé et de services sociaux afin de cerner les enjeux.

Les travaux subséquents réalisés avec la DGSP ont permis d'émettre une série de recommandations afin de guider la reprise ou la poursuite des stages. Ces recommandations ont été validées par l'Institut national de santé publique du Québec et vous sont jointes en copie de cette lettre.

En résumé :

- Ces recommandations peuvent s'appliquer à tout stage du domaine de la santé (p.ex. externat en médecine, stages : soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et de spécialistes, soins infirmiers, réadaptation, travail social, etc.) ainsi qu'aux activités d'enseignement qui s'y rapportent.
- Elles devront être adaptées à la réalité du milieu de stage et du programme de formation.
- Elles nécessiteront de modifier l'organisation des stages et les façons d'enseigner.
- Elles permettent d'encadrer les déplacements des stagiaires d'une région à l'autre afin de limiter la propagation du virus.

Une étroite collaboration entre les établissements de santé et de services sociaux et les établissements d'enseignement sera primordiale afin d'assurer la formation sécuritaire et optimale des stagiaires en santé malgré les circonstances de la crise sanitaire. En regard des programmes universitaires, nous confions le mandat aux quatre réseaux universitaires intégrés de santé et services sociaux de favoriser la collaboration de ces acteurs et soutenir la coordination les stages.

Le MSSS poursuit ses discussions avec les diverses parties prenantes afin d'assurer un suivi étroit de la situation.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. Recommandations intérimaires des mesures sanitaires pour la reprise des stages en santé en contexte de pandémie de la COVID-19

c. c. M. Marc-André Thivierge, MEES
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-02908-55

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations intérimaires des mesures sanitaires pour la reprise des stages en santé en contexte de pandémie de la COVID-19

Notes :

Ces recommandations intérimaires sont mises à jour régulièrement. La plus récente version est disponible sur le site web du MSSS : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau

De plus, les consignes précises se rapportant aux différentes mesures sont disponibles sur le site web de l'INSPQ :

Mesures universelles en milieu de soins : www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections

Mesures en milieu de travail : www.inspq.qc.ca/covid-19/sante-au-travail

Recommandations pour les stagiaires	
Isolement	Avant un stage en région : Effectuer un isolement de 14 jours en cas de déplacement d'une région chaude (région à forte endémicité) vers une région froide (région à faible endémicité)[1]. Par exemple, en date du 5 mai, la communauté métropolitaine de Montréal est la principale région à forte endémicité au Québec. La période d'isolement peut se réaliser au début de la période de stage, à la fin de la période de stage précédente ou se répartir sur deux périodes de stage successives. L'isolement peut se dérouler en région froide, en région chaude ou se répartir dans chacune des régions, pourvu que des mesures strictes d'isolement soient appliquées (p.ex. comme lors d'un retour de voyage), particulièrement dans les régions chaudes où le risque de transmission communautaire est plus élevé. En tout temps : S'isoler en cas d'apparition de symptômes, d'une confirmation de diagnostic de COVID-19, d'une suspicion ou d'un contact étroit avec un cas confirmé.
Formation	Suivre la formation PCI organisée par l'établissement.
Mesures universelles	Respecter les pratiques de base (hygiène des mains, étiquette respiratoire) et l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (ÉPI). Envisager l'utilisation d'ÉPI non seulement dans les situations cliniques, mais aussi dans des situations d'enseignement où la distanciation de 2 mètres n'est pas possible. Porter le masque en continu pour les stagiaires qui ont des contacts avec des patients à moins de 2 mètres, selon les recommandations du comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).
Distanciation physique	Respecter les consignes de distanciation physique de 2 mètres autant que possible avec les collègues, les superviseurs, le personnel, etc. Favoriser les discussions et activités d'enseignement à distance (p.ex. visioconférence, téléconsultation). Si la distanciation n'est pas possible, utiliser les ÉPI selon les recommandations du CINQ.

[1] Se référer aux directions de santé publique régionales pour connaître les régions à forte ou faible endémicité.

Surveillance des symptômes	Surveillance étroite des symptômes de la COVID-19. Aviser son superviseur dès l'apparition de symptômes et ne surtout pas se présenter en stage. En cas de dépistage et si le résultat du test est négatif, il est recommandé de refaire le test entre 48 et 72 heures plus tard. Si toujours négatif, attendre de ne plus avoir de symptômes avant de retourner en stage, selon les politiques en vigueur dans l'établissement[2].
Détection rapide	Procéder rapidement à un test diagnostique en présence de symptômes de la COVID-19.
En cas d'infection	En cas de diagnostic confirmé de COVID-19, le stagiaire doit informer immédiatement son superviseur, son milieu de stage et son médecin traitant. Respecter les directives de la direction régionale de santé publique de l'établissement concernant l'isolement pendant la durée de la maladie et le retour éventuel en stage.

Recommandations pour les milieux de stage (directions de l'enseignement)	
Formation	Au début du stage, offrir aux stagiaires une formation sur la PCI et le port d'équipements (se protéger, quoi faire en situation de bris, laisser les objets personnels dans son bureau/vestiaire). Note : Bien informer des consignes d'isolement et de mesures universelles émises par l'INSPQ et faire des rappels fréquents des consignes durant le stage.
Accompagnement et surveillance	Tout au long du stage, assurer une surveillance régulière et un soutien concernant la PCI, envisager l'ajout d'infirmières en PCI pour assurer l'application des mesures au quotidien sur les unités (et ce autant pour les stagiaires que pour le personnel).
Débreffage	Réaliser un débreffage en cas d'éclosion, d'acquisition de la maladie ou d'absentéisme.
Soutien individuel bienveillant	Suivi étroit et validation bienveillante de l'application adéquate des mesures universelles.
Espaces physiques appropriés	Environnement physique qui favorise la distanciation physique. Privilégier les alternatives aux activités en personne (télémédecine ou rétroaction par visioconférence pour la supervision).
Organisation du travail	Gestion des horaires : éviter la surcharge de travail car il y a un risque accru d'erreurs en situation de stress et de fatigue. Équipes : Envisager de regrouper les stagiaires en formant des équipes maintenues dans le temps, de manière à réduire les risques de transmission des infections. Périodes de stages : Répartir les périodes de stages dans la journée et la semaine (soir et fin de semaine) afin de diminuer la taille des équipes présentes.
Modalités technologiques	Favoriser et rendre disponible les plateformes technologiques pour réaliser le plus possible d'activités de supervision à distance. Utiliser Teams, React, Zoom ou autres plateformes disponibles et approuvées. Fournir un accès Internet adéquat aux stagiaires.
Mesures universelles	Rendre les ÉPI disponibles et accessibles pour les stagiaires. Rappeler et surveiller la bonne utilisation de ceux-ci.
Détection rapide	Établir une trajectoire rapide pour obtenir un test diagnostique pour les stagiaires en présence de symptômes. Les stagiaires devraient être priorisés au même titre que les travailleurs de la santé.

[2] L'INSPQ recommande aux travailleurs de la santé le retour au travail dès qu'il y a amélioration des symptômes avec masque jusqu'à la disparition des symptômes.

Lieux d'hébergement sécuritaires	Les lieux d'hébergement offerts par les établissements doivent être sécuritaires et permettre une certaine distanciation physique en limitant le nombre de stagiaires par logement (p.ex. une salle de bain séparée pour chaque occupant si possible). Cette recommandation peut être évaluée selon le niveau de transmission communautaire locale dans la région (p.ex. regrouper plusieurs stagiaires dans un appartement est moins problématique dans une région à faible transmission communautaire). Les aires communes doivent être régulièrement désinfectées.
Fournir des lieux sécuritaires pour l'isolement	Permettre l'isolement sécuritaire autant pour les personnes symptomatiques que les contacts étroits (celles qui partagent le même logement). Idéalement, l'isolement devrait se faire dans un lieu d'hébergement isolé (p.ex. appartement distinct, hôtel). Fournir des masques de procédure dès le début des symptômes. Prévoir un hébergement distinct dans les cas où le stagiaire partage son logement avec d'autres personnes, particulièrement s'il n'a pas accès à une chambre et une salle de bain réservées. Cette recommandation concerne également les stagiaires qui ne résident pas dans un logement fourni par un établissement mais qui partagent leur appartement avec d'autres personnes. S'assurer du respect de l'isolement selon les guides de gestion des cas et contacts de l'INSPQ : www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19
État de santé individuel	Prévoir des recommandations ou des accommodements pour les stagiaires qui ont des conditions de santé à risque selon les directives de l'INSPQ. Recommander à certains stagiaires d'éviter les zones chaudes ou les cas ou suspicions de COVID-19. Vous référer aux recommandations suivantes : www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimes-covid19 www.inspq.qc.ca/publications/2967-protection-travailleurs-maladies-chroniques-covid-19
Gestion des cas-contact	Tenir un registre des stagiaires en contact avec les patients pour faciliter l'identification des cas et des contacts.
Lors de contact avec des patients atteints de COVID-19	Limiter l'exposition des stagiaires aux patients atteints de COVID-19 confirmée, que ce soit en consultation ou sur les unités de soins. L'examen de ces patients devrait être effectué par la personne la plus expérimentée (p.ex. médecin-patron, résident sénior, résident junior). Les stagiaires les plus juniors, comme les externes en médecine, ne doivent pas être en contact avec les patients atteints de COVID-19 confirmée.

Recommandations pour les superviseurs	
Mesures universelles	Validation de l'application adéquate des mesures universelles.
Exemplarité	S'assure de donner l'exemple en ce qui concerne l'application des mesures universelles, la distanciation physique, la surveillance des symptômes et l'isolement (s'il y a lieu).
Normaliser l'absentéisme	Reconnaissance de l'importance de ne pas se présenter en milieu de stage en présence de symptômes de la COVID-19 et normalise l'absentéisme pour lui-même, ses collègues et les stagiaires.
Exposition aux patients atteints de COVID-19	Limiter l'exposition des stagiaires aux patients atteints de COVID-19 confirmée, que ce soit en consultation ou sur les unités de soins. L'examen de ces patients devrait être effectué par la personne la plus expérimentée (p.ex. médecin-patron, résident sénior, résident junior). Pour les stagiaires les plus juniors, comme les externes en médecine, le superviseur devrait orienter l'atteinte des objectifs de stage en minimisant les risques d'infection. Les stagiaires les plus juniors, comme les externes en médecine, ne doivent pas être en contact avec les patients atteints de COVID-19 confirmée.

Recommandations pour les établissements d'enseignement (en collaboration avec les milieux de stage)	
Gestion de l'absentéisme	Développer des alternatives pour permettre l'apprentissage pendant un isolement. Moins il y a de contraintes pour les stagiaires en isolement, moins ils seront susceptibles de dissimuler leurs symptômes. Alternativement, prévoir des moments pour la reprise des stages à l'intérieur des différents quarts de travail offrant de la supervision en assumant qu'une partie significative des stagiaires pourrait vivre un isolement dans la prochaine année.
Méthodes alternatives d'apprentissage	Favoriser la tenue des cours et des différentes activités d'enseignement de manière virtuelle par le déploiement de la visioconférence et la télémédecine.
Évaluation des compétences	Assurer que l'évaluation de stage puisse être basée sur l'atteinte des objectifs du stage et des compétences visées, et pas seulement sur un critère de durée du stage.
Soutien psychologique	Mettre en place et publiciser des ressources de soutien psychologique (p.ex. groupes de discussion virtuels).
Normalisation de l'absentéisme pour les stagiaires et les superviseurs	Sensibiliser les stagiaires à l'importance de ne pas se présenter au milieu de stage en présence de symptômes de la COVID-19, rassurer les stagiaires et atténuer les conséquences de cette absence sur leur parcours académique.
Multiples sites de stage (plusieurs installations)	Les déplacements d'un site de stage à un autre doivent être limités autant que possible, particulièrement les déplacements dans une même journée. Après avoir été dans une installation chaude (p.ex. CHSLD avec plusieurs cas de COVID-19), le stagiaire doit respecter les mesures précédentes (mesures universelles, distanciation, etc.), surveiller ses symptômes et prendre sa température régulièrement pendant 14 jours. Aucun isolement n'est requis pour le stagiaire provenant d'une installation chaude si le port de l'équipement de protection individuel recommandé était adéquat selon les recommandations du CINQ.

MSSS
Mise à jour : 2020-05-05

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 13 mai 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'une nouvelle directive, en vigueur à partir du 13 mai 2020, concernant le port obligatoire en tout temps du masque de procédure et de la visière en milieu hospitalier, dans le contexte de la pandémie de la COVID-19.

Le masque de procédure et la visière devront être portés par tous les travailleurs de la santé (incluant les médecins) sur leur milieu de travail en centre hospitalier. Les mesures de prévention et de contrôle des infections concernant le port du masques N95 demeurent quant à elles en vigueur selon les recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec.

Ces directives sont disponibles sur le site web du ministère de la Santé et des Services sociaux. Vous pouvez y accéder en cliquant sur l'onglet « *Directives cliniques* » de la page d'accueil, puis en sélectionnant « *Prévention et contrôle des infections* ». Cette directive devra être mise en place dans les centres hospitaliers des régions de Montréal, Montérégie, Laval, Lanaudière et des Laurentides.

... 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 orientation fait suite aux **travaux de prévention et de contrôle des infections** avec la collaboration de la Direction générale de la santé publique et sont appuyées par la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques.

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
Mme Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR, MSSS
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-96

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 13 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Voici, en date du 13 mai, une mise à jour des directives transmises le 24 avril dernier par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concernant la planification de la reprise des activités spécialisées délestées afin de faire face à la demande liée à la pandémie.

Nous maintenons qu'il est important de reprendre les activités de façon structurée. Par ailleurs, il avait été mentionné que, compte tenu de la situation épidémiologique, les niveaux d'activités pouvaient différer d'une région à l'autre. Ainsi, dans un souci d'éviter la détérioration de la condition des patients atteints ou non de la COVID-19, nous souhaitons que les activités chirurgicales soient reprises le plus rapidement possible, et ce, selon les ressources disponibles de chaque établissement. Sachez également que la pénurie de médicaments d'anesthésie est partiellement résolue et que par conséquent, le niveau d'activité chirurgicale peut être rehaussé jusqu'à 70 à 80 % de votre niveau habituel.

Afin d'assurer un suivi de cette reprise, mais également de vous soutenir tout en tenant compte de vos enjeux, nous vous demandons de nous acheminer les informations suivantes :

... 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. Votre plan de reprise détaillé incluant le niveau d'activité actuel et visé (date) pour les secteurs suivants :
    i. Bloc opératoire;
    ii. Endoscopie;
    iii. Cancérologie;
    iv. Cliniques spécialisées;
    v. Imagerie médicale.
2. Votre stratégie et échéancier évalué pour le rattrapage des cas accumulés.

Dans le même ordre d'idée, nous avons été interpellés par Transplant Québec quant à la diminution importante des activités d'identification des donneurs potentiels. Nous souhaitons ainsi vous encourager à sensibiliser les équipes médicales à la situation exceptionnelle engendrée par la pandémie.

Finalement, nous vous invitons à nous transmettre tout besoin de réaménagement de vos infrastructures qui vous permettraient de répondre à la demande accrue en lits d'hospitalisation actuelle et pour l'année à venir.

Veuillez transmettre les documents demandés à madame Elizabeth Arpin à l'adresse elizabeth.arpin@msss.gouv.qc.ca.

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

p. j. COVID19 Plan provincial de reprise des activités

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
Mme Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR, MSSS
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-96

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

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.

Reprise des activités cliniques	**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

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 13 mai 2020

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

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 annonçons aujourd'hui, le lancement d'une brève étude de prévalence dans certains milieux de soins et milieux de vie sur tout le territoire du Québec. Cette opération nous mènera à offrir un test de dépistage à tous les travailleurs de la santé et des services sociaux qui œuvrent auprès des clientèles les plus vulnérables.

La première phase de cette opération, qui débutera dès demain, visera surtout les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Toutes les installations de la province sont visées (CHSLD publics, privés conventionnés et privés non conventionnés). Il s'agit d'environ 48 000 travailleurs des CHSLD qui seront invités à passer un test au cours des deux prochaines semaines, soit jusqu'au 29 mai. Tous les travailleurs sont visés, qu'importe leur titre d'emploi.

Durant la même période, nous viserons aussi certains milieux ayant une fonction spécialisée dans notre réseau et au sein desquels une éclosion de COVID-19 aurait des effets très néfastes sur l'offre de services, notamment l'Institut de psychiatrie légale Philippe-Pinel et certaines unités de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique et en santé physique.

... 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

Dès juin, les autres phases de l'opération se dérouleront. La deuxième phase couvrira les ressources intermédiaires et les ressources de type familiales et la troisième ciblera d'autres milieux.

L'organisation du dépistage des travailleurs doit être planifiée localement, en fonction de l'offre de service déjà en place ou par la mise à contribution des ressources présentes dans ces milieux et en mesure de procéder aux tests. Il est important de rappeler que de nouveaux professionnels de la santé sont autorisés à effectuer les prélèvements nécessaires aux tests de dépistage de la COVID-19 (arrêté 034).

Il est à noter que cet exercice se déroule en parallèle avec d'autres activités de dépistage et que les tests requis notamment auprès des usagers des milieux de vie lors d'une éclosion doivent se poursuivre.

La planification de l'opération prévoit l'utilisation d'environ 4 000 tests par jour.

Nous prévoyons donc disposer dans les prochaines semaines d'un bilan complet de la présence de la COVID-19 parmi les travailleurs de ces milieux. Ceux dont le résultat sera positif feront l'objet d'une enquête de la part de leur direction de santé publique et leurs contacts étroits seront aussi considérés pour recevoir le test, selon l'évaluation de chaque situation.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. Arrêté 2020-034

c. c. Sécurité civile, MSSS
PDGA des établissements publics du RSSS
Membres du CODIR, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-10

Arrêté numéro 2020-034 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 9 mai 2020

Loi sur la santé publique
(chapitre S-2.2)

CONCERNANT l'ordonnance de mesures
visant à protéger la santé de la population dans
la situation de pandémie de la COVID-19

---ooo0ooo---

LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX,

VU l'article 118 de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2) qui prévoit que le gouvernement peut déclarer un état d'urgence sanitaire dans tout ou partie du territoire québécois lorsqu'une menace grave à la santé de la population, réelle ou imminente, exige l'application immédiate de certaines mesures prévues à l'article 123 de cette loi pour protéger la santé de la population;

VU le décret numéro 177-2020 du 13 mars 2020 qui déclare l'état d'urgence sanitaire dans tout le territoire québécois pour une période de 10 jours;

VU que l'état d'urgence sanitaire a été renouvelé jusqu'au 29 mars 2020 par le décret numéro 222-2020 du 20 mars 2020, jusqu'au 7 avril 2020 par le décret numéro 388-2020 du 29 mars 2020, jusqu'au 16 avril 2020 par le décret numéro 418-2020 du 7 avril 2020, jusqu'au 24 avril 2020 par le décret numéro 460-2020 du 15 avril 2020, jusqu'au 29 avril 2020 par le décret numéro 478-2020 du 22 avril 2020, jusqu'au 6 mai 2020 par le décret numéro 483-2020 du 29 avril 2020 et jusqu'au 13 mai 2020 par le décret numéro 501-2020 du 6 mai 2020;

VU que le décret numéro 501-2020 du 6 mai 2020 habilite la ministre de la Santé et des Services sociaux à prendre toute mesure prévue aux paragraphes 1° à 8° du premier alinéa de l'article 123 de la Loi sur la santé publique;

VU que le décret numéro 505-2020 du 8 mai 2020 habilite la ministre de la Santé et des Services sociaux à ordonner toute modification ou toute précision relative aux mesures qu'il prévoit;

CONSIDÉRANT QUE la situation actuelle de la pandémie de la COVID-19 permet d'assouplir certaines mesures mises en place pour protéger la santé de la population, tout en maintenant certaines d'entre elles nécessaires pour continuer de la protéger;

ARRÊTE CE QUI SUIT:

QUE, pour les usagers hébergés dans une installation d'un établissement où est exploité un centre d'hébergement et de soins de longue durée, pour les usagers pris en charge par une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées ou pour les résidents d'une résidence privée pour aînés, seules les visites suivantes soient autorisées :

1° celles qui sont nécessaires à des fins humanitaires ou pour obtenir des soins ou des services requis par leur état de santé;

2° celles d'une personne proche aidante qui apporte une aide significative à l'usager ou au résident, lorsqu'elle comprend les risques inhérents à ses visites et s'engage à respecter les consignes recommandées par les autorités de santé publique de même que celles imposées par les responsables du milieu de vie;

QUE, pour les usagers hébergés dans une installation d'un établissement où est exploité un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou pour les usagers pris en charge par une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, seules les sorties suivantes soient autorisées:

1° celles qui sont nécessaires à des fins humanitaires ou pour obtenir des soins ou des services requis par leur état de santé;

2° les sorties extérieures supervisées;

QUE, dans une résidence privée pour aînés, seuls puissent être effectués les travaux d'entretien et de réparation d'urgence ou ceux qui sont requis à des fins de sécurité;

QUE l'exploitant d'une résidence privée pour aînés soit tenu de mettre en place un mécanisme permettant d'assurer la livraison aux résidents de produits ou de biens, quelle que soit leur provenance, sans qu'ils leur soient remis directement;

QUE les quatre premiers alinéas du dispositif de l'arrêté numéro 2020-009 du 23 mars 2020 ainsi que le premier alinéa du dispositif de l'arrêté numéro 2020-022 du 15 avril 2020 soient abrogés;

QUE le quatrième paragraphe du deuxième alinéa du dispositif de l'arrêté numéro 2020-022 du 15 avril 2020 soit remplacé par le suivant :

« 4° l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec; »;

QUE le dispositif de cet arrêté soit modifié par l'insertion, après le troisième alinéa, du suivant :

« QUE le président, le directeur général ou le secrétaire d'un ordre puisse, lorsqu'il délivre une autorisation spéciale d'état d'urgence sanitaire pour étudiant, limiter les activités professionnelles qui peuvent être exercées par la personne à qui est accordée l'autorisation spéciale ainsi que déterminer les conditions suivant lesquelles elle peut les exercer; »;

QUE les professionnels suivants qui exercent leur profession au sein d'un établissement de santé et de services sociaux soient autorisés à effectuer les prélèvements nécessaires au test de dépistage de la COVID-19, à la condition d'avoir suivi une formation à cet effet dispensée sous l'autorité du directeur des soins infirmiers d'un tel établissement :

1° les audiologistes;

2° les dentistes;

3° les diététistes-nutritionnistes;

4° les hygiénistes dentaires;

5° les orthophonistes;

6° les physiothérapeutes;

QU'aux fins des mesures prévues par le décret numéro 505-2020 du 6 mai 2020, les exceptions visant le territoire de la Communauté métropolitaine de Montréal s'appliquent aussi au territoire de la municipalité régionale de comté de Joliette;

QUE les mesures prévues par l'arrêté numéro 2020-013 du 1er avril 2020 concernant la limitation d'accès au territoire de l'agglomération de La Tuque pour la région sociosanitaire de la Mauricie et Centre-du-Québec et aux régions sociosanitaires du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Outaouais ne soient plus applicables;

QUE la mesure prévue par l'arrêté numéro 2020-015 du 4 avril 2020 concernant la limitation d'accès par les résidents de la Ville de Gatineau et de la municipalité régionale de comté de Les Collines-de-L'Outaouais aux autres municipalités régionales de comté de l'Outaouais soit abrogée;

QUE l'annexe du décret numéro 505-2020 du 6 mai 2020 soit modifiée :

1° par l'insertion, après l'article 1, du suivant :

« **1.1.** Le nombre de membres du personnel de garde qualifié dont un titulaire de permis de centre de la petite enfance ou de garderie doit s'assurer de la présence chaque jour auprès des enfants durant la prestation de services de garde est d'au moins un membre du personnel de garde sur trois. »;

2° par l'insertion, après l'article 2, du suivant :

« **2.1.** Une personne reconnue à titre de responsable d'un service de garde en milieu familial qui veut interrompre ses activités peut demander au bureau coordonnateur de la garde en milieu familial qui l'a reconnue de suspendre sa reconnaissance si elle-même ou une personne qui réside dans la résidence où elle fournit les services de garde est dans l'une des situations suivantes :

1° elle est âgée de 70 ans ou plus;

2° un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée confirme qu'elle présente des facteurs de vulnérabilité à la COVID-19;

La demande de suspension de reconnaissance est faite par la personne reconnue dans les meilleurs délais. Elle en avise également, dans le même délai, les parents des enfants qu'elle reçoit ordinairement. Le bureau coordonnateur suspend la reconnaissance à compter de la date indiquée à la demande. »;

Que le présent arrêté prenne effet le 11 mai 2020.

Québec, le 9 mai 2020

La ministre de la Santé et des Services sociaux

DANIELLE McCANN

Québec

Gouvernement du Québec
La ministre responsable des Aînés et des Proches aidants

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 13 mai 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,

Par la présente, je demande à ce qu'un bilan soit complété et me soit remis tous les vendredis concernant les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) situés sur votre territoire. Pour ce faire, le formulaire GESTRED 43670 a été créé. Il permettra de recueillir des informations sur plusieurs sujets, dont les mesures de prévention et de contrôle des infections, les équipements de protection individuelle, les ressources humaines, l'accueil des personnes proches aidantes, etc.

Avec ce bilan hebdomadaire, nous ferons un suivi étroit de l'application des directives et des consignes, en plus de cibler des interventions proactives. Sachez que le groupe d'experts aura accès à cette information afin de le guider dans ses recommandations.

... 2

Québec
Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 15e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-7191
Télécopieur : 418 266-7199
www.msss.gouv.qc.ca

Montréal
2021, avenue Union, bureau 10.051
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-3604
Télécopieur : 514 873-7488

J'aimerais réitérer mes attentes quant à l'accueil des personnes proches aidantes au sein des CHSLD. Ainsi, toutes les personnes proches aidantes qui apportent une aide significative au résident, qui comprennent les risques inhérents à leurs visites et qui s'engagent à respecter les consignes recommandées par les autorités de santé publique ainsi que celles imposées par les responsables du milieu de vie doivent pouvoir offrir leur aide et leur soutien, sauf exception. Il en va de la santé physique et psychologique des personnes hébergées et des personnes proches aidantes, que je considère comme une priorité durant cette pandémie.

L'accueil des personnes proches aidantes au sein des différents milieux de vie pour aînés comportera certains défis. Je vous invite donc à faire la promotion du feuillet s'adressant aux personnes proches aidantes qui est visée par cette directive et à inviter ces dernières à consulter la page Web du site Québec.ca destinée aux personnes proches aidantes : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/proches-aidants-en-contexte-de-pandemie-covid-19/.

Enfin, j'aimerais que vous nous partagiez vos enjeux sur le terrain de manière proactive. Nous pourrons explorer les solutions pour remédier rapidement aux situations particulières.

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

La ministre responsable,

Marguerite Blais

c. c. MME Martine Alfonso, CUSM
Membres du CODIR, MSSS
PDGA des CISSS et des CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-11

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 13 mai 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,

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. 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. Nous vous proposons donc une nouvelle approche de levée de l'isolement des travailleurs de la santé atteints de la COVID-19. L'approche de gestion proposée repose sur une gradation des mesures et sur une gestion de risque qui doit être bien pondérée.

Entre autres, nous avons apprécié ce qui se fait dans plusieurs provinces canadiennes, et l'obtention d'un test PCR négatif n'est pas requis de façon systématique pour autoriser le retour des travailleurs de la santé.

... 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 ce sujet, nous avons confié à l'Institut national de santé publique du Québec le soin de nous documenter, d'un point de vue scientifique, la contagiosité des personnes qui remplissent les critères cliniques de rétablissement, mais dont un ou des tests PCR demeurent positifs.

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

p. j. 1

c. c. Membres du CODIR
PDGA des établissements publics du RSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-12

COVID-19
Levée de l'isolement des travailleurs de la santé

12 mai 2020

Les critères de levée de l'isolement des travailleurs de la santé proposés par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) engendrent actuellement des difficultés importantes de gestion des ressources humaines. Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, ces nouvelles directives traitent des critères de levée de l'isolement dans deux situations :

1- Les travailleurs rétablis cliniquement dont un PCR de confirmation est positif;
2- Les travailleurs pour lesquels une recommandation d'isolement a été formulée dans le contexte où la prestation de services est compromise.

Rappelons que les recommandations CINQ stipulent que les travailleurs de la santé infectés doivent respecter les conditions suivantes avant de retourner au travail :

- Critères cliniques :
    - 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 résiduelle qui peuvent persister);
- Critère paraclinique :
    - PCR négatif sur 2 échantillons respiratoires

1- Les travailleurs rétablis cliniquement dont un PCR de confirmation est positif :

Les connaissances sur le coronavirus sont en développement. À l'heure actuelle, il n'est pas possible de confirmer ou d'infirmer la contagiosité des personnes qui remplissent les critères cliniques de rétablissement, mais dont un ou des tests PCR demeurent positifs. Le niveau de contagiosité pourrait également varier selon l'état de santé de la personne infectée et l'intensité de la présentation clinique. Une étude est en cours pour fournir des éléments de réponse sur ces questions. Par ailleurs, dans plusieurs provinces canadiennes, l'obtention d'un test PCR négatif n'est pas requise de façon systématique pour autoriser le retour des travailleurs de la santé.

Dans ce contexte, le retour au travail est autorisé pour les travailleurs de la santé dont un ou plusieurs PCR de confirmation sont positifs si ces travailleurs :

- remplissent les critères CLINIQUES de levée de l'isolement du CINQ;
- ne sont pas atteints d'un déficit du système immunitaire;
- n'ont pas nécessité d'hospitalisation en raison de l'infection à la COVID-19.

Ces travailleurs de la santé peuvent retourner au travail malgré l'obtention d'un ou de plusieurs résultats de test PCR de confirmation positifs. Il n'est pas nécessaire que l'établissement soit en bris de service pour que ces personnes retournent au travail.

Dans l'attente des résultats de l'étude scientifique en cours, les tests PCR doivent être poursuivis chaque semaine jusqu'à l'obtention de deux résultats négatifs par PCR sur 2 échantillons

respiratoires du travailleur prélevés à au moins 24 heures d'écart. Les *conditions d'amenuisement du risque* (voir ci-bas) doivent être respectées tant que le travailleur n'a pas obtenu ces 2 résultats PCR négatifs.

Pour les travailleurs qui sont atteints d'un déficit du système immunitaire et/ou qui ont été hospitalisés en raison de l'infection à la COVID-19, l'obligation d'obtenir deux résultats PCR négatifs avant de retourner au travail continue de s'appliquer.

2- Les travailleurs pour lesquels une recommandation d'isolement a été formulée dans le contexte où la prestation de services est compromise

À l'heure actuelle, une recommandation d'isolement d'un travailleur de la santé est généralement formulée dans les trois situations suivantes :

- Exposition à risque élevé à un cas;
- Infection symptomatique à la COVID-19 (cas confirmé par test de laboratoire ou par lien épidémiologique);
- Infection asymptomatique à la COVID-19 (cas confirmé par test de laboratoire).

Les établissements sont responsables d'identifier et de mettre en place toutes les solutions à leur disposition pour assurer la prestation de services tout en assurant le respect des consignes d'isolement. 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.

Advenant qu'il ne soit pas possible d'assurer la prestation de services malgré la mise en place de solutions alternatives, les établissements doivent 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 ont une consigne d'isolement en vigueur peuvent être appelés en dernier recours dans l'ordre suivant :

1- Travailleurs de la santé en isolement à la suite d'un contact à risque élevé auprès d'un cas lorsque les travailleurs demeurent asymptomatiques après 7 jours d'isolement;
2- Travailleurs de la santé rétablis de la COVID-19 qui rencontrent les critères cliniques de levée de l'isolement, mais dont le test PCR demeure positif;
3- Tous les travailleurs de la santé asymptomatiques à la suite d'un contact à risque élevé auprès d'un cas;
4- Travailleurs ayant reçu un test positif à la COVID-19 qui demeurent asymptomatiques après 7 jours d'isolement;
5- Tous les travailleurs asymptomatiques ayant reçu un test positif à la COVID-19;
6- Travailleurs de la santé ayant eu une infection symptomatique à la COVID-19 dont les symptômes ont débuté il y a moins de 14 jours, mais qui sont asymptomatique depuis 24 heures et afébrile depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique).

Si la présence de travailleurs ne respectant pas tous les critères de levée de l'isolement du CINQ est jugée indispensable, les établissements doivent s'assurer que les *conditions d'amenuisement du risque* (voir ci-bas) sont en place.

Les conditions d'amenuisement du risque (applicables pour les points 1 et 2) sont :

- 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 résiduelle qui peuvent persister);
    - Aucune fièvre (sans prise d'antipyrétique) depuis plus de 48 heures;
- 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 dédiées, 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.
- Respecter l'isolement à l'extérieur du milieu de soin. Le travailleur ne doit pas se déplacer ailleurs qu'à l'établissement de soins et au domicile.
- 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 doit être réévaluée quotidiennement. Les mesures d'atténuation du risque doivent 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 14 mai 2020

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

AUX DIRECTRICES MÉDICALES ET DIRECTEURS MÉDICAUX DES CENTRES DE PROCRÉATION ASSISTÉE PRIVÉS

Mesdames,
Messieurs,

La présente vise à vous informer d'une nouvelle orientation concernant les activités de procréation médicalement assistée (PMA) dans le cadre de la pandémie de la COVID-19. Ces orientations ont été déterminées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et se fondent sur l'avis d'experts ainsi que sur l'état des connaissances actuelles quant aux risques de COVID-19 pendant la grossesse.

Il est important de rappeler à tous les centres offrant des services de PMA de votre région 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, et ce, en cohérence avec les orientations gouvernementales. À cet égard, nous vous invitons à consulter la section « Professionnels » du site Internet du MSSS, où sont ajoutés régulièrement des outils d'information.

Il est essentiel de suivre les mesures énoncées dans le *Guide de reprise des activités spécialisées*, sous l'onglet *Reprise des activités spécialisées*. Les recommandations des sociétés savantes peuvent inspirer les pratiques des centres de fertilité, mais ne peuvent pas se substituer à celles émises par le MSSS.

… 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 consignes à la population générale, veuillez consulter ou diriger votre clientèle vers le document *Grossesse, accouchement et postnatal en contexte de pandémie – coronavirus (COVID-19).* Ce document est accessible dans la section *La maladie à coronavirus (COVID-19) au Québec* du site Internet Quebec.ca.

En phase avec le plan provincial de reprise graduelle des activités spécialisées délestées, il est recommandé de procéder à une ouverture **graduelle, mais simultanée** de tous les centres offrant des services de PMA. Cette façon de procéder apparaît primordiale pour desservir de façon sécuritaire la population québécoise. Cela permettra aussi d'assurer une meilleure équité ainsi qu'un arrimage des services entre les régions et les niveaux de soins.

Le MSSS demande donc aux centres offrant des services de PMA de reprendre leurs activités selon la séquence suivante :

- Semaine du 18 mai : examens diagnostiques;
- Semaine du 25 mai : services diagnostiques de laboratoire en andrologie et reprise du calendrier de la stimulation ovarienne pour les fécondations *in vitro* (FIV);
- Semaine du 8 juin : ponction ovarienne, FIV avec congélation de tous les embryons;
- Semaine du 22 juin : stimulation ovarienne hors FIV, insémination intra-utérine, transfert d'embryon congelé, transfert d'embryon frais.

Cette directive s'adresse à toutes les cliniques offrant des activités de PMA :

- Centres de procréation assistée publics et privés;
- Centres hospitaliers offrant des services de procréation assistée;
- Cliniques médicales offrant des services de fertilité.

Les consignes pourraient être mises à jour selon l'évolution des connaissances.

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 établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-03268-05

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 15 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Le 1er mai dernier, vous avez reçu deux tableaux (Directives cliniques et Directives fonctionnelles) 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.

En l'absence de nouvelles recommandations en lien avec le tableau Directives fonctionnelles, vous trouverez ci-joint seulement une mise à jour, en date du 15 mai, du tableau Directives cliniques 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.

Chaque élément du tableau vous réfère également à la directive complète au besoin. Nous vous précisons que celui-ci est aussi appuyé par le Comité clinique directeur COVID-19. Ce tableau a également été déposé dans la section réservée aux professionnels sur le site web du MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/.

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

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-02908-96

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

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 8 MAI 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 travailleuses 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.	**12 mai 2020** *20-MS-02908-55_LET_PDG_Recommandations reprise des stages et 20-MS-02908-55_Mesures_Santé publique_Stages en santé v6.3* Retour sécuritaire des stagiaires (p.ex. fin mai pour l'externat en médecine et le 1er juin pour les stages d'IPS), même si pour la majorité des programmes, cela se fera à l'automne. Résumé des recommandations afin de guider la reprise ou la poursuite des stages (pour recommandations complètes, voir PJ) : • Ces recommandations peuvent s'appliquer à tout stage du domaine de la santé (p.ex. externat en médecine, stages : soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et de spécialistes, soins infirmiers, réadaptation, travail social, etc.) ainsi qu'aux activités d'enseignement qui s'y rapportent. • Elles devront être adaptées à la réalité du milieu de stage et du programme de formation. • Elles nécessiteront de modifier l'organisation des stages et les façons d'enseigner. • Elles permettent d'encadrer les déplacements des stagiaires d'une région à l'autre afin de limiter la propagation du virus. Le mandat de favoriser la collaboration des acteurs et soutenir la coordination des stages est confié aux quatre réseaux universitaires intégrés de santé et services sociaux. **13 mai 2020** *20-MS-02908-96_LET_PDG_Port masque de procédure et visière* Nouvelle directive concernant le port obligatoire en tout temps du masque de procédure et de la visière en milieu hospitalier : • Le masque de procédure et la visière devront être portés par tous les travailleurs de la santé (incluant les médecins) sur leur milieu de travail en centre hospitalier. • Les mesures de prévention et de contrôle des infections concernant le port du masque N95 demeurent quant à elles en vigueur selon les

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**

	• 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.
	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.
	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
		recommandations de l'INSPQ.
		• Cette directive devra être mise en place dans les centres hospitaliers des régions de Montréal, Laval, Lanaudière et des Laurentides.
		13 mai 2020 *20-MS-03823-12_LET_PDG_Levée de l'isolement TdS et 20-MS-03823-12_PJ_Levée de l'isolement TdS - Tests PCR - Bris de service 2*
		Nouvelle approche de levée de l'isolement des travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 (voir PJ) :
		• L'obtention d'un test PCR négatif n'est pas requis de façon systématique pour autoriser le retour des travailleurs de la santé.
		• L'INSPQ doit documenter, d'un point de vue scientifique, la contagiosité des personnes qui remplissent les critères cliniques de rétablissement, mais dont un ou des tests PCR demeurent positifs.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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 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. **5 mai 2020** *20-MS-02908-77_LET_PDG_Précautions nécessaire réraffectatations TdS CHSLD, 20-MS-02908-77 PJ_Précautions nécessaires réaffectations TdS CHSLD_2020-05-04 et 20-MS-02908-77_PJ_Annexe_Analyses COVID-19 en CHSLD_2020-05-04.doc* Instruction de recours à des analyses de laboratoire pour les travailleurs de la santé affectés temporairement à un CHSLD visant spécifiquement les situations ou une personne revient dans une région socio-sanitaire du RSSS de faible endémicité du virus après avoir travaillé dans un CHSLD d'une région socio-sanitaire du RSSS à haute endémicité. Voir les clarifications dans les deux PJ. **5 mai 2020** *20-MS-02908-50_LET_PDG-DSP_Directive pause et diner* Non-respect des règles de distanciation sociale dans les divers milieux lors des heures de pause et de repas du personnel : • Rappel d'éviter les rassemblements de plusieurs professionnels dans une pièce restreinte ne permettant pas de respecter la règle de distanciation de 2 mètres.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	Des solutions et des propositions alternatives doivent être offertes aux employés (ex. : salles de repos supplémentaires pour les zones froides et chaudes des centres hospitaliers).	
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* **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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	Nouvelles orientations concernant le protocole de réanimation simplifié de la COVID-19. **7 mai 2020** *20-MS-02908-92_LET_PDG_Déconfinement de différents secteurs et 20-MS-02908-92_PJ_Indications par groupes - analyses de laboratoire - COVID-19_01 mai 2020* Nouvelle stratégie populationnelle de dépistage, ce qui nécessite la préservation des capacités d'analyse déployées pour les directeurs de santé publique de vos régions d'appartenance. Les tests doivent donc d'abord servir aux personnes qui présentent des symptômes de la COVID-19 et au contrôle des éclosions. Nous avons fixé l'allocation des tests attribués aux milieux cliniques (voir PJ). Le MSSS mettra en place un comité dont le mandat sera de planifier les capacités de laboratoire nécessaires pour répondre aux besoins complémentaires des milieux cliniques. La part attribuée aux directeurs de santé publique peut changer selon le profil épidémiologique des régions. Vos laboratoires et vos intervenants sur le terrain recevront des mises à jour régulières en ce sens. Différentes modalités d'offre de tests peuvent être développées au niveau régional : sans rendez-vous, sur rendez-vous ou en cliniques mobiles. Les directeurs de santé publique sont invités à communiquer avec les responsables des centres désignés de dépistage (CDD) pour planifier l'offre de tests aux profils épidémiologiques de chaque région. Selon certaines données, les analyses réalisées, avant qu'il ne se soit écoulé 48 heures après le début des symptômes, risquent davantage de donner des résultats faussement négatifs. Il est donc souhaitable que le délai entre le début des symptômes et le prélèvement soit d'au moins 48 heures. Les critères retenus pour accéder aux dépistages demeurent : fièvre (>38°C) OU toux récente OU toux chronique exacerbée OU difficulté respiratoire OU anosmie d'apparition brutale sans congestion nasale avec ou sans agueusie.	
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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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 ÉPI 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 la 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 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	comme vivant à domicile. **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 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*	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020
	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 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) **28 avril 2020** *20-MS-02908-28_LET_PDG_ÉVAQ* Organisation des services d'évacuations aéromédicales (ÉVAQ) • L'accompagnement parental à bord des vols en mission avion-hôpital, avion COVID-19 dédié et des navettes multipatients est maintenu. • Mesures à mettre en place pour respecter les directives en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses et les consignes de sécurité particulières aux missions de la COVID-19 disponibles dans la section qualification et consentement parental sur la plateforme evaq.ca. • Le centre référent doit vérifier les conditions d'accueil des accompagnateurs dans chacun des centres receveurs avant de remplir une demande d'accompagnement. 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'INSPQ, à l'exception de l'Île de Montréal qui demeure le point chaud de la province.	
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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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 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 équipements 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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 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.	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020

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 biais 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.
	• 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
		13 mai 2020 *20-MS-02908-96_LET_PDG_Activités spécialisées délestées et 20-MS-02908-96_PJ._Plan provincial_Reprise activités*
		Mise à jour des directives transmises le 24 avril concernant la planification de la reprise des activités spécialisées délestées.
		• Il est souhaité que les activités chirurgicales soient reprises le plus rapidement possible, et ce, selon les ressources disponibles de chaque établissement.
		• La pénurie de médicaments d'anesthésie est partiellement résolue et par conséquent, le niveau d'activité chirurgicale peut être rehaussé jusqu'à 70 à 80 % de votre niveau habituel.
		• Il est demandé d'acheminer les informations suivantes :
		  • votre plan de reprise détaillé incluant le niveau d'activité actuel et visé (date) pour les secteurs suivants : bloc opératoire, endoscopie, cancérologie, cliniques spécialisées et imagerie médicale;
		  • votre stratégie et échéancier évalué pour le rattrapage des cas accumulés.
		• Transplant Québec mentionne une diminution importante des activités d'identification des donneurs potentiels; nous souhaitons ainsi vous encourager à sensibiliser les équipes médicales à cette situation.
		• Nous vous invitons à transmettre tout besoin de réaménagement des vos infrastructures qui vous permettraient de répondre à la demande accrue en lits d'hospitalisation actuelle et pour l'année à venir.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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. **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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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. **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 désignés (voir PJ1) Mise à jour des directives d'hospitalisation des différents milieux et clientèles spécifiques, notamment en santé mentale (voir PJ2). **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 un transport vers le centre	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**

	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.
	24 avril 2020 *20-MS-02908-35 LET_PDG-DSP_Plan de reprise des activités spécialisées, PJ1_Système priorisation accès chirurgie - pandémie v4.4, PJ2_Recommandations reprise Imagerie médicale, PJ3_Plan provincial de reprise des activités_2020 04 24, PJ4_Cancérologie_investigation_cancer_sein_2020-04-17, PJ5_Cancérologie_niveaux d'activités_MAJ et PJ6_Présentation chirurgies v2*
	Planification de la reprise **graduelle et structurée** des activités spécialisées délestées pour faire face à la demande liée à la pandémie.
	Mise en place des directives suivantes :
	• 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 vote 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
	• Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. La reprise d'activités doit tenir compte des plans spécifiques en PJ.
	• 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.
	• Même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au niveau 1, noter qu'en raison de la pénurie de médicaments critiques, les activités en chirurgie, pour l'ensemble des	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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. **24 avril 2020** *20-MS-02908-35_LET_PDG-DSP_NIM_Coffre outils et PJ_Coffre à outils_NIM parlons-en 2020-04-24* Coffre à outils sur les niveaux de soins (niveaux d'interventions médicales – NIM) pour la conversation avec les personnes vivant dans la communauté (voir PJ). **5 mai 2020** *20-MS-02908-82_LET_PDG-DSP_Reprise des activités spécialisées_COVID-19 et COVID19_Guide de reprise des activités spécialisées_2020 05 04* Guide concernant la reprise des activités spécialisées (voir guide) : ce guide a été produit pour résumer les modalités à mettre en place pour assurer une reprise des activités de façon sécuritaire dans les milieux de soins.	
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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**

	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.
	24 avril 2020 *20-MS-02908-35 LET_PDG-DSP_Plan de reprise des activités spécialisées, PJ1_Système priorisation accès chirurgie - pandémie v4.4, PJ2_Recommandations reprise Imagerie médicale, PJ3_Plan provincial de reprise des activités_2020 04 24, PJ4_Cancérologie_investigation_cancer_sein_2020-04-17, PJ5_Cancérologie_niveaux d'activités_MAJ et PJ6_Présentation chirurgies v2*
	Planification de la reprise **graduelle et structurée** des activités spécialisées délestées pour faire face à la demande liée à la pandémie.
	Mise en place des directives suivantes :
	• 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 vote 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
	• Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. La reprise d'activités doit tenir compte des plans spécifiques en PJ.
	• 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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. • Même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au niveau 1, 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.	
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 confirmé 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020
	• ~~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. **5 mai 2020** *20-MS-02908-50_LET_PDG_Trajectoire IAMEST* Dans le contexte de la planification de la reprise graduelle des activités spécialisées délestées pour faire face à la pandémie, mettre fin aux trajectoires spécifiques à la pandémie pour la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde chez les patients COVID-19 positifs.	
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. **24 avril 2020** *20-MS-02908-17_LET_PDG-DSP-Bulletin1_HD_COVID-19 et PJ_Bulletin Hémodialyse 1.2VP* 1er bulletin pour les unités ambulatoires d'hémodialyse pour clarifier le processus de dépistage des usagers hémodialysés symptomatiques, les mesures de précaution pour l'accueil et le triage et pour les différentes zones de traitements d'hémodialyse dans le contexte de la pandémie (voir PJ). **28 avril 2020** *20-MS-02908-50_LET_PDG_2e bulletin_unités ambulatoires et PJ_Bulletin 2_Hémodialyse_Précisions pour la zone tiède* Précisions sur les mesures de précaution pour les unités ambulatoires de dialyse en cas de manque de chambres d'isolement pour la zone tiède.	
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.	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020
	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 : • ~~L'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) est le centre désigné pour Montréal et Trois-Rivières. L'ICM doit obligatoirement être contacté avant tout transfert.~~ • 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* 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	• 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 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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). **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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**

	• 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 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.
	24 avril 2020 *20-MS-02908-35 LET_PDG-DSP_Plan de reprise des activités spécialisées, PJ1_Système priorisation accès chirurgie - pandémie v4.4, PJ2_Recommandations reprise Imagerie médicale, PJ3_Plan provincial de reprise des activités_2020 04 24, PJ4_Cancérologie_investigation_cancer_sein_2020-04-17, PJ5_Cancérologie_niveaux d'activités_MAJ et PJ6_Présentation chirurgies v2*
	Planification de la reprise **graduelle et structurée** des activités spécialisées délestées pour faire face à la demande liée à la pandémie.
	Mise en place des directives suivantes :
	• 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 vote 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
	• Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. La reprise d'activités doit tenir compte des plans spécifiques en PJ.
	• 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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. • Même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au niveau 1, 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.	
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. **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-*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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 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)	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**

	24 avril 2020 *20-MS-02908-35 LET_PDG-DSP_Plan de reprise des activités spécialisées, PJ1_Système priorisation accès chirurgie - pandémie v4.4, PJ2_Recommandations reprise Imagerie médicale, PJ3_Plan provincial de reprise des activités_2020 04 24, PJ4_Cancérologie_investigation_cancer_sein_2020-04-17, PJ5_Cancérologie_niveaux d'activités_MAJ et PJ6_Présentation chirurgies v2*
	Planification de la reprise **graduelle et structurée** des activités spécialisées délestées pour faire face à la demande liée à la pandémie.
	Mise en place des directives suivantes :
	• 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 vote 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
	• Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. La reprise d'activités doit tenir compte des plans spécifiques en PJ.
	• 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.
	• Même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au niveau 1, 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	obligatoirement être autorisés par le MSSS par l'entremise du Comité directeur clinique COVID-19.	
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 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. ~~Lorsqu'en travail actif, elles doivent être accouchées dans le centre accoucheur prévu de leur territoire.~~	**14 mai 2020** *20-MS-03268-05_Let_Réouverture des services de procréation assistée* Nouvelle orientation concernant les activités de procréation médicalement assistée (PMA) : • Rappeler à tous les centres offrant des services de PMA de votre région 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, et ce, en cohérence avec les orientations gouvernementales. • Suivre les mesures énoncées dans le Guide de reprise des activités spécialisées, sous l'onglet *Reprise des activités spécialisées*.

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020

	• –
	• 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 transmise au moment opportun.
	24 avril 2020 *20-MS-02908-27_Let_PDG_Directives_Mère-enfant, PJ1_Directives_Femmes-enceintes-et-nouveau-nes_professionnels_COVID-19 et PJ2_Directives_Enfant_Professionnels_COVID-19*
	<u>Mise à jour des Directives pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés</u> (voir PJ1) :
	La section *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.
	<u>Mise à jour des Directives pour la prise en charge des enfants 0-17 ans</u> (voir PJ2) :
	La trajectoire pour les consultations en première ligne de la clientèle pédiatrique a été précisée. La
		• En phase avec le plan provincial de reprise graduelle des activités spécialisées délestées, il est recommandé de procéder à une ouverture graduelle, mais simultanée de tous les centres offrant des services de PMA.
		• Reprise des activités selon la séquence suivante :
		  • semaine du 18 mai : examens diagnostiques;
		  • semaine du 25 mai : services diagnostiques de laboratoire en andrologie et reprise du calendrier de la stimulation ovarienne pour les fécondations *in vitro* (FIV);
		  • semaine du 8 juin : ponction ovarienne, FIV avec congélation de tous les embryons;
		  • semaine du 22 juin : stimulation ovarienne hors FIV, insémination intra-utérine, transfert d'embryon congelé, transfert d'embryon frais.
		• Cette directive s'adresse à toutes les cliniques offrant des activités de PMA.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	section *Parents et visiteurs* a aussi été ajustée.	
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 8 MAI 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 patient 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* ~~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 :~~ ~~Soins palliatifs (niveaux de soins 3 et 4) en centre hospitalier : évaluer s'ils peuvent être retournés dans leur milieu de vie, sinon, ils doivent être transférés en 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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;
	  • 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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 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 médecin 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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. **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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**

	• 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).
	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-*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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 mesures sanitaires les plus récentes. **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. • 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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. **29 avril 2020** *20-MS-02908-51_LET_YGendron-PDG_DGAPA_Directives de déconditionnement (RPA- RI-RTF-CHSLD) MFH et 20-MS-02908-51 PJ -Directives prévention du déconditionnement DGAPA-vf* Directives visant la prévention de 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, chez les personnes aînées (voir PJ). 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. Plusieurs interventions peuvent aussi être suggérées aux personnes aînées demeurant à domicile. **5 mai 2020** *20-MS-02908-83_LET_assouplissement des mesures proches CHSLD-RI-RT-RPA, ~~20-MS-02908-83_Directives_ proches_ CHSLD-RI-RTF-RPA et 20-MS-02908-83_Formulaire_consentement visites~~* Assouplissement des mesures concernant la contribution des personnes proches aidantes auprès de résidents des CHSLD, de personnes confiées en RI-RTF et les résidents des RPA. • À partir du 11 mai 2020, sous réserve du respect de conditions spécifiques, une personne proche aidante significative pourrait apporter du soutien à une personne en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA. • Par significative, on réfère aux personnes proches aidantes qui apportaient une aide et un soutien tous les jours ou plusieurs fois par semaine. • Ces personnes doivent être connues du personnel ou des gestionnaires du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA pour leur implication significative auprès du résident. • Une personne proche aidante qui ne respecterait pas les consignes précisées dans la PJ pourrait se voir retirer leur accès. • Les CHSLD, les RI-RTF ou les RPA qui voudront soustraire à ces nouvelles directives en totalité ou en partie, devront recevoir préalablement l'autorisation du MSSS. • En PJ se trouvent les directives et le formulaire de consentement. **7 mai 2020** *20-MS-02908-94_LET_MAJ Directives proches aidants CHSLD-RI-RT-RPA_2020-05-07, COVID-19_Directives_ proches_ CHSLD-RI-RTF-RPA_2020-05-07 et Formulaire_consentement visites_2020_05_07* Mise à jour des directives transmises le 5 mai (voir PJ) : Il ne sera pas nécessaire pour une personne proche aidante qu'elle effectue un test de dépistage avant d'accéder à un milieu de vie, et ce, peu importe si on retrouve ou pas des cas de COVID-19 à l'intérieur de ce dernier.	
SERVICES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE 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*	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020

ET EN SANTÉ PHYSIQUE	**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 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
	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. **24 avril 2020** *20-MS-02908-21_LET_YGendron-PDG_DP DI TSA_grillevalidationconformité_RAC-internat_2020-04-22_CL et 20-MS-02908-21_PJ_Directives et Grille RAC et internats DI-TSA-DP* Nouvelles directives et mesures à instaurer pour 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.Voir PJ pour la grille de validation de conformité à laquelle sont intégrées les directives pour les RAC et les internats. Cet outil vise à soutenir les intervenants dans la réalisation d'un suivi adéquat des usagers concernés par ces mesures.	
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. • ~~Algorithme élaboré.~~ **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 toute 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	• 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 8 MAI 2020**
SOINS	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.	

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 15 mai 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 cadre de la lutte à la propagation de la COVID-19 et plus particulièrement son éclosion dans les milieux de soins de longue durée, nous vous demandons, par la présente, de procéder à l'inspection des systèmes de ventilation dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Les vérifications faites par une personne compétente devront contenir les points suivants :

- Vérification du fonctionnement adéquat du système et de ses composantes;
- Vérification que les filtres ont été remplacés selon le programme d'entretien établi;
- Voir à faire fonctionner les systèmes, lorsqu'il est possible, de façon à obtenir un apport d'air frais de 100 %;
- Voir à accroitre la surveillance du système de façon à détecter rapidement toute défaillance pouvant constituer un risque.

Il est important de vous assurer de procéder de façon à prioriser les installations touchées par 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

La confirmation que ces vérifications ont été effectuées et que les travaux correctifs ont été exécutés, le cas échéant, doit nous être transmise sous forme d'une lettre de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général de l'établissement, au plus tard le **25 mai 2020 à 16 h**, à l'adresse **maintiendesactifs@msss.gouv.qc.ca**.

De plus, nous vous demandons de vous assurer, en collaboration avec les CHSLD privés conventionnés et les CHSLD privés non conventionnés de votre territoire, que les vérifications et actions ci-haut décrites ont été réalisées par une personne compétente dans ce domaine.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. DG des établissements privés conventionnés et non conventionnés
DG des services techniques des établissements publics de santé et de services sociaux
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Mme Dominique Savoie, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-25

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 15 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Tel que présenté lors du CGR du 14 mai dernier, dans sa volonté constante d'être à l'écoute des besoins et des préoccupations des employés du réseau de la santé et des services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mettra en place, dès le 16 mai 2020, un canal additionnel de communication, soit l'adresse courriel onvousecoute@msss.gouv.qc.ca.

Ce nouveau mécanisme d'échanges permet de recueillir les témoignages, les observations et les préoccupations des employés du réseau de la santé et des services sociaux qui peuvent s'y exprimer librement, de façon confidentielle et anonyme. Ils pourront aussi nous faire connaître les bons coups réalisés dans le cadre de la pandémie.

Cette démarche s'inscrit également dans un objectif d'amélioration des pratiques actuelles et ne remplace pas les mécanismes et les instances déjà en place dans les établissements (aide aux employés, syndicats, etc.).

Nous vous remercions de faire les suivis nécessaires afin que les gestionnaires sous votre responsabilité soient informés de ce nouveau canal de communication à 15 h aujourd'hui. Un projet de courriel pour votre signature est joint à la présente.

… 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 joignons également un projet de courriel à l'intention du personnel que vos gestionnaires pourront reprendre pour les informer, et ce, à compter de 16 h aujourd'hui. Un projet de courriel aux responsables des bureaux d'aide aux employés vous est également proposé, pour envoi également à 16 h. Les responsables des communications de chaque établissement recevront aussi des outils pour informer les employés. Finalement, nous vous invitons également à informer les membres de vos conseils d'administration respectifs.

En terminant, nous tenons à vous informer que cette initiative s'inscrit dans une démarche plus large du MSSS visant à élaborer une politique qui s'appliquerait sur l'ensemble du territoire québécois et qui viserait à mieux encadrer les pratiques relatives à la confidentialité et aux communications publiques, notamment sur les médias sociaux. Un mécanisme d'escalade des enjeux non résolus pourrait également accompagner cette politique. Vous serez interpellés dans les prochaines semaines à ce sujet.

Nous vous remercions de votre collaboration.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

L'administratrice d'État,

Dominique Savoie

p. j. 3

c. c. PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N. Réf. : 20-MS-04176

Courriel pour les bureaux d'aide aux employés -- Transmission le vendredi 15 mai 2020, à 16 h

Bonjour à vous,

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, étant à l'écoute des besoins et des préoccupations des employés du réseau de la santé et des services sociaux, mettra en place, dès le 16 mai 2020, un nouveau canal de communication, soit l'adresse courriel onvousecoute@msss.gouv.qc.ca.

Les employés pourront s'y exprimer librement en soumettant leurs commentaires ou leurs suggestions. Ce canal de communication additionnel permettra aussi de recueillir leurs témoignages, leurs observations, leurs préoccupations ainsi que les bons coups réalisés dans le contexte de la pandémie.

L'instauration de ce nouveau canal de communication s'effectue dans un objectif d'amélioration des pratiques actuelles et ne remplace pas les mécanismes et les instances déjà en place dans les établissements, notamment les services d'aide aux employés sous votre responsabilité et des syndicats.

L'ensemble des messages reçus seront traités de façon confidentielle et anonyme.

Merci de votre collaboration,

PDG / établissement

Courriel pour les PDG à leurs gestionnaires – Transmission le vendredi 15 mai à 15h

Bonjour à vous,

Le ministère de la Santé et des Services sociaux mettra en place un nouveau canal de communication à l'intention des employés du réseau de la santé et des services sociaux, soit l'adresse courriel onvousecoute@msss.gouv.qc.ca.

Les employés pourront s'y exprimer librement dès le 16 mai 2020 en soumettant leurs commentaires ou leurs suggestions. Ce nouveau canal de communication permettra aussi de recueillir leurs témoignages, leurs observations, leurs préoccupations ainsi que les bons coups réalisés dans le contexte de la pandémie.

L'instauration de ce nouveau canal de communication s'effectue dans un objectif d'amélioration des pratiques actuelles et ne remplace pas les mécanismes et les instances déjà en place dans les établissements (aide aux employés, syndicats, etc.).

L'ensemble des messages reçus seront traités de façon confidentielle et anonyme.

Nous vous remercions de faire les suivis nécessaires afin que vos employés soient informés de ce nouveau canal de communication d'ici la fin de journée. Nous vous joignons un projet de courriel que vous pouvez reprendre pour les informer. Les responsables des communications recevront aussi des outils pour informer les employés.

En terminant, cette initiative s'inscrit dans une démarche plus large du Ministère visant à élaborer une politique qui s'appliquerait sur l'ensemble du territoire québécois et qui viserait à mieux encadrer les pratiques relatives à la confidentialité et aux communications publiques, notamment sur les médias sociaux. Un mécanisme d'escalade des enjeux non résolus pourrait également accompagner cette politique. Des précisions viendront au cours des prochaines semaines.

Merci de votre collaboration,

PDG / Établissements

pj. Courriel aux employés RSSS

Courriel pour les travailleurs – Transmission le vendredi 15 mai à 16h

Bonjour à vous,

Le ministère de la Santé et des Services sociaux étant à l'écoute de vos besoins et de vos préoccupations, nous vous informons que vous pourrez, à compter du 16 mai 2020, communiquer à l'adresse courriel onvousecoute@msss.gouv.qc.ca pour vous exprimer librement en soumettant vos commentaires ou vos suggestions. Ce nouveau canal de communication permettra aussi de recueillir vos témoignages, vos observations, vos préoccupations ainsi que les bons coups réalisés dans le contexte de la pandémie.

L'instauration de ce nouveau canal de communication s'effectue dans un objectif d'amélioration des pratiques actuelles et ne remplace pas les mécanismes et les instances déjà en place dans les établissements (aide aux employés, syndicats, etc.).

L'ensemble des messages reçus seront traités de façon confidentielle et anonyme.

Merci de votre collaboration,

Gestionnaires RSSS

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 17 mai 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,

Cette correspondance vise à rappeler qu'il est impératif de voir au respect de la directive ministérielle émise dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire de la COVID-19, notamment celle transmise le 7 mai dernier portant sur la contribution des personnes proches aidantes auprès de résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), de personnes confiées en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et les résidents des résidences privées pour aînés (RPA). Rappelons que cette directive s'inscrit dans le contexte de l'assouplissement progressif des mesures de confinement établies par le gouvernement dans le contexte de la pandémie COVID-19.

Depuis le 11 mai dernier, sous réserve du respect de conditions spécifiques, une personne proche aidante peut apporter une aide ou un soutien significatif à une personne hébergée en CHSLD, à une personne confiée en RI-RTF ou à un résident d'une RPA. Les personnes proches aidantes qui seront autorisées à offrir cette aide sont celles qui donnent du soutien de façon régulière, tous les jours ou plusieurs fois par semaine pour répondre à des besoins et contribuer à l'intégrité et au bien-être d'un proche.

… 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'aide et le soutien apportés peuvent concerner l'accompagnement pour les repas, la surveillance et la vigilance quant à l'état général, le soutien à diverses activités de la routine quotidienne ou de nature récréative, l'aide à la marche ou encore le soutien sur le plan moral ou le réconfort.

Il est porté à notre attention qu'il y a encore certains milieux de vie qui ne respectent pas cette directive. Nous tenons à rappeler que les CHSLD, les RI-RTF ou les RPA doivent appliquer cette dernière. Pour les milieux qui souhaiteraient se soustraire à cette directive, en totalité ou en partie, ceux-ci doivent recevoir préalablement l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Sans quoi, les milieux seront réputés en non-conformité avec la directive ministérielle et l'arrêté ministériel 2020-034.

Nous vous invitons à transmettre ces informations aux divers milieux de vie de votre territoire et à offrir un soutien aux CHSLD, aux RI-RTF et aux RPA dans l'application de cette directive concernant les personnes proches aidantes ou encore dans les démarches à entreprendre s'ils souhaitent s'y soustraire. Un feuillet s'adressant aux personnes proches aidantes qui sont visées par la présente directive est rendu disponible sur le site Web du MSSS. Nous vous invitons également à faire la promotion de la page Web du site Québec.ca destinée aux personnes proches aidantes : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/proches-aidants-en-contexte-de-pandemie-covid-19/.

Cette directive ministérielle est en cohérence avec les objectifs sanitaires mis en place par le gouvernement du Québec, tout en reconnaissant l'intérêt et le bien-être des personnes ainsi que la contribution des personnes proches aidantes qui apportent une aide et un soutien significatifs.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. Mme Martine Alfonso, CUSM
Membres du CODIR, MSSS
PPDGA des CISSS et des CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-94

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 17 mai 2020

AUX EXPLOITANTS DE RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS

Mesdames,
Messieurs,

Cette correspondance vise à rappeler qu'il est impératif de voir au respect de la directive ministérielle émise dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire de la COVID-19, notamment celle transmise le 7 mai dernier portant sur la contribution des personnes proches aidantes auprès des résidents de résidences privées pour aînés (RPA). Rappelons que cette directive s'inscrit dans le contexte de l'assouplissement progressif des mesures de confinement établies par le gouvernement du Québec dans le contexte de la pandémie COVID-19.

Depuis le 11 mai dernier, sous réserve du respect de conditions spécifiques, une personne proche aidante peut apporter une aide ou un soutien significatif à un résident d'une RPA. Les personnes proches aidantes qui seront autorisées à offrir cette aide sont celles qui donnent du soutien de façon régulière, tous les jours ou plusieurs fois par semaine pour répondre à des besoins et contribuer à l'intégrité et au bien-être d'un proche.

L'aide et le soutien apportés peuvent concerner l'accompagnement pour les repas, la surveillance et la vigilance quant à l'état général, le soutien à diverses activités de la routine quotidienne ou de nature récréative, l'aide à la marche ou encore le soutien sur le plan moral ou le réconfort.

Nous tenons à rappeler que les RPA doivent appliquer cette directive. Pour les milieux qui souhaiteraient se soustraire à cette nouvelle directive, en totalité ou en partie, ceux-ci doivent recevoir préalablement l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux. Sans quoi, les milieux seront réputés en non-conformité avec les consignes ministérielles et l'arrêté ministériel 2020-034.

… 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

Différents outils ont été rendus disponibles, nous vous invitons à les consulter :

- directive ministérielle (https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/proches-aidants/);
- feuillet s'adressant aux personnes proches aidantes qui sont visées par la présente directive (https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002524/?&txt=personnes%20proches%20aidantes&msss_valpub&date=DESC);
- page Web du site Québec.ca destinée aux personnes proches aidantes (https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/proches-aidants-en-contexte-de-pandemie-covid-19/).

Vous trouverez ci-joint le formulaire de consentement en version française et en version anglaise. Nous vous remercions de respecter les modalités habituelles de votre établissement concernant la gestion des formulaires.

Cette nouvelle directive ministérielle est en cohérence avec les objectifs sanitaires mis en place par le gouvernement du Québec, tout en reconnaissant l'intérêt et le bien-être des personnes ainsi que la contribution des personnes proches aidantes qui apportent une aide et un soutien significatifs.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 2

N/Réf. : 20-MS-02908-94

Formulaire de consentement de la personne proche aidante qui soutiendra un proche dans un milieu de vie 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 65 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;
- atteste avoir pris connaissance des informations sur la surveillance des symptômes, l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire et l'utilisation des équipements de protection individuelle;
- me conformerai aux conditions et aux consignes imposées par le milieu de vie (CHSLD, RI-RTF, RPA) ou par les autorités de santé publique en matière de protection et de contrôle des infections;
- accepte de porter l'équipement de protection individuelle approprié selon la condition du résident;
- comprends qu'en cas de non-respect des conditions et des consignes imposées par le milieu de vie ou par les autorités de santé publique, le milieu de vie peut mettre fin à cette possibilité de visite.

_____ _____

Signature Date (aaaa/mm/jj)

Consent form for informal caregivers assisting relatives in facilities during the COVID-19 pandemic

To help you make an informed decision, you must fully understand the inherent risks you will take when you assist a resident during the COVID-19 pandemic:

- When you visit a resident, there is an increased risk that he or she, the other residents and the personnel will contract COVID-19.
- When you visit a resident, there is an increased risk that you, as an informal caregiver, will contract COVID-19.
- In addition, the people most at risk of developing complications after contracting COVID-18 are those aged 70 and over, and/or those who are more vulnerable due among other things to cardiovascular disease, lung disease, high blood pressure, diabetes and chronic renal diseases, and/or those with compromised immune systems.

Based on the above, I, the undersigned, _____ :

- certify that I have understood the inherent risks arising from the decision, as listed above;
- certify that I have read the information on monitoring for symptoms, hand hygiene, respiratory etiquette and the use of personal protective equipment;
- will comply with the conditions and instructions imposed by the institution (CHSLD, IR-FTR, PSR) or by the public health authorities regarding infection prevention and control;
- agree to wear appropriate personal protective equipment as required by the resident's condition;
- understand that if I fail to comply with the conditions and instructions imposed by the institution or by the public health authorities, the institution may terminate my right to visit.

_____ _____

Signature Date (yyyy/mm/dd)

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 18 mai 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,

La présente vise à vous transmettre la mise à jour des directives concernant les grandes orientations à suivre dans les résidences privées pour aînés dans le contexte actuel de pandémie à coronavirus. Cette directive remplace celle vous ayant été transmise par l'intermédiaire de la Sécurité civile le 12 avril 2020.

Notamment, cette mise à jour comporte de nouvelles informations et balises concernant :

- les sorties des résidents;
- les visites des personnes proches aidantes qui apportent un soutien significatif et les visites pour raisons humanitaires;
- les visites de location, lesquelles sont désormais possibles tout en respectant les mesures de prévention et de contrôle des infections et la distanciation physique;
- les mesures de prévention et de contrôle des infections pour les employés;
- l'intégration et la réintégration d'un résident;
- les déménagements.

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. Membres du CODIR, MSSS
PDGA des CISSS et des CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-02

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

2020-04-12
Mise à jour : 2020-05-18

Le présent document est une mise à jour des informations et des consignes transmises sur le même sujet le 12 avril 2020 concernant les grandes orientations à suivre dans les résidences privées pour aînés (RPA).

Dans le contexte de pandémie, ce sont les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le directeur national de santé publique, en vertu de la Loi sur la santé publique, qui ont autorité sur toute autre directive.

OBLIGATIONS DES ÉTABLISSEMENTS (CISSS ET CIUSSS) ENVERS LES RPA DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE LA COVID-19

- Mettre en place, avec chacune des résidences de leur territoire, un mécanisme de communication afin de les soutenir dans leurs démarches et répondre à leurs questions (Réf : 20-MS-02321).
- Identifier une infirmière de référence pour chaque RPA.
- Bonifier les formations ainsi que le soutien offert par le personnel de prévention et contrôle des infections (PCI) à la RPA.
- Soutenir la RPA pour l'application des mesures lorsqu'il y a des cas suspectés ou confirmés.
- Aider les RPA dans l'approvisionnement en équipement de protection individuelle (ÉPI) en fonction de leurs besoins et de la présence, ou non, de cas suspectés ou confirmés de COVID-19, si les RPA n'ont pu en obtenir au terme de leurs démarches.
- Assurer le dépistage des usagers, et du personnel, lorsque requis et en fonction des directives émises par le MSSS ou les directions régionales de santé publique. Le dépistage est également offert aux personnes proches aidants qui le souhaitent.

CONSIGNES POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE RPA

1. Visites et sorties

1.1 Visites

- **Les visites** sont interdites dans la RPA, à l'exception :
  - Des équipes cliniques des CISSS et CIUSSS et des prestataires externes de soutien à domicile qui doivent assurer la prestation de services essentiels requis par l'état de santé du résident.

Pour ce faire, il a demandé de revoir l'organisation du travail de manière à diminuer le nombre d'intervenants distincts qui se rendent dans les RPA et dans les unités locatives en :

- dédiant des intervenants à chacune des RPA;
- réduisant au maximum le nombre de membres du personnel différents en contact avec un même résident;
- réévaluant les services essentiels en continu;
- collaborant avec les partenaires afin que les soins et services soient dispensés par le moins d'intervenants différents possible.

- Des équipes responsables de la certification des RPA qui doivent s'assurer de la qualité des services et de la sécurité des résidents.
- Des visites de vigie qui sont en cours depuis le 14 avril 2020 afin d'observer la mise en œuvre des bonnes pratiques en matière de PCI, le respect des directives ministérielles, de même que l'organisation des soins et services en contexte de pandémie.
- Des personnes qui doivent effectuer les réparations et l'entretien nécessaires dans l'immeuble ou dans l'unité de vie pour en assurer la sécurité (Arrêté ministériel 2020-034).
- Des visites de location, dans la mesure où les règles sanitaires de PCI sont strictement respectées.
-

- Les visites ministérielles d'inspection et les visites d'évaluation de la conformité effectuées par Agrément Canada sont suspendues jusqu'à nouvel ordre.
- Mettre en place un mécanisme permettant d'assurer la livraison aux résidents de produits ou de biens, quelle que soit leur provenance, sans qu'ils leur soient remis directement.

1.2 Personnes proches aidantes et raisons humanitaires

Interdire les visites régulières aux résidents dans toutes les RPA, sauf :

a. Pour les personnes proches aidantes qui apportent un soutien significatif (Arrêté ministériel 2020-034), se référer au document « Consignes pour l'assouplissement des mesures concernant la présence des personnes proches aidantes significatives dans les CHSLD, les RI-RTF, les RPA » (https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/proches-aidants/).

   - Aucun proche aidant symptomatique n'est admis dans la RPA.
   - Les proches aidants asymptomatiques qui apportent un soutien significatif doivent porter un masque de procédure en tout temps dès leur entrée dans la RPA.
   - Les proches aidants qui apportent un soutien significatif doivent signer un formulaire de consentement.

b. Pour des raisons humanitaires, comme en situation de fin de vie (Arrêté ministériel 2020-034).

   - Autoriser une à deux personnes à la fois, pour un maximum de trois personnes différentes par période de 24 heures, en favorisant uniquement les personnes significatives identifiées par le résident et ses proches. Il en est de même pour les

situations où le résident reçoit une sédation palliative en continu ou l'aide médicale à mourir.

- Un accompagnement individualisé des visiteurs doit être fait afin de s'assurer qu'ils respectent les mesures de prévention et de contrôle des infections jusqu'à ce qu'ils soient entrés dans l'unité locative du résident. De plus, ces personnes ne sont pas autorisées à circuler dans d'autres endroits que ceux où se trouve le résident qui est en fin de vie.

1.3 Sorties

À tout moment, des mesures de confinement pourraient être réintroduites par les autorités de la santé publique.

Mesures d'assouplissement pour toutes les catégories de RPA :

- Retrait de l'obligation des sorties supervisées;
- Possibilité de prendre sa voiture;
- Possibilité de se déplacer dans les commerces pour les achats essentiels (pharmacie, épicerie).
- Hygiène des mains à la sortie et au retour dans l'unité locative, à la sortie et au retour dans la résidence, ainsi qu'avant et après chaque activité.

Conditions particulières concernant les sorties :

a. Tenir un registre pour la gestion des entrées et des sorties afin de faciliter la recherche de contacts, le cas échéant.
   - Le résident peut être accompagné d'un proche à l'extérieur, tant que les mesures de distanciation physique (distance de 2 mètres en tout temps) sont respectées et que le proche n'entre pas dans la résidence. Au besoin, établir un horaire pour éviter les rassemblements.

b. Pour le résident ayant besoin d'assistance pour ses déplacements à l'extérieur de la résidence, il est permis d'être accompagné d'une personne proche aidante qui lui apporte un soutien significatif, en respectant les conditions suivantes :
   - Cette dernière ne doit pas présenter de symptômes ou être en contact étroit avec quelqu'un présentant des symptômes.
   - Le port du masque de procédure est requis, car la distanciation physique ne peut être respectée en raison d'un besoin d'assistance.

Pour favoriser le respect des conditions mises en place, proposer aux résidents de visionner les vidéos suivants qui s'adressent à la population. Ils peuvent être consultés en cliquant sur les hyperliens suivants :

- **Comment bien utiliser son masque ou son couvre-visage** (MSSS) (https://www.youtube.com/watch?v=MeBdWnzzUtI)
- **Éloignement physique** (ASPC) (https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/video/covid-19-eloignement-physique.html)

2. Mesures de prévention et de contrôle des infections générales

Prendre les moyens nécessaires afin de s'assurer que les mesures de PCI sont respectées en tout temps par toutes les personnes présentes dans la RPA. Par exemple, utiliser les outils disponibles pour réaliser des formations sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/formationshttps://www.inspq.qc.ca/covid-19/

a. Faire respecter, par l'ensemble des personnes présentes dans la RPA, les pratiques de base en PCI suivantes :
    - Respecter les mesures de distanciation physique, notamment, le respect d'une distance de 2 mètres entre les résidents entre eux, entre le personnel et les résidents et entre les membres du personnel, lorsque possible.
    - Se laver les mains souvent à l'eau tiède courante et au savon pendant au moins 20 secondes ou utiliser une solution hydroalcoolique.
    - En cas de toux ou d'éternuement, se couvrir la bouche et le nez avec le bras afin de réduire la propagation des germes.
    - Si utilisation d'un mouchoir en papier, le jeter dès que possible et se laver les mains par la suite.
    - Éviter le contact direct pour les salutations, comme les poignées de main ou les accolades.

    Dispenser, dans les meilleurs délais, la formation sur l'hygiène des mains à tout le personnel à l'aide de la capsule d'information disponible en ligne à l'adresse suivante : https://fcp.rtss.qc.ca/local/html-courses/hygiene/story.html.

b. Vous référer au Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés. Ce guide explique les pratiques de base à appliquer en tout temps.

c. Prévoir des stations d'hygiène des mains à l'entrée de la résidence ainsi que le matériel requis pour respecter l'hygiène et l'étiquette respiratoire dans la cafétéria, en incluant :
    - Des affiches sur la technique de l'hygiène des mains.
    - Des dispensateurs de solution hydroalcoolique.
    - Des mouchoirs en papier.
    - Un récipient pour le matériel utilisé.

d. Limiter le nombre de personnes pouvant utiliser l'ascenseur en même temps, en fonction de la taille de celui-ci et de manière à maintenir un minimum de 2 mètres entre les occupants. Afficher ce nombre à l'entrée de l'ascenseur.

e. Appliquer les mesures suivantes dans les cas où la salle de bain est partagée entre plusieurs résidents :
    - S'il y a une personne sous investigation, elle doit se déplacer entre sa chambre et la salle de bain en portant un masque de procédure;
    - L'hygiène des mains doit être pratiquée avant de sortir de la chambre et tout de suite après avoir utilisé la toilette;

- Si possible, désinfecter la poignée de la porte, la chasse d'eau et le robinet après l'utilisation de la toilette.

2.1 Mesures de prévention et de contrôle des infections pour les employés

a. Le personnel travaille seulement auprès de résidents ayant le même statut infectieux, c'est-à-dire qu'il travaille soit auprès de cas probables, confirmés ou en investigation de COVID-19 OU soit auprès des cas négatifs ou sans facteur de risque;

b. Un masque de procédure doit être porté en tout temps, par l'ensemble du personnel incluant dans les lieux exclusivement dédiés aux employés (zone de préparation des repas, salle de pause, vestiaire, salle à manger, etc.). En tout temps, la distanciation sociale de 2 mètres est requise. Pour plus de renseignements, consulter : https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19.

c. À l'exception des zones froides situées en dehors de la communauté métropolitaine de Montréal (CMM), les protections gouttelettes/contact avec protection oculaire sont requises lorsque les intervenants sont en contact (à moins de 2 mètres) avec des personnes suspectées ou confirmées à la COVID-19 (c'est-à-dire dans les zones froides, tampons et chaudes de la CMM, ainsi que dans les zones tampons et chaudes hors CMM).

d. S'assurer que ces intervenants connaissent et portent de façon adéquate l'ÉPI requis. À cet effet, les intervenants doivent suivre la capsule de formation disponible en ligne à l'adresse suivante : https://vimeo.com/399025696.

e. La bonne compréhension des techniques de port et de retrait de l'ÉPI par chacun des intervenants œuvrant auprès des cas probables ou confirmés de COVID-19 doit être validée par un professionnel du CISSS ou du CIUSSS, selon ce qui est convenu.

f. 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 la RPA.

g. Recommander aux travailleurs de porter des vêtements propres pour venir travailler, de changer de vêtements lors du retour à leur domicile et de les laver séparément si présence de souillures visibles sur les vêtements.

h. Rendre disponibles et obligatoires les formations mises à la disposition des employés de la RPA sur le site de l'ENA à l'adresse suivante : https://fcp-partenaires.ca/.

i. Les employés qui présentent des symptômes liés à la COVID-19 doivent être retirés du travail

   - ✓ Le retour au travail doit être fait selon les recommandations émises par l'INSPQ. Suivre les recommandations produites par l'INSPQ sur l'isolement et la levée de l'isolement des travailleurs de la santé en lien avec la COVID-19 : https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19.

   - ✓ L'évaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé peut être consultée : https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-evaluation-risque-travailleurs-covid19.

3. Intégration / réintégration d'un résident

3.1 Intégration

L'exploitant doit poursuivre l'accueil de nouveaux résidents selon les consignes et les trajectoires en vigueur.

- Un nouveau résident testé négatif en provenance de son domicile peut emménager dans son unité locative. À ce moment-là, il doit demeurer à son unité, avec un proche pour une période de 14 jours ou être redirigé vers une zone tampon s'il n'est pas en mesure de se conformer aux consignes de la section 7 du présent document. Il est interdit d'admettre un nouveau résident suspecté ou confirmé à la COVID-19 dans une RPA qui n'a pas déjà des cas de COVID-19. Si on ne retrouve pas de cas de COVID-19 positifs, un nouveau résident doit transiter par une zone tampon. Si on retrouve des cas positifs, le nouveau résident peut intégrer une zone chaude jusqu'à son rétablissement.

3.2 Réintégration

Avant un retour dans la RPA, un usager qui ne requiert plus de soin actif (NSA) en centre hospitalier, qui a eu un séjour prolongé à l'urgence de plus de 24 h ou qui revient d'une hospitalisation de plus de 24 h, doit :

- avoir reçu un résultat négatif de la COVID-19;
- planifier le moment du retour en collaboration avec le responsable de la RPA;
- procéder à l'hygiène des mains et au port du masque de procédure de la personne avant son entrée dans la RPA jusqu'à son unité locative ou sa chambre;
- s'assurer de ne pas croiser d'autres résidents pendant son déplacement jusqu'à son unité.
- s'isoler de manière préventive tel que recommandé pendant 14 jours et ne pas se trouver en présence des autres résidents.

3.3 Précisions supplémentaires

En date du 1er mai, des directives sur les zones tampons accompagnées de trajectoires ont été transmises. Pour plus de détails, consulter la trajectoire publiée sur le site Web du MSSS (https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002584/).

Un test de dépistage pour la COVID-19 n'est pas nécessaire pour les résidents qui iront à l'urgence pour toute consultation d'une durée de moins de 24 h, de même que ceux ayant consulté pour un rendez-vous médical en centre hospitalier ou en clinique externe. Ils pourront réintégrer leur unité locative sans effectuer un isolement préventif de 14 jours.

Sous aucun prétexte, la RPA ne peut refuser à un résident de réintégrer son unité locative. Si l'exploitant refuse cet accès, il sera passible de sanctions en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés.

4. Déménagement

Tout déménagement non indispensable doit être reporté. Si le déménagement ne peut être reporté, il doit se faire à certaines conditions.

a. Les déménagements entre régions sont permis.
b. En plus des consignes de l'INSPQ (https://www.inspq.qc.ca/publications/2923-recommandations-demenageurs-covid-19), il est recommandé :
    - Les déménageurs ne doivent pas présenter des symptômes de COVID-19.
    - De limiter le nombre de déménageurs à deux.
    - De limiter à un seul représentant du résident pour les accompagner dans la résidence.
    - Tant les déménageurs, les membres de la famille que le résident ne sont autorisés à circuler dans la résidence, à moins que ce ne soit requis pour le déménagement.
    - Les mesures de distanciation physique doivent être respectées, autant dans la résidence que dans l'unité locative.
    - Si les mesures de distanciation physique ne peuvent être respectées, le masque de procédure doit être porté.
    - Lorsque les déménageurs ont quitté, de limiter à deux membres de la famille dans le logement pour installer l'essentiel afin que le résident puisse y vivre et que l'espace soit sécuritaire. Des travaux légers peuvent être effectués, notamment le ménage et la peinture.
c. Un résident qui ne peut faire appel à des déménageurs peut recevoir de l'aide de ses proches en s'assurant de respecter les critères suivants :
    - Pas plus de deux membres de la famille.
    - Aucun membre de la famille ne doit présenter des symptômes associés à la COVID-19, revenir de voyage depuis moins de 14 jours ou avoir été en contact avec des personnes infectées.
    - Respecter la distance de deux mètres entre l'ensemble des personnes ainsi que les mesures de prévention et de contrôle des infections.

5. Services et activités offerts par la résidence

Annuler toutes les activités en groupe dans la RPA pour lesquelles une distanciation physique d'au moins 2 mètres ne peut être assurée.

Réduire au maximum le nombre de membres du personnel différents en contact avec un même résident.

Favoriser l'accès aux appels téléphoniques et à l'utilisation de différentes technologies de communication afin de maintenir le lien entre les résidents et leurs proches.

Effectuer une vigie de l'état général et de la condition de chacun des résidents et :

- Noter, s'il y a lieu, les changements observés au dossier du résident ou dans un cartable de

suivi des résidents. Vous référer à l'Annexe 1 pour connaître les principaux symptômes et changements à observer.

- Contacter l'infirmière dédiée du CISSS ou du CIUSSS concerné pour l'informer de tout nouveau cas probable de COVID-19 et pour obtenir du soutien au besoin.
- Informer le représentant du résident de tout signe de détérioration de sa condition.
- Mettre en place un mécanisme de communication interne entre les intervenants pour assurer la transmission des informations requises permettant une dispensation adéquate et coordonnée des soins et services à chacun des résidents.

Il est recommandé de mettre en place des actions afin de prévenir le déconditionnement. Se référer au document « 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 ».

Services requis par l'état de santé **à maintenir**
Les services de sécurité : répondre aux appels d'urgence en tout temps.
Les soins infirmiers : poursuivre les activités et soins dispensés dans l'unité locative du résident.
Les services d'assistance personnelle (aide à l'alimentation, aux soins d'hygiène, à l'habillage, administration des médicaments, lavage des cheveux, etc.) : - Poursuivre la dispensation de tous ces services; - Réduire la fréquence des services ne compromettant pas l'intégrité ou la sécurité de l'usager.

Les services d'aide domestique suivants :

- Distribution des médicaments;
- Entretien des vêtements et de la literie : lessive seulement. Réduire la fréquence tout en tenant compte des besoins des résidents (ex. : lessive plus fréquente pour un résident en situation d'incontinence ou ayant peu de vêtements);
- Les services d'entretien ménager qui sont requis pour assurer la salubrité de l'unité locative du résident et qui peuvent être dispensés en tout temps à une distance de 2 mètres de celui-ci (par exemple, en s'assurant que ce dernier soit dans une autre pièce pendant la dispensation du service), en priorisant les résidents les plus vulnérables. Ces services peuvent comprendre :
    - le nettoyage de la salle de bain : toilette, comptoir et lavabo;
    - le nettoyage des comptoirs et autres surfaces visiblement souillées de la cuisine;
    - la gestion des ordures ménagères (vider et nettoyer les poubelles);
    - le passage de l'aspirateur dans toutes les pièces, particulièrement si présence d'animaux;
    - le nettoyage de la vaisselle, dans les cas où il y aurait accumulation;
    - tout autre service d'entretien qui est requis pour maintenir l'intégrité et la sécurité du résident, notamment en raison d'un risque d'insalubrité.

  La fréquence de ces services doit être réduite au minimum requis en s'assurant que cela ne compromet pas la santé ou la sécurité du résident.

Les services de repas :

- Maintenir l'offre de repas sur une base régulière;
- La RPA doit privilégier la livraison et la prise des repas dans les unités locatives des résidents. Pour la prise de repas à la cafétéria, la RPA doit en limiter à 50 % la capacité et prévoir plusieurs périodes de repas si possible. Les résidents doivent respecter une distance de 2 mètres entre eux, en tout temps.
- Les frais de livraison de plateaux ne sont plus permis durant la crise de la COVID-19.

L'entretien ménager dans les espaces communs.

Se référer au chapitre 4 du Guide de prévention des infections dans les RPA pour réduire les risques de contamination.

Services et activités suspendus jusqu'à nouvel ordre
Les services d'aide domestique qui ne sont pas spécifiés dans les services requis par l'état de santé à maintenir.
Les soins ambulatoires.

Les services de loisirs pour lesquels une distanciation physique d'au moins 2 mètres ne peut être assurée.
Les exercices d'évacuation.
Les travaux de rénovation et d'entretien non requis pour la sécurité des unités de vie.

Les services qui doivent être ajoutés temporairement dans le contexte de la pandémie ne peuvent être facturés au résident. Des mesures de financement exceptionnelles étant déjà prévues à cet effet, l'exploitant doit inscrire tous les frais supplémentaires engendrés par l'ajout de ces services à la reddition de comptes qu'il doit fournir au CISSS ou au CIUSSS concerné.

6. Réanimation cardiorespiratoire en contexte de COVID-19

La présente section concerne notamment la réanimation cardiorespiratoire (RCR) en contexte de COVID-19. Vous référer aux directives du *Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19* pour connaître la procédure à suivre, qui est applicable à l'ensemble des milieux de soins et d'hébergement hors des hôpitaux, dont les RPA.

Certaines particularités s'imposent toutefois au contexte particulier des RPA, compte tenu, entre autres, de leur spécificité organisationnelle :

- L'exploitant n'a pas l'obligation de tenir une discussion à propos de la volonté du résident à l'égard de certains soins. Il n'est pas tenu non plus de déterminer si le résident est apte à exprimer une telle volonté.
- Un résident qui souhaite discuter de sa volonté en cas d'arrêt cardiorespiratoire (ACR) doit être orienté vers son médecin ou un autre professionnel de la santé impliqué dans le suivi de sa situation, qui pourra amorcer la discussion avec lui.
- Lorsqu'un niveau de soins ou une autre forme de volonté (ex. directives médicales anticipées ou DMA) est connu et déposé au dossier du résident dans l'établissement, celui-ci doit être communiqué au responsable de la RPA, avec le consentement du résident ou son représentant. Pour ce faire, l'utilisation d'un formulaire reconnu, tel que le formulaire Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire[1], est suggérée.
- La volonté connue d'une personne de ne pas être réanimée doit être respectée, le cas échéant. La RPA doit s'assurer que celle-ci soit rapidement accessible à toute personne appelée à intervenir en situation d'urgence dans la RPA.
- Lorsque la volonté d'un résident est inconnue ou dans le doute, les manœuvres de RCR doivent être tentées tout en **assurant la sécurité de l'intervenant** dans le contexte de la COVID-19. À cet effet, les directives du *Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19*, doivent être respectées.

Une bonne trajectoire de communication entre les RPA et l'établissement est indispensable dans la

[1] Institut nationale d'excellence en santé et services sociaux, 2016. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Formulaire_NiveauxdeSoins_RCR.pdf

mise en œuvre de la RCR dans le contexte de COVID-19. Il est primordial pour les établissements de bien renseigner les RPA sur la présence de volontés concernant la RCR et leurs responsabilités respectives associées. De plus, les établissements devront soutenir activement les RPA afin que le matériel requis soit présent dans ces milieux.

Pour en connaître davantage sur les niveaux de soins et la RCR dans le contexte de COVID-19, un vidéo est disponible en ligne à l'adresse suivante :
https://www.youtube.com/watch?v=rQUMg7x52kU

7. Consignes en présence d'un cas suspecté ou confirmé de la COVID-19 en RPA :

a. Assurez-vous que le résident demeure dans son unité locative ou sa chambre s'il partage un appartement;

b. Aviser immédiatement le CISSS ou le CIUSSS;

c. L'informer du niveau de soins du résident, si connu;

d. Déterminer, en collaboration avec le CISSS ou le CIUSSS, si la personne pourra demeurer ou non dans la RPA en fonction de sa situation :

- Il est possible que la personne puisse **demeurer dans la RPA** si :
  - elle est en mesure de se conformer aux directives;
  - elle vit seule et peut s'isoler dans son unité locative (repas livré à son unité de même que ses médicaments sans frais supplémentaires) **ou** elle vit dans une chambre individuelle et a accès à une salle de bain dédiée (repas à la chambre) **ou** elle vit avec d'autres personnes dans son unité locative mais a une chambre individuelle (repas à la chambre) et a accès à une salle de bain exclusive;
  - elle est **autonome** pour s'occuper d'elle-même;

  OU

  la **RPA dispose du personnel formé** en PCI qui sait appliquer de façon rigoureuse les mesures de protection requise, telles que les pratiques de base et le port adéquat de l'ÉPI, pour dispenser les services d'assistance personnelle. De plus, l'organisation de la RPA permet la séparation des cas suspectés ou confirmés des autres résidents en zone chaude et zone froide (la mise en place de telles zones doit se faire en collaboration avec le CISSS ou le CIUSSS) et du personnel dédié doit être disponible pour intervenir de façon exclusive auprès de ces personnes. Il est à noter que la zone chaude peut être la chambre du résident.

  - Les services d'aide domestique, excepté la distribution des médicaments, sont suspendus, sauf si avis contraire du CISSS ou du CIUSSS.
  - Des suivis téléphoniques doivent être effectués régulièrement auprès de cette personne pour vérifier son état.

Précisions pour les personnes ayant besoin d'assistance pour leurs activités de la vie **quotidienne :**

- Le CISSS ou le CIUSSS déterminera si la fréquence de certains services peut être réduite.
- Limiter le plus possible le nombre de membres du personnel qui dispenseront des soins à ces personnes.
- Dédier une équipe formée sur les mesures de PCI à appliquer, pour intervenir de façon exclusive auprès de ces personnes, si possible.
- Appliquer de façon rigoureuse les pratiques de base en prévention et contrôle des infections, telles que le lavage des mains ou le port du masque de procédure, et, lorsque requis, les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes/contact (ÉPI complet).

Précisions si la personne vit avec d'autres personnes :

- Elle doit porter un masque de procédure lorsqu'elle se déplace entre la salle de bain et sa chambre;
- L'hygiène des mains doit être pratiquée avant de sortir de la chambre et immédiatement après avoir utilisé la toilette;
- Si possible, la poignée de la porte, la chasse d'eau et le robinet après l'utilisation de la toilette doivent être désinfectés.

Appliquer les mesures en fonction de la situation de la personne et des indications de l'établissement.

Le CISSS ou le CIUSSS recommandera un **transfert vers un milieu de confinement[2] situé dans un lieu préalablement déterminé**, pour toute la durée de la période de confinement, en présence de l'une des trois conditions suivantes :

- la personne n'est pas autonome pour s'occuper d'elle-même;
- la personne n'est pas en mesure de se conformer de façon stricte aux consignes de confinement à la chambre (par exemple, en présence de troubles neurocognitifs)[3].

e. S'il y a transfert de la personne infectée vers un milieu de confinement ou un milieu de soins spécialisés

- Privilégier le déplacement par transport adapté en premier lieu, si des équipements de protection sont disponibles pour le transporteur. Dans la négative, utiliser un transport ambulancier.
- Aviser le transporteur du statut du résident avant qu'il ne vienne le chercher.

Selon le niveau de soins souhaité, la personne sera dirigée vers un milieu de confinement dans la communauté ou en centre hospitalier :

- le résident doit être transféré vers un milieu de confinement où l'on retrouve des zones tiède ou chaude (si c'est une zone tampon se référer aux directives ministérielles sur le sujet).

[2] Il peut s'agir d'une zone tampon ou d'un site non traditionnel (SNT).

[3] L'arrêté ministériel 2020-015 permet notamment au directeur de santé publique de forcer l'isolement de la personne.

- le résident doit être transféré vers un centre hospitalier (soins aigus ou soins intensifs) :
  - Requiert une évaluation médicale préalable au transfert en centre hospitalier.
  - Pour les personnes ayant un niveau de soins A et B (prolongement de la vie, y compris soins spécialisés, intubation et assistance ventilatoire).

8. Services et heures supplémentaires dans la RPA dans le contexte de la COVID-19

Il est demandé aux RPA de tenir un registre des coûts occasionnés par la crise de la COVID-19, notamment ceux en lien avec l'embauche de ressources supplémentaires, l'augmentation des heures de travail, l'achat de fournitures liés à la gestion de la crise et l'ajout de services comme la livraison des plateaux ou la surveillance.

9. Services offerts en vertu d'une entente de services avec le CISSS ou le CIUSSS de votre territoire

Contacter le CISSS ou le CIUSSS concerné afin de connaître les services essentiels qui doivent être maintenus.

10. Besoins de main-d'œuvre supplémentaire

Si des enjeux de main-d'œuvre sont rencontrés, communiquer avec la Direction des ressources humaines du CISSS ou du CIUSSS de votre territoire pour obtenir du soutien suivant des démarches infructueuses prises par la RPA pour remplacer ou ajouter du personnel.

11. Références utiles

Site Web de Québec.ca :
https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/#c46383

Site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/residences-privees-pour-aines/

Si questions ou inquiétudes, composez le 1 877 644-4545 (sans frais).

ANNEXE 1 : Symptômes de la COVID-19

OBSERVATIONS ET CHANGEMENTS CHEZ LE RÉSIDENT À RAPPORTER À L'INFIRMIÈRE DÉDIÉE DE L'ÉTABLISSEMENT (CISSS OU CIUSSS)

Symptômes typiques de la COVID-19 (à comparer avec l'état habituel de la personne)

- Signes et symptômes les plus fréquents
  - ✓ Fièvre (plus de 38 °C)
  - ✓ Toux sèche récente ou exacerbation d'une toux chronique
  - ✓ Difficulté respiratoire
  - ✓ Perte soudaine de l'odorat sans obstruction nasale

- Autres symptômes possibles
  - ✓ Essoufflement
  - ✓ Production de crachats
  - ✓ Fatigue
  - ✓ Perte d'odorat
  - ✓ Perte du goût
  - ✓ Diarrhée et vomissements
  - ✓ Mal de gorge
  - ✓ Céphalées
  - ✓ Faiblesse et fatigue extrême

Symptômes atypiques possibles chez les personnes aînées

- 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

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 19 mai 2020

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

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

Mesdames,
Messieurs,

En suivi de la correspondance transmise le 13 mai dernier, veuillez noter que votre plan de reprise est attendu pour **vendredi le 22 mai** au plus tard.

Nous vous rappelons que nous demandons que soient acheminées les informations suivantes :

1. Votre plan de reprise détaillé incluant le niveau d'activité actuel et visé (dates) pour les secteurs suivants :
    i. Bloc opératoire;
    ii. Endoscopie;
    iii. Cancérologie;
    iv. Cliniques spécialisées;
    v. Imagerie médicale.

2. Votre stratégie et échéancier évalué pour le rattrapage des cas accumulés.

... 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

Veuillez transmettre les documents demandés à madame Elizabeth Arpin à l'adresse elizabeth.arpin@msss.gouv.qc.ca.

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

p. j. COVID19_Plan provincial de reprise des activités

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
Mme Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR, MSSS
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-34

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

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.

Reprise des activités cliniques	**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

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 20 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

En raison de l'évolution actuelle de la COVID-19 au Québec et de la récente autorisation à la venue des proches aidants en milieu d'hébergement, nous vous transmettons des directives en regard de cette gestion en centres hospitaliers.

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. Directives proches aidants en centres hospitaliers

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
Mme Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR, MSSS
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-34

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

2020-05-19

En raison de l'évolution actuelle de la COVID19 au Québec, et de la récente autorisation à la venue des proches aidants en milieu d'hébergement, nous vous transmettons des directives en regard de cette gestion en centres hospitaliers.

DIRECTIVES POUR LA VENUE DES PROCHES AIDANTS EN CENTRES HOSPITALIERS

Les visites non essentielles dans les centres hospitaliers (CH), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF) visées et les résidences privées pour aînés (RPA) sont interdites. À cet effet, veuillez vous référer aux recommandations spécifiques à chaque secteur, déposé sur le site https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/. ***Il est à noter que chaque installation du réseau peut mettre en place une politique de visites locale basée sur les spécificités de leur clientèle et de leurs infrastructures.*** Les centres doivent cependant faciliter les communications virtuelles avec leurs proches**.**

Bien que les visites soient suspendues, une personne proche aidante peut apporter du soutien à une personne hospitalisée, sous réserve du respect de conditions spécifiques. Pour recevoir le soutien d'une personne proche aidante, les personnes hospitalisées en CH doivent avoir bénéficié de ce soutien avant la mise en place des restrictions de visite imposées en raison de la COVID-19. À partir du 20 mai 2020, sous réserve du respect de conditions spécifiques, une personne proche aidante significative, soit celle qui était déjà présente sur une base régulière avant la pandémie, pourra apporter de l'aide et du soutien à une personne en CH.

DIRECTIVES GÉNÉRALES

- Les critères de dépistage des proches aidants sont déterminés par le service de prévention et contrôle des infections de chaque établissement et ce, en fonction de l'épidémiologie dans la région et de la situation spécifique à chaque CH.
- La venue des proches aidants n'est permise que lorsque le séjour se prolonge au-delà de 14 jours d'hospitalisation.
- Par ailleurs, un assouplissement pourrait être fait pour la clientèle vulnérable, telle la clientèle gériatrique, usagers NSA ou en situation de handicap qui requiert l'aide d'un proche aidant, si sa venue est sécuritaire et appropriée.
- Chirurgie : Aucun visiteur n'est autorisé à entrer dans l'unité.

DIRECTIVES POUR LA CANCÉROLOGIE

- L'accès au centre de cancérologie est limité aux patients sous traitement et au personnel, médecins et autres professionnels travaillant au centre de cancérologie.
- Il faut limiter les accompagnateurs, à moins que cela ne soit requis médicalement (exemples : trouble cognitif, aide à la mobilité) ou lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle.
- Un proche aidant qui présenterait de la toux ou un symptôme d'allure grippale ne pourra entrer dans le secteur de la cancérologie. Il sera reconduit immédiatement à l'extérieur du centre.
- Aucune personne de moins de 18 ans ou de plus de 70 ans ne devrait accompagner un patient.
- Greffe de moelle osseuse : aucun proche aidant ne sera admis en clinique ambulatoire de greffe et thérapie cellulaire, et les visites sont interdites à l'unité de soins.
- En oncologie pédiatrique : de façon générale, il est recommandé qu'une personne significative soit présente 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.

DIRECTIVES POUR LES SOINS PALLIATIFS ET DE 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 continu 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 proches aidants afin de s'assurer qu'aucun ne présente de symptômes d'infection respiratoire. Aucun proche aidant symptomatique n'est admis dans les milieux de soins.
- Les proches aidants 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.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 20 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Voici, en date du 20 mai, une mise à jour des directives transmises le 18 mars dernier par le ministère de la Santé et des Services sociaux concernant les activités en hémodialyse.

Cette mise à jour permet de clarifier certaines situations où un transfert de patient serait accepté ainsi que les mesures à mettre en place le cas échéant.

De plus, des précisions ont été apportées concernant les patients hémodialysés hospitalisés.

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

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
Mme Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR, MSSS
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-02908-96

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

Directives générales (18 mars)

*Les directives suivantes doivent être mises en place **dès ce jour, 18 mars 2020**, et ce, pour une période indéterminée :*

1. Tous les patients hémodialysés ne nécessitant pas d'hospitalisation **doivent demeurer dans leur centre de dialyse habituel** ;
2. 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 ;
3. Pour tous les cas suspectés ou confirmés de COVID-19 qui sont dyalisés nécessitant une hospitalisation, vous devez **vous référer aux directives sur l'hospitalisation**.

Mise à jour et précisions apportées aux directives (20 mai 2020)

1- Tous les patients hémodialysés ne nécessitant pas d'hospitalisation **doivent demeurer dans leur centre de dialyse habituel, par ailleurs** ;

- Dans l'éventualité où un patient serait contraint de changer de centre de dialyse de manière permanente (ex. : déménagement), le centre de dialyse d'origine peut effectuer une demande de transfert (qui sera traitée comme avant la pandémie)[1].
- Dans l'éventualité où un patient serait contraint de changer de centre de dialyse temporairement (ex. : affectation de travail, etc.), le centre receveur peut donner les traitements de manière temporaire[1].
- Pour des raisons de cohorte ou de zonage, un patient traité en centre externe ou satellite pourrait être transféré au centre principal et vice-versa, même si les installations concernées sont situées dans des établissements différents (ex. : Québec ou le Bas-Saint-Laurent / Gaspésie, etc.).

2- 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 ;

3- Pour tous les cas suspectés ou confirmés de COVID-19 qui sont hémodialysés nécessitant une hospitalisation, ~~vous devez **vous référer aux directives sur l'hospitalisation**~~. Les directives de transferts ont été transmises au Centre d'Optimisation Occupation des Lits de Soins Intensifs (COOLSI) :

   - Hospitaliser l'usager dans son installation si celle-ci est désignée ou sous tension**, sinon :
   - Hospitaliser l'usager dans le centre principal référent* si ce dernier est désigné ou sous tension**, sinon :
   - Hospitaliser l'usager dans l'installation qui offre l'hémodialyse le plus près.

4- Pour les usagers hémodialysés hospitalisés dans un centre désigné autre que l'établissement d'appartenance, selon l'évolution des désignations COVID-19, les transferts sont permis afin de respecter l'appartenance. Ainsi, un usager hospitalisé dans une installation hors de son établissement d'appartenance pourrait être transféré dans son installation d'appartenance si celle-ci est nouvellement désignée.

---

1. Tous les patients transférés d'une installation à une autre doivent être placés en isolement précaution pour une durée de 14 jours (zone tiède).

*. Pour la région 08 (Abitibi-Témiscamingue), les centres principaux désignés étant à une grande distance, les usagers doivent être dirigés vers Rouyn-Noranda et pour la région 16 (Montérégie), le centre désigné pour les usagers dialysés est l'Hôpital Charles-Le Moyne.

**. Sujet à changement selon les désignations des installations.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec
Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 21 mai 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 21 mai 2020, par **le sous-comité COVID-19 en cancérologie**.

Recommandations en support à la reprise des activités en endoscopie

En complément des directives générales sur la reprise des activités spécialisées, vous trouverez ci-joint les documents suivants :

- Recommandations pour la reprise des activités en endoscopie (secteur de la gastro-entérologie;
- Recommandations pour la reprise des activités en endoscopie (secteur de la pneumologie);
- Recommandations pour la reprise des activités en endoscopie (secteur de l'urologie).

Ces guides cliniques fournissent une référence sur les activités à maintenir selon le niveau retenu, de même que les éléments à tenir en compte pour déterminer le niveau d'activités. Il y est proposé que lors du passage d'un niveau à l'autre, une évaluation minimale du niveau d'activités soit faite pour permettre une analyse et une mesure de l'effet du changement sur les cas en attente et de réévaluer le risque clinique du délestage chez le patient versus le risque de réalisation de l'intervention en situation de COVID-19. Les listes d'attente devraient faire l'objet d'un processus dynamique de réévaluation en tenant compte de la symptomatologie, des résultats de laboratoires, des examens d'imagerie, etc.

... 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 recommandations sont complémentaires aux éléments touchant les procédures endoscopiques et de reprise des activités spécialisées et sont disponibles sur le site web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Vous pouvez y accéder en cliquant sur l'onglet *Directives cliniques* de la page d'accueil, puis en sélectionnant *Procédures endoscopiques* ou *Reprises des activités spécialisées.*

Recommandations du Comité national de cancérologie pédiatrique en contexte de la pandémie de la COVID-19 – Retour à l'école en mai 2020

En lien avec le retour à l'école et étant donné la fragilité connue des enfants atteints de cancer ou d'autres troubles hématologiques non malins qui nécessitent des traitements pouvant affecter leur système immunitaire, des recommandations du Comité national de cancérologie pédiatrique pour cette clientèle viennent guider les professionnels de la santé et les parents dans cette première étape de déconfinement de la population québécoise. Il demeure important de considérer la nature évolutive de ces recommandations selon les observations qui se feront au cours des premières semaines de retour à l'école. Ce document sera disponible sur le site web du MSSS au : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/.

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

p. j. 4

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-02908-96

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la reprise des activités en endoscopie (secteur de la gastro-entérologie) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19

Recommandations en date du 21 mai 2020.

Considérant la situation d'urgence sanitaire déclarée au Québec le 13 mars dernier, voici des recommandations quant aux activités de reprise en endoscopie digestive.

En concordance avec le plan provincial de reprise graduelle des activités spécialisées délestées (https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/PJ3_Plan-provincial-reprise-activites_2020-04-24.pdf), le document de reprise des activités en endoscopie a été élaboré dans un souci de maintenir la santé de la population et d'éviter les détériorations de patients atteints ou non de la COVID-19 en reprenant les activités de façon graduelle et structurée. Également, afin d'assurer la mise en place des mesures appropriées de prévention des infections et d'organisation des services, le guide de reprise des activités transmis le 4 mai soit être consulté

La priorisation des activités endoscopiques à réaliser et le niveau de reprise des activités à mettre en place doivent être évalués par le comité de coordination décisionnel mis en place dans les établissements/installations par suite de la directive transmise par M. Yvan Gendron le 24 avril 2020. Les mesures appropriées de prévention des infections et d'organisation des services doivent être en concordance avec le guide de reprise des activités disponible au https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/COVID19_Guide-reprise-activites-specialisees_2020-05-04.pdf.

Il est proposé que lors du passage d'un niveau d'activités à l'autre, une évaluation minimale du niveau d'activités devrait être faite pour permettre une analyse et une mesure de l'effet du changement sur les cas en attente et de réévaluer le risque clinique du délestage chez le patient versus le risque de réalisation de l'intervention en situation de COVID-19. Les listes d'attente devraient faire l'objet d'un processus dynamique de réévaluation en tenant compte de la symptomatologie, des résultats de laboratoires, des examens d'imagerie, etc.

Notes :

1. Tous les cas, peu importe les types d'interventions endoscopiques doivent faire l'objet d'une évaluation clinique au cas par cas selon l'urgence de l'intervention à réaliser. Tout patient dont l'état clinique change doit faire l'objet d'une réévaluation le cas échéant. Par exemple, tout niveau de priorité P3-P2 qui devient P2-P1 doit être réévalué en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient. Les exemples et délais dans ce document se veulent un guide et non une liste exhaustive ou prescription. Si une alternative à l'examen endoscopique délesté est disponible, cette possibilité doit être évaluée par le comité local d'endoscopie en fonction de la capacité de procéder à l'examen alternatif dans l'autre secteur de l'hôpital;

2. Évaluer au cas par cas, tous les examens en lien avec la manométrie et la motilité gastrique nécessaires pour finaliser l'investigation post-gastroscopie. Sinon, tous les cas de motilité gastrique sont délestés et à reprendre dès le début de la reprise du niveau d'activités régulières complètes.

ACTIVITÉS EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020				
Niveau d'activités	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai maximal**	**Recommandations en date du 15 mai 2020**
4. **Circulation active du virus de niveau d'alerte maximale** **<u>15 % de l'activité régulière</u>** **Pénurie identifiée de :** • **<u>< 30 % des ressources humaines</u>** • **Disponibilité d'ÉPI** • **Lits d'hospitalisation** • **Médicaments**	COLOSCOPIE	P1	≤ 24 heures	• Les P1 doivent être maintenus; • Les P2 devraient être maintenus, mais faire l'objet d'une évaluation clinique au cas par cas et délester selon le niveau d'alerte dans la région. Réévaluer chaque cas reporté pour prioriser d'une semaine à l'autre; • Les P3, P4, P5 et cas de contrôle/suivis devraient attendre et être délestés; • Attendre une stabilisation/amélioration de la situation de la COVID-19 avant la reprise, et les P3 devront faire l'objet d'une évaluation clinique, cas par cas, en priorisant les requêtes avec FIT positif.
		P2	≤ 14 jours	
		P3 P4 P5 Contrôle	Délestage	
	GASTROSCOPIE	**<u>Urgent</u>** : maintenir • Hémorragie digestive haute active avec un score de Glasgow-Blatchford (GBS) > 1 • Corps étranger ou dysphagie sévère • Traitement perforation/fuite/fistule **<u>Semi-urgent</u>** : délester **<u>Électif</u>** : délester		• Les cas considérés urgents doivent être maintenus; • Les autres cas, au cas par cas, sinon délester; • Réévaluer chaque cas reporté pour prioriser d'une semaine à l'autre; • Les cas de suivi devraient attendre et être délestés.
	ÉCHO-ENDOSCOPIE	**<u>Urgent</u>** : maintenir **<u>Semi-urgent</u>** : cas par cas pour biopsie ou staging pour suspicion/confirmation de cancer **<u>Électif</u>** : délester		
	CPRE	**<u>Urgent</u>** : maintenir • Ictère obstructif • Cholangite **<u>Semi-urgent</u>** : cas par cas **<u>Électif</u>** : délester		

ACTIVITÉS EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020				
Niveau d'activités	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai maximal**	**Recommandations en date du 15 mai 2020**
3 **Circulation active du virus** **Reprise graduelle des activités** **<u>30 à 40 % du volume d'activités régulières</u>** **<u>Prérequis</u> :** **À l'atteinte de :** • **70-75 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)**	COLOSCOPIE	P1	≤ 24 heures	• Les P1 doivent être maintenus; • Les P2 doivent être maintenus; • Les P3 doivent faire l'objet d'une évaluation clinique, cas par cas, les requêtes avec FIT positif doivent impérativement être priorisées parmi tous les P3 en attente; • Les P4, P5 et cas de contrôle/suivi devraient attendre et être délestés. Effectuer les examens en se référant Guide de reprise des activités.
		P2	≤ 14 jours	
		P3	≤ 60 jours	
		P4 P5 Contrôle	Délestage	
	GASTROSCOPIE	**<u>Urgent</u>** : maintenir • Hémorragie digestive haute active avec GBS > 1 • Corps étranger ou dysphagie sévère • Traitement perforation/fuite/fistule **<u>Semi-urgent</u>** : maintenir • Haute suspicion de cancer basée sur l'imagerie, symptômes ou l'examen physique • Hémorragie digestive haute non urgente avec un GBS > 1 • Ligature de varices après saignement aigu • Dysphagie progressive/avec symptômes d'alarme • Installation PEG/PEJ/NJ • Résection de cancer ou lésion avec dysplasie de haut grade **<u>Électif</u>** : délester	≤ 14 jrs	• Les cas considérés urgents doivent être maintenus; • Les cas semi-urgents à maintenir selon exemple. Les autres, au cas par cas, sinon délester; • Les cas de suivi devraient attendre et être délestés; • Malgré le délestage, réévaluer chaque cas reporté pour prioriser en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient. Effectuer les examens en se référant Guide de reprise des activités.
	ÉCHO-ENDOSCOPIE	**<u>Urgent</u> :** maintenir **<u>Semi-urgent</u>** : maintenir		

		• Drainage échoguidé de collections de liquide pancréatique infectée/nécrosectomie • Biopsie ou staging pour suspicion/confirmation de cancer • Suspicion de calculs biliaires **Électif** : délester		
	CPRE	**Urgent** : maintenir • Ictère obstructif • Cholangite **Semi-urgent** : • Obstruction biliaire symptomatique (sténose, néoplasie) si forte suspicion de cancer • Le reste au cas par cas pour retrait/changement de prothèse **Électif** : délester		

ACTIVITÉS EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020				
Niveau d'activités	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai maximal**	**Recommandations en date du 15 mai 2020**
2 **Transmission communautaire :** **Nombre de cas en diminution** **Reprise graduelle des activités** **<u>40 à 70% du volume d'activités régulières</u>** **<u>Prérequis</u> :** **À l'atteinte de :** • **80-85 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	COLOSCOPIE	P1	≤ 24 heures	• Les P1 doivent être maintenus; • Les P2 doivent être maintenus; • Les P3 doivent être maintenus; • Les P4 doivent faire l'objet d'une évaluation clinique, cas par cas, les requêtes avec dépistage de cancer colorectal chez les patients à haut risque doivent impérativement être priorisés parmi tous les P4 en attente; • Les P5 et cas de contrôle/suivi devraient attendre et être délestés; • Les P5 devraient faire l'objet d'une réévaluation et être redirigés vers le RSOSi selon la procédure habituelle inscrite dans le Guide de mise à niveau des unités d'endoscopie. Effectuer les examens en se référant Guide de reprise des activités.
		P2	≤ 14 jours	
		P3	≤ 60 jours	
		P4	≤ 180 jours	
		P5 Contrôle	Délestage	
	GASTROSCOPIE	**<u>Urgent</u>** : maintenir • Hémorragie digestive haute active avec GBS > 1 • Corps étranger ou dysphagie sévère • Traitement de perforation/fuite/fistule **<u>Semi-urgent</u>** : maintenir • Haute suspicion de cancer basée sur l'imagerie, l'endoscopie ou l'examen clinique • Hémorragie GI haute non urgente avec un GBS > 1 • Ligature de varices après saignement aigu • Dysphagie progressive/avec symptômes d'alarme	≤ 14 jours	• Les cas considérés urgents devraient être maintenus; • Les cas semi-urgents et électifs à maintenir selon exemple. Les autres au cas par cas, sinon délester. • Délestage : o Investigation de reflux œsophagien; o Suivi d'une oesophagite; o Dyspepsie sans symptôme d'alarme; o Dépistage et suivi. • Malgré le délestage, réévaluer chaque cas reporté pour prioriser en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient. Effectuer les examens en se référant Guide de reprise des activités.

		• Installation PEG/PEJ/NJ • Résection de cancer ou lésion avec dysplasie de haut grade **<u>Électif</u>** : • Anémie ferriprive • Suivi d'ulcère peptique	≤ 60 jours	
	ÉCHO-ENDOSCOPIE	**<u>Urgent</u> :** maintenir **<u>Semi-urgent</u>** : • Drainage échoguidé de collections de liquide pancréatique infecté/nécrosectomie • Biopsie ou staging pour suspicion/confirmation de cancer • Suspicion de calculs biliaires **<u>Électif</u>** : délester		
	CPRE	**<u>Urgent</u>** : maintenir • Ictère obstructif • Cholangite **<u>Semi-urgent</u>** : • Obstruction biliaire symptomatique (sténose, néoplasie) si forte suspicion de cancer • Le reste au cas par cas pour retrait/changement de prothèse **<u>Électif</u>** : délester		

ACTIVITÉS EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020				
Niveau d'activités	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai maximal**	**Recommandations en date du 15 mai 2020**
1 **Transmission communautaire limitée : Reprise de la majorité des activités** **<u>Plus de 70% du volume d'activités régulières</u>** **<u>Prérequis</u> :** **À l'atteinte de :** • **> 90 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	COLOSCOPIE	P1	≤ 24 heures	• Les P1 doivent être maintenus; • Les P2 doivent être maintenus; • Les P3 doivent être maintenus; • Les P4 doivent être maintenus; • Les cas de contrôle/suivi de 3 ans et moins peuvent être repris, mais ceux de plus de 3 ans, délestés avec réévaluation en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient; • Les P5 devraient attendre et être délestés; • Les P5 devraient faire l'objet d'une réévaluation et redirigés vers le RSOSi selon la procédure habituelle inscrite dans le Guide de mise à niveau des unités d'endoscopie; • Reprendre tous les cas délestés dès le début de la reprise du niveau d'activités régulières complètes. Effectuer les examens en se référant Guide de reprise des activités.
		P2	≤ 14 jours	
		P3	≤ 60 jours	
		P4 Contrôle 3 ans et moins	≤ 180 jours	
		P5 Contrôle de plus de 3 ans	Délestage	
	GASTROSCOPIE	**<u>Urgent</u>** : maintenir • Hémorragie digestive haute active avec GBS > 1 • Corps étranger ou dysphagie sévère • Traitement de perforation/fuite/fistule **<u>Semi-urgent</u>** : maintenir • Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, symptômes ou l'examen physique • Hémorragie digestive haute non urgente GBS > 1	≤ 14 jours	• Délestage : o Investigation de reflux œsophagien; o Suivi d'une oesophagite; o Dyspepsie sans symptôme d'alarme; o Dépistage et suivi. • Malgré délestage, réévaluer chaque cas reporté pour prioriser en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient; • Reprendre ces activités dès le début de la reprise du niveau d'activités régulières complètes.

		• Ligature de varices après saignement aigu • Dysphagie progressive ou avec Sx d'alarme • Installation PEG/PEJ/NJ • Résection/éradication de cancer ou lésion dysplasique **Électif** : • Anémie ferriprive • Suivi ulcère peptique • Résection de polype duodénal • Dysphagie stable • Suspicion de maladie coelique • Entéroscopie pour saignement obscur	≤ 60 jours	Effectuer les examens en se référant Guide de reprise des activités.
	ÉCHO-ENDOSCOPIE	**Urgent** : maintenir **Semi-urgent** : maintenir • Drainage échoguidé de collections de liquide pancréatique infecté/nécrosectomie • Biopsie ou staging pour suspicion/confirmation de cancer • Suspicion de calculs biliaires **Électif** : au cas par cas		• Pour les cas délestés, reprendre ces activités dès le début de la reprise du niveau d'activités régulières complètes. Effectuer les examens en se référant Guide de reprise des activités.
	CPRE	**Urgent** : maintenir • Ictère obstructif • Cholangite **Semi-urgent** : maintenir • Obstruction biliaire symptomatique (sténose, néoplasie) • Retrait/changement de prothèses **Électif** : au cas par cas		• Pour les cas délestés, reprendre ces activités dès le début de la reprise du niveau d'activités régulières complètes. Effectuer les examens en se référant Guide de reprise des activités.

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce document :

Dr Alan Barkun, gastro-entérologue, directeur de l'endoscopie et du programme de formation en endoscopie thérapeutique et directeur responsable de la qualité en gastro-entérologie, Centre universitaire de santé McGill

Dre Mélanie Bélanger, gastro-entérologue, CISSS de la Montérégie-Centre et présidente de l'Association des gastro-entérologues du Québec

Dr Charles Ménard, gastro-entérologue, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Mme Chantale Dumont, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, PQC, MSSS

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la reprise des activités en endoscopie (secteur de la pneumologie) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19

Recommandations en date du 21 mai 2020.

Considérant la situation d'urgence sanitaire déclarée au Québec le 13 mars dernier, voici des recommandations quant aux activités de reprise en endoscopie pour la spécialité de la pneumologie.

En concordance avec le plan provincial de reprise graduelle des activités spécialisées délestées (https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/PJ3_Plan-provincial-reprise-activites_2020-04-24.pdf), le document de reprise des activités en endoscopie a été élaboré dans un souci de maintenir la santé de la population et d'éviter les détériorations de patients atteints ou non de la COVID-19 en reprenant les activités de façon graduelle et structurée. Également, afin d'assurer la mise en place des mesures appropriées de prévention des infections et d'organisation des services, le guide de reprise des activités transmis le 4 mai soit être consulté

La priorisation des activités endoscopiques à réaliser et le niveau de reprise des activités à mettre en place doivent être évalués par le comité de coordination décisionnel mis en place dans les établissements/installations par suite de la directive transmise par M. Yvan Gendron le 24 avril 2020. Les mesures appropriées de prévention des infections et d'organisation des services doivent être en concordance avec le guide de reprise des activités disponible au https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/COVID19_Guide-reprise-activites-specialisees_2020-05-04.pdf.

Il est proposé que lors du passage d'un niveau d'activités à l'autre, une évaluation minimale du niveau d'activités devrait être faite pour permettre une analyse et une mesure de l'effet du changement sur les cas en attente et de réévaluer le risque clinique du délestage chez le patient versus le risque de réalisation de l'intervention en situation de COVID-19. Les listes d'attente devraient faire l'objet d'un processus dynamique de réévaluation en tenant compte de la symptomatologie, des résultats de laboratoires, des examens d'imagerie, etc.

Notes :

1. Tous les cas, peu importe les types d'interventions endoscopiques, doivent faire l'objet d'une évaluation clinique au cas par cas, selon l'urgence de l'intervention à réaliser. Tout patient dont l'état clinique change doit faire l'objet d'une réévaluation le cas échéant. Les exemples et délais dans ce document se veulent un guide et non une liste exhaustive ou prescription. Si une alternative à l'examen endoscopique délesté est disponible, cette possibilité doit être évaluée par le comité local d'endoscopie en fonction de la capacité de procéder à l'examen alternatif dans l'autre secteur de l'hôpital;

2. La majorité des examens d'endoscopie respiratoire est faite sur une base urgente/semi urgente. Dans le tableau aux pages suivantes, certains délais sont similaires pour des niveaux différents. Toutefois, c'est la gradation des niveaux qui servira à prioriser les examens.

ACTIVITÉS EN ENDOSCOPIE (SECTEUR DE LA PNEUMOLOGIE) DANS LE CONTEXTE DE LA COVID-19					
Niveau d'activités	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai optimal**	**Délai maximal**	**Précisions**
4. **Circulation active du virus de niveau d'alerte maximale** **15 % de l'activité régulière** **Pénurie identifiée de :** • **< 30 % des ressources humaines** • **Disponibilité d'ÉPI** • **Lits d'hospitalisation** • **Médicaments**	**Bronchoscopie** Pour les cas posant une menace imminente à la vie	• Hémoptysie active importante, corps étrangers, atélectasie sur bouchon muqueux, sténose trachéale sévère, migration ou obstruction d'endoprothèse	≤ 1 jour	≤ 1 jour	Lors des procédures générant des aérosols, se référer aux recommandations de l'INSQ : COVID-19 : Interventions médicales générant des aérosols.
	Modifiant la prise en charge du patient hospitalisé stable	• Suspicion de pneumonite médicamenteuse • Suspicion de pneumonie opportuniste • Suspicion de pneumonite inflammatoire (ou auto-immune) pour laquelle une thérapie immunosuppressive sera commencée rapidement • Sténose bronchique symptomatique avec pneumonie post-obstructive • Suspicion de tuberculose • Lavage pulmonaire pour protéinose alvéolaire	≤ 1 jour	≤ 5 jours	
	Bronchoscopie et échographie endobronchique Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé dans la prochaine semaine.	• Cancer pulmonaire de stade III et moins • Suspicion de lymphome	≤ 1 sem	≤ 2 sem	La prise en charge oncologique urgente doit attendre la résolution et le retrait de l'isolement du patient avec la COVID-19 + ou suspectée.

Niveau d'activités	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
3 **Circulation active du virus** **Reprise graduelle des activités** **<u>30 à 40 % du volume d'activités régulières</u>** **<u>Prérequis</u>** **À l'atteinte de :** • **70-75 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)**	**<u>Bronchoscopie</u>** Pour les cas posant une menace imminente à la vie	• Hémoptysie active importante, corps étrangers, atélectasie sur bouchon muqueux, sténose trachéale sévère, migration ou obstruction d'endoprothèse	≤ 1 jour	≤ 1 jour	Lors des procédures générant des aérosols, se référer aux recommandations de l'INSQ : COVID-19 : Interventions médicales générant des aérosols. Effectuer les examens en se référant Guide de reprise des activités.
	Modifiant la prise en charge du patient hospitalisé stable	• Suspicion pneumonite médicamenteuse • Suspicion de pneumonie opportuniste • Suspicion de pneumonite inflammatoire (ou auto-immune) pour laquelle une thérapie immunosuppressive sera commencée rapidement • Sténose bronchique symptomatique avec pneumonie post-obstructive • Suspicion de tuberculose • Lavage pulmonaire pour protéinose alvéolaire	≤ 1 jour	≤ 5 jours	
	<u>Bronchoscopie et échographie endobronchique</u> Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé dans la prochaine semaine.	• Cancer pulmonaire de stade III et moins • Suspicion de lymphome	≤ 1 sem	≤ 2 sem	La prise en charge oncologique urgente doit attendre la résolution et le retrait de l'isolement du patient avec la COVID-19 + ou suspectée.

Niveau d'activités	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
3 **Circulation active du virus** **Reprise graduelle des activités** **<u>30 à 40 % du volume d'activités régulières</u>** **<u>Prérequis</u>** **À l'atteinte de :** • **70-75 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)**	**<u>Bronchoscopie et échographie endobronchique</u>** Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé en investigation sans traitement prévu dans la prochaine semaine	• Cancer pulmonaire de stade III et moins	≤ 1 sem	≤ 2 sem	En phase 3 ou plus, l'investigation diagnostique du cancer pulmonaire devrait être faite seulement si un traitement est envisagé. Ceci peut être reconsidéré selon le degré de transmission communautaire. Lors des procédures générant des aérosols, se référer aux recommandations de l'INSQ : COVID-19 : Interventions médicales générant des aérosols. Effectuer les examens en se référant Guide de reprise des activités.
	Pour diagnostic du cancer de stade avancé	• Cancer pulmonaire métastatique	≤ 2 sem	≤ 1 mois	

Niveau d'activités	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
2 **Transmission communautaire : Nombre de cas en diminution; Reprise graduelle des activités.** **40 à 70 % du volume d'activités régulières** **Prérequis** **À l'atteinte de :** • **80-85 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	**Bronchoscopie** Pour les cas posant une menace imminente à la vie	• Hémoptysie active importante, corps étrangers, atélectasie sur bouchon muqueux, sténose trachéale sévère, migration ou obstruction d'endoprothèse	≤ 1 jour	≤ 1 jour	Lors des procédures générant des aérosols, se référer aux recommandations de l'INSQ : COVID-19 : Interventions médicales générant des aérosols. Effectuer les examens en se référant Guide de reprise des activités.
	Modifiant la prise en charge du patient hospitalisé stable	• Suspicion pneumonite médicamenteuse • Suspicion de pneumonie opportuniste • Suspicion de pneumonite inflammatoire (ou auto-immune) pour laquelle une thérapie immunosuppressive sera commencée rapidement • Sténose bronchique symptomatique avec pneumonie post-obstructive • Suspicion de tuberculose • Lavage pulmonaire pour protéinose alvéolaire	≤ 1 jour	≤ 5 jours	
	Bronchoscopie et échographie endobronchique Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé dans la prochaine semaine.	• Cancer pulmonaire de stade III et moins • Suspicion de lymphome	≤ 1 sem	≤ 2 sem	La prise en charge oncologique urgente doit attendre la résolution et le retrait de l'isolement du patient avec la COVID-19 + ou suspectée.

Niveau d'activités	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
2 **Transmission communautaire : Nombre de cas en diminution; Reprise graduelle des activités.** **<u>40 à 70 % du volume d'activités régulières</u>** **<u>Prérequis</u>** **À l'atteinte de :** • **80-85 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Bronchoscopie et échographie endobronchique</u>** Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé en investigation sans traitement prévu dans la prochaine semaine	• Cancer pulmonaire de stade III et moins	≤ 1 sem	≤ 2 sem	
	Pour diagnostic du cancer de stade avancé	• Cancer pulmonaire métastatique	≤ 2 sem	≤ 1 mois	

Niveau d'activités	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
2 **Transmission communautaire : Nombre de cas en diminution; Reprise graduelle des activités.** **<u>40 à 70 % du volume d'activités régulières</u>** **<u>Prérequis</u>** **À l'atteinte de :** • **80-85 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Bronchoscopie</u>** Ayant le potentiel de changer la prise en charge du patient ambulatoire stable	• Fibrose pulmonaire non sévère nécessitant une bronchoscopie dans le diagnostic différentiel de sa pathologie • Évaluation pour possibilité de sarcoïdose sans risque de lymphome • Établir le diagnostic de mycobactérie non tuberculeuse si une tuberculose n'est pas suspectée • Investigation pour toux chronique et recherche de bronchite éosinophilique	≤ 2 sem	≤ 1 mois	

Niveau d'activités	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
1 **Transmission communautaire limitée** **Reprise de la majorité des activités** **Plus de 70 % du volume d'activités régulières** **Prérequis** **À l'atteinte de :** • **> 90 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	**Bronchoscopie** Pour les cas posant une menace imminente à la vie	• Hémoptysie active importante, corps étrangers, atélectasie sur bouchon muqueux, sténose trachéale sévère, migration ou obstruction d'endoprothèse	≤ 1 jour	≤ 1 jour	Lors des procédures générant des aérosols, se référer aux recommandations de l'INSQ : COVID-19 : Interventions médicales générant des aérosols. Effectuer les examens en se référant Guide de reprise des activités.
	Modifiant la prise en charge du patient hospitalisé stable	• Suspicion pneumonite médicamenteuse • Suspicion de pneumonie opportuniste • Suspicion de pneumonite inflammatoire (ou auto-immune) pour laquelle une thérapie immunosuppressive sera commencée rapidement • Sténose bronchique symptomatique avec pneumonie post-obstructive • Suspicion de tuberculose • Lavage pulmonaire pour protéinose alvéolaire	≤ 1 jour	≤ 5 jours	
	Bronchoscopie et échographie endobronchique Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé dans la prochaine semaine.	• Cancer pulmonaire de stade III et moins • Suspicion de lymphome	≤ 1 sem	≤ 2 sem	La prise en charge oncologique urgente doit attendre la résolution et le retrait de l'isolement du patient avec la COVID-19 + ou suspectée.

Niveau d'activités	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
1 **Transmission communautaire limitée** **Reprise de la majorité des activités** **Plus de 70 % du volume d'activités régulières** **Prérequis** **À l'atteinte de :** • **> 90 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	**Bronchoscopie et échographie endobronchique** Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé en investigation sans traitement prévu dans la prochaine semaine	• Cancer pulmonaire de stade III et moins	≤ 1 sem	≤ 2 sem	
	Pour diagnostic du cancer de stade avancé	• Cancer pulmonaire métastatique	≤ 2 sem	≤ 1 mois	

Niveau d'activités	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
1 **Transmission communautaire limitée** **Reprise de la majorité des activités** **<u>Plus de 70 % du volume d'activités régulières</u>** **<u>Prérequis</u>** **À l'atteinte de :** • **> 90 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Bronchoscopie</u>** Ayant le potentiel de changer la prise en charge du patient ambulatoire stable	• Fibrose pulmonaire non sévère nécessitant une bronchoscopie dans le diagnostic différentiel de sa pathologie • Évaluation pour possibilité de sarcoïdose sans risque de lymphome • Établir le diagnostic de mycobactérie non tuberculeuse si une tuberculose n'est pas suspectée • Investigation pour toux chronique et recherche de bronchite éosinophilique	≤ 2 sem	≤ 1 mois	
	<u>Bronchoscopie</u> Bronchoscopie pour suivi des pathologies bénignes chez les patients asymptomatiques	• Papillomatose trachéale • Sténose trachéale ou bronchique légère sans pneumonie obstructive et avec symptômes légers ou asymptomatique • Évaluation pour possible trachéomalacie ou trachéo-bronchomalacie • Thermoplastie bronchique et autre traitement endoscopique de maladie obstructive chronique	≤ 3 mois	≤ 6 mois	

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce document :

Dr Antoine Delage, pneumologue, Hôpital Charles-Le Moyne, président de l'Association des pneumologues de la province de Québec

Dr Marc Fortin, pneumologue, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Dre Anne Valérie Gonzalez, pneumologue, Centre universitaire de santé McGill

Dr Frédéric McGovern Murphy, pneumologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dr Thomas Vandermoortele, pneumologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, Programme québécois de cancérologie (PQC), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Mme Chantale Dumont, conseillère, PQC, MSSS

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la reprise des activités en endoscopie (secteur de l'urologie) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19

Recommandations en date du 21 mai 2020.

Considérant la situation d'urgence sanitaire déclarée au Québec le 13 mars dernier, voici des recommandations quant aux activités de reprise en endoscopie urologique.

En concordance avec le plan provincial de reprise graduelle des activités spécialisées délestées (https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/PJ3_Plan-provincial-reprise-activites_2020-04-24.pdf), le document de reprise des activités en endoscopie a été élaboré dans un souci de maintenir la santé de la population et d'éviter les détériorations de patients atteints ou non de la COVID-19 en reprenant les activités de façon graduelle et structurée. Également, afin d'assurer la mise en place des mesures appropriées de prévention des infections et d'organisation des services, le guide de reprise des activités transmis le 4 mai soit être consulté

La priorisation des activités endoscopiques à réaliser et le niveau de reprise des activités à mettre en place doivent être évalués par le comité de coordination décisionnel mis en place dans les établissements/installations par suite de la directive transmise par M. Yvan Gendron le 24 avril 2020. Les mesures appropriées de prévention des infections et d'organisation des services doivent être en concordance avec le guide de reprise des activités disponible au https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/COVID19_Guide-reprise-activites-specialisees_2020-05-04.pdf.

Il est proposé que lors du passage d'un niveau d'activités à l'autre, une évaluation minimale du niveau d'activités devrait être faite pour permettre une analyse et une mesure de l'effet du changement sur les cas en attente et de réévaluer le risque clinique du délestage chez le patient versus le risque de réalisation de l'intervention en situation de COVID-19. Les listes d'attente devraient faire l'objet d'un processus dynamique de réévaluation en tenant compte de la symptomatologie, des résultats de laboratoires, des examens d'imagerie, etc.

Note :

Tous les cas, peu importe les types d'interventions endoscopiques, doivent faire l'objet d'une évaluation clinique au cas par cas, selon l'urgence de l'intervention à réaliser. Tout patient dont l'état clinique change doit faire l'objet d'une réévaluation le cas échéant. Les exemples et délais dans ce document se veulent un guide et non une liste exhaustive ou prescription. Si une alternative à l'examen endoscopique délesté est disponible, cette possibilité doit être évaluée par le comité local d'endoscopie en fonction de la capacité de procéder à l'examen alternatif dans l'autre secteur de l'hôpital.

ENDOSCOPIE UROLOGIQUE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020						
Niveau d'activités	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai optimal**	**Délai maximal**	**Recommandations en date du 15 mai 2020**	**Précisions**
4. **Circulation active du virus de niveau d'alerte maximale** **<u>15 % de l'activité régulière</u>** **Pénurie identifiée de :** • **<u>< 30 % des ressources humaines</u>** • **Disponibilité d'ÉPI** • **Lits d'hospitalisation** • **Médicaments**	CYSTOSCOPIE Manipulations endo-urologique urgentes	• Calcul urétéral symptomatique non soulageable • Calcul urétéral avec insuffisance rénale aiguë • Calcul urétéral infecté • Calcul urétéral sur rein unique • Rétention urinaire avec incapacité d'installer une sonde urinaire	< 24 heures	< 24 heures	Les cas nécessitant une manipulation endo-urologique considérée urgente devraient être maintenus pour tous les patients en zone et avec protection appropriée.	Lors de la reprise des activités, le délai depuis la dernière cystoscopie sera à considérer pour la priorisation.
		• Suspicion de tumeur vésicale à l'imagerie • Hématurie macroscopique	< 1 mois	< 1 mois		
	Suivi de cancer de vessie	• Tumeurs de haut risque suivi pour la première année après la dernière résection aux 3 mois et étendre aux 6 mois pour la deuxième année • Tumeurs de risque intermédiaire évaluées au cas par cas (considérer la première année du suivi)	< 1 mois	< 1 mois		
		• Tumeurs de risque faible évaluées au cas par cas	< 2 mois	< 2 mois		
	ÉTUDE URODYNAMIQUE ET VIDÉO-URODYNAMIQUE	Délestée				
	BIOPSIE PROSTATIQUE ÉCHOGUIDÉE	Tumeurs présumées agressives • cT3 au TR • APS supérieur ou égal à 20 • Suspicion de métastases	< 1 mois	< 1 mois		Pour les suspicions de métastases : selon l'état clinique permettant un traitement adjuvant à l'hormonothérapie initiale.

ENDOSCOPIE UROLOGIQUE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020						
Niveau d'activités	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai optimal**	**Délai maximal**	**Recommandations en date du 15 mai 2020**	**Précisions**
3 **Circulation active du virus** **Reprise graduelle des activités** **<u>30 à 40 % du volume d'activités régulières</u>** **<u>Prérequis</u>** **À l'atteinte de :** • **70-75 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)**	CYSTOSCOPIE Manipulations endo-urologique urgentes	• Calcul urétéral symptomatique non soulageable • Calcul urétéral avec insuffisance rénale aiguë • Calcul urétéral infecté • Calcul urétéral sur rein unique • Rétention urinaire avec incapacité d'installer une sonde urinaire	< 24 heures	< 24 heures	Effectuer les examens en se référant Guide de reprise des activités.	Lors de la reprise des activités, le délai depuis la dernière cystoscopie sera à considérer pour la priorisation
		• Suspicion de tumeur vésicale à l'imagerie • Hématurie macroscopique	< 1 mois	< 1 mois		
		• L'hématurie microscopique avec symptômes de remplissage	< 1 mois	< 2 mois		
	Suivi de cancer de vessie	• Tumeurs de haut risque suivi pour la première année après la dernière résecti aux 3 mois et étendre aux 6 mois pour la deuxième année • Tumeurs de risque intermédiaire évaluées au cas par cas (considérer la première année du suivi)	< 1 mois	< 1 mois		
		• Tumeurs de risque faible reprendre seulement 1ere cystoscopie de suivi à 3 mois	< 2 mois	< 2 mois		
	ÉTUDE URODYNAMIQUE ET VIDÉO-URODYNAMIQUE	Délestée				
	BIOPSIE PROSTATIQUE ÉCHOGUIDÉE	Tumeurs présumées agressives • cT3 au TR • APS supérieur ou égal à 20 • Suspicion de métastases • cT2 et APS < 20, si moins de 75 ans Pirads 4 et 5 à l'IRM	< 1 mois	< 2 mois		Pour les suspicions de métastases: selon l'état clinique permettant un traitement adjuvant à l'hormonothérapie initiale.

ENDOSCOPIE UROLOGIQUE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020						
Niveau d'activités	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai optimal**	**Délai maximal**	**Recommandations en date du 15 mai 2020**	**Précisions**
2 **Transmission communautaire : Nombre de cas en diminution** **Reprise graduelle des activités** **<u>40 à 70% du volume d'activités régulières</u>** **<u>Prérequis</u>** **À l'atteinte de :** • **80-85 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	CYSTOSCOPIE Manipulations endo-urologique urgentes	• Calcul urétéral symptomatique non soulageable • Calcul urétéral avec insuffisance rénale aiguë • Calcul urétéral infecté • Calcul urétéral sur rein unique • Rétention urinaire avec incapacité d'installer une sonde urinaire	< 24 heures	< 24 heures	Effectuer les examens en se référant Guide de reprise des activités.	Lors de la reprise des activités, le délai depuis la dernière cystoscopie sera à considérer pour la priorisation.
		• Suspicion de tumeur vésicale à l'imagerie • Hématurie macroscopique	< 1 mois	< 1 mois		
		• L'hématurie microscopique avec symptômes de remplissage	< 1 mois	< 2 mois		
		• Hématurie microscopique asymptomatique	< 3 mois	< 6 mois		
	Suivi de cancer de vessie	• Tumeurs de haut risque suivi pour la première année après la dernière résection aux 3 mois et étendre aux 6 mois pour la deuxième année • Tumeurs de risque intermédiaire évaluées au cas par cas (considérer la première année du suivi)	< 1 mois	< 1 mois		

		• Tumeurs de risque faible • Suivi tumeur haut grade usuel aux 3 mois pour 2 ans, aux 6 mois pour 2 ans et annuel • Suivi tumeur intermédiaire aux 3 mois pour 2 ans, aux 6 mois pour 2 ans et annuel	< 2 mois	< 2 mois		
	ÉTUDE URODYNAMIQUE ET VIDÉO-URODYNAMIQUE	Délestée				
	BIOPSIE PROSTATIQUE ÉCHOGUIDÉE	Tumeurs présumées agressives • cT3 au TR • APS supérieur ou égal à 20 • Suspicion de métastases • cT2 et APS < 20, si moins de 75 ans Pirads 4 et 5 à l'IRM	< 1 mois	< 2 mois		
		• Biopsie de confirmation pour surveillance active • APS < 10 avec TR normal	< 2 mois	< 6 mois		

ENDOSCOPIE UROLOGIQUE EN PÉRIODE DE LA PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020						
Niveau d'activités	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai optimal**	**Délai maximal**	**Recommandations en date du 15 mai 2020**	**Précisions**
1 **Transmission communautaire limitée :** **Reprise de la majorité des activités** **<u>Plus de 70% du volume d'activités régulières</u>** **<u>Prérequis</u>** **À l'atteinte de :** • **> 90 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	CYSTOSCOPIE Manipulations endo-urologique urgentes	• Calcul urétéral symptomatique non soulageable • Calcul urétéral avec insuffisance rénale aiguë • Calcul urétéral infecté • Calcul urétéral sur rein unique • Rétention urinaire avec incapacité d'installer une sonde urinaire	< 24 heures	< 24 heures	Effectuer les examens en se référant Guide de reprise des activités.	Lors de la reprise des activités, le délai depuis la dernière cystoscopie sera à considérer pour la priorisation.
		• Suspicion de tumeur vésicale à l'imagerie • Hématurie macroscopique	< 1 mois	< 1 mois		
		• L'hématurie microscopique avec symptômes de remplissage	< 1 mois	< 2 mois		
		• Hématurie microscopique asymptomatique	< 3 mois	< 6 mois		
	Suivi de cancer de vessie	• Tumeurs de haut risque suivi pour la première année après la dernière résection aux 3 mois et étendre aux 6 mois pour la deuxième année • Tumeurs de risque intermédiaire évaluées au cas par cas (considérer la première année du suivi)	< 1 mois	< 1 mois		
		• Tumeurs de risque faible • Suivi tumeur haut grade usuel aux 3 mois pour 2 ans, aux 6 mois pour 2 ans et annuel • Suivi tumeur intermédiaire aux 3 mois pour 2 ans, aux 6 mois pour 2 ans et annuel	< 2 mois	< 2 mois		

	ÉTUDE URODYNAMIQUE ET VIDÉO-URODYNAMIQUE	Délestée				
	BIOPSIE PROSTATIQUE ÉCHOGUIDÉE	Tumeurs présumées agressives • cT3 au TR • APS supérieur ou égal à 20 • Suspicion de métastases • cT2 et APS < 20, si moins de 75 ans Pirads 4 et 5 à l'IRM	< 1 mois	< 2 mois		
		• Biopsie de confirmation pour surveillance active • APS < 10 avec TR normal	< 2 mois	< 6 mois		
		• Biopsie de suivi pour les patients sous surveillance active			Reporter si APS stable et TR N	

ENDOSCOPIE UROLOGIQUE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020						
Niveau d'activités	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai optimal**	**Délai maximal**	**Recommandations en date du 15 mai 2020**	**Précisions**
0 **Les mesures de distanciation sociales sont levées**	CYSTOSCOPIE Manipulations endo-urologique urgentes	• Calcul urétéral symptomatique non soulageable • Calcul urétéral avec insuffisance rénale aiguë • Calcul urétéral infecté • Calcul urétéral sur rein unique • Rétention urinaire avec incapacité d'installer une sonde urinaire	< 24 heures < 1 mois	< 24 heures < 1 mois	Effectuer les examens en se référant Guide de reprise des activités.	
		• Suspicion de tumeur vésicale à l'imagerie • Hématurie macroscopique				
		• L'hématurie microscopique avec symptômes de remplissage	< 1 mois	< 2 mois		
		• Hématurie microscopique asymptomatique	< 3 mois	< 6 mois		
		• Incontinence urinaire • SBAU réfractaire sans rétention • Infection urinaire • Autres pathologies non urgentes	< 6 mois	< 12 mois	Reporter si cliniquement stable	
	Suivi de cancer de vessie	• Tumeurs de haut risque suivi pour la première année après la dernière résection aux 3 mois et étendre aux 6 mois pour la deuxième année • Tumeurs de risque intermédiaire évaluées au cas par cas (considérer la première année du suivi)	< 1 mois	< 1 mois		

		• Tumeurs de risque faible • Suivi tumeur haut grade usuel aux 3 mois pour 2 ans, aux 6 mois pour 2 ans et annuel • Suivi tumeur intermédiaire aux 3 mois pour 2 ans, aux 6 mois pour 2 ans et annuel	< 2 mois	< 2 mois		
	ÉTUDE URODYNAMIQUE ET VIDÉO-URODYNAMIQUE	Reprise complète				
	BIOPSIE PROSTATIQUE ÉCHOGUIDÉE	Tumeurs présumées agressives • cT3 au TR • APS supérieur ou égal à 20 • Suspicion de métastases • cT2 et APS < 20, si moins de 75 ans Pirads 4 et 5 à l'IRM	< 1 mois	< 2 mois		
		• Biopsie de confirmation pour surveillance active • APS < 10 avec TR normal	< 2 mois	< 6 mois		
		• Biopsie de suivi pour les patients sous surveillance active			Reporter si APS stable et TR N	
		• Les échographies prostatiques seules sans biopsie peuvent être considérées				
	Autres	• Les pyélographie rétrogrades, le botox intra-vésical et les cystostomies électives peuvent être considérées				

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce document :

Dr Mathieu Bettez, urologue, CISSS de Laval

Dr Gaëtan Duchesnay, urologue, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et du Centre hospitalier affilié universitaire régional

Dr Steven P. Lapointe, urologue, CISSS de Laval et président de l'Association des urologues du Québec

Mme Chantale Dumont, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, PQC, MSSS

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations du Comité national de cancérologie pédiatrique en contexte de la pandémie de la COVID-19 – Retour à l'école en mai 2020

Recommandations en date du 21 mai 2020.

* Ce document sera mis à jour au besoin et à mesure que la situation évoluera. *

Mise en contexte

Bien que l'infection à la COVID-19 semble atteindre la population pédiatrique de façon beaucoup moins sévère que celle plus âgée, le retour à l'école occasionne beaucoup d'incertitudes pour les parents. Ces questionnements sont d'autant plus présents pour la clientèle ayant une condition médicale déjà existante, notamment les patients atteints de cancer ou autres troubles hématologiques non malins qui nécessitent des traitements pouvant affecter le système immunitaire.

Étant donné la fragilité connue de cette clientèle face aux infections, il semble primordial d'établir certaines règles et recommandations propres à cette population afin de guider les parents dans cette première étape de déconfinement pour la population québécoise. Il demeure important de considérer la nature évolutive de ces recommandations selon les observations qui se feront au cours des premières semaines de retour à l'école.

Les recommandations du comité en trois catégories de patients

1. **Patients en traitements actifs pour lesquels il n'était pas recommandé de fréquenter l'école avant la période de pandémie**

   Le comité recommande que ces patients ainsi que leur fratrie ne fréquentent pas l'école pour la fin de l'année scolaire 2019-2020. Il est aussi fortement encouragé que les parents de ces enfants puissent faire du télétravail durant cette période. Si cela n'est pas possible, les mesures mises en place par l'employeur du parent devront respecter en tout point l'ensemble des recommandations de la Direction de la santé publique.

2. **Patients en traitements actifs ou en suivi post-traitements qui étaient autorisés à fréquenter l'école avant la période de pandémie**

   Certains patients pédiatriques en cours de traitements étaient autorisés à fréquenter l'école avant la période de pandémie étant donné leur statut immunitaire les rendant peu à risque d'une complication liée à une infection virale ou autre. Il en était de même pour les patients en suivi post fin de traitements. De plus, les données médicales actuelles concernant une infection à la COVID-19 chez cette clientèle ne permettent pas d'affirmer que celle-ci est plus à risque de complications liées à la COVID-19. Il n'est donc pas contre-indiqué pour ces patients de fréquenter l'école pour la fin de l'année 2019-2020.

   Toutefois, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec n'oblige pas les élèves à faire un retour en classe pour cette période et il favorise les processus de scolarisation virtuelle. Le choix de maintenir l'école à la maison demeure donc celui des parents pour cette catégorie de patients ainsi que pour leur fratrie.

3. **Les patients sous traitement de radiothérapie**

   Étant donné l'environnement de soins particuliers des patients sous traitement de radiothérapie et les risques liés à la contamination de cet environnement pour la clientèle et les intervenants, le comité recommande que les patients en cours de traitements de radiothérapie ainsi que leur fratrie ne fréquentent pas l'école d'ici la fin de l'année 2019-2020. Il est aussi fortement encouragé que les parents de ces enfants puissent faire du télétravail durant cette période. Si cela n'est pas possible, les mesures mises en place par l'employeur du parent devront respecter en tout point l'ensemble des recommandations de la Direction de la santé publique.

À la suite du retour à l'école et aux premières observations qui seront faites, le comité prévoit une révision de ces recommandations à la fin du mois de juin prochain (ou avant si nécessaire), et ce, afin de s'adapter à l'évolution de la situation vécue.

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce document :

Mme Marie-Claude Charette, cogestionnaire clinico-administrative du programme de cancérologie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine)

Dr Michel Duval, hématologue-oncologue, cogestionnaire médical du programme de cancérologie, CHU Sainte-Justine

Dr Bruce Tapiero, pédiatre-infectiologue, CHU Sainte-Justine

Dre Anne-Marie Charpentier, radio-oncologue, Centre hospitalier de l'Université 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, CHU 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 universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Mme Josée Dion, coordonnatrice du service de cancérologie, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Dr Jean-Benoît Bouchard, pédiatre-oncologue, CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean

Mme Valérie Faucher, coordonnatrice en cancérologie, soins palliatifs et de fin de vie, CRDS et GACO, CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean

Dr Jean Latreille, directeur national, Programme québécois de cancérologie (PQC), MSSS

Mme Josée Beaudet, conseillère en soins infirmiers en cancérologie, PQC, MSSS

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 21 mai 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,

Le 14 avril dernier, vous avez été informés des services jugés essentiels dans le cadre du programme-services Jeunes en difficulté (JED), dans le contexte de la pandémie de la maladie à coronavirus, dont les services en protection de la jeunesse. Certains autres services du programme-services JED pouvaient alors être délestés afin que les ressources puissent prêter main-forte à ces secteurs. Ainsi, plusieurs intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ont été affectés aux services de la protection de la jeunesse. Ce soutien supplémentaire fut grandement bénéfique et a contribué à la diminution importante des listes d'attente.

Avec la reprise graduelle des activités annoncées par le gouvernement du Québec, dont le retour des enfants en milieu scolaire et en services de garde pour certaines régions, il est souhaité que les ressources professionnelles affectées temporairement aux services de la protection de la jeunesse y poursuivent leur travail pour une période supplémentaire, soit jusqu'au 7 juin 2020 inclusivement. Cette période permettra, entre autres, aux intervenants de compléter les suivis requis auprès des enfants et de leur famille ou de réaliser des transferts personnalisés.

En vue de la reprise complète des activités des services du programme-services JED, nous vous demandons de planifier activement les mesures nécessaires afin de rehausser et de coordonner les services offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille.

... 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 est notamment attendu que vous souteniez vos directions de la protection de la jeunesse (DPJ) de la façon suivante :

1) Identifier, à partir de la liste d'attente actuelle à l'évaluation, chaque famille qui doit recevoir des services de première ligne du programme-services JED, afin qu'elle puisse y avoir accès de façon prioritaire, sans attendre le début de l'évaluation de la DPJ.

2) Rehausser, dans le respect des cadres légaux applicables (Loi sur les services de santé et les services sociaux [RLRQ, chapitre S-4.2] et Loi sur la protection de la jeunesse [RLRQ, chapitre P-34.1]), votre programme de crise et de suivi intensif (ex. programme Crise-Ado-Famille-Enfance) afin d'intervenir de façon rapide et soutenue dans les situations qui le justifient, en étroite collaboration avec l'équipe de la DPJ, sans attendre la fin de l'évaluation.

3) Poursuivre les interventions des services de première ligne auprès de la famille à la suite de la réception d'un signalement, et ce, jusqu'au terme de l'évaluation de la situation de l'enfant concerné. Cette pratique assurera une réponse optimale aux besoins de l'enfant et évitera qu'un bris de services ne survienne dans le cas où le dossier serait finalement fermé en protection de la jeunesse.

Nous comptons sur votre collaboration pour mettre en place les précédentes mesures afin d'assurer une gestion rigoureuse de la liste d'attente en protection de la jeunesse, et ce, dans la perspective d'un éventuel financement pour l'ajout de ressources humaines.

Pour toute question, nous vous invitons à communiquer avec madame Pascale Lemay, directrice générale adjointe des services à la famille, à l'enfance et à la jeunesse, par téléphone au 418 266-6840 ou par courriel à pascale.lemay@msss.gouv.qc.ca.

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-03823-17

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec
Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 21 mai 2020

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

AUX COORDONNATRICES ET COORDONNATEURS MÉDICAUX À LA RÉAFFECTATION ET AUX CHEFS DES DÉPARTEMENTS RÉGIONAUX DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Mesdames,
Messieurs,

Cette lettre remplace celle transmise sur le même sujet plus tôt aujourd'hui par madame Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe aux affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques.

Comme vous le savez certainement, la situation de la couverture médicale, dans le contexte de la crise sanitaire que nous traversons, est en perpétuelle évolution. En conséquence, les besoins s'ajustent à la réalité du réseau de la santé et des services sociaux.

Le Comité national de réaffectation des effectifs médicaux (CNREM) a été mis en place au début de la pandémie pour assurer une coordination au niveau national des réaffectations médicales. Nous assurons un suivi régulier avec les équipes dans chaque région. À cette étape de l'évolution de la situation en lien avec la pandémie, nous croyons important de préciser les éléments suivants :

1. Le CNREM doit être informé des réaffectations réalisées, par le biais du tableau complété quotidiennement par vos coordonnateurs. Soulignons que ce comité a le mandat de faciliter les réaffectations interrégionales. Les coordonnateurs médicaux et les chefs des départements régionaux de médecine générale doivent s'y référer pour toute question en lien avec la réaffectation.

... 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

2. La réaffectation médicale doit absolument se concentrer sur une réaffectation de couverture médicale. À cette étape-ci, nous décourageons les réaffectations de type humanitaire pour les médecins dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les résidences privées pour aînés (RPA) et les ressources intermédiaires (RI), en raison du contexte de fragilité de la couverture médicale dans ces installations, particulièrement avec la reprise des activités médicales. L'effort doit se concentrer seulement sur la couverture médicale.

3. Les médecins réaffectés à des tâches non médicales doivent être transférés, dans la mesure du possible, vers des réaffectations en tâches médicales.

4. Les priorités pour la couverture médicale dans les milieux de vie ont été établies pour pallier la fragilité des équipes médicales actuelles, la pénurie existante bien avant la pandémie et les importants besoins quant à la couverture médicale. Les sites suivants sont priorisés :

    a. Les CHSLD.
    b. Les RPA de niveau 3 et 4 ayant une éclosion, et ce, dans les zones attitrées aux personnes âgées non autonomes. Ceci est toutefois conditionnel à la présence d'un soutien infirmier en tout temps.
    c. Les soins à domicile pour les patients à domicile inscrits, en lien avec une couverture infirmière, notamment pour les RI.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

N/Réf. : 20-MS-03823-34

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 21 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

En suivi des travaux du *Comité spécial COVID-19 / Activités hospitalières spécialisées du territoire montréalais*, nous vous transmettons le scénario final retenu. Ce scénario entrera en fonction le **vendredi 5 juin 2020**.

D'ici là, les centres hospitaliers (CH) affichant présentement une occupation COVID-19 au-delà de leur scénario verront une diminution graduelle par attrition. Aucun transfert de patient admis COVID-19 positif ne sera effectué entre hôpitaux (les patients doivent finaliser leur épisode de soins), sauf si un patient avait besoin de soins ou services non disponibles dans l'installation. Le Centre d'optimisation occupation des lits de soins intensifs (COOLSI) pourrait être sollicité pour coordonner le nombre de patients aux urgences afin de faciliter l'atteinte des cibles fixées pour les installations.

Les établissements pour lesquels le nombre de lits COVID-19 est appelé à augmenter pour respecter le scénario devront s'assurer que ces lits soient disponibles dès le 5 juin. Nous comprenons que cette augmentation est graduelle et ainsi, la transmission des nouveaux lits disponibles doit être effectuée régulièrement afin de faciliter la coordination régionale des nouvelles admissions par le COOLSI.

... 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 pouvez transmettre les nouvelles capacités à madame Elizabeth Arpin de la Direction des services hospitaliers, à l'adresse elizabeth.arpin@msss.gouv.qc.ca.

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

p. j. Hospitalisation COVID_Région 06 Montréal_Scénario final_2020 05 14

c. c. Mme Diane Francoeur, FMSQ
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux de la région de Montréal
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-34

SCÉNARIO FINAL

Établissements	Installations	HOSPITALISATION SCÉNARIO FINAL	SOINS INTENSIFS SCÉNARIO FINAL
CHUM	CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	125	25
	Total Établissement	**125**	**25**
CIUSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	0	
	HÔPITAL DE LASALLE	40	4
	HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE	75	12
	Total Établissement	**115**	**16**
CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF	110	22
	Total Établissement	**110**	**22**
CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	HÔPITAL DE VERDUN	36	6
	HÔPITAL NOTRE-DAME	79	12
	Total Établissement	**115**	**18**
CIUSSS DU NORD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL	80	16
	HÔPITAL FLEURY	45	5
	HÔPITAL JEAN-TALON	0	
	Total Établissement	**125**	**21**
CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	90	18
	HÔPITAL SANTA CABRINI	45	7
	Total Établissement	**135**	**25**
CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL	HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL	70	11
	HÔPITAL ROYAL VICTORIA	50	10
	HÔPITAL DE LACHINE	0	
	Total Établissement	**120**	**21**
	Total Région	**845**	**148**

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 21 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous préciser que nous recommandons que les patients asymptomatiques et les accompagnateurs portent un masque artisanal ou couvre visage lors de toute consultation dans les milieux de soins (centres hospitaliers, cliniques ambulatoires, services diagnostiques, cabinets médicaux privés et groupes de médecine de famille), et ce, tant dans la région métropolitaine que dans le reste du Québec. Ceci est en cohérence avec la recommandation du port du couvre visage dans les lieux publics.

Cette recommandation ne vient pas en contradiction avec la recommandation du **port du masque de procédure pour les patients symptomatiques qui doit être maintenue**.

Nous vous remercions de transmettre ces directives et recommandations auprès de vos membres et partenaires.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
Membres du CODIR, MSSS
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-34

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 21 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Dans le contexte de l'assouplissement progressif des mesures de confinement établies par le gouvernement dans le contexte de la pandémie COVID-19, les directives pour les programmes-services en déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA) ont été mises à jour et remplacent celles du 11 mai dernier (réf. : 20-MS-03823-05).

Elles visent notamment l'autorisation de visites et de sorties des personnes ayant une déficience ou un TSA hébergées dans les milieux suivants :

- ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF);
- résidences à assistance continue (RAC);
- internats et foyers de groupe;
- 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).

Ainsi, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vous informe par la présente que, jusqu'à indication contraire, seront autorisés à compter d'aujourd'hui, les sorties suivantes :

- les sorties pour aller à l'école;
- les sorties pour aller travailler dans les secteurs autorisés par le gouvernement du Québec;
- les sorties à l'extérieur à proximité du milieu (ex. : marche), supervisées ou non, selon la condition ou la problématique de l'usager. En RI-RTF, la nécessité ou non de superviser ou d'accompagner l'usager lors d'une sortie à l'extérieur est déterminée selon l'instrument de détermination et de classification de chaque 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

- les congés temporaires dans le milieu familial ou autre milieu désigné dans le plan d'intervention de l'usager, avec ou sans nuitée.

À noter que si des besoins importants de services de soutien à domicile sont nécessaires lors d'un congé temporaire, 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 (lettre du 5 avril, 20-MS-02502-40).

Les visites d'un membre de la famille ou d'un proche sont maintenues à condition que cette personne comprenne les risques inhérents et s'engage à respecter les consignes recommandées par les autorités de santé publique de même que celles déterminées par les responsables des milieux de vie.

Pour les milieux de réadaptation en santé physique et en déficience physique, seules les visites d'un membre de la famille ou d'un proche sont permises, et ce, uniquement lorsque le séjour se prolonge au-delà de 14 jours et lorsque cette personne comprend les risques inhérents et s'engage à respecter les consignes recommandées par les autorités de santé publique de même que celles déterminées par les responsables des milieux de vie.

Enfin, il est autorisé de reprendre graduellement les activités de jour, les stages et les plateaux de travail dans les secteurs où la reprise a été autorisée par le gouvernement du Québec selon la capacité de l'établissement et des ressources en place.

Pour les activités contributives, telles que les plateaux de travail et les stages, les établissements de santé et de services sociaux doivent s'assurer que les consignes de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail dans le milieu de travail soient appliquées rigoureusement.

Considérant le facteur évolutif de la situation, ces directives seront révisées régulièrement.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. Membres du CODIR, MSSS
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-03823-37

2020-05-21

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.

Considérant le facteur évolutif des situations, les présentes consignes doivent être évaluées sur une base régulière et s'inscrivent en cohérence avec les objectifs sanitaires mis en place par le gouvernement du Québec.

Coronavirus (COVID-19)

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
Consignes relatives à l'aménagement des lieux 7
Consignes relatives à l'admission et à la prestation des services 7
Consignes relatives aux usagers rétablis de la covid-19 8
Coordination du transfert des usagers dépistés positifs à la COVID-19 8
Détermination du niveau de soins 10
Consignes pour les soins aigus, palliatifs et de fin de vie 11
Annexe 2 : Directives pour les milieux de réadaptation non désignés 12
Consignes générales 12
Consignes relatives à l'aménagement des lieux 13
Consignes cliniques 14
Coordination du transfert des usagers dépistés positifs à la COVID-19 14
Détermination du niveau de soins 15
Consignes pour les soins aigus, palliatifs et de fin de vie 16
Annexe 3 : Directives pour les milieux de réadaptation non désignés situés dans le même bâtiment qu'un CHSLD 18
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 19
Coordination du transfert des usagers dépistés positifs à la COVID-19 21
Détermination du niveau de soins 22

Consignes pour les soins aigus, palliatifs et de fin de vie 23

Annexe 4 : Directives pour les services externes de réadaptation 24

Annexe 5 : Activités essentielles en déficience physique (DP) 26

Annexe 6 : Activités essentielles en DI-TSA 35

Annexe 7 : Activités essentielles en santé physique (SP) 40

Annexe 8 : 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) 43

annexe 9 : 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 49

annexe 10 : Services de répit offerts hors du domicile pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme ainsi que pour les jeunes en difficulté 51

Annexe 11 : DIRECTIVES CONCERNANT LES SORTIES ET LES VISITES DES PERSONNES AYANT UNE DP, UNE DI OU UN TSA EN MILIEU D'HÉBERGEMENT 56

Annexe 12 : Formulaire d'engagement pour le visiteur d'un lieu de vie en contexte de pandémie de la COVID-19 64

Annexe 13 : Engagement and consent form for informal caregivers visiting relatives during the COVID-19 pandemic 65

Annexe 14 : Reprise des activités de jour pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme 66

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. Pour plus de détails sur la documentation développée par l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/publications

À noter que les stagiaires et les bénévoles de moins de 70 ans sans condition médicale à risque peuvent reprendre leurs activités dans le milieu en respectant les règles socio-sanitaires en vigueur.

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 (ex. : 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 et en respectant les 2 mètres de distanciation physique, 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 de la 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 pour tous les types de clientèles et faire les arrimages requis avec les équipes du soutien à domicile, en s'inspirant du modèle de congé précoce assisté du CH ou de l'URFI;
  - 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=

https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/zones-tampons/

Recommandations pour l'intervention :
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/

Transport :
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2949-travailleurs-transports-collectifs-covid19.pdf

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 21 mai 2020. Des mises à jour pourraient être faites selon l'évolution de la situation, si requises.

ANNEXE 1 : DIRECTIVES POUR LES MILIEUX DE RÉADAPTATION DÉSIGNÉS COVID-19

Le milieu de réadaptation régional désigné vise à regrouper les usagers confirmés 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 8 h à 22 h;
- 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.

CONSIGNES RELATIVES AUX USAGERS RÉTABLIS DE LA COVID-19

- Pour être considéré rétabli de la COVID-19, il doit y avoir :
  - Une 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 (sans prise d'antipyrétique);
  - Absence de symptômes aigus depuis 24 heures;
  - Un PCR négatif sur au moins deux échantillons respiratoires consécutifs prélevés à 24 heures d'intervalle après la résolution de la maladie aiguë.

- Si l'usager est rétabli de la COVID-19 et s'il présente des besoins résiduels de réadaptation :

  - Acheminer le dossier au mécanisme d'accès aux services de réadaptation de l'établissement pour orientation vers un milieu de réadaptation non désigné;

    Exception : si le milieu de réadaptation désigné dispose également d'une unité « froide » au sein du même bâtiment, un transfert vers celle-ci est favorisé afin de réduire les déplacements dans un autre milieu et d'éviter de repasser par le guichet.

    Dans cette optique, la durée de séjour résiduelle pour atteindre les objectifs du plan d'intervention doit être déterminée. Si celle-ci est plus complétée à plus de 75% et que l'établissement a la capacité de garder cette personne, il est préférable de compléter la période de réadaptation dans ce milieu plutôt que d'envisager un transfert vers un autre milieu. Autrement, le transfert vers un autre milieu de réadaptation sera nécessaire.

- Si l'usager rencontre les critères pour le rétablissement de la COVID-19 et s'il est en fin de séjour en milieu de réadaptation :

  - Selon l'orientation prévue au congé, se référer aux trajectoires en vigueur: https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/trajectoires-de-soins-et-services/

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 1 844 990-8084.

- **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 quotidiennement les informations requises directement dans le fichier *Smartsheet* par le biais du lien internet fourni à cet effet par le COOLSI. L'horaire de saisie est la suivante :
  - 8h et 16h en présence d'une grande variabilité quotidienne de la disponibilité des lits;
  - 8h ou 16h en présence d'une faible variabilité quotidienne de la disponibilité des lits;
- Les informations à saisir sont les suivantes :
  - Clientèle spécifique;
  - Capacité totale de lits pour les usagers confirmés positifs à la COVID-19;
  - Nombre de lits libres pour les usagers confirmés positifs à la COVID-19;
  - Nom et coordonnées téléphoniques joignables du coordonnateur ou du gestionnaire de garde;
  - Nom et coordonnées téléphoniques joignables du médecin de garde;
  - Commentaires ou message d'urgence.

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 requière;
- 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.
- Pour les usagers en soins palliatifs, 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 (voir annexe 3).

CONSIGNES GÉNÉRALES

- À 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 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.

- 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
- 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 1 844 990-8084.
- 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.

Pour connaitre les mesures de prévention de la COVID-19 dans les transports, se référer au lien suivant : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2949-travailleurs-transports-collectifs-covid19.pdf

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 requière;
- 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 les procédures qui sont en vigueur dans votre CISSS-CIUSSS.

[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

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.
- Pour les usagers en soins palliatifs, 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 symptomatique 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 mises 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.

[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)

- 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.
- 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 ÉPI.

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 1 844 990-8084.
- 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.

- Pour connaitre les mesures de prévention de la COVID-19 dans les transports, se référer au lien suivant : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2949-travailleurs-transports-collectifs-covid19.pdf

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 requière;
- 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 les 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.
- Pour les usagers en soins palliatifs, 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.)
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**
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 et aux stagiaires		X		Les stagiaires et les bénévoles de moins de 70 ans sans condition médicale à risque peuvent reprendre leurs activités dans le milieu en respectant les règles socio-sanitaires en vigueur.
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**:

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) — DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				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. 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.

Services en cliniques externes — DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
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.
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.

Services en cliniques externes — DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
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. 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

Services en cliniques externes — DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				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. 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.

Services en cliniques externes — DP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
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)
Soutien aux bénévoles et aux stagiaires		X		Les stagiaires et les bénévoles de moins de 70 ans sans condition médicale à risque peuvent reprendre leurs activités dans le milieu en respectant les règles socio-sanitaires en vigueur
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

Activités essentielles en DI-TSA				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				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.
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.

Activités essentielles en DI-TSA				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				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 : 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:**

Activités essentielles en DI-TSA				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
				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 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 essentielles en DI-TSA				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
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 et aux stagiaires		X		Les stagiaires et les bénévoles de moins de 70 ans sans condition médicale à risque peuvent reprendre leurs activités dans le milieu en respectant les règles socio-sanitaires en vigueur.

ANNEXE 7 : ACTIVITÉS ESSENTIELLES EN SANTÉ PHYSIQUE (SP)

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.

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et unité de réadaptation modérée — SP				
Activités	**Maintenir**	**Adapter**	**Suspendre**	**Consignes spécifiques**
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)
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.

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et unité de réadaptation modérée — SP

Activités	Maintenir	Adapter	Suspendre	Consignes spécifiques
Services spirituels		X	X	Privilégier l'intervention individuelle pour les usagers ayant une situation particulière. Suspendre les rassemblements de groupe.
Soutien aux bénévoles et stagiaires		X		Les stagiaires et les bénévoles de moins de 70 ans sans condition médicale à risque peuvent reprendre leurs activités dans le milieu en respectant les règles socio-sanitaires en vigueur.

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 : 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[4] 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[5]. 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.

[4] https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115_fre
[5] 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

	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.	profil d'usager pour les régions qui n'ont pas accès à une installation ou à suffisamment de places dans leur région. ▪ 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.	▪ 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

	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.	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).

ANNEXE 9 : 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.

ANNEXE 10 : SERVICES DE RÉPIT OFFERTS HORS DU DOMICILE POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE, UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME AINSI QUE POUR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ

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 (récente ou aggravée) 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.

À noter que la présente directive concerne les services de répit offerts hors du domicile pour 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 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. Il est également possible d'offrir une ou des nuitées.

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-reseaude-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[6] à un cas de la COVID-19 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.

[6] 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.
- **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 minimal 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 et pour connaître et appliquer les bonnes pratiques consulter le document COVID-19 : Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie.
- Aucun visiteur n'est admis au milieu de répit.
- 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.
- 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.
- Seules 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 ceux-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'il est en milieu de répit, il doit être retirée du milieu jusqu'à ce que les conditions de levée de l'isolement soient respectées (voir précédemment).
- Si l'usager développe des symptômes pendant la nuit, attendre le matin avant de contacter le répondant, sauf en présence de symptômes graves (ex : difficulté respiratoire grave, confusion, etc.). Dans ce dernier cas, contacter le 911.
- 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, ainsi que des gants si elle doit donner des soins;
    - une seule personne devra s'occuper de l'usager jusqu'à son départ;
    - l'hygiène des mains doit être respectée de façon rigoureuse ;
    - si possible, réserver une salle de bain pour l'usager symptomatique. Si ce n'est pas possible, d'assurer de désinfecter la salle de bain après chaque utilisation ;
    - s'assurer de ne pas partager les effets personnels ;
    - les repas devront être pris dans la chambre, autant que possible.
- 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.

ANNEXE 11 : DIRECTIVES CONCERNANT LES SORTIES ET LES VISITES DES PERSONNES AYANT UNE DP, UNE DI OU UN TSA EN MILIEU D'HÉBERGEMENT

Cette nouvelle directive s'inscrit dans le contexte de l'assouplissement progressif des mesures de confinement établies par le gouvernement dans le contexte de la pandémie COVID-19. En ce sens, et jusqu'à indication contraire, des visites et des sorties sont autorisées à compter du 21 mai 2020, à certaines conditions, afin de prévenir la propagation du virus et d'assurer la sécurité et l'intégrité des personnes et des milieux pour la clientèle des programmes-services en déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI), et trouble du spectre de l'autisme (TSA) hébergée dans les milieux suivants :

- RI et RTF;
- Résidences à assistance continue (RAC);
- Internats et foyers de groupe;
- 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).

Pour les jeunes ayant une DP, une DI ou un TSA hébergés qui sont sous la Loi sur la protection de la jeunesse, les directives du programme-services Jeunes en difficulté s'appliquent. Pour les personnes hébergées en centre d'hébergement de soins de longue durée, les directives du programme-services soutien à l'autonomie des personnes aînées s'appliquent.

1. Consignes générales

Les visites et les sorties doivent prendre en considération les directives de la santé publique relativement aux facteurs de risque pour les personnes concernées, à savoir la personne hébergée qui aura un contact, le visiteur ou les personnes qui partagent le même milieu de vie dans l'un des lieux ci-haut. De plus, les visites et sorties doivent prendre en considération le risque épidémiologique des différentes régions administratives, dont les consignes spécifiques à la communauté urbaine de Montréal et les consignes relatives aux déplacements interrégionaux.

À cet égard, les éléments suivants sont à considérer :

- Les risques associés à la maladie de la COVID-19, soit :
  - avoir reçu un diagnostic de COVID-19 ou être en attente du résultat d'un test de détection pour la COVID-19;
  - ou avoir été en contact étroit (ex. : vivant sous le même toit) avec une personne ayant eu un diagnostic de COVID-19;
  - ou avoir voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours;
  - ou avoir 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).

- Les risques associés aux personnes à risque de complication ou de décès, soit :
  - être une personne âgée de plus de 70 ans;
  - ou être 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.

Aux sections 2 et 3 du présent document, des consignes spécifiques sont émises pour les visites et les sorties selon les situations où la personne hébergée qui aura un contact, le visiteur ou les personnes qui partagent le même milieu de vie présentent ou non un facteur de risque.

De manière générale :

- Aucune visite n'est autorisée en présence de risques associés à la maladie chez la personne hébergée, le visiteur ou les personnes qui partagent le même milieu de vie.
- Les visites et les sorties qui sont nécessaires à des fins humanitaires ou pour obtenir des soins ou des services essentiels requis par l'état de santé de l'usager sont autorisées;
- Les visites et sorties jugées essentielles pour assurer les réparations et l'entretien requis pour la sécurité du milieu de vie, y compris les chambres des usagers sont autorisées;

Pour toute sortie ou visite, une analyse clinique doit être réalisée afin de prendre en compte la capacité de l'usager et des visiteurs à comprendre et à appliquer les mesures d'hygiène et de distanciation physique, ainsi que de leur capacité à percevoir et à nommer la présence de symptômes, le cas échéant.

Il est primordial de tenir compte des personnes qui auraient des facteurs de vulnérabilité à la COVID-19 dans la ressource afin d'autoriser ou non les sorties ou les visites. Considérant le facteur évolutif des situations, les décisions doivent être réévaluées sur une base régulière.

2. Consignes spécifiques <u>en présence de risque</u> associés à la maladie chez la personne hébergée, le visiteur ou les personnes qui partagent le même milieu de vie.

- Seules les sorties dehors à proximité du milieu (ex. : marche), supervisées[7] ou non, selon la condition ou la problématique de l'usager sont autorisées. En RI-RTF, la nécessité ou non de superviser ou accompagner l'usager lors d'une sortie à l'extérieur est déterminée à l'Instrument de détermination et de classification de chaque usager.

Dans la mesure où les sorties ne peuvent être réalisées dans des conditions sécuritaires, d'autres modalités doivent être proposées pour maintenir un contact entre la personne et ses proches (utilisation de moyens technologiques, téléphone, visioconférence, etc.). Au besoin, l'établissement doit se référer à sa direction régionale de santé publique pour déterminer quelles modalités permettraient de rendre le contact sécuritaire pour tous. À défaut, le contact doit être proscrit. Une telle décision de suspendre un contact doit toutefois être prise sur une base exceptionnelle et suivant une analyse rigoureuse de la situation par le représentant de l'établissement.

3. Consignes spécifiques <u>en l'absence de risque</u> associés à la maladie chez la personne hébergée, le visiteur ou les personnes qui partagent le même milieu de vie.

Les sorties suivantes sont autorisées:

- Les sorties pour aller à l'école;
- les sorties pour aller travailler dans les secteurs autorisés par le gouvernement du Québec;
- la reprise graduelle des activités de jour, des stages et des plateaux de travail dans les secteurs où la reprise a été autorisée par le gouvernement du Québec selon la capacité de l'établissement et des ressources en place. Pour les activités contributives, telles que les plateaux de travail et les stages, les établissements de santé et de services sociaux doivent s'assurer que les consignes de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail dans le milieu de travail soient appliquées rigoureusement.

[7] La supervision de la sortie se fait par un intervenant du milieu.

- les sorties dehors à proximité du milieu (ex. : marche), supervisées ou non, selon la condition ou la problématique de l'usager. En RI-RTF, la nécessité ou non de superviser ou d'accompagner l'usager lors d'une sortie à l'extérieur est déterminée à l'Instrument de détermination et de classification de chaque usager;
- les congés temporaires dans le milieu familial ou autre milieu désigné dans le plan d'intervention de l'usager. À noter que si des besoins importants de services de soutien à domicile sont nécessaires lors d'un congé temporaire, 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 (réf. lettre du 5 avril; 20-MS-02502-40).

Consignes pendant la sortie

Le milieu qui reçoit la personne lors d'une sortie sera informé par l'établissement des consignes sanitaires à respecter, soit :

- avoir préalablement nettoyé et désinfecté les objets et les surfaces touchées fréquemment tels que les poignées de porte, les robinets, les interrupteurs, les rampes d'escalier et les toilettes : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement/nettoyagesurfaces ;
- à l'arrivée et à la fin de la sortie, la personne en sortie et les personnes présentes dans le milieu doivent se laver les mains avec de l'eau et du savon (durant 20 secondes) ou avec une solution désinfectante à base d'alcool à 60 % ou plus (par ex. : Purell);
- selon la durée de la sortie, assurer de façon régulière le lavage des mains et le nettoyage des objets et surfaces durant celle-ci (le nettoyage et la désinfection diminuent le risque de contagion);
- prendre en considération que les soins que pourrait nécessiter la personne dans ses activités quotidiennes devraient idéalement être donnés par la même personne (par ex. : aide pour manger, aller à la toilette, se déplacer dans la maison);
- limiter le plus possible les activités avec contact direct (par ex. : distancer les personnes le plus possible, limiter le partage des objets comme le cellulaire, la télécommande ou la manette de jeux, etc.);
- instaurer une façon de faire pour respecter et rendre opérationnelles les consignes précédentes, selon les modalités de sortie (par ex. : aires communes, repas, hygiène personnelle et installations sanitaires, coucher, etc.);
- la distanciation physique de 2 mètres est recommandée;
- S'il est difficile de conserver une distance de 2 mètres entre la personne, le parent ou la personne significative, le couvre-visage pourra être porté par les personnes du milieu d'accueil et, si possible, par la personne qui visite, en respectant les consignes émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);

- un contact téléphonique à l'établissement doit être fait, lors de l'apparition de symptômes reliés à la COVID-19 : fièvre, apparition ou aggravation d'une toux, difficulté respiratoire, perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte de goût;
- si la personne qui reçoit développe des symptômes, la visite devrait être interrompue, la personne hébergée est ramenée dans son milieu avec surveillance des symptômes;
- si la personne qui a des symptômes reçoit un diagnostic de COVID (cas confirmé), alors la personne hébergée doit être placée en isolement dans son milieu avec surveillance des symptômes et l'utilisation des équipements de protection individuelle complets si elle a eu une exposition à risque élevé ou modéré avec ce cas;
- en cas d'apparition de symptômes, une période d'isolement de 14 jours et un test de détection sont requis;
- Contacter la ligne Info Coronavirus au 1 877 644-4545 si vous avez des inquiétudes ou en présence de symptômes et suivre les consignes.

Consignes au retour de la sortie

Par ailleurs, il est ainsi recommandé de favoriser, lors du retour de la personne :

- Le lavage des mains systématique;
- Le changement de vêtements, le nettoyage des bagages et le lavage des vêtements qui ont servi lors de la sortie;
- Le lavage des appareils électroniques (cellulaire, tablette, etc.) avec des lingettes désinfectantes;
- La surveillance active de l'apparition de symptômes reliés à la COVID-19 : fièvre et d'autres symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers au moins une fois par jour;
- En cas d'apparition de symptômes, une période d'isolement de 14 jours et un test de dépistage sont requis.

Les visites suivantes sont permises :

- Les visites d'un membre de la famille ou d'un proche lorsque cette personne comprend les risques inhérents à ses visites et s'engage à respecter les consignes recommandées par les autorités de santé publique de même que celles déterminées par les responsables des milieux de vie.
- Pour les milieux de réadaptation en santé physique et en déficience physique, les visites d'un membre de la famille ou d'un proche sont permises et ce, uniquement lorsque le séjour se prolonge au-delà de 14 jours et lorsque cette personne

comprend les risques inhérents à ses visites et s'engage à respecter les consignes recommandées par les autorités de santé publique de même que celles déterminées par les responsables des milieux de vie.

4. Consignes pour les visiteurs

Les visiteurs doivent être des proches ou des membres de la famille de la personne hébergée.

Aucune visite ne peut être imposée à une personne hébergée. Celle-ci fait le choix du visiteur qu'elle souhaite rencontrer. Si la personne n'est pas en mesure de choisir, il revient à son mandataire ou représentant de faire ce choix en son nom.

- Le visiteur doit avoir convenu préalablement à toute visite, d'un rendez-vous à l'établissement qui peut se réserver le droit de fixer la plage horaire des visites afin d'éviter les contacts entre les visiteurs, le personnel et les personnes hébergées. Au moment de la prise de rendez-vous, chaque visiteur sera informé des mesures sanitaires qu'il doit prendre ainsi que des risques qu'il encourt;
- Le principe de distanciation physique de deux mètres doit être respecté en tout temps (à l'intérieur comme à l'extérieur) avec toutes les personnes rencontrées (personne visitée, employés, autres personnes hébergées);
- Au cours des visites, le port du masque de procédure, d'un masque artisanal ou d'un couvre-visage est obligatoire pour le visiteur et pour la personne hébergée à l'intérieur du milieu, et à l'extérieur lorsqu'il est difficile de respecter une distance de deux mètres entre les personnes;
- Si un contact physique est nécessaire ou que la distanciation physique ne peut être respectée à moins de deux mètres (ex. : habillage, aide à la mobilité), entre le visiteur et la personne hébergée, l'utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI) est requise[8]. Les ÉPI ne peuvent être utilisés pour une visite subséquente;
- La remise ou le partage d'objets en direct entre le visiteur et la personne hébergée n'est pas encouragé, mais serait acceptable dans la mesure ou l'objet en question serait désinfecté;
- À l'arrivée et à la fin de la visite et fréquemment pendant la visite, la personne et le visiteur doivent se laver les mains avec de l'eau et du savon (durant 20

[8] Le couvre-visage n'est pas un EPI. Il est recommandé lorsque la distanciation physique de 2 mètres ne peut être maintenue strictement afin de protéger les personnes autour de nous de nos gouttelettes. Les EPI sont recommandés lors de soins de santé ou de soins personnels.

secondes) ou avec une solution désinfectante à base d'alcool à 60 % et plus (ex. : Purell);
- Circuler uniquement pour se rendre dans la chambre ou l'unité de la personne hébergée en évitant les aires communes (ex. : cuisine, salon, salles de repos, etc.).

Un visiteur qui ne respecterait pas les consignes précisées dans le présent document pourrait se voir retirer l'accès au milieu.

5. Consignes pour le milieu

Avant la première visite, le visiteur doit signer un formulaire qui indique :

- qu'il prend une décision éclairée et volontaire, en pleine connaissance des risques qui y sont associés et qu'il serait possible qu'il contracte l'infection pendant les visites ou encore qu'il infecte son proche;
- qu'il s'engage à adopter les comportements requis, incluant l'utilisation des ÉPI, pour assurer sa sécurité, celle de la personne hébergée, celle des autres résidents et des membres du personnel.

Le formulaire de consentement signé doit être versé au dossier de l'établissement.

Un registre des visiteurs et des dates de visites doit être tenu par les responsables du milieu afin de faciliter la recherche de contacts, le cas échéant.

Le milieu doit mettre à la disposition des visiteurs les outils d'information disponibles, les symptômes à surveiller (habituels et atypiques), les mesures d'hygiène de base (hygiène des mains, étiquette respiratoire) et l'utilisation requise des ÉPI.

Note : considérant le faible taux de littéracie fonctionnelle au Québec, les responsables du milieu doivent lire au visiteur le formulaire de consentement ou tout autre document remis, incluant les consignes sanitaires.

De plus, les responsables du milieu doivent :

- Accueillir le visiteur et s'assurer du respect des consignes;
- Vérifier que le visiteur n'a pas de symptôme de la COVID-19, qu'il n'a pas reçu un diagnostic de COVID-19 ou qu'il n'a pas reçu la consigne de s'isoler;
- Consigner le nom et le numéro de téléphone du visiteur dans un registre;
- Remettre les ÉPI (masque de procédure, protection oculaire, blouse, gants, le cas échéant) et s'assurer que le visiteur les utilise convenablement;
- S'assurer que l'hygiène des mains peut être réalisée lors de la sortie de la chambre;
- Permettre, à l'intérieur du milieu, seulement les visites à la chambre;

- Limiter les visites à une seule personne par personne hébergée à la fois. Si deux personnes hébergées partagent une même chambre, la visite doit se faire dehors;
- S'assurer que les visiteurs circulent uniquement pour se rendre jusqu'à la chambre de la personne hébergée;
- Mettre en place un mécanisme permettant d'assurer la livraison aux personnes hébergées de produits ou de biens, quelle que soit leur provenance, sans qu'ils leur soient remis directement;
- Avant et après la visite, nettoyer et désinfecter avec un produit approuvé, les objets, incluant les aides techniques, et les surfaces touchées fréquemment comme les poignées de porte, les robinets, les interrupteurs, les rampes d'escalier et les toilettes : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement/nettoyage-surfaces;
- S'assurer que le protocole de désinfection utilise une approche systématique, avec une liste de tâches bien définies, afin que toutes les surfaces contaminées soient nettoyées et désinfectées.

ANNEXE 12 : FORMULAIRE D'ENGAGEMENT POUR LE VISITEUR D'UN LIEU DE VIE 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 visiter une personne hébergée 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 une personne hébergée, le risque que vous contractiez la COVID-19 est augmenté;
- qu'au surplus les personnes plus à risque de développer des complications après avoir contracté 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;
- atteste avoir pris connaissance des informations sur la surveillance des symptômes, l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire et l'utilisation des équipements de protection individuelle;
- me conformerai aux conditions et aux consignes à respecter par le milieu de vie ou par les autorités de santé publique en matière de protection et de contrôle des infections;
- informerai les responsables du milieu de vie en cas d'apparition de tout symptôme (fièvre, apparition ou aggravation d'une toux, difficulté respiratoire, perte subite de l'odorat sans congestion nasale accompagnée ou non de perte de goût);
- accepte de porter l'équipement de protection individuelle approprié;
- comprends qu'en cas de non-respect des conditions et des consignes prescrites par le milieu de vie ou par les autorités de santé publique, le milieu de vie peut mettre fin à cette possibilité de visite.

_____ _____

Signature Date (aaaa/mm/jj)

ANNEXE 13 : ENGAGEMENT AND CONSENT FORM FOR INFORMAL CAREGIVERS VISITING RELATIVES DURING THE COVID-19 PANDEMIC

To help you make an informed decision, you must fully understand the inherent risks you will take when you assist a resident during the COVID-19 pandemic:

- When you visit a resident, there is an increased risk that he or she, the other residents and the personnel will contract COVID-19.
- When you visit a resident, there is an increased risk that you, as an informal caregiver, will contract COVID-19.
- In addition, the people most at risk of developing complications after contracting COVID-18 are those aged 70 and over, and/or those who are more vulnerable due among other things to cardiovascular disease, lung disease, high blood pressure, diabetes and chronic renal diseases, and/or those with compromised immune systems.

Based on the above, I, the undersigned, _____ :

- certify that I have understood the inherent risks arising from the decision, as listed above;
- certify that I have read the information on monitoring for symptoms, hand hygiene, respiratory etiquette and the use of personal protective equipment;
- will comply with the conditions and instructions enacted by the institution or by the public health authorities regarding infection prevention and control;
- will inform those in charge of the living environment if any symptoms appear (fever, onset or aggravation of a cough, difficulty breathing, sudden loss of sense of smell without nasal congestion accompanied or not by loss of taste);
- agree to wear appropriate personal protective equipment required;
- understand that if I fail to comply with the conditions and instructions prescribed by the institution or by the public health authorities, the institution may terminate my right to visit.

_____ _____

Signature Date (yyyy/mm/dd)

ANNEXE 14 : REPRISE DES ACTIVITÉS DE JOUR POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE, UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

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 (récente ou aggravée) 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.

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 les activités de jour?

Les activités de jour font partie de l'offre de services socioprofessionnels et communautaires offerts par le réseau de la santé et des services sociaux.

Activités de jour : Une activité de jour est définie comme un ensemble varié d'actes coordonnés, plus ou moins structurés qui permettent à la personne d'avoir des occupations stimulantes et valorisantes en poursuivant un ou plusieurs objectifs de développement ou de maintien de ses capacités, en fonction de ses besoins variés et de ses intérêts. Ces services peuvent être offerts en établissement ou par des organismes communautaires dans le cadre des ententes de services spécifiques. Les activités de jour s'adressent à la personne dont le projet de vie est de demeurer active et de se sentir valorisée et non pas d'occuper un emploi.

PRÉPARATION DE LA REPRISE DES ACTIVITÉS DE JOUR

Le présent document précise les orientations spécifiques à la reprise des activités de jour ayant été délestées et qui sont offertes par un établissement public ou dans la communauté.

Communication

- Faire connaître les conditions de reprise des activités de jours à tous les usagers, leurs familles et leurs proches, et à tout le personnel qui travaille dans ces milieux, dont le respect des normes socio-sanitaires, l'utilisation des EPI (en avisant préalablement les usagers que les intervenants devront les utiliser, etc.).
- Offrir un soutien téléphonique aux familles qui voudraient obtenir des précisions avant de décider ou non de la participation de leur enfant ou de leur proche à une activité de jour.
- 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
- Favoriser l'utilisation des moyens électroniques pour les communications journalières entre les familles et les responsables des milieux qui offrent des activités de jour.
- Outiller les familles et les proches pour qu'ils puissent accompagner les usagers dans l'apprentissage des mesures de sécurité et d'hygiène applicables dans les milieux.

Transport

- Privilégier le transport par le parent ou un proche aidant si possible. Recourir au transport adapté le cas échéant.
- L'organisation du transport devra tenir compte des règles de distanciation physique. À cet effet, le transport devra s'organiser en prévoyant suffisamment de distance entre usagers et entre ces derniers et le conducteur, selon les recommandations de l'INSPQ à cet effet
- (https://www.inspq.qc.ca/publications/2949-travailleurs-transports-collectifs-covid19).

Formation des intervenants

- Formation de base sur le respect et l'application des procédures et des normes adoptées par le milieu d'activité de jour et au regard des normes socio sanitaires en vigueur.

Environnement, programmation et matériel

- Organiser la programmation et les locaux disponibles de manière à maintenir une distance de 2 mètres entre les usagers.
- S'assurer que chaque usager puisse bénéficier du matériel d'intervention et d'encadrement individuel adapté à ses besoins afin d'assurer le respect des consignes sanitaires et des mesures de distanciation physique.

- Éviter le partage de matériel entre les usagers et éviter le transfert des objets entre le domicile et le milieu d'activité de jour. Les objets de la maison doivent rester à la maison le plus possible. Les objets qui vont dans les milieux devraient y rester le plus possible. (ex : crème solaire, etc.).
- Si nécessaire d'en apporter, éviter de les partager et les déplacer (ex : laisser les objets de transition ou les accessoires pour la détente dans le lit ou dans son casier ou son espace personnel).

Accueil et départs

- Si possible, les usagers devraient être accompagnés par la même personne lors de l'arrivée et du départ au centre de jour.
- Chaque usager devrait être accueilli et conduit au transport par le même intervenant.
- Tenir un registre quotidien des usagers et des employés avec qui ils sont en contact.

CONSEILS ET PRÉCAUTIONS DE BASE POUR LE PERSONNEL ET LES USAGERS

Afin de limiter les risques de contamination par la COVID-19, toutes les personnes du milieu qui offrent des activités de jour devront connaître et respecter les consignes sanitaires émises par les autorités de la 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 ou si le type d'intervention le privilégie.
- 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, autrement prévoir le masque de procédure et des lunettes de protection.

CONSIGNES SPÉCIFIQUES POUR LES MILIEUX QUI OFFRENT DES ACTIVITÉS DE JOUR

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 travaillant dans le milieu 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 d'activité de jour :

- L'usager, une des personnes avec qui elle vit ou une des personnes du milieu de jour 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 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 d'activité de jour 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 de reprendre le service d'activité de jour.

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[9] à un cas de la COVID-19 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.
- Demander à l'usager et aux travailleurs de se laver les mains dès leur arrivée dans le milieu.

[9] 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

- 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.
- S'assurer de bien désinfecter les pièces qui ont été visitées après le départ de chaque usager.

3) Favoriser les mesures de distanciation physique

- Un ratio d'un intervenant par usager, maintenir le même pairage si possible.
- Privilégier un seul duo intervenant/ usager par local au même moment. Il est possible d'accueillir plus d'un duo dans un même local dans la mesure où les consignes qui ont été émises, notamment celles sur la distanciation physique et le respect du 2 mètres, sont respectées en tout temps. Comme il peut être parfois difficile, voire impossible, pour participants aux activités de jour de bien comprendre les consignes et de les respecter, le personnel est invité à la plus grande prudence.
- Des activités de groupe intérieures et extérieures sont possibles si la distanciation de 2 mètres est respectée en tout temps par les usagers et les intervenants, et que les règles d'hygiène des mains et d'hygiène respiratoire sont rigoureusement appliquées.
- Planifier les déplacements à l'intérieur des milieux afin que les usagers et le personnel 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 et pour connaître et appliquer les bonnes pratiques consulter le document COVID-19 : Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie.
- Aucun visiteur n'est admis dans les milieux qui offrent des activités de jour.
- Aucune sortie des participants aux activités de jour n'est autorisée 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 s'absenter 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 par l'usager (si possible) et par l'intervenant est de mise. Les indications suivantes viennent guider la désinfection des véhicules (https://www.apsam.com/theme/risques-biologiques/covid-19-coronavirus/mesures-de-prevention-generales-recommandees#desinfection-nettoyage).

- 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 d'activité de jour présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19

- La personne responsable du milieu qui offre des activités de jour 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. 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 ceux-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'il participe aux activités de jour, il doit être retiré 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'il 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, ainsi que des gants si elle doit donner des soins;
    - une seule personne devra s'occuper de l'usager jusqu'à son départ;
    - l'hygiène des mains doit être respectée de façon rigoureuse ;
    - si possible, réserver une salle de bain pour l'usager symptomatique. Si ce n'est pas possible d'assurer de désinfecter la salle de bain après chaque utilisation ;
    - s'assurer de ne pas partager les effets personnels ;
    - les repas devront être pris dans la pièce réservée, autant que possible.
- 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 21 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Dans le cadre de la lutte à la propagation de la COVID-19 et plus particulièrement son éclosion dans les milieux de vie des aînés, nous vous demandons de faire un rappel aux exploitants de résidences privées pour aînés (RPA) de vos territoires au regard de leurs obligations, en vertu de l'article 45 du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés, d'assurer la santé et la sécurité des résidents en offrant et en maintenant un milieu de vie conforme aux dispositions de toute loi et de tout règlement, notamment en matière de sécurité du bâtiment.

Ainsi, il est demandé aux exploitants de RPA de procéder aux vérifications d'usage et à l'entretien de leur système fixe de ventilation et climatisation pour s'assurer de leur bon fonctionnement. À titre de rappel, l'entretien doit être fait par une personne compétente et doit contenir les points suivants :

- Vérification du fonctionnement adéquat du système et de ses composantes;
- Changement des filtres selon le programme d'entretien établi;
- Voir à faire fonctionner les systèmes, lorsqu'il est possible, de façon à obtenir un apport d'air frais de 100 %;
- Voir à accroître la surveillance du système de façon à détecter rapidement toute défaillance pouvant constituer un risque.

D'autre part, veuillez noter qu'avec l'arrivée de la saison chaude, le ministère de la Santé et des Services sociaux demande que les résidences autorisent l'installation temporaire de systèmes de ventilation et climatisation dans les unités locatives.

... 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'installation peut se faire par un professionnel, par le personnel de la résidence ou par un proche du résident. En tout temps, les mesures d'hygiène et de distanciation doivent être respectées, et ce, autant dans l'unité locative qu'ailleurs dans la résidence.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. Membres du CODIR, MSSS
PDGA des CISSS et des CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-38

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 21 mai 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

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS DE RÉADAPTATION

Mesdames,
Messieurs,

La présente fait suite aux communications du 29 avril et du 1er mai derniers relatives aux directives pour les zones tampons et aux trajectoires suivantes :

- Trajectoire pour l'admission et le séjour en milieu de réadaptation désigné et non désigné (déficience physique, santé physique et réadaptation modérée);
- Trajectoire pour l'admission ou le retour en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) après un séjour en centre hospitalier ou en milieu de réadaptation / admission en CHSLD en provenance de la communauté.

Afin d'établir une meilleure fluidité des admissions et des transferts dans ces milieux, le passage par les zones tampons ne sera plus requis sous certaines conditions et en respect des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI). Ainsi, l'admission ou le retour en CHSLD ou en milieu de réadaptation pourra s'effectuer en respectant les indications suivantes :

- Pour les personnes rétablies de la COVID-19 : procéder à l'accueil en zone froide en CHSLD ou en milieu de réadaptation non désigné. Ainsi, aucun isolement n'est requis. Cependant, la surveillance des symptômes doit demeurer.

… 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 autres personnes : procéder à un test de dépistage de la COVID-19 avant l'admission. Le résultat du test déterminera l'orientation :
    - les personnes asymptomatiques avec un résultat négatif sont orientées vers une zone tiède en CHSLD ou du milieu de réadaptation non désigné, avec un isolement de 14 jours à la chambre;
    - les personnes avec un résultat positif sont orientées vers une zone chaude en CHSLD ou en milieu de réadaptation désigné.

  Toutefois, lorsque les conditions (aménagement, profil clinique) ne permettent pas un isolement à la chambre, les personnes doivent être orientées vers une zone tampon.

Veuillez vous référer aux trajectoires afférentes qui seront mises à jour d'ici 48 heures pour plus de détails. Elles vous seront transmises en plus d'être disponibles sur le site Web à l'adresse suivante : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/trajectoires-de-soins-et-services/.

Prenez note que la trajectoire suivante demeure sans modification : *Intégration / réintégration en RI-RTF, RPA, RAC ou autre milieu de vie après un séjour en centre hospitalier ou un milieu de réadaptation / Intégration en RI-RTF, RPA, RAC et autre milieu de vie en provenance de la communauté*.

Vous trouverez ci-joint la mise à jour des directives sur les zones tampons.

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

N/Réf. : 20-MS-03823-43

Coronavirus COVID-19

2020-05-01
2020-05-21

En raison de la pandémie de la COVID-19 dans le monde et de l'augmentation des cas d'infection au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux vous transmet 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). Ces zones permettent aussi d'accueillir des usagers testés positifs pour leur période d'isolement qui ne peuvent demeurer dans leur milieu de vie en raison du non-respect des consignes présentées dans les directives spécifiques à ce sujet. Ce lieu permet d'éviter la propagation de la COVID-19 dans les milieux ci-dessus et d'éviter que certains usagers demeurent en centre hospitalier lorsque ce n'est pas requis.

La création de zones tampons ainsi que les consignes à mettre en place sont 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 relatifs aux trajectoires suivantes :

- Trajectoire pour l'admission et le séjour en milieu de réadaptation désigné et non désigné (déficience physique, santé physique et réadaptation modérée);
- Trajectoire pour l'admission ou le retour en CHSLD après un séjour en centre hospitalier ou en milieu de réadaptation / admission en CHSLD en provenance de la communauté;
- Trajectoire pour l'intégration / réintégration en RI-RTF, RPA, RAC ou autre milieu de vie après un séjour en centre hospitalier ou un milieu de réadaptation / Intégration en RI-RTF, RPA, RAC et autre milieu de vie en provenance de la communauté.

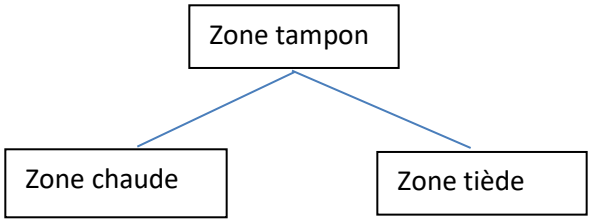
CONSIGNES POUR LES ZONES TAMPONS

Une zone tampon peut être créée 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, réadaptation ou autre.

Organisation des lieux physiques de la zone tampon : une zone chaude et une zone tiède

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.



La zone chaude accueille les usagers ayant la COVID-19 et la zone tiède regroupe les usagers ayant un test négatif, mais qui pourraient développer des symptômes.

La zone chaude et la zone tiède doivent être distinctes et bien identifiées (entrées, sorties, zone d'habillage et de déshabillage, aire de repas et repos, aire de préparation de la médication et entreposage du matériel) afin que les employés de chaque zone ne soient pas en contact entre eux.

En zone tampon, le personnel doit porter en tout temps le masque de procédure et la protection oculaire. Lors de contacts directs avec l'usager, le personnel doit ajouter la blouse et les gants que ce soit en zone chaude ou tiède. Les équipements de protection individuelle doivent être disponibles en quantité suffisante et être utilisés de façon adéquate et judicieuse.

Usagers orientés en zone tampon

Sont admis en zone chaude les usagers testés positifs à la COVID-19 pour lesquels l'isolement de 14 jours prescrit n'est pas possible dans le milieu de vie ou ne sera pas respecté par l'usager dû à sa situation clinique.

Sont admis en zone tiède les usagers ayant un test négatif pour lesquels l'isolement de 14 jours prescrit n'est pas possible dans le milieu en raison de la configuration du lieu physique ou ne sera pas respecté par l'usager en raison de son profil clinique.

Le passage en zone tampon n'est pas requis :

- Pour les usagers rétablis de la COVID-19[1] à la suite de l'épisode de soins actifs et ceux en provenance de la communauté.

- Pour les usagers testés négatifs à la COVID-19 et pour lesquels le milieu de vie (CHSLD, RI-RTF, RAC ou RPA) ou de réadaptation est en mesure d'appliquer l'isolement et les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI).

Pour plus de détails, consulter les trajectoires.

Lors du séjour en zone tampon

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. L'équipement de protection contre la transmission gouttelettes-contact (blouse, gants, masque de procédure et protection oculaire) doit être retiré avant de sortir de la chambre afin d'éviter de contaminer l'environnement.

Si l'usager développe des symptômes durant son séjour dans la zone tiède, un test de dépistage est requis. En attendant le résultat du test, l'usager demeure en zone tiède.

Une attention particulière doit être portée aux usagers COVID-19 négatifs ayant des comportements d'errance ou n'étant pas en mesure de comprendre les consignes de confinement et les risques de contamination qui doivent être transférés dans une zone tiède. Un accord doit être pris avec la famille pour convenir des mesures à adopter.

Il est requis de surveiller les signes, les symptômes et les particularités des usagers (pour les personnes âgées, se référer aux annexes afférentes dans la directive CHSLD).

Personnel de la zone tampon

On retrouve du personnel dédié distinctement pour chacune des 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 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-19.

---

[1] Critères pour le rétablissement de la personne : • 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, sans prise d'antipyrétique; • 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.

Un taux d’observance de 100 % de l’hygiène des mains doit être visé.

- Cela signifie que le personnel se lave les mains à toutes les occasions où cela est recommandé (à l’entrée et à la sortie de l’installation, avant et après avoir touché son masque, avant et après l’entrée dans la chambre d’une personne, avant et après avoir fourni des soins, après avoir été en contact avec des liquides biologiques, etc.).

Un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des lieux physiques doit être implanté et respecté. Les surfaces fréquemment touchées « high touch » doivent être nettoyées et désinfectées plusieurs fois par jour.

Un gestionnaire sur place doit être identifié comme responsable PCI. Cette personne sera en mesure d’intervenir pour corriger les situations inadéquates. Elle doit également s’assurer du respect et du maintien des bonnes pratiques en tout temps. Le gestionnaire peut être soutenu par une personne formée en PCI.

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 21 mai 2020. Une mise à jour de ce document sera faite au besoin.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 22 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Cette correspondance est en complément de celle du 11 mai dernier portant sur les visites et les sorties dans différents milieux d'hébergement. Elle s'inscrit dans le contexte de l'assouplissement progressif des mesures de confinement établies par le gouvernement du Québec et concerne spécifiquement les personnes hébergées en centre de réadaptation en dépendance et en ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance. En ce sens, à moins d'indication contraire, les visites et les sorties sont autorisées à compter du 22 mai 2020, incluant les sorties temporaires.

Celles-ci doivent s'inscrire en respect des *Consignes concernant les sorties et visites d'une personne hébergée en centre de réadaptation en dépendance (CRD) dans une ressource d'hébergement en dépendance (RHD)*, jointes à la présente. Ces visites et ces sorties doivent permettre de respecter les mesures sociosanitaires qui s'appliquent à la population générale. Les modalités applicables pourraient différer de celles prévues antérieurement à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) afin de limiter les risques d'introduction de la COVID-19 dans les installations. Elles doivent également prendre en considération les directives de la santé publique relativement aux facteurs de risque pour les personnes concernées, à savoir la personne hébergée ou la personne désignée avec qui le contact est prévu :

- Les risques associés à la COVID-19, soit :
    - avoir reçu un diagnostic de COVID-19 positif ou être en attente du résultat d'un test de détection pour la COVID-19;
    - ou avoir été en contact étroit (ex. : vivant sous le même toit) avec une personne ayant eu un diagnostic de COVID-19;
    - ou avoir voyagé à l'extérieur du Canada au cours des quatorze derniers jours;
    - ou avoir 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).

... 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 risques associés aux personnes à risque de complication ou de décès, soit :
    - être une personne âgée de plus de 70 ans;
    - ou être 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 visites et ces sorties doivent également prendre en considération les directives de la santé publique émises et spécifiques au risque épidémiologique des différentes régions administratives. Notons, à titre d'exemple, les consignes spécifiques à la communauté urbaine de Montréal et les consignes relatives aux déplacements interrégionaux.

En présence d'un des facteurs de risque énoncés ci-haut, des modalités alternatives doivent être proposées pour permettre le maintien des visites et des sorties dans un contexte sécuritaire. Dans la mesure où les visites et les sorties ne peuvent être réalisées avec des conditions sécuritaires, d'autres modalités doivent être proposées pour maintenir néanmoins un contact entre la personne hébergée et la personne désignée, notamment, par un moyen technologique. À défaut d'une autre modalité, le contact doit être proscrit. Une telle décision de suspendre un contact doit toutefois être prise sur une base exceptionnelle.

Considérant le facteur évolutif des situations, les décisions doivent être réévaluées sur une base régulière.

Cette nouvelle directive ministérielle est en cohérence avec les objectifs sanitaires mis en place par le gouvernement du Québec, tout en reconnaissant l'intérêt et le bien-être des personnes hébergées ainsi que la préservation du lien avec des personnes significatives.

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

N/Réf. : 20-MS-03823-19

15 mai 2020

Consignes concernant les sorties et visites d'une personne hébergée en centre de réadaptation en dépendance (CRD) dans une ressource d'hébergement en dépendance (RHD)

L'assouplissement progressif des mesures de confinement mises en place par le gouvernement amène le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à revoir certaines directives et consignes. Dans ce contexte, la présente vise à transmettre les indications attendues au regard de toute sortie et visite pour les personnes hébergées dans les CRD et les RHD. Ces situations peuvent prendre la forme de sorties chez un membre de l'entourage significatif ou encore de visites au CRD ou à la RHD. Des mesures doivent aussi être appliquées afin de réduire la transmission de la COVID-19 et protéger efficacement les personnes.

Les présentes informations sont complémentaires aux autres documents produits par le MSSS et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). La directive devra être ajustée aux recommandations évolutives des autorités de la santé publique, le cas échéant.

Selon la modalité retenue pour assurer la visite ou la sortie, il importe d'informer la personne hébergée et ses membres de l'entourage significatifs des mesures sanitaires à prévoir afin de se conformer aux directives de la santé publique. Ces dernières ne doivent pas être interprétées comme étant punitives, mais bien dans une perspective d'assurer la sécurité des personnes et des milieux concernés.

Pour ce faire, des mesures d'intervention universelles (ex. lavage systématique des mains), ciblées (ex. itinéraires de déplacement au sol), spécialisées (ex. surveillance constante) ou de derniers recours (ex. mesures de contrôle) sont à établir.

Rappel

La COVID-19 est une maladie respiratoire causée par le nouveau coronavirus, également appelé SARS-CoV-2. Les principaux symptômes sont la fièvre, l'apparition ou l'aggravation d'une toux, une difficulté à respirer ou une perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte du goût. La maladie peut entraîner des complications pour certaines personnes, notamment les personnes âgées de plus de 70 ans ou les personnes souffrant de maladies chroniques.

Elle se transmet principalement d'une personne à une autre par le contact avec les gouttelettes qui sont projetées dans l'air. 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. L'application de consignes sanitaires générales de base est suggérée pour tous, en tout temps : hygiène des mains, étiquette respiratoire, mesures de distanciation physique d'au moins 2 mètres et, enfin, port d'un masque artisanal (aussi appelé couvre-visage) lorsque la distance de 2 mètres ne peut être respectée[1].

On se réfère au guide autosoins produit par le MSSS, qui donne de plus amples informations : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/19-210-30FA_Guide-autosoins_francais.pdf?1584985897

A. Modalité générales applicables aux sorties et aux visites

Notons que les visites et sorties, pourraient contribuer à ce que la COVID-19 soit introduite dans un CRD ou une RHD, particulièrement dans les régions du Québec où la transmission communautaire demeure soutenue. Dans ce contexte, il apparait important que celles-ci soient autorisées en respect des mesures de confinement qui s'appliquent à la population générale. À titre d'exemple, notons les limites de déplacements interrégionaux et l'interdiction de rassemblements intérieurs de personnes qui ne vivent pas sous le même toit. Les permissions de visites et sorties doivent donc respecter ces recommandations applicables à la population générale.

Par ailleurs, afin de diminuer le risque d'introduction dans les CRD et les RHD, tout en respectant les droits et en favorisant l'autonomie des personnes hébergées, certaines mesures supplémentaires de prévention doivent être mises en place. Notamment, il est recommandé de :

- limiter le nombre de visiteurs avec lequel la personne hébergée est en contact ;
- limiter la durée et la fréquence des congés ;
- assurer le respect strict des mesures sanitaires pendant les congés ;
- limiter les contacts aux membres de la famille résidant sous le même toit uniquement lors des congés temporaires.

[1] Le port d'un couvre-visage est encouragé puisqu'il pourrait permettre de diminuer le risque de transmission du virus par les personnes asymptomatiques ou peu symptomatiques.
Le couvre-visage ne doit pas être porté par un enfant de moins de 2 ans ou par une personne avec des difficultés respiratoires (https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002541/?&date=DESC&sujet=covid-19&critere=sujet).

B. Modalités de sortie

Au retour de la personne hébergée à la suite d'une sortie

Des consignes générales pour les services dispensés ont déjà été émises, concernant la procédure à appliquer à l'arrivée d'une personne hébergée, l'utilisation de l'équipement de protection individuelle (EPI) et l'aménagement des lieux en RHD (Trajectoire pour les services en dépendance et en itinérance) : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-66W.pdf

Le retour d'une sortie doit ainsi s'inscrire en cohérence avec ces consignes. Ainsi, l'évaluation de l'état de santé global de la personne hébergée à son retour sera nécessaire, surtout si le contact est de plus de quelques heures ou que la personne a une capacité limitée à appliquer des mesures minimales de prévention et protection selon l'évaluation réalisée lors de l'autorisation de la sortie.

À cet effet, nous vous invitons à consulter les Recommandations intérimaires concernant les ressources communautaires sur le site (https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2946-organismes-communautaires-covid19.pdf) ainsi que les Recommandations intérimaires concernant les organismes communautaires : mesures supplémentaires de prévention plus spécifiques aux organismes qui offrent de l'hébergement sur le site suivant (https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2954-mesures-supplementaires-organismes-covid19.pdf) publiées par l'Institut national en santé publique du Québec lesquelles demeurent d'actualité.

C. Modalités de visite

Consignes sanitaires pour un contact en CRD ou en RHD

Outre les consignes sanitaires générales, le visiteur doit connaître et respecter les consignes suivantes :

Consignes pour le visiteur :

- À l'arrivée et à la fin du contact, la personne hébergée et le visiteur doivent se laver les mains avec de l'eau et du savon (durant 20 secondes) ou avec une solution désinfectante à base d'alcool à 60% et plus (ex. Purell).
- Limiter le plus possible les activités avec contact direct ou le partage d'objets (ex. distancer les personnes le plus possible, utilisation de la tablette ou du cellulaire, etc.).
- Si une marche à l'extérieur est autorisée, il faut maintenir une distance de 2 mètres avec les autres personnes.

- Au cours des visites, il pourrait être difficile de conserver une distance de 2 mètres entre la personne hébergée et le visiteur. Si la distance de 2 mètres ne peut être respectée, un couvre-visage est recommandé en respectant les consignes émises par le MSSS. À cet effet, nous vous invitons à consulter le site suivant :(https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/Couvre-visage/20-210-64W_couvre-visage.pdf?1588797593)

Consignes pour le CRD ou la RHD :

- Décaler les heures d'arrivée et de départ pour éviter les mélanges de groupes ou attroupements.
- Prévoir si possible un accès spécifique aux visiteurs et faire attention aux goulots d'étranglement (ex. : entrée de la bâtisse, salle de repas, etc.).
- Assurer un triage des visiteurs afin de s'assurer qu'aucun ne présente de symptômes d'infection respiratoire ou n'a reçu une consigne d'isolement par la Direction de la santé publique.
- Se rendre directement à la salle de rencontre afin d'éviter les déplacements inutiles.
- Limiter le nombre de personnes qui fréquentent en même temps les lieux communs, afin de respecter les règles de distanciation physique de 2 mètres entre chaque personne.
- Mettre des affiches rappelant l'importance de l'hygiène des mains, de l'étiquette respiratoire et de la distanciation physique. À cet effet, nous vous invitons à consulter le site suivant: https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/sujets/covid-19?p
- Retirer les objets non nécessaires des aires communes (ex. décorations, revues, etc.).
- Éviter que les objets communs soient touchés par plusieurs personnes.
- Prévoir le matériel de désinfection et s'assurer de sa disponibilité.
- Identifier un local pour la visite qui permettra de rendre opérationnels les principes précédents.
- Conserver un registre des visiteurs comprenant le nom, le numéro de téléphone, le courriel et les dates de visite.

Consignes de désinfection :

- Avant et après le contact, nettoyer et désinfecter avec un produit approuvé, les objets et les surfaces touchées fréquemment comme poignées de porte, robinets, interrupteurs, rampes d'escalier et toilettes. À cet effet, nous vous invitons à consulter le site suivant : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement/nettoyage-surfaces

- S’assurer que le protocole de désinfection utilise une approche systématique, avec une liste de tâches bien définies, afin que toutes les surfaces contaminées soient nettoyées et désinfectées.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 22 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Le 1er mai dernier, vous avez reçu deux tableaux (Directives cliniques et Directives fonctionnelles) 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.

En l'absence de nouvelles recommandations en lien avec le tableau Directives fonctionnelles, vous trouverez ci-joint seulement une mise à jour, en date du 22 mai, du tableau Directives cliniques 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.

Chaque élément du tableau vous réfère également à la directive complète au besoin. Nous vous précisons que celui-ci est aussi appuyé par le Comité clinique directeur COVID-19. Ce tableau a également été déposé dans la section réservée aux professionnels sur le site web du MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/.

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. 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-03823-34

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

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 15 MAI 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.	•

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 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.
	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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	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 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. **5 mai 2020** *20-MS-02908-77_LET_PDG_Précautions nécessaire éraffectatations TdS CHSLD, 20-MS-02908-77 PJ_Précautions nécessaires réaffectations TdS CHSLD_2020-05-04 et 20-MS-02908-77_PJ_Annexe_Analyses COVID-19 en CHSLD_2020-05-04.doc* Instruction de recours à des analyses de laboratoire pour les travailleurs de la santé affectés temporairement à un CHSLD visant spécifiquement les situations ou une personne revient dans une région socio-sanitaire du RSSS de faible endémicité du virus après avoir travaillé dans un CHSLD d'une région socio-sanitaire du RSSS à haute endémicité. Voir les clarifications dans les deux PJ. **5 mai 2020** *20-MS-02908-50_LET_PDG-DSP_Directive pause et diner* Non-respect des règles de distanciation sociale dans les divers milieux lors des heures de pause et de repas du personnel : • Rappel d'éviter les rassemblements de plusieurs professionnels dans une pièce restreinte ne permettant pas de respecter la règle de distanciation de 2 mètres.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	Des solutions et des propositions alternatives doivent être offertes aux employés (ex. : salles de repos supplémentaires pour les zones froides et chaudes des centres hospitaliers). **12 mai 2020** *20-MS-02908-55_LET_PDG_Recommandations reprise des stages et 20-MS-02908-55_Mesures_Santé publique_Stages en santé v6.3* Retour sécuritaire des stagiaires (p.ex. fin mai pour l'externat en médecine et le 1er juin pour les stages d'IPS), même si pour la majorité des programmes, cela se fera à l'automne. Résumé des recommandations afin de guider la reprise ou la poursuite des stages (pour recommandations complètes, voir PJ) : • Ces recommandations peuvent s'appliquer à tout stage du domaine de la santé (p.ex. externat en médecine, stages : soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et de spécialistes, soins infirmiers, réadaptation, travail social, etc.) ainsi qu'aux activités d'enseignement qui s'y rapportent. • Elles devront être adaptées à la réalité du milieu de stage et du programme de formation. • Elles nécessiteront de modifier l'organisation des stages et les façons d'enseigner. • Elles permettent d'encadrer les déplacements des stagiaires d'une région à l'autre afin de limiter la propagation du virus. Le mandat de favoriser la collaboration des acteurs et soutenir la coordination des stages est confié aux quatre réseaux universitaires intégrés de santé et services sociaux. **13 mai 2020** *20-MS-02908-96_LET_PDG_Port masque de procédure et visière* Nouvelle directive concernant le port obligatoire en tout temps du masque de procédure et de la visière en milieu hospitalier : • Le masque de procédure et la visière devront être portés par tous les travailleurs de la santé (incluant les médecins) sur leur milieu de travail en centre hospitalier. • Les mesures de prévention et de contrôle des infections concernant le port du masque N95 demeurent quant à elles en vigueur selon les recommandations de l'INSPQ. • Cette directive devra être mise en place dans les centres hospitaliers des régions de Montréal, Laval, Lanaudière et des Laurentides. **13 mai 2020** *20-MS-03823-12_LET_PDG_Levée de l'isolement TdS et 20-MS-03823-12_PJ_Levée de l'isolement TdS - Tests PCR - Bris de service 2* Nouvelle approche de levée de l'isolement des travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 (voir PJ) : • L'obtention d'un test PCR négatif n'est pas requis de façon systématique pour autoriser le retour des travailleurs de la santé. L'INSPQ doit documenter, d'un point de vue scientifique, la contagiosité des personnes qui remplissent les critères cliniques de rétablissement, mais dont un ou des tests PCR demeurent positifs.	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020
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* **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. **7 mai 2020** *20-MS-02908-92_LET_PDG_Déconfinement de différents secteurs et 20-MS-02908-*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	92_PJ_Indications par groupes - analyses de laboratoire - COVID-19_01 mai 2020 Nouvelle stratégie populationnelle de dépistage, ce qui nécessite la préservation des capacités d'analyse déployées pour les directeurs de santé publique de vos régions d'appartenance. Les tests doivent donc d'abord servir aux personnes qui présentent des symptômes de la COVID-19 et au contrôle des éclosions. Nous avons fixé l'allocation des tests attribués aux milieux cliniques (voir PJ). Le MSSS mettra en place un comité dont le mandat sera de planifier les capacités de laboratoire nécessaires pour répondre aux besoins complémentaires des milieux cliniques. La part attribuée aux directeurs de santé publique peut changer selon le profil épidémiologique des régions. Vos laboratoires et vos intervenants sur le terrain recevront des mises à jour régulières en ce sens. Différentes modalités d'offre de tests peuvent être développées au niveau régional : sans rendez-vous, sur rendez-vous ou en cliniques mobiles. Les directeurs de santé publique sont invités à communiquer avec les responsables des centres désignés de dépistage (CDD) pour planifier l'offre de tests aux profils épidémiologiques de chaque région. Selon certaines données, les analyses réalisées, avant qu'il ne se soit écoulé 48 heures après le début des symptômes, risquent davantage de donner des résultats faussement négatifs. Il est donc souhaitable que le délai entre le début des symptômes et le prélèvement soit d'au moins 48 heures. Les critères retenus pour accéder aux dépistages demeurent : fièvre (>38°C) OU toux récente OU toux chronique exacerbée OU difficulté respiratoire OU anosmie d'apparition brutale sans congestion nasale avec ou sans agueusie.	
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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	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 ÉPI 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 la 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 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. **22 avril 2020** *20-MS-02908-25_LET_PD_Répit hors domicile et 20-MS-02908-25_PJ_Fiche Services répit*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	Services de répit de jour offerts hors 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 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,	**21 mai 2020** *20-MS-03823-34_LET_PDG_Port du masque artisanal* Il est recommandé que les patients asymptomatiques et les accompagnateurs portent un masque artisanal ou couvre visage lors de toute consultation dans les milieux de soins (centres hospitaliers, cliniques ambulatoires, services diagnostiques, cabinets médicaux privés et groupes de médecine de famille), et ce, tant dans la région métropolitaine que dans le reste du Québec. Ceci est en cohérence avec la recommandation du port du couvre visage dans les lieux publics. Cette recommandation ne vient pas en contradiction avec la recommandation du port du maque de procédure pour les patients asymptomatiques qui doit être maintenue.

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020
	d'un cas confirmé d'infection COVID-19, d'un cas suspect ou d'un contact dans la communauté.	
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) **28 avril 2020** *20-MS-02908-28_LET_PDG_ÉVAQ* Organisation des services d'évacuations aéromédicales (ÉVAQ) • L'accompagnement parental à bord des vols en mission avion-hôpital, avion COVID-19 dédié et des navettes multipatients est maintenu. • Mesures à mettre en place pour respecter les directives en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses et les consignes de sécurité particulières aux missions de la COVID-19 disponibles dans la section qualification et consentement parental sur la plateforme evaq.ca. • Le centre référent doit vérifier les conditions d'accueil des accompagnateurs dans chacun des centres receveurs avant de remplir une demande d'accompagnement. 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'INSPQ, à l'exception de l'Île de Montréal qui demeure le point chaud de la province.	
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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	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 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 équipements 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	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020
	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 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	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 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.	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020
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. • 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	**20 mai 2020** *20-MS-03823-34_LET_PDG_Proches aidants et COVID-19 Directives_Proches aidants en CH_version BSM* En raison de l'évolution actuelle de la COVID-19 au Québec et de la récente autorisation à la venue des proches aidants en milieu d'hébergement, voir en PJ les directives en regard de cette gestion en centres hospitaliers. **21 mai 2020** *20-MS-02908-96_LET_PDG_Activités spécialisées délestées, Recommandations reprise endoscopie digestive_VF, Recommandations reprise endoscopie-pneumologie_VF, Recommandations_Reprise endoscopie urologique_VF et Recommandations Cancérologie_Onco-péd retour école 2020-05-21* **Recommandations en support à la reprise des activités en endoscopie** En complément des directives générales sur la reprise des activités spécialisées, voir PJ. Ces guides cliniques fournissent une référence sur les activités à maintenir selon le niveau retenu, de même que les éléments à tenir en compte pour déterminer le niveau d'activités. Ces recommandations sont complémentaires aux éléments touchant les procédures endoscopiques et de reprise des activités spécialisées. **Recommandations du Comité national de cancérologie pédiatrique en contexte de la pandémie de la COVID-19 – Retour à l'école en mai 2020** En lien avec le retour à l'école et étant donné la fragilité connue des enfants atteints de cancer ou d'autres troubles hématologiques non malins qui nécessitent des traitements pouvant affecter leur système immunitaire, des recommandations (voir PJ) viennent guider les professionnels de la santé et les parents dans cette première étape de déconfinement de la population québécoise. **21 mai 2020** *20-MS-03823-34_LET_PDG_Activités hospitalières spécialisées du territoire montréalais et Hospitalisation COVID_Région 06 Montréal_Scénario final_...* Le scénario final retenu entrera en fonction le vendredi 5 juin 2020 (voir PJ). D'ici là, les centres hospitaliers (CH) affichant présentement une occupation COVID-19 au-delà de leur scénario verront une diminution graduelle par attrition. Aucun transfert de patient admis COVID-19 positif ne sera effectué entre hôpitaux (les patients doivent finaliser leur épisode de soins), sauf si un patient avait besoin de soins ou services non disponibles dans l'installation. Le COOLSI pourrait être sollicité pour coordonner le nombre

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	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. **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	de patients aux urgences afin de faciliter l'atteinte des cibles fixées pour les installations. Les établissements pour lesquels le nombre de lits COVID-19 est appelé à augmenter pour respecter le scénario devront s'assurer que ces lits soient disponibles dès le 5 juin. Cette augmentation est graduelle et ainsi, la transmission des nouveaux lits disponibles doit être effectuée régulièrement afin de faciliter la coordination régionale des nouvelles admissions par le COOLSI.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	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. **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 désignés (voir PJ1) Mise à jour des directives d'hospitalisation des différents milieux et clientèles spécifiques, notamment en santé mentale (voir PJ2). **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 un transport vers le centre	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**

	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.
	24 avril 2020 *20-MS-02908-35 LET_PDG-DSP_Plan de reprise des activités spécialisées, PJ1_Système priorisation accès chirurgie - pandémie v4.4, PJ2_Recommandations reprise Imagerie médicale, PJ3_Plan provincial de reprise des activités_2020 04 24, PJ4_Cancérologie_investigation_cancer_sein_2020-04-17, PJ5_Cancérologie_niveaux d'activités_MAJ et PJ6_Présentation chirurgies v2*
	Planification de la reprise **graduelle et structurée** des activités spécialisées délestées pour faire face à la demande liée à la pandémie.
	Mise en place des directives suivantes :
	• 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 vote 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
	• Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. La reprise d'activités doit tenir compte des plans spécifiques en PJ.
	• 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.
	• Même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au niveau 1, noter qu'en raison de la pénurie de médicaments critiques, les activités en chirurgie, pour l'ensemble des	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**

	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.
	24 avril 2020 *20-MS-02908-35_LET_PDG-DSP_NIM_Coffre outils et PJ_Coffre à outils_NIM parlons-en 2020-04-24*
	Coffre à outils sur les niveaux de soins (niveaux d'interventions médicales – NIM) pour la conversation avec les personnes vivant dans la communauté (voir PJ).
	5 mai 2020 *20-MS-02908-82_LET_PDG-DSP_Reprise des activités spécialisées_COVID-19 et COVID19_Guide de reprise des activités spécialisées_2020 05 04*
	Guide concernant la reprise des activités spécialisées (voir guide) : ce guide a été produit pour résumer les modalités à mettre en place pour assurer une reprise des activités de façon sécuritaire dans les milieux de soins.
	13 mai 2020 *20-MS-02908-96_LET_PDG_Activités spécialisées délestées et 20-MS-02908-96_PJ._Plan provincial_Reprise activités*
	Mise à jour des directives transmises le 24 avril concernant la planification de la reprise des activités spécialisées délestées
	• Il est souhaité que les activités chirurgicales soient reprises le plus rapidement possible, et ce, selon les ressources disponibles de chaque établissement.
	• La pénurie de médicaments d'anesthésie est partiellement résolue et que par conséquent, le niveau d'activité chirurgicale peut être rehaussé jusqu'à 70 à 80 % de votre niveau habituel.
	• Il est demandé d'acheminer les informations suivantes :
	  • votre plan de reprise détaillé incluant le niveau d'activité actuel et visé (date) pour les secteurs suivants : bloc opératoire, endoscopie, cancérologie, cliniques spécialisées et imagerie médicale
	  • votre stratégie et échéancier évalué pour le rattrapage des cas accumulés
	• Transplant Québec mentionne une diminution importante des activités d'identification des donneurs potentiels; nous souhaitons ainsi vous encourager à sensibiliser les équipes médicales à cette situation
	• Nous vous invitons à transmettre tout besoin de réaménagement des vos infrastructures qui vous permettraient de répondre à la demande accrue en lits d'hospitalisation actuelle et pour l'année à venir.	

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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	• 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. **24 avril 2020** *20-MS-02908-35 LET_PDG-DSP_Plan de reprise des activités spécialisées, PJ1_Système priorisation accès chirurgie - pandémie v4.4, PJ2_Recommandations reprise Imagerie médicale, PJ3_Plan provincial de reprise des activités_2020 04 24, PJ4_Cancérologie_investigation_cancer_sein_2020-04-17, PJ5_Cancérologie_niveaux d'activités_MAJ et PJ6_Présentation chirurgies v2* Planification de la reprise **graduelle et structurée** des activités spécialisées délestées pour faire face à la demande liée à la pandémie. Mise en place des directives suivantes : • La reprise des activités doit être coordonnée et supervisée par un comité de coordination décisionnel au sein de chaque établissement.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**

	• Ce comité peut s'intégrer à vote 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
	• Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. La reprise d'activités doit tenir compte des plans spécifiques en PJ.
	• 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.
	• Même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au niveau 1, 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.	

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	**21 mai 2020** *20-MS-02908-96_LET_PDG_Activités spécialisées délestées, Recommandations reprise endoscopie digestive_VF, Recommandations reprise endoscopie-pneumologie_VF, Recommandations_Reprise endoscopie urologique_VF et Recommandations Cancérologie_Onco-péd retour école 2020-05-21* **Recommandations en support à la reprise des activités en endoscopie** En complément des directives générales sur la reprise des activités spécialisées, voir PJ.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 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.	Ces guides cliniques fournissent une référence sur les activités à maintenir selon le niveau retenu, de même que les éléments à tenir en compte pour déterminer le niveau d'activités. Ces recommandations sont complémentaires aux éléments touchant les procédures endoscopiques et de reprise des activités spécialisées. **Recommandations du Comité national de cancérologie pédiatrique en contexte de la pandémie de la COVID-19 – Retour à l'école en mai 2020** En lien avec le retour à l'école et étant donné la fragilité connue des enfants atteints de cancer ou d'autres troubles hématologiques non malins qui nécessitent des traitements pouvant affecter leur système immunitaire, des recommandations (voir PJ) viennent guider les professionnels de la santé et les parents dans cette première étape de déconfinement de la population québécoise.

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 confirmé 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.
	5 mai 2020 *20-MS-02908-50_LET_PDG_Trajectoire IAMEST*
	Dans le contexte de la planification de la reprise graduelle des activités spécialisées délestées pour faire face à la pandémie, mettre fin aux trajectoires spécifiques à la pandémie pour la prise en charge	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	de l'infarctus aigu du myocarde chez les patients COVID-19 positifs.	
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. **24 avril 2020** *20-MS-02908-17_LET_PDG-DSP-Bulletin1_HD_COVID-19 et PJ_Bulletin Hémodialyse 1.2VP* 1er bulletin pour les unités ambulatoires d'hémodialyse pour clarifier le processus de dépistage des usagers hémodialysés symptomatiques, les mesures de précaution pour l'accueil et le triage et pour les différentes zones de traitements d'hémodialyse dans le contexte de la pandémie (voir PJ). **28 avril 2020** *20-MS-02908-50_LET_PDG_2e bulletin_unités ambulatoires et PJ_Bulletin 2_Hémodialyse_Précisions pour la zone tiède* Précisions sur les mesures de précaution pour les unités ambulatoires de dialyse en cas de manque de chambres d'isolement pour la zone tiède.	**20 mai 2020** *20-MS-02908-96_LET_PDG_Hémodyalise et PJ_Mise à jour directive prise en charge des usagers hémodialysés* Mise à jour des directives transmises le 18 mars dernier pour clarifier certaines situations où un transfert de patient serait accepté et les mesures à mettre en place le cas échéant (voir PJ).
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 :	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	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 : • ~~L'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) est le centre désigné pour Montréal et Trois-Rivières. L'ICM doit obligatoirement être contacté avant tout transfert.~~ • 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* 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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 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. 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;	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	• 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 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).	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020
	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 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. **24 avril 2020** *20-MS-02908-35 LET_PDG-DSP_Plan de reprise des activités spécialisées, PJ1_Système*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**

	priorisation accès chirurgie - pandémie v4.4, PJ2_Recommandations reprise Imagerie médicale, PJ3_Plan provincial de reprise des activités_2020 04 24, PJ4_Cancérologie_investigation_cancer_sein_2020-04-17, PJ5_Cancérologie_niveaux d'activités_MAJ et PJ6_Présentation chirurgies v2
	Planification de la reprise **graduelle et structurée** des activités spécialisées délestées pour faire face à la demande liée à la pandémie.
	Mise en place des directives suivantes :
	• 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 vote 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
	• Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. La reprise d'activités doit tenir compte des plans spécifiques en PJ.
	• 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.
	• Même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au niveau 1, 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.	

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020
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. **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	**21 mai 2020** *20-MS-02908-96_LET_PDG_Activités spécialisées délestées, Recommandations reprise endoscopie digestive_VF, Recommandations reprise endoscopie-pneumologie_VF, Recommandations_Reprise endoscopie urologique_VF et Recommandations Cancérologie_Onco-péd retour école 2020-05-21* **Recommandations en support à la reprise des activités en endoscopie** En complément des directives générales sur la reprise des activités spécialisées, voir PJ. Ces guides cliniques fournissent une référence sur les activités à maintenir selon le niveau retenu, de même que les éléments à tenir en compte pour déterminer le niveau d'activités. Ces recommandations sont complémentaires aux éléments touchant les procédures endoscopiques et de reprise des activités spécialisées. **Recommandations du Comité national de cancérologie pédiatrique en contexte de la pandémie de la COVID-19 – Retour à l'école en mai 2020** En lien avec le retour à l'école et étant donné la fragilité connue des enfants atteints de cancer ou d'autres troubles hématologiques non malins qui nécessitent des traitements pouvant affecter leur système immunitaire, des recommandations (voir PJ) viennent guider les professionnels de la santé et les parents dans cette première étape de déconfinement de la population québécoise.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	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 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) **24 avril 2020** *20-MS-02908-35 LET_PDG-DSP_Plan de reprise des activités spécialisées, PJ1_Système priorisation accès chirurgie - pandémie v4.4, PJ2_Recommandations reprise Imagerie médicale, PJ3_Plan provincial de reprise des activités_2020 04 24, PJ4_Cancérologie_investigation_cancer_sein_2020-04-17, PJ5_Cancérologie_niveaux d'activités_MAJ et PJ6_Présentation chirurgies v2* Planification de la reprise **graduelle et structurée** des activités spécialisées délestées pour faire face à la demande liée à la pandémie. Mise en place des directives suivantes : • 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 vote gouvernance actuelle, mais la composition doit idéalement inclure :	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	• 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 • Il peut être nécessaire de moduler des niveaux d'activités différents selon certains secteurs, notamment la cancérologie et la chirurgie. La reprise d'activités doit tenir compte des plans spécifiques en PJ. • 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. • Même si une région est actuellement en mesure de reprendre ses activités au niveau 1, 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.	
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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	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 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. ~~Lorsqu'en travail actif, elles doivent être accouchées dans le centre accoucheur prévu de leur territoire.~~ • • 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.	•

COVID-19
Résumé des directives ministérielles - cliniques – trajectoires des personnes : patients et professionnels
MSSS

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 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 **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. **24 avril 2020** *20-MS-02908-27_Let_PDG_Directives_Mère-enfant, PJ1_Directives_Femmes-enceintes-et-nouveau-nes_professionnels_COVID-19 et PJ2_Directives_Enfant_Professionnels_COVID-19* Mise à jour des Directives pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés (voir PJ1) : La section *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. Mise à jour des Directives pour la prise en charge des enfants 0-17 ans (voir PJ2) : La trajectoire pour les consultations en première ligne de la clientèle pédiatrique a été précisée. La section *Parents et visiteurs* a aussi été ajustée. **14 mai 2020** *20-MS-03268-05_Let_Réouverture des services de procréation assistée* Nouvelle orientation concernant les activités de procréation médicalement assistée (PMA) : • Rappeler à tous les centres offrant des services de PMA de votre région 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, et ce, en cohérence avec les orientations gouvernementales. • Suivre les mesures énoncées dans le Guide de reprise des activités spécialisées, sous l'onglet *Reprise des activités spécialisées*. • En phase avec le plan provincial de reprise graduelle des activités spécialisées délestées, il est	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**

	recommandé de procéder à une ouverture graduelle, mais simultanée de tous les centres offrant des services de PMA.
	• Reprise des activités selon la séquence suivante :
	  • semaine du 18 mai : examens diagnostiques
	  • semaine du 25 mai : services diagnostiques de laboratoire en andrologie et reprise du calendrier de la stimulation ovarienne pour les fécondations *in vitro* (FIV)
	  • semaine du 8 juin : ponction ovarienne, FIV avec congélation de tous les embryons
	  • semaine du 22 juin : stimulation ovarienne hors FIV, insémination intra-utérine, transfert d'embryon congelé, transfert d'embryon frais
	Cette directive s'adresse à toutes les cliniques offrant des activités de PMA	

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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	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 patient 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* ~~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 :~~ ~~Soins palliatifs (niveaux de soins 3 et 4) en centre hospitalier : évaluer s'ils peuvent être retournés dans leur milieu de vie, sinon, ils doivent être transférés en 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	• 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 15 MAI 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 dépendance, RI et RTF, URFI en santé physique, tout autre milieu d'hébergement régi par entente
		17 mai 2020 *20-MS-02908-94_LET_PDG_Milieux de vie_RPA_CHSLD_RI-RTF*
		Rappel de voir au respect de la directive ministérielle, notamment celle transmise le 7 mai dernier portant sur la contribution des personnes proches aidantes auprès des résidents des CHSLD, de personnes confiées en RI-RTF et les résidents des RPA.
		Depuis le 11 mai dernier, sous réserve du respect de conditions spécifiques, une personne proche aidante peut apporter une aide ou un soutien significatif à une personne hébergée en CHSLD, à une personne confiée en RI-RTF et à un résident d'une RPA. Les personnes proches aidantes qui seront autorisées à offrir cette aide sont celles qui donnent du soutien de façon régulière, tous les jours ou plusieurs fois par semaine pour répondre à des besoins et contribuer à l'intégrité et au bien-être d'un proche.
		Les milieux qui souhaiteraient se soustraire à cette directive, en totalité ou en partie, doivent recevoir préalablement l'autorisation du MSSS, sans quoi, les milieux seront réputés en non-conformité avec la directive ministérielle et l'arrêté ministériel 2020-034.
		18 mai 2020 *Lettre PDG-Directives_RPA 2020-05-18_VF et COVID-19 Directives_RPA_2020-05-18 V14h*
		Mise à jour des directives concernant les grandes orientations à suivre dans les RPA. Cette mise à jour remplace la directive transmise par

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	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. **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)	l'intermédiaire de la Sécurité civile le 12 avril dernier. Cette mise à jour comporte de nouvelles informations et balises concernant notamment (voir PJ) : • Les sorties des résidents; • Les visites de personnes proches aidantes qui apportent un soutien significatif et les visites pour raisons humanitaires; • Les visites de location, lesquelles sont désormais possibles tout en respectant les mesures de prévention et de contrôle des infections et la distanciation physique; • Les mesures de prévention et de contrôle des infections pour les employés; • L'intégration et la réintégration d'un résident; • Les déménagements. **21 mai 2020** *20-MS-03823-34_LET_PDG_* Le Comité national de réaffectation des effectifs médicaux (CNREM) précise les éléments suivants : • Le CNREM doit être informé des réaffectations réalisées, par le biais du tableau complété quotidiennement par vos coordonnateurs. Ce comité a le mandat de faciliter les réaffectations interrégionales. Les coordonnateurs médicaux et les chefs des départements régionaux de médecine générale doivent s'y référer pour toute question en lien avec la réaffectation. • La réaffectation médicale doit absolument se concentrer sur une réaffectation de couverture médicale. À cette étape-ci, nous décourageons les réaffectations de type humanitaire pour les médecins dans les CHSDL, les RPA et les RI, en raison du contexte de fragilité de la couverture médicale dans ces installations, particulièrement avec la reprise des activités médicales. L'effort doit se concentrer seulement sur la couverture médicale. • Les médecins réaffectés à des tâches non médicales doivent être transférés, dans la mesure du possible, vers des réaffectations en tâches médicales. • Les priorités pour la couverture médicale dans les milieux de vie ont été établies pour pallier la fragilité des équipes médicales actuelles, la pénurie existante bien avant la pandémie et les importants besoins quant à la couverture médicale. Les sites suivants sont priorisés : (a) CHSLD;

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	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. • 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	(b) PRA de niveau 3 et 4 ayant une éclosion, et ce, dans les zones attitrées aux personnes âgées non autonomes. Ceci est toutefois conditionnel à la présence d'un soutien infirmier en tout temps, et (c) les soins à domicile pour les patients à domicile inscrits, en lien avec une couverture infirmière, notamment pour les RI. **21 mai 2020** *20-MS-03823-38_LET_PDG_Ventilation RPA* Faire un rappel aux exploitants de RPA au regard de leurs obligations d'assurer la santé et la sécurité des résidents en offrant et en maintenant un milieu de vie conforme aux dispositions de toute loi et de tout règlement, notamment en matière de sécurité du bâtiment. Il est demandé aux exploitants de RPA de procéder aux vérifications d'usage et à l'entretien de leur système fixe de ventilation et climatisation pour s'assurer de leur bon fonctionnement. Le MSSS demande que les RPA autorisent l'installation temporaire de systèmes de ventilation et de climatisation dans les unités locatives avec l'arrivée de la saison chaude.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	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 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. **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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	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. • 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. **29 avril 2020** *20-MS-02908-51_LET_YGendron-PDG_DGAPA_Directives de déconditionnement (RPA- RI-RTF-CHSLD) MFH et 20-MS-02908-51 PJ -Directives prévention du déconditionnement DGAPA-vf* Directives visant la prévention de 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, chez les personnes aînées (voir PJ). 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. Plusieurs interventions peuvent aussi être suggérées aux personnes aînées demeurant à domicile. **5 mai 2020** *20-MS-02908-83_LET_assouplissement des mesures proches CHSLD-RI-RT-RPA, ~~20-MS-02908-83_Directives_proches_CHSLD-RI-RTF-RPA et 20-MS-02908-83_Formulaire_consentement visites~~* Assouplissement des mesures concernant la contribution des personnes proches aidantes auprès de résidents des CHSLD, de personnes confiées en RI-RTF et les résidents des RPA. • À partir du 11 mai 2020, sous réserve du respect de conditions spécifiques, une personne proche aidante significative pourrait apporter du soutien à une personne en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA. • Par significative, on réfère aux personnes proches aidantes qui apportaient une aide et un soutien tous les jours ou plusieurs fois par semaine. • Ces personnes doivent être connues du personnel ou des gestionnaires du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA pour leur implication significative auprès du résident. • Une personne proche aidante qui ne respecterait pas les consignes précisées dans la PJ pourrait se voir retirer leur accès. • Les CHSLD, les RI-RTF ou les RPA qui voudront soustraire à ces nouvelles directives en totalité ou en partie, devront recevoir préalablement l'autorisation du MSSS.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	• En PJ se trouvent les directives et le formulaire de consentement. **7 mai 2020** *20-MS-02908-94_LET_MAJ Directives proches aidants CHSLD-RI-RT-RPA_2020-05-07, COVID-19_Directives_ proches_ CHSLD-RI-RTF-RPA_2020-05-07 et Formulaire_consentement visites_2020_05_07* Mise à jour des directives transmises le 5 mai (voir PJ) : Il ne sera pas nécessaire pour une personne proche aidante qu'elle effectue un test de dépistage avant d'accéder à un milieu de vie, et ce, peu importe si on retrouve ou pas des cas de COVID-19 à l'intérieur de ce dernier.	
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 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	**21 mai 2020** *20-MS-03823-37_LET_PDG_Directives DP-DI-TSA* Dans le contexte de l'assouplissement progressif des mesures de confinement établies par le gouvernement, les directives pour les programmes-services en déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA) ont été mises à jour et remplacent celles du 11 mai dernier. Elles visent notamment l'autorisation de visites et de sorties des personnes ayant une déficience ou un TSA hébergées dans les milieux suivants : RI-RTF, résidences à assistance continue (RAC), internats et foyers de groupe, tout autre milieu d'hébergement régi par entente selon l'article 108 de la LSSSS. Le MSSS vous informe par la présente que, jusqu'à indication contraire, seront autorisées à compter d'aujourd'hui, les sorties suivantes : les sorties pour aller à l'école, les sorties pour aller travailler dans les secteurs autorisés par le gouvernement du Québec, les congés temporaires dans le milieu familial ou autre milieu désigné dans le plan d'intervention de l'usager, avec ou sans nuitée, les sorties à l'extérieur à proximité du milieu, supervisées ou non, selon la condition ou la problématique de l'usager. En RI-RTF, la nécessité ou non de superviser ou d'accompagner l'usager lors d'une sortie à l'extérieur est déterminée selon l'instrument de détermination et de classification de chaque usager. Les visites d'un membre de la famille ou d'un proche sont maintenues à condition que cette personne comprenne les risques inhérents et s'engage à respecter les consignes recommandées par les autorité de santé publique et celles déterminées par les responsables de milieux de vie. Pour les milieux de réadaptation en santé physique et en déficience physique, seules les visites d'un membre de la famille ou d'un proche sont permises, et ce, uniquement lorsque le séjour se prolonge au-delà de 14 jours et lorsque cette personne comprend les risques inhérents et s'engage à respecter les consignes recommandées par les autorités de santé publique et celles déterminées par les responsables de milieux de

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**

	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.
	24 avril 2020 *20-MS-02908-21_LET_YGendron-PDG_DP DI TSA_grillevalidationconformité_RAC-internat_2020-04-22_CL et 20-MS-02908-21_PJ_Directives et Grille RAC et internats DI-TSA-DP*
	Nouvelles directives et mesures à instaurer pour 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.Voir PJ pour la grille de validation de conformité à laquelle sont intégrées les directives pour les RAC et les internats. Cet outil vise à soutenir les intervenants dans la réalisation d'un suivi adéquat des usagers concernés par ces mesures.
		vie.
		Il est autorisé de reprendre graduellement les activités de jour, les stages et les plateaux de travail dans les secteurs où la reprise a été autorisée par le gouvernement du Québec selon la capacité de l'établissement et des ressources en place. Les établissements doivent s'assurer que les consignes de la CNESST soient appliquées rigoureusement.

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. • ~~Algorithme élaboré.~~ **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	**21 mai 2020** *20-MS-03823-17_LET_PDG_Ressources profesionnelles affectées protection jeunesse* Avec la reprise graduelle des activités, dont le retour des enfants en milieu scolaire et en services de garde pour certaines régions, il est souhaité que les ressources professionnelles affectées temporairement aux services de la protection de la jeunesse y poursuivent leur travail pour une période supplémentaire, soit jusqu'au 7 juin 2020 inclusivement. En vue de la reprise complète des activités des services du programme-services Jeunes en difficulté (JED), il est demandé de planifier activement les mesures nécessaires afin de rehausser et de coordonner les services offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille. Il est notamment attendu que les directions de la protection de la jeunesse (DPJ) soient soutenues de la façon suivante : • Identifier, à partir de la liste d'attente actuelle à l'évaluation, chaque famille qui doit recevoir des services de 1re ligne du programme JED, afin qu'elle puisse y avoir accès de façon prioritaire, sans attendre le début de l'évaluation de la DPJ.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 15 MAI 2020**
	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 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.	• Rehausser, dans le respect des cadres légaux applicables, votre programme de crise et de suivi intensif afin d'intervenir de façon rapide et soutenue dans les situations qui le justifient, en étroite collaboration avec l'équipe de la DPJ, sans attendre la fin de l'évaluation. • Poursuivre les interventions des services de 1re ligne auprès de la famille à la suite de la réception d'un signalement, et ce, jusqu'au terme de l'évaluation de la situation de l'enfant concerné. Cette pratique assurera une réponse optimale aux besoins de l'enfant et évitera qu'un bris de services ne survienne dans le cas ou le dossier serait finalement fermé en protection de la jeunesse.
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.	

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 22 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

En suivi de la rencontre du Comité de gestion du réseau du 19 mai dernier, nous vous confirmons que le système V10 est désormais la source officielle des données relatives aux décès et aux cas confirmés pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les résidences privées pour aînés et éventuellement les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.

Considérant ce qui précède, nous vous rappelons l'importance d'assurer la saisie quotidienne de ces informations par vos directions régionales de santé publique.

Si des disparités sont constatées entre les données publiées à cet égard et celles détenues par vos établissements, nous vous invitons à contacter vos directions régionales de santé publique respectives afin que les corrections soient apportées dans le système V10, le cas échéant.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. Présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé du RSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-40

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 22 mai 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

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS DE RÉADAPTATION

Mesdames,
Messieurs,

La présente fait suite à la communication du 21 mai dernier relative à la directive sur les zones tampons et à la mise à jour des trajectoires suivantes :

- *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*
- *Intégration/réintégration en RI-RTF, RPA, RAC ou autre milieu de vie après un séjour en centre hospitalier ou un milieu de réadaptation/Intégration en RI-RTF, RPA, RAC et autre milieu de vie en provenance de la communauté*.

… 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 communication annonçait la transmission imminente d'algorithmes décisionnels que vous trouverez ci-joints.

Ils sont également disponibles sur le site Web à l'adresse suivante : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/trajectoires-de-soins-et-services/

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 des CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-49

Trajectoire : Intégration / réintégration en RI-RTF, RPA, RAC ou autre milieu de vie[1] après un séjour en centre hospitalier ou un milieu de réadaptation / Intégration en RI-RTF, RPA, RAC et autre milieu de vie en provenance de la communauté

Centre hospitalier, communauté ou milieu de réadaptation TEST COVID-19[2]

Usager est COVID-19 POSITIF

2 possibilités

Si possibilité en RI-RTF, RPA, RAC ou autre[1] zone chaude existante

Intégration / réintégration dans une zone chaude en RI-RTF, RPA, RAC ou autre EPI complet

Rétablissement de la personne

Demeurer dans la RI-RTF, RPA, RAC et autre et être transféré en zone froide
EPI requis
Pas d'isolement
Surveillance des symptômes

Si la RI-RTF, RPA, RAC ou autre[1] n'a pas de zone chaude

Pas d'intégration / réintégration en RI-RTF, RPA, RAC ou autre Accueil dans une zone tampon[3] chaude, EPI complet

Rétablissement de la personne

Intégration / réintégration dans la RI-RTF, RPA, RAC et autre et être transféré en zone froide
EPI requis
Pas d'isolement
Surveillance des symptômes

Usager est COVID-19 NÉGATIF

2 possibilités

Accueil dans une zone tampon[3] tiède 14 jours : EPI complet / isolement

Si l'usager développe des symptômes (faire un test)

Si positif :
Transfert en zone tampon[3] chaude

Rétablissement de la personne

Intégration / réintégration en RI-RTF, RPA, RAC ou autre zone froide
EPI requis Pas d'isolement
Surveillance des symptômes

Si négatif :
L'usager reste en zone tampon[3] tiède et complète ses 14 jours (minimum) et la fin des symptômes (faire un test)

Résultat négatif
Intégration / réintégration en RI-RTF, RPA, RAC ou autre en zone froide
EPI requis
Pas d'isolement
Surveillance des symptômes

Intégration / réintégration en RI-RTF, RPA, RAC ou autre[1] si isolement possible 14 jours / si usager développe des symptômes (faire test)

Résultat COVID-19 positif

2 possibilités

Accueil dans une zone tampon[3] chaude, EPI complet

Rétablissement de la personne

Réintégration en RI-RTF, RPA, RAC ou autre zone froide
EPI requis
Pas d'isolement
Surveillance des symptômes

Peut demeurer en RI-RTF, RPA, RAC ou autre[1] dans une zone chaude, EPI complet, isolement pour 14 jours

Rétablissement de la personne

Demeurer en RI-RTF, RPA, RAC ou autre
EPI requis
Pas d'isolement
Surveillance des symptômes

1. Se référer aux directives spécifiques à chacun de ces milieux de vie.
2. Test non requis si l'usager est rétabli de la COVID-19, intégration ou réintégration dans son milieu de vie en zone froide.
3. 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, ni au personnel de circuler d'une zone à l'autre. Pour les détails complets, se référer aux directives sur les zones tampons.

Critères pour le rétablissement de la personne :

- 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 sans prise d'antipyrétique ;
- 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.

20-210-109W

Votre gouvernement

Québec

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec
Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 25 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

En 2018, le gouvernement du Québec convenait, avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), d'une entente de principe concernant les conditions de pratique à l'égard de la Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux (2017, chapitre 21).

Les ententes de principes convenues avec les fédérations médicales mettaient en place un régime transitoire définissant la façon dont le réseau de la santé devait se gouverner jusqu'à la fin des travaux des comités qui devaient se terminer au plus tard le 31 mars 2020. Le régime transitoire portait, notamment, sur un moratoire quant aux orientations ministérielles relatives à la gestion des effectifs médicaux, aux médecins associés, à l'octroi et le renouvellement des privilèges devant se faire selon une résolution modèle convenue par les parties, aux obligations des médecins en établissement et à la portée géographique des privilèges et modalités pour éviter une rupture d'accès.

Considérant la situation actuelle de pandémie de la COVID-19 (SARS-CoV-2), nous vous informons qu'il a été convenu avec la FMSQ et la FMOQ que la date butoir initialement prévue pour achever les travaux des comités sur les conditions de pratique soit reportée au 31 décembre 2020.

... 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

Veuillez noter que d'ici le 31 décembre 2020, les directives en place continuent de s'appliquer. À cet égard, nous vous référons à la lettre transmise le 22 mars 2018, jointe à la présente, ayant pour objet : « Processus de modification des résolutions du conseil d'administration octroyant ou renouvelant les privilèges d'un médecin ».

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. DSP des établissements publics de santé et de services sociaux
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-03338

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 22 mars 2018

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

Objet : Processus de modification des résolutions du conseil d'administration octroyant ou renouvelant les privilèges d'un médecin

Mesdames,
Messieurs,

Le 14 mars 2018, l'équipe de négociation du Secrétariat du Conseil du Trésor convenait avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) d'un Protocole d'Accord ayant trait au renouvellement de l'Accord-cadre pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2023.

En sus de ce Protocole d'Accord, une entente de principe concernant les conditions de pratique à l'égard de la Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux (Loi 21) et une entente en regard à la Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (Loi 20) ont été convenues.

Nous souhaitons vous informer des éléments de ces ententes ayant un impact sur le processus mentionné en rubrique et lequel doit être complété d'ici au 10 mai 2018. Dans une prochaine correspondance, nous aurons l'occasion d'aborder les autres éléments de ces ententes ayant un impact sur les activités des médecins.

Ce Protocole d'Accord et ces ententes ont notamment pour effet de surseoir, pour une période limitée, à l'application de l'article 11 de la Loi 21 et à la Loi 20.

Cela étant, la présente a pour but de vous préciser que l'entente de principe intervenue relative à la Loi 21 amène la mise en place, jusqu'au 31 mars 2020 au plus tard, d'un moratoire sur les orientations ministérielles relatives à la gestion des effectifs médicaux.

... 2

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

Pendant la période transitoire, nous avons convenu avec la FMSQ que le guide ministériel qui gouvernera la gestion des effectifs médicaux au sein du réseau sera celui émis le 1er avril 2015, que vous retrouverez en pièce jointe, et ce, en faisant les adaptations requises afin de tenir compte des changements aux Lois et des ententes convenues. Ce guide sera présenté à nouveau à la prochaine réunion de la Table des directeurs de services professionnels par la docteure Lucie Opatrny.

L'octroi ou le renouvellement de privilèges aux médecins spécialistes se fera en fonction de la résolution type présentée à l'annexe I, étant entendu que tout formulaire d'octroi ou de renouvellement de privilèges doit respecter ce modèle.

Par ailleurs, les demandes de privilèges des médecins spécialistes ayant le statut d'associé seront approuvées dans la mesure où elles sont conformes au plan d'effectifs médicaux et au plan d'organisation de votre établissement.

Il est à noter également que, pendant la période de transition, les privilèges des médecins spécialistes ayant le statut d'associé pourront être octroyés ou renouvelés n'eut égard au fait que le médecin détienne ou non un statut de membre actif. Toutefois, l'article 92.1 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (RLRQ, chapitre S-5, r. 5) devra être appliqué de manière à ce que l'octroi ou le renouvellement d'un statut de membre associé ou de membre-conseil ne puisse être fait de façon à empêcher le recrutement d'un membre actif.

Pendant la période transitoire, un médecin spécialiste exerçant dans un établissement doit, dans l'éventualité où des problèmes urgents ou semi-urgents d'accès à des services sont constatés dans une autre installation et sur demande de son chef de département, offrir un soutien temporaire dans l'installation qui lui est indiquée, et ce, collectivement avec les autres membres de son service ou de son département.

La participation du médecin spécialiste à un tel soutien temporaire est déterminée en tenant compte de ses compétences professionnelles, de la situation des effectifs au sein de son installation et de la nécessité de ne pas y créer également de problèmes significatifs d'accès aux services. Cette participation ne peut avoir pour effet de remettre en question l'exercice principal de sa profession dans son installation, ne s'applique que pour une installation située à moins de 70 km de celle où il exerce de façon principale et ne peut s'étendre sur une période de plus de trois mois qui pourrait être reconduite après réévaluation de la situation.

... 3

Toutefois, au-delà de cette limite de 70 km, un plan de contingence et de participation permettant de pourvoir aux bris de services temporaires doit être instauré par chaque département au sein de votre établissement, lequel plan peut notamment prévoir la mise en place de corridors de services pour les usagers, les ententes inter établissements, la consultation à distance, le déplacement de médecins spécialistes ou le recours au mécanisme de soutien temporaire qui sera mis en place par entente avec la FMSQ pour les spécialités de base. Ces plans doivent être adoptés par chacun des départements et approuvés par le conseil d'administration de votre établissement.

Étant donné ce qui précède, nous vous demandons donc d'informer le conseil d'administration de votre établissement et de voir à ce que les engagements qui ont été pris soient respectés. À cet égard, puisque la période transitoire se terminera au 31 mars 2020 au plus tard, nous vous demandons que la durée des privilèges soit de 18 mois pour ceux qui seront modifiés d'ici le 10 mai prochain, de même que pour ceux qui seront par la suite octroyés ou renouvelés, afin qu'il soit alors possible lors de leur renouvellement d'actualiser les obligations que l'on retrouve dans les résolutions aux orientations qui auront été alors déterminées.

Enfin, compte tenu des discussions qui sont en cours entre l'équipe de négociation du Secrétariat du Conseil du Trésor et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et d'une entente de principe similaire à convenir, nous vous demandons de traiter l'octroi et le renouvellement de privilèges aux médecins omnipraticiens selon les règles qui prévalaient avant l'octroi ou le renouvellement de privilèges associés à des priorités. Autrement dit, l'octroi et le renouvellement de privilèges pour les médecins omnipraticiens doivent se faire par secteur d'activité. Dès que l'entente de principe sera convenue, nous vous tiendrons informés.

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

Le sous-ministre,

Michel Fontaine

p. j. 2

c. c. Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements
Directrices et directeurs des services professionnels des établissements

ANNEXE I – RÉSOLUTION TYPE – PRIVILÈGES

MODÈLE DE RÉSOLUTION – OCTROI OU RENOUVELLEMENT DES PRIVILÈGES

ATTENDU QUE la Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux (2017, chapitre 21, ci-après « la Loi ») a été sanctionnée le 26 octobre 2017 et que la majorité des dispositions qu'elle contient sont entrées en vigueur le 10 novembre 2017;

ATTENDU QUE la Loi modifie notamment l'article 242 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2, ci-après la « LSSSS ») et l'article 61 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2, ci-après la « LMRSSS »);

ATTENDU QUE le nouvel article 61 de la LMRSSS prévoit que la résolution du conseil d'administration d'un centre intégré de santé et de services sociaux, d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doit prévoir que les privilèges sont accordés à un médecin ou à un dentiste pour l'ensemble des installations de l'établissement et préciser dans quelles installations s'exercera principalement sa profession;

ATTENDU QUE cet article prévoit également que la résolution doit inclure, le cas échéant, les obligations exigées par le ministre conformément à l'article 60.1 de la LMRSSS ainsi que l'indication à l'effet que le médecin est responsable, collectivement avec les autres médecins exerçant leur profession au sein de l'établissement, de s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture d'accès aux services de l'établissement;

ATTENDU QUE l'article 242 de la LSSSS prévoit que la résolution du conseil d'administration doit notamment prévoir les obligations rattachées à la jouissance des privilèges et l'engagement du médecin ou du dentiste à les respecter;

ATTENDU QUE cet article, tel que modifié, prévoit également que les nominations sont accordées pour une durée de 18 à 24 mois et sont renouvelées pour une durée d'un an à trois ans;

ATTENDU QUE le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi que le directeur des services professionnels de l'établissement ont été consultés sur les obligations qui doivent être rattachées à la jouissance des privilèges du docteur [*prénom, nom*];

ATTENDU QUE à la lumière de ces consultations, les obligations qui devraient être rattachées à la jouissance des privilèges octroyés au docteur [*prénom, nom*] ont été déterminées;

ATTENDU QUE le président-directeur général de l'établissement a invité le docteur [*prénom, nom*] à faire valoir ses observations sur ces obligations;

ATTENDU QUE le président-directeur général de l'établissement a transmis au conseil d'administration les observations du docteur [*prénom, nom*] sur ces obligations;

ATTENDU QUE le docteur [*prénom, nom*] s'engage à respecter ces obligations;

ATTENDU QUE l'établissement doit fournir au docteur [*prénom, nom*] les ressources raisonnables nécessaires pour exercer sa profession, satisfaire aux obligations rattachées à ses privilèges et répondre aux besoins de ses patients;

IL EST RÉSOLU : d'octroyer ou de renouveler les privilèges octroyés au docteur [*prénom, nom*] le [*date*] de la façon suivante :

a. prévoir que la nomination est valable pour une pratique principale dans l'installation suivante : [*nom de l'installations concernée*] et une pratique complémentaire dans la ou les installations suivantes [*nom des installations concernées*];

b. prévoir que le médecin est responsable, collectivement avec les autres médecins exerçant leur profession au sein de l'établissement, de s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture d'accès aux services de l'établissement, selon les modalités transitoires établies avec le ministre de la Santé et des Services sociaux et le plan de contingence du département;

c. les obligations rattachées à la jouissance des privilèges sont les suivantes :

L'accès aux services et la participation du médecin aux activités cliniques du centre, y compris la garde :

i. respecter le code de déontologie et maintenir un permis d'exercice valide auprès du Collège des médecins du Québec (CMQ);

ii. maintenir une assurance responsabilité professionnelle;

iii. respecter le règlement dûment adopté du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le règlement dûment adopté du département et du service où il exerce;

iv. respecter les règles de soins et les règles d'utilisation des ressources dûment adoptées;

v. respecter la répartition et la coordination des activités effectuées par le chef de département ou le chef de service, après consultation, tout en permettant la réalisation de l'ensemble des activités cliniques et professionnelles du

médecin (administration, rayonnement, enseignement, garde, recherche le cas échéant);

vi. participer au service de garde selon l'affectation du chef de département ou de service ;

vii. participer aux activités médicales prévues à une entente conclue conformément aux articles 108 et 109 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) entre l'établissement et tout autre établissement et adoptées par un département dans le cadre de son plan de contingence;

viii. respecter la politique de civilité dès son adoption;

ix. s'engager à déclarer toute activité clinique et la proportion d'activités effectuée dans un autre établissement ainsi qu'à déclarer tout changement de statut détenu dans un autre établissement.

La qualité et la pertinence des soins et services dispensés :

x. participer aux activités d'évaluation et d'amélioration de la qualité de l'acte;

xi. respecter les valeurs de l'établissement;

xii. maintenir ses compétences et satisfaire aux exigences du CMQ concernant notamment le développement professionnel continu (DPC);

xiii. adhérer aux recommandations par le CMDP en regard de la pertinence des actes.

Autres :

xiv. participer aux activités d'enseignement et de recherche (s'il y a lieu);

xv. participer à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs;

xvi. participer, de façon soutenue, aux activités du département et du service de même qu'à celles du CMDP et de ses comités, le cas échéant;

xvii. s'engager à déclarer tout conflit d'intérêts.

Santé
et Services sociaux
Québec

PLAN D'EFFECTIFS MÉDICAUX EN SPÉCIALITÉ

RÈGLES DE GESTION

Direction de la main-d'œuvre médicale

2015-04-01

TABLE DES MATIÈRES

MISE EN CONTEXTE : IMPACT DE LA LOI 10 1

1. PLAN D'EFFECTIFS MÉDICAUX (PEM) 1

2. NOMINATION D'UN MÉDECIN ET CONFORMITÉ AU PEM 2

2.1. Conformité au PEM 2

2.1.1. Avis de conformité sur anticipation d'un départ confirmé 2

2.1.2. Avis de conformité sur un rehaussement autorisé pour une année ultérieure 3

2.2. Comptabilisation d'un médecin au PEM 3

3. CONGÉ DE SERVICES ET NOMINATION TEMPORAIRE 3

3.1. Congé de services 3

3.2. Nomination temporaire en situation de remplacement 4

3.3. Nomination temporaire en cas d'urgence 4

3.4. Transmission de l'information au MSSS 4

4. OPPORTUNITÉS DE RECRUTEMENT ADDITIONNELLES (ORA) 4

5. POSTES EN RÉSEAU 5

5.1. Règle générale 5

5.2. Poste en réseau facultatif (PRF) 5

5.3. Poste en réseau obligatoire (PRO) 5

5.4. Ententes liées à un poste en réseau facultatif ou à un poste en réseau obligatoire 5

5.5. Médecin occupant un poste en réseau 6

6. FORMATION COMPLÉMENTAIRE 7

6.1. Règle générale 7

6.2. Départ en formation complémentaire sans poste au PEM 7

6.3. Liste des candidats en formation complémentaire 7

7. PERMIS RESTRICTIFS 7

7.1. Règle générale 7

7.2. Médecins cliniciens 7

7.3. Médecins bénéficiant de l'Arrangement de reconnaissance mutuelle France/Québec 8

7.4. Médecins sélectionnés professeurs 8

8. RETOUR DE RÉGION 9

9. FONCTION ADMINISTRATIVE À VOCATION NATIONALE 9

10. PROCESSUS DE DÉROGATION 9
10.1. Règle générale 9
10.2. Traitement des demandes de dérogation 10

11. OMNIPRATICIENS AYANT UNE PRATIQUE EXCLUSIVE EN ANESTHÉSIOLOGIE OU EN CHIRURGIE GÉNÉRALE 10

12. PRATIQUE EXCLUSIVE EN SOINS PALLIATIFS OU EN ASSISTANCE OPÉRATOIRE 10

13. CHERCHEURS BOURSIERS 10
13.1. Règle générale 10
13.2. Chercheur boursier qui se retire du protocole 11
13.3. Suivi des chercheurs boursiers admissibles à la règle 11

14. PREM EN TRANSPLANTATION POUR LES RÉSEAUX DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL ET DE L'UNIVERSITÉ MCGILL 11
14.1. Recrutement de nouveaux médecins dans le domaine de la transplantation : critères d'inclusion au PREM-transplantation 11
14.2. Gestion du remplacement des médecins déjà en exercice dans le domaine de la transplantation 12

15. DISPONIBILITÉ DES RÈGLES DE GESTION 12

RÈGLES DE GESTION

MISE EN CONTEXTE : IMPACT DE LA LOI 10

À la suite de l'entrée en vigueur de la loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, la structure existante des plans d'effectifs médicaux (PEM) a été maintenue. Ainsi, les établissements non fusionnés demeurent avec des PEM autorisés par établissement. Pour ce qui est des centres intégrés (CISSS, CIUSSS et établissements regroupés), les PEM des anciens établissements sont maintenus et constituent désormais des PEM autorisés par installation.

1. PLAN D'EFFECTIFS MÉDICAUX (PEM)

Le PEM d'un établissement ou d'une installation correspond au nombre de postes autorisés par spécialité.

Les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) sont constitués de tous les PEM des établissements et installations situés dans une région sociosanitaire donnée.

En spécialité, la planification des effectifs médicaux est établie pour une durée de 5 ans. Le plan quinquennal en cours couvre les années 2011 à 2015. Bien qu'il s'agisse d'objectifs annoncés sur 5 ans, les PEM s'appliquent annuellement, selon le calendrier suivant :

PEM 2011	15 février 2011 au 30 novembre 2011
PEM 2012	1er décembre 2011 au 30 novembre 2012
PEM 2013	1er décembre 2012 au 30 novembre 2013
PEM 2014	1er décembre 2013 au 30 novembre 2014
PEM 2015	1er décembre 2014 au 30 novembre 2015

À l'An 3, soit en 2013, une analyse de l'évolution des effectifs médicaux en spécialité fut réalisée. À la suite de cette analyse, des ajustements ont été apportés en fonction de la situation observée par rapport aux objectifs attendus. Ces ajustements s'appliquent à l'An 4 et l'An 5 de la planification, soit en 2014 et 2015.

2. NOMINATION D'UN MÉDECIN ET CONFORMITÉ AU PEM

Avant d'accepter la demande de privilèges d'un médecin et de procéder à sa nomination, le conseil d'administration (CA) d'un établissement hospitalier doit obtenir du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) la confirmation écrite que cette nomination est conforme au PEM applicable.

Cette règle s'applique peu importe quel sera le niveau d'activités et le statut du médecin dans l'établissement ou l'installation.

Par ailleurs, il est important de rappeler que le CA d'un établissement avec désignation universitaire doit consulter l'université d'affiliation avant de statuer sur la recevabilité d'une demande de nomination.

2.1. Conformité au PEM

Une demande sera considérée conforme si un poste est vacant au PEM visé ou si elle concerne un médecin qui maintiendra sa pratique principale dans un autre établissement où il détient déjà un poste au PEM.

Centre intégré

Considérant que le médecin occupera un poste au PEM d'une installation du centre intégré, il devra être indiqué dans la résolution du CA que cette installation sera le lieu d'exercice principal de ce médecin en centre hospitalier. De plus, conformément à l'article 61 de la Loi 10, la résolution du CA d'un centre intégré peut également prévoir les autres installations du centre intégré pour lesquelles les privilèges sont accordés à un médecin.

Advenant qu'un médecin souhaite modifier son installation de pratique principale au sein du même centre intégré, une nouvelle demande d'avis de conformité au PEM de l'installation visée doit être transmise au MSSS.

2.1.1. Avis de conformité sur anticipation d'un départ confirmé

Lorsque le PEM est complet et qu'aucune opportunité de recrutement additionnelle (ORA) n'est disponible, un avis de conformité peut être émis en vue d'un recrutement par anticipation du départ confirmé d'un médecin qui sera effectif au plus tard 3 ans suivant la demande d'avis de conformité. L'entrée en fonction du médecin recruté pourra se faire avant la date de départ du médecin qui quitte pour une période maximale de 6 mois.

Cependant, avant toute chose, le départ du médecin doit avoir été confirmé. Ainsi, une résolution du CA de l'établissement confirmant l'acceptation de la démission du médecin et sa date de départ doit être transmise au MSSS. Cette résolution du CA doit préciser que le médecin n'aura plus de privilèges dans l'établissement. Rappelons qu'en vertu de l'article 254 de la LSSSS, la décision d'un médecin de cesser d'exercer sa profession est irrévocable dès que le CA en a été informé.

Lorsqu'un avis de conformité sur anticipation d'un départ est émis, le PEM devient alors en dépassement temporaire et le prochain départ ne peut être remplacé.

2.1.2. Avis de conformité sur un rehaussement autorisé pour une année ultérieure

Un avis de conformité peut être émis sur un poste autorisé en rehaussement du PEM d'une année ultérieure au PEM en cours. Cependant, l'émission de l'avis de conformité est conditionnelle à ce que la prise d'effet des privilèges se fasse dans l'année du PEM visé. Le médecin ne pourra donc débuter sa pratique dans l'établissement avant l'entrée en vigueur du PEM concerné. En outre, ce poste ne peut faire l'objet d'un remplacement tant et aussi longtemps qu'il n'est pas effectif.

À titre d'exemple, un établissement dont le PEM dans une spécialité donnée serait rehaussé d'un poste en 2017 peut se voir émettre un avis de conformité en vue du recrutement d'un candidat sur ce poste, en autant que la date de prise d'effet des privilèges soit fixée le ou après le 1er décembre 2016.

Cette règle s'applique même si le PEM en cours comprend des postes vacants.

Note : *Cette règle est non applicable lorsqu'aucun PEM n'a été officiellement autorisé par le ministre pour des années subséquentes à l'année courante.*

2.2. Comptabilisation d'un médecin au PEM

Tout médecin spécialiste ayant une pratique en établissement doit être compté à un PEM, sauf si la nomination est temporaire (voir section 3.2 et 3.3).

Un médecin spécialiste qui détient des privilèges dans plus d'un établissement est inscrit au PEM de l'établissement, ou de l'installation dans le cas d'un centre intégré, qui constitue son lieu d'exercice principal en centre hospitalier.

Avant de procéder à un changement de son lieu principal de pratique, un médecin doit s'assurer d'obtenir un poste au PEM de l'établissement ou de l'installation où il aura dorénavant sa pratique principale.

Il est important de noter que le changement de statut d'un médecin au sein d'un établissement n'a pas pour conséquence de libérer un poste au PEM, sauf s'il est précisé dans la résolution du CA que le médecin ne conservera plus de privilèges de pratique dans l'établissement ou s'il a obtenu un poste au PEM d'un autre établissement dans lequel il aura dorénavant sa pratique principale.

3. CONGÉ DE SERVICES ET NOMINATION TEMPORAIRE

3.1. Congé de services

Un médecin qui obtient un congé de services (congé de maladie, congé sabbatique, etc.) autorisé par son établissement conserve sa place au PEM.

3.2. Nomination temporaire en situation de remplacement

Une demande de nomination qui vise à remplacer temporairement l'absence d'un médecin compté à un PEM n'a pas à être autorisée par le MSSS. La nomination qui résulte d'une telle demande ne peut valoir que pour la durée de l'absence ou de l'empêchement du médecin concerné et ne peut faire l'objet d'aucune demande de renouvellement.

Un médecin ne peut être remplacé temporairement que s'il est compté à même les postes autorisés d'un PEM donné. Par exemple, l'absence d'un médecin inscrit en dépassement temporaire ou d'un médecin non compté au PEM ne peut être remplacée.

3.3. Nomination temporaire en cas d'urgence

Tel que prévu à l'article 248 de la LSSSS, un médecin peut se voir accorder temporairement l'autorisation d'exercer dans un centre hospitalier en cas d'urgence. Cette autorisation est d'une durée maximale de 3 mois et ne peut être renouvelée.

3.4. Transmission de l'information au MSSS

Les établissements doivent informer le MSSS, via l'outil Web, de toutes les nominations temporaires et congés de services ayant une durée supérieure à 3 mois en spécifiant leurs dates de début et de fin.

4. OPPORTUNITÉS DE RECRUTEMENT ADDITIONNELLES (ORA)

Certains établissements disposent à leur PEM d'opportunités de recrutement additionnelles (ORA). Celles-ci sont accordées de façon exceptionnelle, généralement afin d'anticiper l'attrition. Elles sont octroyées par le ministre lors de l'annonce du plan quinquennal, ou de sa révision à mi-parcours. En dehors de ces exercices, aucune ORA ne peut être accordée.

Une ORA n'a pas pour effet de modifier un PEM autorisé. Au moment où le MSSS émet un avis de conformité en fonction d'une ORA, le PEM visé est alors en dépassement temporaire. Par conséquent, le prochain départ d'un médecin occupant un poste au PEM ne pourra être remplacé.

Par ailleurs, une ORA non utilisée devient caduque dès qu'un poste au PEM se libère. Cependant, avec l'autorisation du MSSS, elle pourrait être maintenue si le médecin qui quitte n'est pas en fin de carrière. En pareil cas, l'établissement devra en faire la demande formelle au MSSS qui statuera sur la recevabilité de cette demande.

5. POSTES EN RÉSEAU

5.1. Règle générale

Généralement, les postes en réseau sont accordés à des établissements ou installations moins attractifs afin que ces derniers puissent être desservis par un autre établissement suite à la signature d'une entente de services.

Il existe deux types de postes en réseau, soit les postes en réseau facultatif et les postes en réseau obligatoire. La différence entre ces deux types est la suivante :

- pour un poste en réseau facultatif, l'établissement peut choisir de recruter un médecin sur place ou choisir de conclure une entente de services.;
- pour un poste en réseau obligatoire, une entente de services doit obligatoirement être conclue avec un autre établissement.

Les postes en réseau appartiennent toujours à l'établissement ou à l'installation détenteur du poste.

5.2. Poste en réseau facultatif (PRF)

Certains établissements ou installations disposent à leurs PEM de postes en réseau facultatif.

Un poste en réseau facultatif peut être utilisé de deux façons :

(1) pour le recrutement d'un médecin spécialiste dans l'établissement ou l'installation détenteur du poste;

ou

(2) pour le recrutement d'un médecin spécialiste dans un autre établissement, conditionnellement à la conclusion d'une entente de services entre les établissements.

5.3. Poste en réseau obligatoire (PRO)

Certains établissements ou installations disposent à leur PEM de postes en réseau obligatoire. Ces postes sont accordés lorsqu'il y a impossibilité d'assurer l'autonomie de l'établissement détenteur du poste dans cette spécialité et qu'un corridor de services est créé de façon permanente entre deux établissements.

Comme son nom l'indique, le poste en réseau obligatoire vient avec l'obligation pour l'établissement détenteur du poste de conclure une entente avec un autre établissement qui le desservira. En contrepartie et une fois l'entente signée, l'établissement qui offrira le service pourra procéder au recrutement d'un médecin spécialiste.

5.4. Ententes liées à un poste en réseau facultatif ou à un poste en réseau obligatoire

L'entente de services liée à un poste en réseau, facultatif ou obligatoire, ne doit pas reposer sur un seul individu, mais doit démontrer un engagement de l'équipe médicale et de l'administration des établissements à remplir les engagements qui y figurent. La responsabilité de répondre aux besoins de la clientèle de l'établissement ou de

l'installation détenteur du poste est donc prise en charge par un établissement désigné et par son équipe médicale. De plus, cette entente doit être d'une durée minimale de 3 ans.

Le texte de l'entente doit être soumis pour approbation au MSSS avant la signature de celle-ci afin de s'assurer du respect des conditions signifiées au moment de l'octroi du poste en réseau facultatif ou obligatoire.

En aucun cas, le MSSS ne reconnaîtra de clauses ou de conditions prévoyant un rehaussement au plan d'effectifs dans une entente de services à laquelle il n'a pas pris part ou pour laquelle il n'aurait pas donné son aval avant la signature.

Tant que l'entente n'est pas signée par les établissements concernés, aucun avis de conformité ne pourra être émis pour ce poste.

Une fois l'entente signée, l'établissement qui s'est engagé à offrir les services pourra recruter sur le poste appartenant à l'établissement ou à l'installation desservi. Cependant, même s'il y a recrutement, il est entendu que le poste appartient toujours à l'établissement détenteur du poste en réseau.

Fin de l'entente

Advenant que l'une des parties mette fin à l'entente, l'établissement qui fournit les services ne peut plus utiliser le poste en réseau appartenant à l'établissement détenteur du poste.

Si l'entente était liée à un poste réseau facultatif, le médecin inscrit sur ce poste pourra choisir de conserver sa pratique principale dans l'établissement ou l'installation détenteur du poste réseau ou dans l'établissement qui fournissait les services. Dans ce dernier cas, il devra être inscrit sur un poste vacant au PEM de l'établissement. Advenant que le PEM soit complet, il sera alors en dépassement temporaire et les prochains départs ne pourront être remplacés jusqu'à ce qu'il redevienne en équilibre.

Si l'entente était liée à un poste réseau obligatoire, le médecin nommé sur ce poste devra être inscrit sur un poste vacant au PEM de l'établissement qui fournissait les services. Advenant que le PEM soit complet, il sera alors en dépassement temporaire et les prochains départs ne pourront être remplacés jusqu'à ce qu'il redevienne en équilibre.

5.5. Médecin occupant un poste en réseau

Un médecin occupant un poste en réseau est toujours compté au PEM où est rattaché ce poste, même s'il exerce majoritairement dans un autre établissement ou installation avec lequel une entente de services a été conclue.

Il est entendu que même si un médecin est nommé sur un poste en réseau, l'offre de service qui est rattachée à ce poste est prise en charge par l'ensemble de l'équipe qui doit desservir l'établissement ou l'installation à qui appartient le poste.

6. FORMATION COMPLÉMENTAIRE

6.1. Règle générale

Conformément aux règles de recrutement convenues avec les facultés de médecine, les médecins exerçant dans un établissement universitaire doivent compléter une formation complémentaire d'une durée minimale d'un an.

Les médecins exerçant dans des établissements non universitaires peuvent, s'ils le désirent, compléter une formation complémentaire. Cette formation peut être d'une durée inférieure à 12 mois.

Tout médecin qui poursuit une formation complémentaire soutenue par une faculté de médecine doit détenir un poste au PEM d'un établissement avant le début de cette formation.

6.2. Départ en formation complémentaire sans poste au PEM

Le médecin qui complète une formation complémentaire sans détenir de poste au PEM d'un établissement n'a aucune garantie quant à l'obtention d'un poste en région universitaire ou dans le champ de sa formation complémentaire.

6.3. Liste des candidats en formation complémentaire

La liste des candidats, soutenus officiellement par les universités et les facultés de médecine, qui débuteront une formation complémentaire ou qui sont en formation complémentaire doit être maintenue à jour et transmise trimestriellement par les facultés de médecine à la Direction de la main-d'œuvre médicale (DMOM) du MSSS et à la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ).

7. PERMIS RESTRICTIFS

7.1. Règle générale

Tout médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis détenteur d'un permis restrictif octroyé par le Collège des médecins du Québec (CMQ) est comptabilisé au PEM de l'établissement qui le recrute. Il est assujetti aux règles prévues pour l'octroi de privilèges et doit être recruté dans le respect des PEM approuvés.

7.2. Médecins cliniciens

Sauf pour les médecins sélectionnés professeurs et les médecins bénéficiant de l'Arrangement de reconnaissance mutuelle France/Québec, les médecins sous permis restrictif ne peuvent s'installer dans les régions universitaires. Ceux-ci doivent être référés à Recrutement Santé Québec qui les dirigera vers les établissements des régions éloignées, intermédiaires ou périphériques qui ont les besoins les plus critiques.

L'établissement parraineur doit faire une demande d'avis de conformité au MSSS au plus tard avant la date de début du stage d'évaluation d'un candidat en processus d'obtention d'un permis restrictif.

Pour plus de précisions sur le parrainage de médecins candidats aux permis restrictifs, un guide d'information a été produit et peut être consulté sur le site Internet du MSSS à l'adresse suivante : http://www.msss.gouv.qc.ca/rsq.

7.3. Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) France/ Québec

L'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) a été signé entre le CMQ, le Conseil national de l'Ordre des médecins de France et le MSSS afin de favoriser la mobilité de la main-d'œuvre médicale entre la France et le Québec.

Les modalités relatives à l'ARM sont disponibles sur le site Internet du CMQ, notamment en ce qui concerne les spécialités médicales visées par cet arrangement. Pour plus de détails, vous référez à l'adresse suivante : http://www.cmq.org/fr/ObtenirPermis/DiplomesInternationaux/EntenteFranceQc.aspx

7.4. Médecins sélectionnés professeurs

Un médecin sélectionné professeur est défini comme étant un médecin détenteur d'un diplôme M.D. octroyé par une école située à l'extérieur du Canada et des États-Unis, dont la pratique au Québec ne peut se faire que sous permis restrictif. Les médecins sélectionnés professeurs sont recrutés par les facultés de médecine pour combler des besoins exceptionnels dans les domaines de l'enseignement, de la recherche ou de l'évaluation des technologies dans un établissement de santé universitaire. La *Politique triennale des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et du recrutement de médecins sous permis restrictif* prévoit un contingent à cet effet. Tel que précisé dans la Politique triennale, les médecins sélectionnés professeurs devraient être des sommités dans leur domaine et les moniteurs cliniques ne sont pas admissibles à ce contingent.

Les facultés de médecine qui souhaitent recruter un médecin sélectionné professeur doivent faire parvenir leur demande d'inclusion au contingent à la DMOM du MSSS, à l'aide de la fiche signalétique prévue à cet effet. Comme pour tout recrutement, celui d'un médecin sélectionné professeur est assujetti aux règles prévues pour l'octroi de privilèges et doit être fait dans le respect des PEM approuvés. Les facultés de médecine doivent donc s'assurer de la disponibilité d'un poste au PEM auprès de l'établissement recruteur avant de pouvoir déposer une demande pour inclure un médecin dans le contingent.

Une fois l'inclusion du candidat au contingent des médecins sélectionnés professeurs confirmée, l'établissement doit transmettre au MSSS sa demande d'avis de conformité au PEM comme le prévoit la procédure habituelle.

8. RETOUR DE RÉGION

Sur autorisation du MSSS, après trois ans de pratique continue dans une installation d'un établissement situé en région éloignée ou isolée, un médecin peut s'installer dans la région de son choix même si les PEM de tous les établissements hospitaliers sont comblés dans sa spécialité. Cependant, le médecin ne pourra se prévaloir de cette règle qu'une seule fois et devra le faire dans les 12 mois suivant sa date de démission de l'établissement en région.

On entend par installation d'un établissement situé en région éloignée ou isolée ceux inscrits à la liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé tel que défini dans l'arrêté ministériel 96-07.

Tout médecin de retour de région qui désire obtenir une nomination dans un centre hospitalier avec désignation universitaire doit répondre aux exigences académiques et recevoir l'appui de la faculté de médecine concernée.

Le médecin qui désire effectuer un retour de région doit faire une demande à la DMOM du MSSS qui l'informera des places disponibles aux PEM de la région de son choix.

Si tous les PEM de la région sont complets dans la discipline concernée, le MSSS accordera une autorisation de dépassement temporaire au PEM d'une installation ou d'un établissement hospitalier dont les besoins sont jugés prioritaires dans la région, en autant que l'établissement accepte ce recrutement. Le PEM sera alors en dépassement temporaire et le prochain départ ne pourra être remplacé

9. FONCTION ADMINISTRATIVE À VOCATION NATIONALE

Un médecin qui cesse de pratiquer ou qui conserve une pratique marginale pour occuper à temps plein des fonctions administratives à vocation nationale au sein d'un organisme reconnu dans le domaine de la santé (ex. : doyen dans une faculté de médecine) peut être considéré comme « non compté » au PEM où il occupe un poste.

L'établissement doit en faire la demande au MSSS pour approbation. À son retour en pratique, le médecin sera à nouveau compté au PEM où il occupait un poste. Si le PEM est complet, il sera en dépassement temporaire et le prochain départ ne pourra être remplacé.

10. PROCESSUS DE DÉROGATION

10.1. Règle générale

Aucune demande de rehaussement déjà traitée dans le cadre de la démarche d'élaboration du plan quinquennal ou dans le cadre du bilan effectué à mi-parcours ne pourra faire l'objet d'une demande de dérogation, le plan quinquennal devant être considéré comme la réponse à ces demandes.

Par conséquent, seules les situations extraordinaires, non prévues et non prévisibles lors de la planification quinquennale, pourront mener au dépôt d'une demande de dérogation.

10.2. Traitement des demandes de dérogation

Toute demande de dérogation à un PEM doit être transmise par l'établissement à la directrice de la main-d'œuvre médicale au MSSS. La demande de dérogation fait l'objet d'une analyse en comité de gestion des effectifs médicaux en spécialité (COGEMS MSSS/FMSQ) qui formule une recommandation. La décision finale est ensuite rendue par le MSSS.

Une dérogation étant une mesure d'exception, elle n'a pas pour effet de modifier le plan d'effectifs autorisé. Pour un établissement ou une installation s'étant vu accorder une dérogation à son PEM, ce dernier est en dépassement temporaire et le prochain départ d'un médecin ne pourra être remplacé.

11. OMNIPRATICIENS AYANT UNE PRATIQUE EXCLUSIVE EN ANESTHÉSIOLOGIE OU EN CHIRURGIE GÉNÉRALE

Tout omnipraticien qui a une pratique exclusive en anesthésiologie ou en chirurgie générale est reconnu au PEM de l'établissement ou installation où il pratique dans ladite spécialité. L'établissement doit en faire la demande au MSSS pour approbation.

Advenant le départ de celui-ci, l'établissement hospitalier recrute un médecin spécialiste pour combler son PEM.

12. PRATIQUE EXCLUSIVE EN SOINS PALLIATIFS OU EN ASSISTANCE OPÉRATOIRE

Un médecin spécialiste qui a une pratique exclusive en soins palliatifs ou en assistance opératoire peut être non compté au PEM de l'établissement dans sa spécialité. L'établissement doit en faire la demande au MSSS pour approbation.

Si un médecin cesse d'avoir une pratique exclusive en soins palliatifs ou en assistance opératoire, il devra alors être compté au PEM de sa spécialité. Si le PEM est complet, il sera considéré en dépassement temporaire jusqu'au prochain départ.

13. CHERCHEURS BOURSIERS

13.1. Règle générale

La présente règle de gestion s'applique à tout médecin spécialiste ayant adhéré au *Protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs-boursiers* et ayant acquis le titre de chercheur boursier après la date d'application de ce protocole, soit le 1er juillet 2008.

Tout médecin spécialiste reconnu à titre de chercheur boursier, pour une première fois, après le 1er juillet 2008 et qui adhère au Protocole n'est pas compté au PEM. Toutefois, il doit apparaître dans liste nominative où il sera considéré comme « non compté » au PEM visé.

Cette règle n'est applicable qu'au moment où le médecin est reconnu à titre de chercheur boursier et qu'il adhère au Protocole. Ainsi, même s'il manifeste son intention de devenir chercheur boursier, tout médecin doit détenir un poste au PEM jusqu'à ce qu'il soit admissible à la présente règle de gestion.

Les médecins spécialistes ayant été reconnus à titre de chercheur boursier avant le 1er juillet 2008 ne peuvent se prévaloir de cette règle et conservent leur place au PEM.

13.2. Chercheur boursier qui se retire du protocole

À partir du moment où un médecin se retire du Protocole, il devra se soumettre aux règles de gestion des PEM et, conséquemment, se prévaloir d'un poste disponible dans sa spécialité. Si le PEM de l'établissement ou de l'installation dans lequel il était reconnu à titre de chercheur boursier est complet, il sera considéré en dépassement temporaire jusqu'au prochain départ.

13.3. Suivi des chercheurs boursiers admissibles à la règle

La liste des médecins ayant adhéré au Protocole ou s'en étant désisté est transmise aux membres du COGEMS MSSS/FMSQ par le comité paritaire responsable de l'application du Protocole. Sur réception de cette liste, le MSSS apporte les ajustements requis à la liste nominative et en informe les établissements concernés.

14. PREM EN TRANSPLANTATION POUR LES RÉSEAUX DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL ET DE L'UNIVERSITÉ MCGILL

14.1. Recrutement de nouveaux médecins dans le domaine de la transplantation : critères d'inclusion au PREM-transplantation

La présente règle s'applique en vue du recrutement de nouveaux médecins dans le domaine de la transplantation des organes suivants : rein, cœur, foie, poumon ou pancréas.

Pour être inclus dans le PREM-transplantation, un médecin doit maintenir un minimum de 50 % de ses activités cliniques dans ce domaine. Dans le secteur de la greffe pulmonaire, de la transplantation cardiaque et dans celui de la transplantation pédiatrique, le pourcentage minimum requis d'activités cliniques est de 30 %. Le pourcentage requis inclut des activités d'enseignement et de recherche.

Le candidat doit avoir complété une formation complémentaire dans le domaine de la transplantation d'une durée minimale de 1 an. Cette formation doit être dûment approuvée par les codirecteurs du programme conjoint de transplantation des universités de Montréal et de McGill.

Le recrutement du médecin doit être approuvé par les codirecteurs du programme conjoint de transplantation des universités de Montréal et de McGill et s'inscrire dans la planification des besoins préalablement établis par ceux-ci. Les besoins devront être approuvés par le MSSS.

Chaque candidature, accompagnée des informations pertinentes requises, devra être présentée au Comité de travail sur la complémentarité en transplantation. Exceptionnellement, des candidatures provenant d'établissements reconnus en transplantation d'autres réseaux universitaires intégrés de santé pourront aussi être présentées au Comité de travail sur la complémentarité en transplantation.

Si le comité émet un avis favorable, l'établissement doit transmettre le dossier du candidat au MSSS pour autorisation, incluant l'avis du comité.

Les médecins qui obtiendront l'approbation ministérielle seront considérés comme « non compté » au PEM de la spécialité pour laquelle ils ont été certifiés, à moins qu'un poste ait été laissé vacant par un médecin déjà en exercice dans le domaine de la transplantation (voir section suivante).

Les codirecteurs ou chefs de département concernés doivent informer le MSSS de toute situation de médecin qui, ayant modifié son profil clinique, ne répond plus aux critères d'inclusion du PREM transplantation. Le médecin ayant fait l'objet d'une approbation ministérielle et qui, pour quelque raison que ce soit, ne répond plus aux critères d'inclusion du PREM-transplantation ne pourra plus se prévaloir du statut « non compté » que lui conférait sa pratique médicale. Il devra se soumettre aux règles de gestion des PEM et, conséquemment, devra se prévaloir d'un poste disponible au PEM de sa spécialité de certification.

14.2. Gestion du remplacement des médecins déjà en exercice dans le domaine de la transplantation

Le poste laissé vacant par un médecin déjà en exercice dont le pourcentage d'activités au cours des 2 dernières années a été d'au moins 50 % dans le domaine de la transplantation devra être comblé par un médecin répondant aux critères du PREM transplantation tel que décrit précédemment. Dans le cas de la greffe pulmonaire, de la transplantation cardiaque et de la transplantation pédiatrique, le pourcentage doit avoir été d'au moins 30 %.

Si un médecin inclus au PREM transplantation a sa pratique principale dans le même établissement et la même spécialité que le médecin ayant quitté, il sera alors inscrit sur le poste laissé vacant.

Si le pourcentage d'activité du médecin dans le domaine de la transplantation est de moins de 50 %, le poste laissé vacant pourra être comblé par un médecin dont la spécialité est la même que celui qui quitte. Dans le cas de la greffe pulmonaire, de la transplantation cardiaque et de la transplantation pédiatrique, le pourcentage doit être de moins de 30 %.

15. DISPONIBILITÉ DES RÈGLES DE GESTION

Le présent document est disponible sur le site Internet du MSSS au :

http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/prem/

Pour toute question sur l'interprétation des règles de gestion, veuillez référer à la DMOM du MSSS.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 25 mai 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 d'une nouvelle directive, en vigueur à partir du 22 mai 2020 et qui remplace celle transmise le 13 mai dernier, concernant le port obligatoire du masque de procédure et de la protection oculaire (lunette de protection ou visière) en milieux de soins, dans le contexte de la pandémie COVID-19.

Ainsi, il est maintenant recommandé pour l'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services sociaux (incluant les médecins et les personnes proches aidantes) **en centre hospitalier, centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), résidences privées pour aînés (RPA) et ressources intermédiaires/ressources de type familiale (RI/RTF) de porter une protection oculaire (lunette de protection ou visière) en plus du masque de procédure dès l'entrée dans le bâtiment**. Lorsque le personnel administratif effectue son travail dans un bureau fermé à plus de deux mètres des collègues, le port du masque de procédure et de la visière n'est pas requis. Le port du masque de procédure et de la protection oculaire devra toutefois être appliqué si le personnel administratif se déplace dans l'établissement ou entre en interaction avec d'autres personnes à moins de deux mètres. La protection oculaire utilisée devra quant à elle être conservée et désinfectée pour un usage multiple. Cette directive devra être mise en place dans les milieux de soins de la Communauté métropolitaine de Montréal, soit pour les municipalités des régions de Montréal, Montérégie, Laval, Lanaudière et des Laurentides.

… 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 milieux de vie (CHSLD, RPA, RI/RTF) le port des équipements de protection individuelle s'applique à toutes les personnes qui ont à y entrer (bénévoles, personnel embauché par les familles, etc.).

Pour les régions à l'extérieur de la Communauté métropolitaine de Montréal, veuillez vous référer au tableau fourni en pièce jointe.

Les mesures de prévention et de contrôle des infections concernant le port du masque N95 demeurent, quant à elles, en vigueur selon les recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec.

Cette orientation fait suite aux travaux et échanges avec la Direction générale de la santé publique et sont appuyées par la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques et la Direction générale des aînés et des proches aidants.

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 MSSS
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-34

TABLEAU 1. PORT DU MASQUE ET D'UNE PROTECTION OCULAIRE DANS LES CHSLD, RI, RTF, RPA et CENTRE HOSPITALIERS

<table>
<tr><td colspan="8">Une attention scrupuleuse de tous les instants doit être portée aux mesures d'hygiène et de salubrité (lavage des mains, hygiène respiratoire) dans toutes les régions socio-sanitaires, dans tous les établissements et dans toutes les zones</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2">CHSLD / RI / RTF</td><td colspan="2">RPA</td><td colspan="2">CENTRE HOSPITALIER</td></tr>
<tr><td>PERSONNEL[1]</td><td>PROCHES AIDANTS</td><td>PERSONNEL</td><td>PROCHES AIDANTS</td><td>PERSONNEL</td><td>PROCHES AIDANTS</td></tr>
<tr><td rowspan="3">HORS-CMM</td><td>ZONE CHAUDE[2]</td><td colspan="2" rowspan="2">Masque médical[3] + Protection oculaire[4]
(lunette de protection ou visière)</td><td colspan="2" rowspan="2">Masque médical + Protection oculaire
(lunette de protection ou visière)
S'il y a un problème d'inventaire, privilégier les unités prothétiques et spécialisées pour le port de la protection oculaire ou de la visière</td><td colspan="2" rowspan="2">Masque médical + Protection oculaire
(lunette de protection ou visière)</td></tr>
<tr><td>ZONE TAMPON[2]</td></tr>
<tr><td>ZONE FROIDE</td><td colspan="4">Masque médical</td></tr>
<tr><td rowspan="3">CMM</td><td>ZONE CHAUDE[2]</td><td colspan="2" rowspan="3">Masque médical + Protection oculaire
(lunette de protection ou visière)</td><td colspan="2" rowspan="3">Masque médical + Protection oculaire
(lunette de protection ou visière)
S'il y a un problème d'inventaire, privilégier les unités prothétiques et spécialisées pour le port de la protection oculaire ou de la visière</td><td colspan="2" rowspan="3">Masque médical + Protection oculaire
(lunette de protection ou visière)</td></tr>
<tr><td>ZONE TAMPON[2]</td></tr>
<tr><td>ZONE FROIDE</td></tr>
</table>

[1] Dans le cas de la CMM, tout le personnel doit porter le masque et la protection oculaire **à l'exception du personnel administratif**. Toutefois, si ce dernier doit se déplacer hors de ses bureaux ou être en interaction avec d'autres personnes à moins de 2 m, il devra alors porter tous les ÉPI nécessaires prévus.

[2] En plus du masque et d'une protection oculaire, le port de la jaquette et des gants est aussi requis pour les travailleurs et les proches aidants en contact rapproché (moins de 2 m) avec un patient ou un résident (zones chaude et tampon)

[3] Masque médical = Masque de procédure

[4] La protection oculaire utilisée devra être conservée et désinfectée pour un usage multiple (mis à jour le 25 mai 2020)

Version finale approuvée par Dr Horacio Arruda, 20 mai 2020

Version finale approuvée par Dr Horacio Arruda, 20 mai 2020

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 25 mai 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,

La présente vise à vous transmettre la mise à jour des directives concernant les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte actuel de pandémie à coronavirus. Cette directive remplace celle vous ayant été transmise par l'intermédiaire de la Sécurité civile le 11 avril 2020.

Notamment, cette mise à jour comporte de nouvelles informations et balises concernant :

- les visites et les sorties des résidents;
- les pratiques de base à mettre en place en matière de mesures de prévention et de contrôle des infections;
- le support dans le milieu de vie;
- l'admission en CHSLD.

… 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 comptons sur votre habituelle collaboration afin de vous assurer que ces orientations soient diffusées auprès des équipes concernées et qu'elles soient 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. Mme Martine Alfonso, CUSM
Membres du CODIR, MSSS
PDGA des CISSS et des CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-44

Coronavirus COVID-19

2020-04-11
Mise à jour : 2020-05-25

En raison de l'évolution de la situation de la maladie à coronavirus COVID-19 au Québec, nous vous transmettons une mise à jour des informations et des consignes pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

CONSIGNES POUR LES CHSLD

1. Visites et sorties

- Il est maintenant possible depuis le 11 mai 2020, sous réserve du respect de conditions spécifiques, qu'une personne proche aidante puisse apporter une aide ou un soutien significatif à une personne en CHSLD. Les personnes proches aidantes qui seront autorisées à offrir cette aide sont celles qui donnent du soutien de façon régulière, tous les jours ou plusieurs fois par semaine pour répondre à des besoins et contribuer à l'intégrité et au bien-être d'un proche.

  L'aide et le soutien apportés peuvent concerner l'accompagnement pour les repas, la surveillance et la vigilance quant à l'état général, le soutien à diverses activités de la routine quotidienne ou de nature récréative, l'aide à la marche ou encore le soutien sur le plan moral ou le réconfort.

- Afin d'assurer un équilibre favorable entre les risques et les bénéfices associés, cette mesure est assujettie au respect des précautions décrites dans la directive : ***ASSOUPLISSEMENT DES MESURES CONCERNANT LA PRÉSENCE DES PERSONNES PROCHES AIDANTES SIGNIFICATIVES DANS LES CHSLD, LES RI-RTF, LES RPA.*** Veuillez svp vous y référer pour l'application de cette directive à l'adresse suivante sur le site Web du MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/proches-aidants/. Les CHSLD qui voudront s'y soustraire en totalité ou en partie devront recevoir préalablement l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

- À noter que ces directives concernant le soutien par une personne proche aidante auprès d'un résident s'appliquent dans toutes les zones du CHSLD.

- Maintien de l'interdiction pour les résidents de sortir du CHSLD pour aller dans leurs familles ou pour se rendre dans un lieu public, compte tenu du risque que le résident rapporte le virus à l'intérieur du CHSLD à son retour.

- Toutefois il est possible pour les résidents qui sont en zone froide, de sortir dehors sur le terrain du CHSLD à condition de s'assurer que les mêmes conditions qui s'appliquent à l'intérieur du CHSLD, soient également respectées à l'extérieur du

CHSLD en lien avec la distanciation physique et les mesures de prévention et contrôle des infections.

- Compte tenu du confinement des résidents qui sont en zone tiède ou zone chaude, ceux-ci peuvent sortir à l'extérieur seulement s'ils ont accès à une sortie dédiée accessible à partir de leur zone. En effet, pour pouvoir sortir dehors, les personnes en confinement doivent avoir accès à un corridor de circulation, une sortie dédiée et être en contact exclusivement avec les personnes de leur zone (membre du personnel, résidents, proches aidants), pendant leur déplacement ainsi qu'une fois rendu à l'extérieur.

2. Soins palliatifs et de fin de vie en CHSLD

(https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/soins-palliatifs-et-de-fin-de-vie/**)**

L'interdiction de visites auprès des personnes en soins palliatifs et de fin de vie en CHSLD est levée. Ainsi, les visites sont permises auprès des personnes en soins palliatifs et de fin de vie, peu importe la zone du CHSLD où se trouve le résident aux conditions suivantes :

- Une ou deux personnes à la fois, pour un maximum de 3 personnes différentes par période de 24 heures.
- Aucun visiteur symptomatique à la COVID-19 n'est admis. Triage à effectuer à l'arrivée du visiteur.
- Les visiteurs doivent porter les équipements de protection recommandés selon la situation.
- Accompagnement individualisé des visiteurs afin de s'assurer qu'ils respectent les mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Les visiteurs ne doivent pas circuler dans le CHSLD à d'autres endroits que celui où se trouve leur proche qui est en fin de vie.

De plus, l'admission d'une personne dans un lit de soins palliatifs situé dans un CHSLD peut se faire sans passer par une zone tampon aux conditions suivantes :

- La personne est COVID négatif et asymptomatique.
- La chambre de soins palliatifs est considérée comme une zone tiède et la personne est en mesure de respecter le confinement de 14 jours à la chambre.

3. Proches et famille des résidents

- Mettre en place des moyens de communication permettant le maintien du lien entre les proches et les résidents dans le contexte d'interdiction des visites régulières, par exemple par l'accès aux appels téléphoniques et aux outils technologiques de communication.
- Identifier des personnes dont la fonction est de contacter les familles ou les proches pour les informer de l'état de santé et de bien-être du résident sur une base régulière.

4. Mesures de prévention et de contrôle des infections

Rappel : Liens vers documents de l'NSPQ :

a) **Notion de base :** *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoire :* https://www.inspq.qc.ca/publications/2439

b) **Gestion des cas :** *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

c) **Port du masque de procédure :** *Port du masque pour protéger les personnes vulnérables dans les milieux de vie lors de transmission communautaire soutenue* : https://www.inspq.qc.ca/publications/2973-port-masque-proteger-personnes-vulnerables-covid19

d) **Mesures exceptionnelles :** *Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie* : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2957-mesures-exceptionnelles-equipements-protection-individuelle-covid19.pdf

Pratiques de base à mettre en place :

- S'assurer de la mise en place dans le CHSLD des affiches sur l'hygiène des mains et sur l'étiquette respiratoire aux endroits requis.
- Si requis, augmenter le nombre de dispensateurs de solution hydroalcoolique disponibles dans le CHSLD.
- Dispenser, dans les meilleurs délais, la formation sur l'hygiène des mains à tout le personnel à l'aide de la capsule d'information disponible en ligne à l'adresse suivante : https://fcp.rtss.qc.ca/local/html-courses/hygiene/story.html.
- Un taux d'observance de 100 % de l'hygiène des mains doit être visé. Ce qui signifie que le personnel se lave les mains à toutes les occasions où cela est recommandé (à l'entrée et à la sortie de l'installation, avant et après avoir touché son masque, avant et après l'entrée dans la chambre d'une personne, avant et après avoir fourni des soins, après avoir été en contact avec des liquides biologiques).
- Mettre des affiches à l'entrée des zones chaudes ou tièdes ou des chambres chaudes ou tièdes, indiquant les équipements de protection individuelle requis avant d'entrer.

En complément, les mesures de prévention et de contrôle des infections suivantes doivent également être respectées :

a) Nouvelles consignes pour le port du masque de procédure et de protection oculaire :

		Une attention scrupuleuse de tous les instants doit être portée aux mesures d'hygiène (lavage des mains, hygiène respiratoire) et de salubrité dans toutes les régions sociosanitaires, dans tous les établissements et dans toutes les zones					
		CHSLD / RI / RTF		RPA	CENTRE HOSPITALIER		
		PERSONNEL[1]	PROCHES AIDANTS	PERSONNEL	PROCHES AIDANTS	PERSONNEL	PROCHES AIDANTS
HORS-CMM	ZONE CHAUDE[2]	**Masque médical[3] + Protection oculaire (lunette de protection ou visière)**		**Masque médical + Protection oculaire (lunette de protection ou visière)** S'il y a un problème d'inventaire, privilégier les unités prothétiques et spécialisées pour le port de la protection oculaire ou de la visière	**Masque médical + Protection oculaire (lunette de protection ou visière)**		
	ZONE TAMPON[2]						
	ZONE FROIDE	**Masque médical**					
CMM	ZONE CHAUDE[2]	**Masque médical + Protection oculaire (lunette de protection ou visière)**		**Masque médical + Protection oculaire (lunette de protection ou visière)** S'il y a un problème d'inventaire, privilégier les unités prothétiques et spécialisées pour le port de la protection oculaire ou de la visière	**Masque médical + Protection oculaire (lunette de protection ou visière)**		
	ZONE TAMPON[2]						
	ZONE FROIDE						

***CMM** : pour consulter les municipalités faisant partie de la communauté métropolitaine de Montréal : https://cmm.qc.ca/a-propos/territoires-et-municipalites/*

b) Les consignes du tableau précédent concernant les équipements de protection individuelle s'appliquent dès l'entrée dans le bâtiment ainsi qu'en tout temps sur les lieux d'un CHSLD, incluant dans les lieux dédiés au

[1] Dans le cas de la CMM, tout le personnel doit porter le masque et la protection oculaire **à l'exception du personnel administratif**. Toutefois, si ce dernier doit se déplacer hors de ses bureaux ou être en interaction avec d'autres personnes à moins de 2 mètres, il devra alors porter tous les ÉPI nécessaires prévus.

[2] En plus du masque et d'une protection oculaire, le port de la jaquette et des gants est aussi requis pour les travailleurs et les proches aidants en contact rapproché (moins de 2 mètres) avec un patient ou un résident (zones chaude et tampon).

[3] Masque médical = Masque de procédure.

personnel (salle de pause, vestiaire, salle à manger, etc.). La distanciation physique de 2 mètres demeure une mesure requise.

c) Les équipements de protection individuelle doivent être disponibles en quantité suffisante et correctement utilisés.

d) La protection oculaire utilisée devra quant à elle être conservée et désinfectée pour un usage multiple.

e) On doit retrouver du personnel dédié distinctement pour chacune des zones du CHSLD (froide, chaude et tiède le cas échéant).

f) Le nombre de personnes différentes qui intervient auprès d'un même résident doit être limité (personnel dédié).

g) Les zones dans le CHSLD doivent être définies et étanches. Les entrées, sorties, zones d'habillage et de déshabillage, aires de repas et repos et les aires de préparation de la médication et d'entreposage du matériel doivent être distinctes pour le personnel dédié en zone chaude, tiède ou froide afin que les employés de chaque zone ne soient pas en contact les uns avec les autres.

h) S'il est requis de remplacer le personnel dédié à une zone (ex : absence maladie, congé), ne pas autoriser le déplacement du personnel (infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires) d'une zone à l'autre à l'intérieur d'un même quart de travail. Toutefois, si un de bris de services ne permettait pas l'application en tout ou en partie de cette consigne, établir une procédure de travail sécuritaire de la zone froide vers la zone chaude.

i) Rendre disponibles et obligatoires les formations mises à la disposition des employés du CHSLD sur le site de l'ENA aux adresses suivantes : https://fcp.rtss.qc.ca/ ou https://fcp-partenaires.ca/.

j) Des personnes, sur place dans chacun des CHSLD, doivent être identifiées comme responsables PCI et s'assurer du maintien des bonnes pratiques en tout temps (surveillance et intervention au besoin).

k) Les membres du personnel ne doivent pas travailler dans plus d'un CHSLD afin de prévenir la contamination d'une installation à l'autre, dans la mesure du possible.

l) Assurer l'application d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des lieux physiques. Les surfaces fréquemment touchées « high touch » dans les chambres et les aires communes doivent être nettoyées et désinfectées plusieurs fois par jour.

5. Personnel du CHSLD et travailleurs embauchés par les résidents

Suivre les recommandations sur la levée des mesures d'isolement dans la population en général et sur les mesures d'isolement des travailleurs de la santé :

- https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/

Réaliser une vigie de l'état de santé des employés avant chaque quart de travail.

Recommander aux travailleurs de porter des vêtements propres pour venir travailler, de changer de vêtements lors du retour à leur domicile et de les laver séparément si présence de souillures visibles sur les vêtements.

6. Alimentation

a. Favoriser la prise des repas à la chambre, au plateau, pour les résidents qui sont autonomes pour s'alimenter.

    i. S'assurer d'offrir la préparation du plateau au moment du service (ouvrir les contenants, couper la nourriture, etc.) et assigner une personne dédiée à la surveillance et à la réponse aux besoins de l'ensemble des résidents qui mangent à la chambre.

b. Privilégier pour la prise du repas en salle à manger, les résidents 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.

    i. À la salle à manger, conserver une distance de 2 mètres entre les résidents.

7. Animation et support dans le milieu de vie

a. Une attention particulière doit être apportée afin de maintenir l'ensemble des soins et de services de base (notamment le lever, l'habillage et les soins d'hygiène selon les modalités correspondant aux préférences du résident).

b. Mettre en place des actions visant à prévenir le déconditionnement des résidents. Se référer au document « 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 ».

c. Respecter une distance de 2 mètres en tout temps entre les résidents lors des activités jugées essentielles. Les résidents qui sont symptomatiques ne peuvent pas y participer de même que les résidents admis en zone tiède et en zone chaude.

d. Intégrer, aux équipes régulières du CHSLD, dans la mesure du possible, des personnes supplémentaires qui sont en mesure d'offrir du soutien aux équipes en place, d'assurer une surveillance des résidents ou de leur consacrer du temps pour les divertir.

e. Cesser le lavage des vêtements par les familles des résidents et le prendre en charge au niveau du CHSLD, pendant le temps de la pandémie de la COVID-19.

f. Éviter le va-et-vient d'objets ou de matériel entre le CHSLD et la communauté. Ainsi, les personnes proches aidantes qui apporteront un soutien à un résident à compter du 11 mai ne doivent pas apporter dans le CHSLD des objets qui seront ramenés à la maison par la suite, comme un

sac à main, un sac à lunch, des documents, etc. Il est toutefois possible d'apporter des biens ou un plat de nourriture qui seront laissés au CHSLD, une fois désinfectés par le personnel sur place.

g. Mettre en place un mécanisme sécuritaire pour la livraison de repas d'un restaurant ou du domicile, de cadeaux ou de biens non disponibles dans le CHSLD, comprenant notamment la désinfection de l'emballage ou du contenant.

8. Admissions en CHSLD

Trajectoire d'admission :

Afin d'assurer une meilleure fluidité des admissions en CHSLD, le passage par les zones tampons n'est pas requis sous certaines conditions, dans le respect des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI). Ainsi, l'admission ou le retour en CHSLD sans passer par une zone tampon peut se faire dans les situations suivantes :

- Pour les personnes rétablies de la COVID-19 : procéder à l'admission dans le CHSLD, en zone froide. Aucun isolement du résident n'est requis.
- Pour les autres personnes, on doit procéder à un test de dépistage. Le résultat du test permettra d'orienter la personne vers la zone appropriée du CHSLD ou encore de l'orienter vers une zone tampon si les conditions ne sont pas rencontrées pour être admises directement en CHSLD. Veuillez vous référer à la trajectoire suivante pour les détails :

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002586/

- Les milieux d'hébergement sont soumis à la décision du mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) pour les résidents qui y sont orientés.

- Le milieu retenu doit procéder à l'hébergement de manière à favoriser la sécurité du résident sur les unités. Si le CHSLD retenu pendant la pandémie n'était pas le milieu souhaité par le résident, un mécanisme doit être prévu pour offrir au résident un transfert vers le milieu souhaité une fois la situation de pandémie terminée.

- Toutefois, pendant la période de la pandémie de COVID-19, il n'est pas possible de transférer un résident se trouvant dans un CHSLD de transition vers le CHSLD de son choix. Le mécanisme prévu pour le transfert vers le milieu souhaité reprendra une fois la situation de pandémie terminée.

- Une personne nouvellement hébergée en CHSLD pourra être accompagnée par une personne proche aidante qui lui apporte une aide ou un soutien significatif.

Zones tampon :

Les zones tampons sont des lieux transitoires permettant d'accueillir des usagers avant qu'ils soient transférés dans une zone froide d'un CHSLD. Ces zones permettent aussi d'accueillir des usagers testés positifs qui ne peuvent demeurer dans leur milieu de vie. Ce lieu permet d'éviter la propagation de la COVID-19 dans les milieux de vie et d'éviter que certains usagers demeurent en centre hospitalier lorsque ce n'est pas requis. Pour plus de détails, se référer à l'adresse suivante sur le site Web du MSSS :

https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/zones-tampons/.

9. Zones froides et chaudes : https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19

a) Création de zones dans les CHSLD :

   a. Zone froide : clientèle sans COVID-19

   b. Zone tiède le cas échéant : pour les cas COVID-19 suspects ou en investigation ou en transition en provenance d'un autre milieu

   c. Zone chaude : pour les cas COVID-19 confirmés

- De façon générale, la création d'une zone chaude ou tiède se fait par le biais d'un regroupement (cohorte) de résidents atteints de la COVID-19 dans un endroit dédié dans le CHSLD. Si vous ne pouvez dédier tout un étage ou toute une unité à une zone chaude ou tiède, vous devez placer une barrière physique délimitant la zone chaude et maintenir une séparation spatiale d'au moins 2 mètres entre les résidents.
- Toutefois, dans certaines circonstances et à la suite d'une évaluation des risques et des bénéfices par l'équipe d'expert en prévention et contrôle des infections de l'établissement, la zone chaude ou tiède pourrait être la chambre du résident. La zone froide serait alors les chambres des autres résidents qui n'ont pas la COVID-19.
- Dès l'apparition de signes et symptômes (toux, fièvre, difficulté respiratoire, perte soudaine de goût ou d'odorat sans congestion nasale), le résident est considéré comme un cas suspecté ou en investigation COVID 19 : le transférer en zone tiède dans un endroit dédié du CHSLD ou le garder à sa chambre, selon l'évaluation de la situation par l'équipe en prévention et contrôle des infections. Ne pas placer les patients suspectés ou sous investigation dans la même chambre que les patients confirmés avec COVID.

b) Dans les chambres considérées comme des zones chaudes ou tièdes :

- Maintenir le résident dans sa chambre individuelle avec salle de toilette dédiée. Dans le respect des bonnes pratiques en la matière, considérer lorsque requis, la mise en place de mesures alternatives afin d'éviter que le résident sorte de sa chambre et contamine l'environnement extérieur à sa chambre.
- Si le résident est en chambre double, s'assurer de la présence d'une barrière physique avec l'autre résident et du respect de cette barrière entre les résidents. Si ce n'est pas possible, considérer le transfert en chambre individuelle ou en zone chaude.

c) Présence de personnel désigné pour favoriser l'hygiène des mains chez les résidents et procéder à la désinfection des surfaces touchées par les usagers dans les CHSLD touchés par la COVID-19.

d) Dans le cas où un résident atteint par la COVID-19 serait temporairement transféré dans une chambre se trouvant en zone chaude ou tiède, ses meubles et ses biens non essentiels à la vie quotidienne doivent demeurer dans la chambre pour éviter la contamination de l'environnement lors de leur déplacement dans le CHSLD.

Une désinfection de la chambre doit être faite s'il est requis de la rendre disponible temporairement pour un autre résident.

10. En complément

a. Déterminer les niveaux de soins pour tous les résidents (annexe 2a et 2b);
b. Prendre connaissance des conditions de transfert vers un centre hospitalier (annexe 2 c);
c. Surveiller les signes et symptômes et particularités chez la personne âgée (annexe 4).

11. Hébergement temporaire (lits de répit)

Les résidents en provenance du domicile pour lesquelles la santé, l'intégrité ou la sécurité du proche est compromise et dont le séjour en hébergement temporaire permet d'éviter le recours à d'autres ressources du réseau de la santé et des services sociaux est permis selon les mêmes indications que pour une admission régulière (dépistage requis et orientation en zone chaude ou tiède selon le résultat du test).

12. Dépistage COVID-19

Effectuer un test de dépistage de la COVID-19 pour les résidents et le personnel d'un CHSLD selon les directives ministérielles. Le dépistage est également offert aux personnes proches aidants qui le souhaitent. Se référer aux mécanismes et à la priorisation opérationnelle en vigueur.

13. Références utiles

Site Web de Québec.ca :
https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/#c46383
Site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux :
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/

ANNEXES

Liste des annexes

ANNEXE 2 : Niveau de soins en CHSLD 112
ANNEXE 4 : Symptômes typiques COVID-19..... 15
ANNEXE 5 : Évaluation clinique de l'infirmière..... 156
ANNEXE 8 : Documents utiles pour l'orientation de nouveau membre de personnel soignant en CHSLD...21

Note : Les annexes 1, 3, 6, 7 sont retirées de cette version car elles n'étaient plus requises compte tenu de l'évolution des consignes.

NIVEAU DE SOINS EN CHSLD

A- Documentation des niveaux de soins dans les dossiers

1- Vérification de la présence des volontés des résidents dans les dossiers médicaux en ce qui concerne le niveau de soins et la réanimation cardiorespiratoire. L'expression de la volonté peut se faire sous différentes formes :

   a. Directive médicale anticipée (DMA);
   b. Mandat en cas d'inaptitude;
   c. Formulaire de « Niveau de soins et réanimation cardiorespiratoire » (en annexe);
   d. Volonté exprimée verbalement et consignée au dossier.

2- Détermination des niveaux de soins pour les résidents qui n'en aucune volonté exprimée au dossier (Utiliser la DMA si présence au dossier);
   a. En l'absence de volontés exprimées au dossier, on utilisera le formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » (en annexe).

3- Révision des niveaux de soins des résidents lorsque:
   a. Ceux-ci ont été établis il y a plus d'un an;
   b. Il y a eu une détérioration dans la condition de santé des résidents depuis l'établissement des niveaux de soins.

B- Déterminer le niveau de soins

- Toutes les infirmières qui travaillent actuellement en CHSLD peuvent initier le dialogue concernant la détermination ou la mise à jour des niveaux de soins exigés pour chacun des résidents en CHSLD;
- Ces discussions doivent se finaliser avec le résident ou ses proches, en tenant compte de l'aptitude du résident, en présence du médecin, afin de conclure le niveau de soins. Le formulaire de niveau de soins est signé par le médecin;
- Elle peut se faire en téléconsultation ou en consultation téléphonique avec le médecin en présence d'un professionnel de la santé;
- Les infirmières retraitées peuvent venir soutenir la démarche;
- Vous trouverez en annexe l'aide-mémoire de l'INESSS pour la déclaration des volontés.

Pour un résident APTE

1. Décision partagée entre un médecin et le résident;
2. Médecin explique au résident les niveaux de soins et de la réanimation cardiorespiratoire;

3. Médecin complète et signe le formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » selon l'expression de la volonté du résident (annexe);
4. Dépôt du formulaire au dossier du résident;
5. Le résident informe ses proches de ses volontés.

Pour un résident INAPTE

1. Décision partagée entre un médecin et le représentant du résident;
2. Médecin explique au représentant légal les niveaux de soins et de la réanimation cardiorespiratoire;
3. Médecin complète et signe le formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » selon l'expression de la volonté du résident exprimé par le représentant;
4. Dépôt du formulaire au dossier du résident.

En contexte de détérioration d'une condition de santé

1. Prendre connaissance de la volonté exprimée au dossier;
2. Communiquer avec le représentant pour l'informer de la détérioration de la condition de santé du résident;
3. Validation des volontés exprimées auprès du représentant;
4. Dans le cas où le représentant exprime une volonté différente de celle documentée au dossier, cette dernière doit être celle retenue.

C- Contexte de transfert en CH des résidents

TOUT RÉSIDENT DOIT ÊTRE ÉVALUÉ <u>OBLIGATOIREMENT</u> PAR UN MÉDECIN AVANT UN TRANSFERT DANS UN CENTRE HOSPITALIER

Niveau de soins A : Prolonger la vie par tous les soins

<u>Transfert en milieu hospitalier si :</u>

- Besoin d'interventions médicales spécialisées ou invasives tel qu'une intubation, assistance ventilatoire
- Besoin de soins intensifs

Niveau de soins B : Prolonger la vie par des soins limités

<u>Transfert en milieu hospitalier si :</u>

- Besoin d'assistance ventilatoire
- Besoin d'une intubation (à moins d'avis contraire sur le formulaire)

<u>Pas de transfert en CH si :</u>

- Les soins requis sont jugés disproportionnés par le résident ou ses proches en raison des conséquences possibles et du potentiel de récupération.
- Appliquer les soins en CHSLD tel que décrit dans les niveaux de
- soins C et D.

Niveau de soins C et D

Soins en CHSLD

- Soins visant la gestion des symptômes (douleur, dyspnée, hyperthermie, hyper ou hypoglycémie, anxiété);
- Application du protocole de détresse respiratoire et soins palliatifs;
- Assistance respiratoire (oxygénothérapie);
- Antibiothérapie;
- Thérapie intraveineuse.

Référence :https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/consulter-une-publication/publication/les-niveaux-de-soins.html

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

- ✓ Symptômes du groupe A Fièvre
  ou
- ✓ Toux chronique
  ou
- ✓ Difficulté respiratoire
  ou
- ✓ Perte de l'odorat subit sans congestion nasale avec ou sans perte de goût

- ✓ Symptômes du groupe B (au moins 2 symptômes parmi les suivants) Un symptôme général : douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou perte d'appétit importante
- ✓ Mal de gorge
- ✓ Diarrhée

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

ÉVALUATION CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE

Symptômes du groupe A Les plus fréquents

- ✓ Fièvre

ou

- ✓ Toux chronique

ou

- ✓ Difficulté respiratoire

ou

- ✓ Perte de l'odorat (anosmie)subit sans congestion nasale avec ou sans perte de goût (agueusie)

- Symptômes du groupe B (au moins 2 symptômes parmi les suivants)
  - ✓ Symptôme général : douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou perte d'appétit importante
  - ✓ Mal de gorge
  - ✓ Diarrhée

Anamnèse

Malaise dominant	
P : Provoqué-Pallié (facteurs aggravants, facteurs d'améliorations)	
Q : Qualité-Quantité (description/intensité/impact sur l'autonomie	
R : Région-irradiation	
S : Signes et symptômes associés	
T : Temps-durée-intermittence	
U : *Understand* signification pour la personne	

Examen physique	
Inspection	
Évaluation de l'état mental • Capacité d'attention ❑ Attentif ❑ Non attentif	**Signes gériatriques atypiques *** • Perte brusque d'autonomie (< 1 sem) : ❑ Oui ❑ Non

• État de conscience : ❑ Hyperalerte ❑ Alerte ❑ Léthargique (verbal) ❑ Stuporeux (physique) ❑ Comateux	• Changement brusque de l'état mental (< 1 sem) : ❑ Oui ❑ Non • Changement brusque de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement) (< 1 sem) : ❑ Oui ❑ Non ***Si un oui à l'une de ces questions :** éliminer une condition de santé aiguë. Si aucune cause aiguë identifiée, considérer la personne comme étant un cas suspecté et transférer dans la zone de chaude.

Signes vitaux :

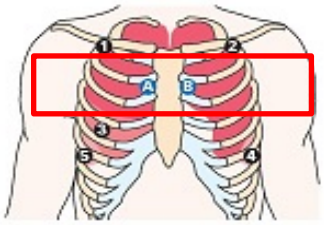
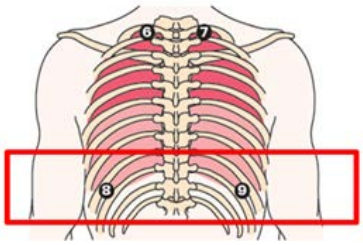
❑ Pouls : _____/min ❑ T.A : _____/ _____

❑T° : _____ C° (fièvre si T° buccale ou rectal ≥ 37,8 °C ou si augmentation de 1,1 °C par rapport à la T° normale habituelle)

Respiration :

- Fréquence : _____/min (si ≥ 25/min ≈ signes d'infection)
- Type : ❑ Thoracique ❑ Abdominale
- Amplitude : ❑ Normal ❑ Profonde ❑ Superficielle
- Rythme : ❑ Régulier ❑ Irrégulier

Auscultation

Face antérieure	Face postérieure
Présence d'un bruit anormal : ❑ Oui ❑ Non Nommer si possible : ❑ Sibilant ❑ Ronchis ❑ Bronche droite (A) ❑ Bronche gauche (B)	Présence d'un bruit anormal : ❑ Oui ❑ Non Nommer si possible : ❑ Sibilant ❑ Crépitants ❑ Lobe inférieur droit (8) ❑ Lobe inférieur gauche (9)
	

Prise de décision infirmière

- Médecin avisé : ❑ Oui
- Transfert dans la zone chaude (chambre individuelle avec salle de toilette dédiée, porte fermée. Si pas de chambre individuelle : maintenir une distance d'au moins 2 mètres ou mettre une barrière physique entre les résidents) : ❑ Oui ❑ Non
- PTI à jour : ❑ Oui ❑ Non
- Dépistage **:** Les résidents des CHSLD présentant des symptômes compatibles avec une infection à COVID-19 ou en présence d'une éclosion potentielle d'infection respiratoire (au moins 2 cas) ou lors d'un décès inattendu avec une cause respiratoire infectieuse suspectée.

Suivi clinique infirmier

- **Surveillance clinique de la condition de santé selon les risques identifiés**

- **Surveillance clinique des signes de délirium :**
  1- Début soudain et fluctuation des symptômes ❑ Oui ❑ Non
  (évidence du changement par rapport à l'état habituel)

  2- Inattention ❑ Oui ❑ Non
  (incapacité à suivre une conversation, à soutenir son regard, ne peut dire les jours de la semaine ou le mot monde à l'envers)

  3- Désorganisation de la pensée ❑ Oui ❑ Non
  (propos incohérent, conversation décousue, passe d'un sujet à l'autre de façon imprévisible)

  4- Altération de l'état de conscience ❑ Oui ❑ Non
  (hyperalerte, léthargique, stuporeux, comateux)

  Si présence des critères 1 ET 2 avec 3 OU 4 = Urgence médicale

- **Surveillance des signes de déshydratation**
  Le résident a-t-il bu entre les repas dans le dernier 24 heures : ❑ Oui ❑ Non
  Langue humide : ❑ Oui ❑ Non
  Filet de salive sous la langue : ❑ Oui ❑ Non
  Aisselle sèche : ❑ Oui ❑ Non
  Test pli cutané (sternal, frontal ou sous-claviculaire) : ❑ Normal ❑ Anormal

- **Surveillance dénutrition**
  Prise alimentaire (plat principal) diminuée de 75 % au cours des 7 derniers jours :
  ❑ Oui ❑ Non
  Perte de poids involontaire (2 % en 1 semaine, 5 % en 1 mois, 7,5 % en 3 mois) :
  ❑ Oui ❑ Non
  IMC plus petit que 21 : ❑ Oui ❑ Non

- **Surveillance des signes de détresse psychologique :**
  Pleurs ❑ Oui ❑ Non Anxiété ❑ Oui ❑ Non
  Agitation ❑ Oui ❑ Non Insomnie/hypersomnie❑ Oui ❑ Non

- **Prévention des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)**
  — S'assurer de l'application des approches de base (communication, validation, diversion, recadrage, stratégie décisionnelle, gestion du refus)
  — Si persiste malgré une approche adéquate : Identification des causes

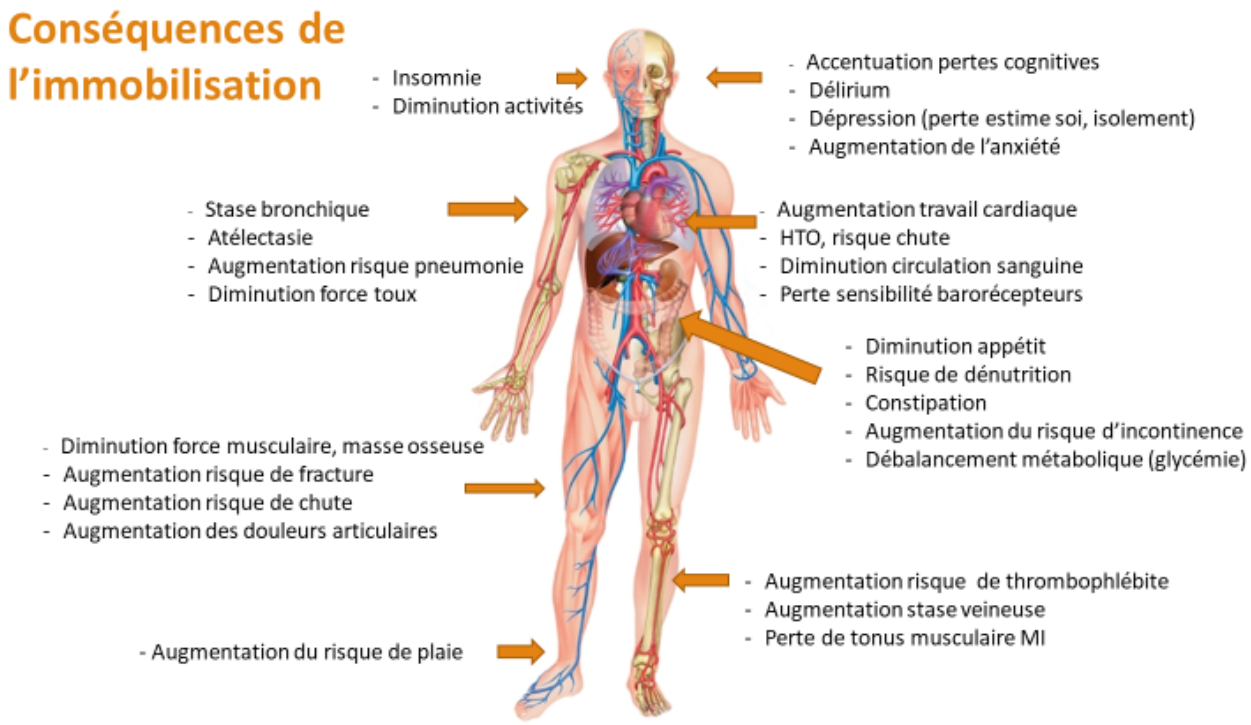
Document adapté à partir de : Philippe Voyer (2011). *L'examen clinique de l'ainé*. Saint-Laurent.

Algorithme d'évaluation et suivi infirmier

- •Observation des préposés aux bénéficiaires rapportée aux infirmières
- •Évaluation clinique de l'infirmière
- •Décision si besoin de déplacer dans la zone chaude
- •Surveillance clinique et suivi des signes et symptômes
- •Mise en place d'intervention associée aux risques identifiés

Risques reliés à l'isolement pour une personne âgée

- **SCPD dû à l'**isolement **ou autres causes physiques et interaction avec les soignants**
- **Tous les risques associés à l'immobilisation (Voir le schéma joint)**



DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

Prise en charge des SCPD

Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Prise en charge délirium

Sauf indication contraire, les informations suivantes tirées de la fiche clinique Delirium liée à l'aspect « État cognitif » du cadre de référence : « Approche adaptée à la personne âgée, 2011, MSSS » s'appliquent :

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier-État cognitif

Prise en charge de la dénutrition

Sauf indication contraire, les informations suivantes tirées de la fiche clinique Delirium liée à l'aspect « État cognitif » du cadre de référence : « Approche adaptée à la personne âgée, 2011, MSSS » s'appliquent :

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier-Dénutrition

Prise en charge de la déshydratation

Sauf indication contraire, les informations suivantes tirées de la fiche clinique Delirium liée à l'aspect « État cognitif » du cadre de référence : « Approche adaptée à la personne âgée, 2011, MSSS » s'appliquent :

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier-Déshydratation

Programme de formation sommaire visant à soutenir le personnel en affectation temporaire dans un milieu de vie pour aînés

Ces formations et capsules 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. Prenez note que le personnel du réseau de la santé et des services sociaux est invité à se connecter à l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial de la Formation continue partagée (FCP) pour accéder au programme de formation sommaire visant à soutenir le personnel en affectation temporaire dans un milieu de vie pour aînés (https://fcp.rtss.qc.ca/course/view.php?id=3434).

Le personnel des établissements privés conventionnés et privés non conventionnés a également accès au programme de formation via les hyperliens des 15 modules ci-dessous ou via ce lien vers la plate-forme ENA. https://fcp-partenaires.ca/ena-login/indexhr.html?errorcode=4

Les formations et capsules d'information suivantes sont proposées avec la généreuse collaboration de M. Philippe Voyer, inf., Ph. D. professeur titulaire, directeur du programme de 1er cycle et responsable de la formation continue à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

L'aide-mémoire sur les approches non pharmacologiques a quant à lui, été réalisé par l'équipe d'experts du projet *Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services - antipsychotique* (OPUS-AP) soutenu par le MSSS.

Nous vous proposons de suivre les capsules dans la séquence suivante, soit du plus général au plus spécifique.

	Titre	Durée
1	**Communiquer avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer** https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/professionnels-sante/cevq/capsules-web#communicationalzheimer	12min29
2	**Capsule 28 : Approche ou interventions non pharmacologiques dans le contexte des SCPD** https://www.youtube.com/watch?v=R1WgTyAL-Ss&list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP&index=30	6min17
3	**Capsule 18 : Qu'est-ce qu'évaluer les particularités gériatriques?** https://www.youtube.com/watch?v=qOFUKQ5nG30&list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP&index=19	15min34

4	**Capsule 4 : La fièvre gériatrique** https://www.youtube.com/playlist?list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP	17min11
5	**Détection et évaluation de la douleur au stade avancé de la maladie d'Alzheimer** https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/professionnels-sante/cevq/capsules-web#detectiondouleur	13min20
6	**Conférence web 3 : Introduction à l'examen clinique de l'aîné** https://youtu.be/xHkbnAWC-sY	40min36
7	**Capsule 3 : Delirium : éliminons la confusion** https://www.youtube.com/watch?v=ovG5FBKH2y4&list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP&index=4&t=0s	14min31
8	**Formation sur l'examen clinique de l'état mental de l'aîné** https://vimeo.com/194971664/1d398590af	1h40
9	**Les indicateurs cliniques de la déshydratation chez l'aîné** https://www.youtube.com/watch?v=aEaG9kETZ3g&list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP&index=6&t=0s	11min33
10	**Capsule 14 : La surveillance de la pharmacothérapie chez l'aîné** https://www.youtube.com/watch?v=OjT7w5_0U2g&list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP&index=15	11min37
11	**Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)** http://capsulesscpd.ca/	Variables selon les capsules
12	**Survol des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)** https://www.youtube.com/watch?time_continue=1&v=RxvooNzavo&feature=emb_logo	1h04
13	**Capsule 7 : Troubles du comportement et maladie Alzheimer** https://www.youtube.com/watch?v=qu4xkMOApUk&list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP&index=8&t=323s	9 min48
14	**Capsule 21 : L'évaluation et les troubles du comportement** https://www.youtube.com/watch?v=MF4xCrdZILc&list=PLDeZyroxJyARWgFxiOKS3vJlPp72mu1qP&index=22	9min40
15	**Information complémentaire :** • **Conférences dans le cadre du colloque de deux jours offerts aux différents GMF des 6 CIUSSS de l'Est-du-Québec et au RUIS de l'Université Laval** https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/professionnels-sante/cevq/plan-alzheimer/colloque	Variables selon les conférences

	• **Infolettres du Professeur Voyer** https://www.philippevoyer.org/archives-des-infolettres • **Boîte à outils pour les professionnels de la santé –** Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec -Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer (CIUSSS Capitale-Nationale) https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/professionnels-sante/cevq/plan-alzheimer/boite-outils • **« Les cris, l'errance, la résistance aux soins…comment décoder ces comportements pour mieux les prévenir?"** https://youtu.be/MI2usrfvyMU • **Communiquer avec votre proche atteint d'une maladie de la mémoire -Équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) aussi disponible en anglais** https://www.ciussscapitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/MissionUniversitaire/CEVQ/cevq_communiquer_avec_proche_tcnm_couleur.pdf • **RMG3 -Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence - Aide-mémoire à la prise de décision :** https://www.ciussscapitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/MissionUniversitaire/CEVQ/cevq_rmg3_aide-memoire_a_la_prise_de_decision.pdf	

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 25 mai 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 a pour but de vous aviser de nouvelles directives concernant les activités de vaccination en période de pandémie de la COVID-19, à la suite de la révision de l'avis du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ).

La vaccination fait partie des services de santé essentiels pour la population et ne doit pas être interrompue pendant une période prolongée, en particulier la vaccination pour les enfants de moins de deux ans. Une interruption prolongée de la vaccination pourrait entraîner une augmentation de maladies évitables par la vaccination ou d'éclosions de ces maladies.

Malgré le contexte de la pandémie de la COVID-19, il est crucial de maintenir ou de reprendre certaines activités de vaccination. L'application des mesures de préventions et de contrôle des infections adéquates lors des activités de vaccination demeure importante. Vous pouvez vous référer aux guides disponibles, dont celui nommé *COVID-19 : Mesures de prévention et de contrôle des infections pour les cliniques médicales, cliniques externes, cliniques COVID-19, GMF : recommandations intérimaires* que vous trouverez ci-joint. Une consultation auprès du service de prévention et contrôle des infections de l'établissement peut être demandée au besoin.

Il est attendu que les établissements dégagent les ressources nécessaires aux services de vaccination qui suivent et maintiennent ce personnel en poste pour les activités spécifiques à la vaccination. Les activités de vaccination qui doivent être maintenues ou remises en place sont :

- la vaccination pour les enfants de moins de deux ans. Des modalités de rattrapage devraient être instaurées pour les doses manquées depuis mars 2020, par exemple en utilisant des relances ou des rappels;
- la vaccination des enfants d'âge préscolaire entre quatre et six ans;

... 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 vaccination des femmes enceintes (notamment la coqueluche). Idéalement, la visite de vaccination devrait être jumelée avec une autre visite de suivi prénatal;
- la vaccination urgente pour des raisons de postexposition à une maladie évitable par la vaccination;
- la vaccination des personnes atteintes de maladies chroniques ou d'immunodépression.

Les activités de vaccination qui peuvent être reportées sont :

- la vaccination en milieu scolaire pour les élèves de la 4e année du primaire et de la 3e année du secondaire;
- la vaccination des adultes pour le calendrier régulier.

Dans les régions qui ont la capacité de le faire, ces activités de vaccination peuvent être maintenues sur rendez-vous en appliquant les mesures sanitaires nécessaires. Il n'est toutefois pas recommandé de tenir des cliniques de vaccination en milieu scolaire ou des cliniques de vaccination massive.

Afin de limiter la propagation des cas de COVID-19, le CIQ maintient sa recommandation de reporter la vaccination des personnes ayant des symptômes d'infection respiratoire aiguë, indépendamment du niveau de risque d'exposition de ces personnes à la COVID-19.

Vous pouvez consulter l'avis du CIQ intitulé *Les activités de vaccination en période de pandémie de COVID-19*, également joint à la présente, pour plus d'informations.

Nous vous transmettrons nos recommandations pour la vaccination contre la grippe dans une communication ultérieure.

En vous remerciant de votre collaboration, nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. DSP des établissements publics du réseau de la santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-03823-45

INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

COVID-19 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les cliniques médicales/cliniques externes/cliniques COVID-19/GMF : recommandations intérimaires

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

4 avril 2020
Version 2.3

Les coronavirus sont des virus reconnus pour causer des infections respiratoires généralement bénignes chez les humains et les animaux. Certaines souches peuvent être plus pathogènes, telles celles du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV) et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), ainsi que la souche nouvellement identifiée et nommée SARS-CoV-2.

L'appellation SARS-CoV-2 (pour *Severe Acute Respiratoy Syndrome Coronavirus 2*) est utilisée pour désigner ce nouveau coronavirus, tandis que le terme COVID-19 (pour *Coronavirus Disease* 2019) désigne l'infection causée par ce virus.

Ce document doit être consulté de façon complémentaire aux autres documents produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur la COVID-19. La version la plus à jour de ces documents est accessible sur le site Web de l'INSPQ.

Cette fiche présente les mesures à appliquer en présence d'une personne consultant pour un risque de COVID-19 dans une clinique médicale ou dans une clinique externe ou dans une clinique désignée ou dans un GMF. Ces mesures recommandées s'inscrivent dans la continuité des mesures recommandées dans les milieux de soins aigus (soit les hôpitaux) et se veulent en cohérence avec celles-ci. Elles sont basées sur les connaissances actuelles de la COVID-19 et actualisées en fonction des documents produits par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et autres organismes. Certaines recommandations découlent d'un consensus des experts du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour. Elles seront ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur la transmissibilité de ce virus. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles tout en assurant la sécurité de la population dans le contexte où le confinement de la maladie est l'objectif poursuivi par les instances nationales (ASPC) et internationales (OMS).

L'identification rapide d'un usager pouvant être infecté par le SARS-CoV-2 et l'application de mesures de prévention et de contrôle des infections appropriées sont prioritaires pour prévenir une transmission possible du microorganisme.

Québec

Mesures de prévention et contrôle des infections à appliquer

INFORMATIONS SUR LE VIRUS SARS-CoV-2 Voir la fiche sur les caractéristiques du virus pour plus d'informations	
Surveillance	Pour suivre l'évolution de la situation au niveau national et international : ▪ OMS : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports et http://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/c88e37cfc43b4ed3baf977d77e4a0667 ▪ MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/veille-epidemiologique.pdf ▪ INSPQ: https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees
Mode de transmission	▪ Les données scientifiques et épidémiologiques actuelles indiquent que le mode de transmission du SARS-CoV-2 semble se faire 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. ▪ 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 (WHO 2020). ▪ La transmission semble se faire via le contact direct avec les muqueuses des voies respiratoires supérieures et des conjonctives. La proportion de transmission par contact indirect via les surfaces n'est pas bien connue. ▪ Toutefois, la transmission par voie aérienne opportuniste (fines gouttelettes de sécrétions respiratoires infectées aérosolisées lors des interventions médicales générant des aérosols) 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 notamment afin de limiter la transmission en présence de cas admis dans les milieux de soins. ▪ Puisque des particules virales se retrouvent dans les selles, une transmission fécale-orale est aussi possible (Johns Hopkins, 2020).
Tableau clinique	Des informations sont aussi disponibles aux https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/ et https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/presentations-cliniques-inesss/ et https://www.inspq.qc.ca/ et https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html
Définition de cas aux fins de surveillance	Se référer à la définition publiée par l'ASPC disponible au https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/definition-nationale-cas.html Et à la définition publiée par le MSSS disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/ Ces définitions de cas aux fins de surveillance ne visent pas à remplacer le jugement du clinicien ou du praticien de la santé publique dans la prise en charge des patients (ASPC, 2020).

Si votre région est identifiée comme ayant une transmission communautaire soutenue, le personnel de la clinique, ayant un contact à moins de 2 mètres avec un usager, doit porter un masque de procédure en tout temps, peu importe le motif de consultation.

Si votre région n'est pas identifiée comme ayant une transmission communautaire soutenue, le masque de procédure sera requis selon les indications générales déterminées dans ce document.

Se référer au document Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue disponible au https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections

MESURES À APPLIQUER à titre préventif	
Affichage	Renforcer l'affichage aux entrées de l'établissement utilisées par les travailleurs de la santé, les usagers, la zone adjacente à une borne électronique d'inscription ou à une distributrice de numéros, au poste d'accueil, etc. : ▪ Promouvoir l'hygiène des mains (HDM). ▪ Promouvoir l'hygiène et l'étiquette respiratoires chez les usagers présentant de la fièvre ou de la toux. Se référer au document *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires* disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2439 ▪ Informer les usagers de retour de voyage ou autres usagers à risque selon les critères d'exposition déterminés à s'identifier rapidement si présence de fièvre ou de symptômes respiratoires. ▪ Identifier la zone d'attente réservée pour les usagers présentant des symptômes d'une infection respiratoire s'il y a lieu. Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l'utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin. Des affiches sont disponibles sur le site du MSSS au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001098/
Prétriage	Un prétriage téléphonique est fortement recommandé afin de : ▪ Évaluer si le rendez-vous peut être reporté ou se faire par téléconsultation. ▪ Si le rendez-vous doit être maintenu, évaluer la présence de facteurs de risque chez l'usager ou de symptômes d'infections respiratoires ou d'autres symptômes associés à la COVID-19 avant que l'usager se présente à son rendez-vous afin de s'assurer de la mise en place des mesures requises à son arrivée.
Triage/Accueil	▪ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par le SARS-CoV-2 lors du triage. ▪ Inviter les usagers présentant des symptômes d'infections respiratoires à porter un masque de procédure dès leur arrivée dans l'installation et de procéder à l'HDM. ▪ Maintenir une distance de deux mètres entre la personne à l'inscription et l'usager ou installer une vitre de plexiglas. Si ceci est impossible, la personne à l'inscription devra porter l'équipement de protection individuelle (ÉPI) requis (masque de procédure, protection oculaire, gants et blouse à manche longue) en présence d'un usager qui présente des symptômes d'infections respiratoires ou d'autres symptômes associés à la COVID-19. ▪ Pour connaître le risque au regard d'un voyage dans une zone à risque ou pour les autres expositions à risque : ▪ Se référer à l'outil de triage du MSSS disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mrsi/outil-de-triage.pdf

MESURES À APPLIQUER à titre préventif	
Salle d'attente	▪ Port du masque de procédure en tout temps par l'usager présentant des symptômes d'infections respiratoires ou autres symptômes associés et évalués cliniquement par une personne compétente. ▪ Restreindre au strict minimum le nombre de personnes présentes dans la salle d'attente. ▪ Limiter le temps d'attente avant l'évaluation. ▪ Maintenir une distance de deux mètres entre les usagers (distanciation sociale). ▪ S'assurer de l'application des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) (HDM, étiquette et hygiène respiratoires).
Travailleurs de la santé (TS)	▪ Rappeler aux TS de ne pas se présenter au travail en présence de fièvre ou de symptômes respiratoires aigus. En présence d'autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19, une évaluation par une autorité compétente est requise pour déterminer si le travailleur peut se présenter ou non au travail. Le travailleur doit contacter la personne désignée par l'établissement (bureau de santé, supérieur immédiat, etc.) pour une évaluation. ▪ Retirer immédiatement du milieu de travail toute personne qui présente de la fièvre ou des symptômes respiratoires aigus ou autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19. Une évaluation par une autorité compétente est requise pour déterminer si le travailleur peut se présenter ou non au travail. ▪ Les TS asymptomatiques de retour d'un voyage hors Canada ne peuvent se présenter au travail dans les 14 jours suivant le retour.

MESURES À APPLIQUER en présence d'une personne sous investigation, d'un cas confirmé, d'une personne avec des facteurs de risque ou des symptômes d'infections respiratoires ou d'autres symptômes associés à la COVID-19	
Salle d'examen	▪ Port du masque de procédure en tout temps par l'usager symptomatique. ▪ Pièce individuelle (pièce à pression négative non requise). ▪ Limiter la quantité de matériel dans la salle d'examen.
Mesures de PCI pour l'usager	▪ Port du masque de procédure en tout temps par l'usager. ▪ Si l'usager est accompagné, évaluer si ces personnes présentent des symptômes d'une infection compatible avec la COVID-19. Dans l'affirmative, elles doivent être considérées comme possiblement infectées et être prises en charge pour une évaluation médicale. Elles doivent porter un masque de procédure en tout temps pendant la visite.
Précautions additionnelles pour les travailleurs de la santé	▪ Masque de procédure s'il est à moins de deux mètres de l'usager. ▪ Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. ▪ Blouse à manches longues non stérile, à usage unique et jetable (prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques, ex. : vomissement). ▪ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. ▪ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées. ▪ Retirer l'ÉPI à la sortie de la salle d'examen et procéder à l'HDM. Procédure pour le retrait disponible : document de l'ASSTSAS http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Affiches/a70-epi.pdf ou de l'ASPC http://publications.gc.ca/site/fra/9.642347/publication.html (p188-189). L'écouvillonnage nasopharyngé n'est pas une procédure faisant partie des interventions considérées comme une intervention médicale générant des aérosols (IMGA). S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps.

MESURES À APPLIQUER en présence d'une personne sous investigation, d'un cas confirmé, d'une personne avec des facteurs de risque ou des symptômes d'infections respiratoires ou d'autres symptômes associés à la COVID-19	
Rehaussement des mesures de PCI pour les travailleurs de la santé	Les travailleurs de la santé doivent porter un respirateur N95 lors de la réalisation d'interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Appliquer les précautions additionnelles de type aérienne/contact avec protection oculaire. Les travailleurs de la santé devant effectuer ces interventions doivent avoir eu un test d'ajustement pour le respirateur N95 ainsi qu'une formation sur son utilisation adéquate. Pour consulter la liste des IMGA retenues suite aux recommandations de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UÉTMIS), se référer au document produit par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur le site Web de l'INSPQ au https://www.inspq.qc.ca/covid-19. Pour les IMGA classées à risque reconnu ou à risque possible, les précautions additionnelles de type aérien/contact avec protection oculaire doivent être appliquées Pour les autres catégories, une évaluation du risque d'aérosolisation, cas par cas, devra être effectuée. Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de ces interventions : ▪ Porter l'équipement de protection individuelle requis : N95, blouse, gants, protection oculaire ▪ Procéder à ces interventions dans une pièce individuelle, porte fermée ▪ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. Réévaluer les indications de soins au besoin ou voir si une alternative de soins est possible. ▪ Suite à une IMGA, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation de la chambre (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection individuelle 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. L'écouvillonnage nasopharyngé chez l'adulte n'est pas une procédure faisant partie des interventions considérées comme interventions à risque d'augmenter la transmission du SARS-CoV-2. Les traitements urgents de dentisterie pourront être effectués dans une pièce individuelle, porte fermée. Appliquer les précautions additionnelles de type aérienne/contact respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation de la chambre (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant d'entrer dans la pièce sans équipement de protection individuelle. S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle en tout temps.
Prise en charge des travailleurs de la santé répondant à la définition d'exposition potentielle	Se référer au document sur ce sujet produit par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur le COVID-19. Sur le site Web de l'INSPQ au https://www.inspq.qc.ca/covid-19
Suivi de l'usager	▪ Si l'état clinique de l'usager le permet, envisager un retour à domicile en attendant le résultat des analyses de laboratoire (après entente avec la Direction régionale de santé publique (DSPublique)) selon les modalités prévues localement ou régionalement). Ou ▪ Aviser le centre hospitalier avant de transférer l'usager.
Suivi DSPublique	▪ Signaler les cas confirmés (par laboratoire ou lien épidémiologique) à la DSPublique selon les modalités prévues localement ou régionalement.
Prélèvements et laboratoire	Prélever les échantillons recommandés par le LSPQ ou le laboratoire de référence et les transmettre selon les modalités prescrites. Pour le LSPQ voir : https://www.inspq.qc.ca/lspq/repertoire-des-analyses/coronavirus-sars-cov-2covid-19-detection-taan-sur-specimen-clinique

MESURES À APPLIQUER en présence d'une personne sous investigation, d'un cas confirmé, d'une personne avec des facteurs de risque ou des symptômes d'infections respiratoires ou d'autres symptômes associés à la COVID-19	
Manipulations des prélèvements	Pour la manipulation des spécimens, se référer aux procédures déterminées. À titre informatif : ▪ Décontaminer l'extérieur des tubes de prélèvements avec le désinfectant habituellement utilisé. ▪ Identifier les tubes. ▪ Placer les tubes dans un sac pour spécimen biohazard. ▪ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscrire COVID-19 suspecté. ▪ Placer les tubes dans le contenant déterminé pour l'acheminement au laboratoire de référence. ▪ Respecter les indications pour la conservation des spécimens. ▪ S'assurer que le personnel qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination et que les pratiques de biosécurité appropriées (Précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) sont appliquées lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.
Hygiène et salubrité	▪ Pour les cliniques associées à un CISSS ou CIUSSS, se référer aux protocoles de l'établissement ou du MSSS disponible au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/ ▪ Pour les autres cliniques, se référer à l'*Avis intérimaire : Procédures de nettoyage et de désinfection de l'environnement et des équipements de soins pour les cliniques médicales* disponible au https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections
Équipements de soins	Désinfection entre chaque usager avec un produit approuvé pour un usage hospitalier, reconnu efficace (virucide pour le coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada (produit habituel ou solution chlorée). Voir site du gouvernement du Canada au https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/desinfectants/covid-19/liste.html
Vêtement des travailleurs	Aucune mesure particulière.
Gestion des déchets	Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).
Lingerie	Aucune mesure particulière.
Formation	Les travailleurs de la santé devraient avoir reçu une formation sur : ▪ L'identification d'un cas suspecté. ▪ Les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection individuelle requis.
Audits	Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, mesures en hygiène et salubrité, etc.).
Bénévoles	Aucune présence n'est permise.
Stagiaires et étudiants	Se référer aux directives du MSSS et des maisons d'enseignement.
Communication	S'assurer que toutes les informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle sont transmises aux personnes concernées, y compris à la clientèle.

Références

BC Center for Disease Control. (2020). *Interim Guidance: Public Health Management of cases and contacts associated with novel coronavirus (COVID-19) in the community.* Version 2020-03-26. Repéré au http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/2019-nCoV-Interim_Guidelines.pdf

BC Center for Disease Control. (2020). *PICNet guidance on personal protective equipment (PPE) for nasopharyngeal and throat swabs.* Version 2020-01-24. Repéré au http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/PICNet_2019_nCoV_guidance.pdf

Centers for disease control and prevention (CDC). (2020). *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings.* Version 2020-03-21. Repéré au https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2020). *Personal protective equipment (PPE) needs in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed novel coronavirus (2019-nCoV).* Version 2020-02-07 Repéré au https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/personal-protective-equipment-ppe-needs-healthcare-settings-care-patients

Gouvernement de l'Australie. (2020). *Interim advice on non-inpatient care of persons with suspected or confirmed Coronavirus disease (COVID-19), including use of personal protective equipment (PPE).* Version 2020-03-05. Repéré au https://health.govcms.gov.au/sites/default/files/documents/2020/03/interim-advice-on-non-inpatient-care-of-persons-with-suspected-or-confirmed-coronavirus-disease-2019-covid-19-including-use-of-personal-protective-equipment-ppe.pdf

Gouvernement du Canada. (2020). *Prévention et contrôle de la maladie à coronavirus (COVID-19) : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs.* Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Version 2020-02-24. Repéré au https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/lignes-directrices-provisoires-etablissements-soins-actifs.html#a2

GOV »UK. Public Health England. (2020). *COVID-19: interim guidance for primary care.* Version 2020-03-19. Repéré au https://www.gov.uk/government/publications/wn-cov-guidance-for-primary-care/wn-cov-interim-guidance-for-primary-care

GOV »UK. Public Health England. (2020). *Guidance COVID-19: investigation and initial clinical management of possible cases.* Version 2020-03-18. Repéré au https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-initial-investigation-of-possible-cases/investigation-and-initial-clinical-management-of-possible-cases-of-wuhan-novel-coronavirus-wn-cov-infection

Ontario. Ministry of Health and Ministry of Long-Term Care (2020). *Novel Coronavirus (COVID-19) Guidance: Community Labs and Specimen Collection Centres.* Version 2020-03-29. Repéré au http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_community_labs_guidance.pdf

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020). *Laboratory testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in suspected human cases.* Version du 2020-03-19. Repéré au https://www.who.int/publications-detail/laboratory-testing-for-2019-novel-coronavirus-in-suspected-human-cases-20200117

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected.* 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). *The COVID-19 Risk Communication Package for Healthcare Facilities* Version du 2020-03-10. Repéré au https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/14482/COVID-19-022020.pdf

Santé publique France. (2020). *Conduite à tenir. Surveillance des patients suspects d'infection due au SARS-CoV-2 (COVID-19).* Version 2020-03-14. Repéré au https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde

SWISSNOSO. (2020). *Mesures additionnelles dans les hôpitaux pour un patient hospitalisé avec suspicion d'infection COVID-19 ou présentant une infection COVID-19 confirmée (V2.3).* Version 2020-03-20. Repéré au https://www.swissnoso.ch/fr/recherche-developpement/evenements-actuels/

COVID-19 :
Mesures de prévention et contrôle des infections pour les cliniques médicales/cliniques externes/cliniques COVID-19/GMF : recommandations intérimaires

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

RÉDACTEURS

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

SOUS LA COORDINATION DE

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

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

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 : 2907

Institut national de santé publique
Québec

Institut national de santé publique Québec

Avis court du Comité sur l'immunisation du Québec

AVIS Nº :	**COVID-2019 / 2020 / 166**
	(Abréviation du sujet/Année de production/Numéro séquentiel)
DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE D'AVIS :	2020-04-29
DEMANDEUR :	MSSS
DATE DE PRODUCTION DE L'AVIS :	2020-05-01
AVIS DISCUTÉ ET APPROUVÉ À LA RENCONTRE DU CIQ LE :	2020-05-06
RÉDACTEURS :	Nicholas Brousseau, Marilou Kiely, Vladimir Gilca, Maryse Guay, Gaston De Serres, Chantal Sauvageau, Rodica Gilca, Philippe De Wals
TITRE :	**Les activités de vaccination en période de pandémie de COVID-2019 : RÉVISION DU 6 MAI 2020 (V2.0)**

Question 1 :

Est-ce que les activités de vaccination doivent être maintenues dans le contexte de la pandémie, soit les activités pour la vaccination des nourrissons, en pré-scolaire, en scolaire et pour la vaccination contre la grippe ?

Question 2

Dans le cas où certaines activités de vaccination sont maintenues, quelle est la recommandation pour une personne ayant des symptômes d'infection respiratoire aiguë, n'ayant pas eu de contact avec un cas confirmé de COVID-19 ?

Réponse à la question 1 :

Contexte

Un premier avis court du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) concernant la question 1 a été approuvé le 18 mars 2020 (INSPQ, 2020). Il était notamment recommandé de prioriser les visites de vaccination prévues à 2, 4 et 12 mois. Il était aussi mentionné qu'il était acceptable de reporter l'ensemble des visites de vaccination jusqu'à ce que la situation épidémiologique ou le contexte organisationnel le permette. Une réévaluation périodique des recommandations émises était prévue. Suite à cet avis, une priorisation des activités de vaccination a été faite par plusieurs régions. Une diminution importante du nombre de doses administrées et saisies au Registre de vaccination (Infocentre, 2020) a d'ailleurs été notée pour les vaccins prévus à partir de l'âge de 18 mois (données du 1er au 15 avril 2020).

Une révision des recommandations émises le 18 mars 2020 est nécessaire. Elles avaient été faites dans le contexte de mesures exceptionnelles de distanciation physique à l'échelle provinciale en lien avec l'émergence de l'épidémie de COVID-19. En date du 3 mai 2020, on observe au Québec une relative stabilité du nombre quotidien de nouvelles hospitalisations et de décès dus à la COVID-19. Le Québec prévoit sous peu une reprise graduelle des activités, incluant l'ouverture des services de garde et des écoles primaires (MSSS, 2020A). En l'absence d'un vaccin disponible contre la COVID-19, une certaine transmission communautaire de la COVID-19 pourrait durer plusieurs mois.

La vaccination fait partie des services de santé essentiels pour la population (OMS, 2020) et ne doit pas être interrompue pendant une période prolongée, en particulier la vaccination des enfants de moins de 2 ans. Une interruption prolongée de la vaccination se traduit nécessairement par une augmentation du nombre de personnes susceptibles à certaines infections, par exemple la rougeole, la coqueluche, les infections invasives à pneumocoque et la gastroentérite causée par le rotavirus. Une augmentation de maladies évitables par la vaccination pourrait en résulter et avoir de lourdes conséquences sur le système de santé qui est déjà fortement sollicité par la pandémie de la COVID-19 (OMS, 2020).

Les recommandations du Comité sur l'immunisation du Québec qui suivent se basent sur les principes suivants :

- Considération de la vaccination comme un service essentiel de santé;
- Impact négatif d'une interruption prolongée de la vaccination potentiellement plus important pour les doses visant les enfants de moins de 2 ans;
- Faible gravité des symptômes de la COVID-19 chez les enfants;
- Importance d'éviter la transmission de la COVID-19 lors de la consultation dans un établissement de santé, en particulier pour les personnes plus vulnérables face à cette maladie;
- Nécessité d'ajuster les services précis de vaccination en fonction de l'épidémiologie locale de la COVID-19 et du contexte organisationnel.

Recommandations du CIQ :

1) Vaccination des nourrissons et des enfants d'âge scolaire

La vaccination des enfants de moins de 2 ans devrait être maintenue (visites de 2, 4, 12 et 18 mois) ou remise en place, le cas échant, dans les régions où il y a eu arrêt temporaire. La même conduite s'applique pour les doses de vaccins Pneu-C et DCaT-VPI-Hib prévues à 6 mois pour certains enfants à risque accru. Si certaines visites ont été reportées, un rattrapage aussi rapide que possible devrait être fait pour les enfants concernés par cette mesure.

La visite prévue à 4-6 ans devrait aussi être maintenue, mais un certain report est possible dans des régions où la transmission de la COVID-19 est plus active et a un impact important sur les ressources du réseau de la santé. L'âge recommandé pour ce rappel s'étend sur une période de trois années. En cas de report, la vaccination doit être offerte dès que le contexte le permet et avant que l'enfant ait atteint l'âge de 7 ans.

La vaccination prévue en 4e année du primaire et à l'âge de 14-16 ans (3e secondaire) peut être reportée. L'impact de la pandémie sur les activités scolaires est majeur et rend peu faisable la vaccination à court terme en milieu scolaire. De plus, les activités scolaires pour le secondaire se poursuivront à distance d'ici la fin de l'année scolaire. Les enfants et les adolescents pourront être vaccinés en milieu scolaire lorsque la situation épidémiologique et le contexte organisationnel le permettront. Un report (par ex. en 5e année du primaire) est peu susceptible d'être lié à une augmentation de la fréquence des infections visées par la vaccination scolaire. De plus, une dose ou plus des vaccins prévus en 4e année (VPH, HB) et 3e secondaire (Men-C-C, dT) a déjà été

offerte aux enfants visés et la dose restante constitue un rappel. Le Registre de vaccination montre que plus de 90 % des élèves présentement en 4e année ont reçu au moins une dose de vaccin contre l'hépatite B et plus de 80 %, au moins une dose contre les VPH (Infocentre, 2020).

2) Vaccination des femmes enceintes

La vaccination des femmes enceintes fait partie du suivi prénatal et devrait être maintenue dans la mesure du possible. La vaccination peut se faire dans le cadre d'une visite déjà prévue ou dans le cadre d'un rendez-vous spécifique prévu à cet effet (ex. en CLSC). Le fait de combiner la vaccination à un rendez-vous de suivi de grossesse ou à une autre visite déjà prévue est à privilégier lorsque le contexte organisationnel le permet (MSSS, 2020B; Bogler, 2020).

3) Vaccination des adultes

Les visites du calendrier régulier qui visent les adultes peuvent être reportées dans les régions où la transmission de la COVID-19 est plus active et a un impact important sur les ressources du réseau de la santé. Dans le cas où la vaccination est offerte (ex. en pharmacie ou clinique de vaccination), les mesures pertinentes de distanciation physique et de prévention des infections doivent être mises en place.

Les visites de vaccination urgentes, notamment la prophylaxie postexposition, doivent être maintenues. Dans la situation où une personne doit débuter un traitement immunodépresseur, il pourrait être favorisé qu'elle soit vaccinée lorsque son immunité est maximale, même si cela signifie une visite supplémentaire pour la vaccination.

Pour les adultes plus âgés ou ceux vivant avec une maladie chronique ou une immunodépression, la possibilité de prendre un rendez-vous spécifique pour la vaccination (ex. en CLSC ou en pharmacie) dépendra du contexte épidémiologique de la COVID-19 et devrait suivre les recommandations des autorités gouvernementales relatives au confinement. Il reste préférable que la vaccination ait lieu dans le cadre d'un suivi déjà prévu. Cette approche permet d'éviter des visites additionnelles dans un établissement de soins et limite le risque de transmission de la COVID-19.

4) Mesures de distanciation physique et de prévention des infections

Les mesures pertinentes de prévention des infections doivent être mises en place dans le cadre des activités de vaccination. Des guides sont disponibles à cet effet, dont : *COVID-19 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les cliniques médicales/cliniques externes/ cliniques COVID-19/GMF : recommandations intérimaires*[1]. D'autres mesures comme l'organisation de cliniques de vaccination à des moments et des endroits où il y a absence de personnes susceptibles de consulter pour des symptômes respiratoires peuvent aussi contribuer à réduire le risque de transmission de la COVID-19.

5) Autres considérations

Dans tous les cas où il est nécessaire de reporter la vaccination, un mécanisme de rappel devrait être prévu pour faciliter le rattrapage dès que le contexte permet de reprendre la vaccination.

Le CIQ réévaluera périodiquement ces recommandations à la lumière des données de surveillance des maladies évitables par la vaccination et de l'évolution de la pandémie de COVID-19. Un avis distinct sera aussi émis ultérieurement en ce qui concerne la vaccination contre la grippe pour la saison 2020-2021.

[1] https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2907_prevention_controle_infection_cliniques_medicales_externes_deginees_covid_gmf.pdf

Réponse à la question 2 :

Afin de limiter la propagation des cas de COVID-19, le CIQ maintient sa recommandation de reporter la vaccination des personnes ayant des symptômes d'infection respiratoire aiguë, indépendamment du niveau de risque d'exposition de ces personnes à la COVID-19.

Références :

BC Centre for Disease Control (2020). Continuity, Prioritization and Safe Delivery of Immunization Services during COVID-19 Response. [En ligne] http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%202%20-%20Imms/Continuity_of_Immunization_Services_During_COVID-19.pdf (page consultée le 6 mai 2020).

Bogler T (2020). Interim schedule for pregnant women and children during the COVID-19 pandemic. [En ligne] https://www.cfp.ca/news/cfpnews/2020/03/25/3-24.full.pdf (page consultée le 6 mai 2020).

Centers for Disease Control and Prevention (2020). Immunization Works March 2020. [En ligne] https://www.cdc.gov/vaccines/news/newsltrs/imwrks/2020/2020-03.html (page consultée le 6 mai 2020).

Infocentre (2020). Portail de l'Infocentre. [En ligne] https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/ (page consultée le 6 mai 2020).

Comité sur l'immunisation du Québec (2020). Les activités de vaccination en période de pandémie de Coronavirus COVID-2019. [En ligne] https://www.inspq.qc.ca/publications/avis-ciq-covid-2019-2020 (page consultée le 6 mai 2020).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2020A). Questions et réponses sur l'éducation et la famille dans le contexte de la COVID-19. [En ligne] https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/reponses-questions-coronavirus-covid19/questions-reponses-education-famille-covid-19/ (page consultée le 6 mai 2020).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2020B). Directives pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés - COVID-19. [En ligne] https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002565/ (page consultée le 6 mai 2020).

Organisation mondiale de la Santé (2020). Principes directeurs relatifs aux activités de vaccination durant la pandémie de COVID-19 : orientations provisoires, 26 mars 2020. [En ligne] https://apps.who.int/iris/handle/10665/331669 (page consultée le 6 mai 2020).

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 25 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Le 14 avril dernier, nous vous avons fait parvenir une communication précisant l'importance du suivi des données pour faire face à la pandémie, notamment celles concernant les décès.

Pour assurer la concordance des données transmises par les établissements, le ministère de la Santé et des Services sociaux souhaite rappeler la nécessité que :

- L'original du bulletin de décès (SP-3) doit être transmis immédiatement (dans la même journée) à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) pour tous les décès liés à la COVID-19, en utilisant le service de courrier régulier.
- Une photocopie du SP-3 doit être transmise (dans la même journée) à la direction de santé publique régionale, pour tout décès lié à la COVID-19.
- Pour les décès d'autres causes, il est demandé de respecter le délai maximal de trois jours pour la transmission de l'original du SP-3 à l'ISQ, comme prévu dans le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2, r. 2).
- Toutes les informations présentes sur les bulletins des décès (SP-3) doivent être adéquatement complétées pour tous les décès.

... 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 tout renseignement complémentaire, nous vous invitons à communiquer avec madame Geneviève Larouche, pilote d'orientation du Registre des évènements démographiques du Québec, par courrier électronique à l'adresse suivante : genevieve.larouche@msss.gouv.qc.ca ou au 418 266-7525.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. Directrices et directeurs des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
Directrices et directeurs de santé publique des établissements publics du RSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-56

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 26 mai 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 GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS

Mesdames,
Messieurs,

En 2019, tous les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), situés en zones très chaudes, chaudes et acceptables du Québec, ont été équipés minimalement de zones refuges climatisées afin d'améliorer le confort des résidents et des employés.

En prévision de la prochaine période estivale, vous devez poursuivre l'amélioration du confort des résidents et du personnel, notamment ceux et celles dont les tâches nécessitent le port d'équipements de protection individuelle.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux demande aux établissements ayant une mission CHSLD d'élaborer des moyens afin de faire face aux épisodes de chaleur appréhendés, dans la suite du plan de chaleur extrême du ministère de la Santé et des Services sociaux et des mesures mises en place les années passées, et en collaboration avec leur Direction régionale de la santé publique. En plus des mesures préventives, des stratégies et des moyens techniques liés aux infrastructures doivent être mis en place afin d'atténuer les effets de la chaleur sur les occupants et le personnel (pièce fraicheur, climatisation, etc.)

Concernant l'avis de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) que vous trouverez ci-joint, pour le directeur national de santé publique, monsieur Horacio Arruda, il est approprié, même dans le contexte de la pandémie de COVID-19, d'ajouter la climatisation dans les milieux de soins, incluant notamment des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied, considérant que les bénéfices de l'utilisation de ces appareils sont plus grands que les inconvénients possibles.

... 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, il est important de prendre en considération les principes directeurs énoncés dans l'avis de l'INSPQ dans la section *Principes directeurs à appliquer en tout temps pour tous les usagers* et la section *Principes directeurs à ajouter pour les usagers suspectés ou confirmés COVID-19.*

Dans cet objectif, nous vous autorisons également à procéder dès maintenant à la mise en place de mesures appropriées (achat et localisation d'équipements, etc.) pour améliorer, lorsque nécessaire et si possible, le confort des résidents et du personnel.

Bien que vous pouviez procéder dès maintenant à l'ajout d'équipements temporaires, semi-permanents et permanents, nous vous demandons de nous fournir un état de situation pour chacune de vos installations en mentionnant l'état actuel et la bonification qui sera réalisée au cours des prochains jours et semaines.

Afin de vous outiller, vous trouverez en annexe un fichier contenant le portrait détaillé des CHSLD de votre établissement ainsi que celui de l'ensemble du réseau, en date du 31 mars 2017.

Dans un premier temps, nous vous demandons de valider les informations concernant votre établissement et les mettre à jour, en date du 25 mai 2020, à même le tableau ci-joint, s'il y a lieu.

Dans un deuxième temps, nous vous demandons d'inscrire dans les colonnes prévues à cet effet et pour chacun des CHSLD les informations suivantes, et ce, dans un contexte d'épisodes de chaleur et dans un contexte de COVID-19 :

- Le nombre approximatif d'unités de climatisation installées temporairement dans les chambres des résidents par année;
- La situation actuelle est-elle adéquate (niveau acceptable de confort des résidents et des employés dans un contexte de canicule);
- La situation actuelle est-elle inadéquate;
- Les solutions identifiées et qui seront mises en place dans les prochaines semaines pour rendre la situation plus adéquate.

Il est important de vous assurer de procéder de façon à prioriser les installations les plus problématiques. De plus, vous êtes également autorisés à ajouter des équipements dans les autres installations, soit les centres hospitaliers, centres jeunesse, centres de réadaptation, lorsque vous le juger à propos et lorsque possible.

Des consignes suivront concernant les modalités de financement en fonction des types d'investissements réalisés (location, achat d'équipement, travaux de construction).

... 3

Le contenu validé du tableau et, le cas échéant, les informations ajoutées dans les colonnes, doivent nous être transmis par votre établissement, au plus tard **le 1er juin 2020 à 16 h** à l'adresse **maintiendesactifs@msss.gouv.qc.ca**. De plus, une mise à jour du fichier vous sera demandée le 26 juin prochain.

Enfin, la présente orientation s'applique également aux établissements privés conventionnés, de propriété publique ou privée. Le processus de remboursement des dépenses sera le même que celui des projets de rénovation fonctionnelle en CHSLD. Les dépenses liées à la climatisation sont en sus du montant alloué en rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD 2020-2021.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 2

c. c. Directrices et directeurs des services techniques des établissements publics de santé et de services sociaux
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux
Mme Dominique Savoie, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-48

INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

COVID-19
Mesures de prévention et contrôle des infections pour l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied en milieux de soins dans un contexte de COVID-19

25 mai 2020
Version 1.0

Avis intérimaire

Notes : Les éléments de réponses 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. En l'absence de données probantes sur le sujet en titre et reliées à la COVID-19, cet avis en est un d'experts.

Contexte

Durant la saison estivale, il est possible de faire face à des vagues de chaleur extrême. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, il est nécessaire de se positionner sur les mesures de prévention et contrôle des infections requises lors de l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied dans les différents milieux de soins. En lien avec le plan de chaleur extrême du MSSS (2018), l'INSPQ est appelé à se positionner sur l'utilisation des appareils mobiles de climatisation et des ventilateurs sur pied dans les différents milieux de soins. Les principes directeurs émis dans ce document ne s'appliquent pas aux systèmes de ventilation et de climatisation centraux permanents des différentes installations.

Milieux visés

- Milieux hospitaliers
- Milieux de réadaptation
- CHSLD, RPA / RI / RTF
- Autres milieux de soins accueillant une clientèle vulnérable (ex. : cliniques, centre de jour, etc.)

Principes directeurs

Les appareils visés par cet avis sont utilisés dans les différents milieux de soins lors de la période estivale. Toutefois, certaines sociétés savantes ne recommandent pas l'utilisation de ceux-ci lorsque des précautions additionnelles de type gouttelette, aérienne ou contact sont en place (AHS, 2020 ; ASE, 2018 ; NHS, 2015 ; VCH, 2018 ; WRHA, 2018). Ces appareils peuvent présenter un risque en raison de la possibilité de dispersion de microorganismes en suspension dans l'air, de débris et de poussières. Il existe aussi un risque de perturbation du flux d'air normal de l'environnement de soins.

Présentement, il n'existe pas dans la littérature de données probantes substantielles spécifiques à l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied pour des usagers suspectés ou confirmés être atteints de la COVID-19. En l'absence de données probantes et à la lumière de la littérature consultée, la décision d'utiliser ces appareils dans la chambre et sur une unité où des usagers suspectés ou confirmés être atteints de la COVID-19 sont hébergés doit être

Québec

soumise localement à une évaluation du risque pour déterminer si les avantages dépassent les désavantages de l'utilisation de ces appareils. Les bénéfices du confort versus la sécurité des usagers et du personnel doivent être étroitement analysés et un environnement sécuritaire et confortable doit être assuré. Cette gestion de risque doit être réalisée en concordance avec les plans de chaleur extrême déjà en place dans les différentes installations.

Dans un contexte de COVID-19 et dans la situation où l'utilisation de ces appareils est nécessaire pour la santé et la sécurité des usagers et du personnel, des principes directeurs sont à respecter.

Principes directeurs à appliquer en tout temps pour tous les usagers

- Lors de l'installation et du retrait, l'entretien adéquat et régulier des climatiseurs mobiles (ex. : climatiseurs de fenêtre ou autre type) et ventilateurs sur pied doit être effectué selon les consignes du fabricant en fonction des modalités locales.
- Le flux d'air provoqué par ces appareils ne doit pas être orienté vers la porte de sortie de la chambre ou de l'unité pour éviter la dispersion de gouttelettes hors de la chambre ou de l'unité.
- Le flux d'air provoqué par ces appareils ne doit pas être orienté vers le visage de l'usager ou d'un autre usager si dans une chambre hébergeant plusieurs usagers. Si cela n'est pas possible, un déflecteur ou un écran pourrait être installé devant l'appareil, pour rediriger le flux d'air loin du visage des occupants.
- Si présence dans une chambre hébergeant plusieurs usagers, une évaluation du risque pour chaque usager hébergé dans la chambre doit être faite. De plus, il est recommandé d'arrêter le système de rotation du ventilateur sur pied afin d'éviter la dispersion radiale ou non contrôlée des particules.

Principes directeurs à ajouter pour les usagers suspectés ou confirmés COVID-19

- Prévoir un entretien plus fréquent des ventilateurs sur pied et des climatiseurs mobiles utilisés dans un environnement où des usagers suspectés ou confirmés COVID-19 sont hébergés. La désinfection et le nettoyage des surfaces fréquemment touchées doivent être effectués minimalement une fois par jour. Les surfaces « low touch » doivent aussi être nettoyées et désinfectées plus fréquemment (ex. : nettoyer les pales des ventilateurs sur pied si de la poussière visible s'y accumule).
- Les ventilateurs sur pied doivent être arrêtés si une IMGA ou une procédure stérile ou aseptique doit être réalisée. Garder la porte de la chambre fermée lors de ces interventions.
- Le port du respirateur N95 n'est pas requis dans les endroits où ces appareils sont utilisés puisque ceux-ci ne produisent aucune aérosolisation de sécrétions respiratoires. Par contre, les flux d'air qu'ils produisent peuvent contribuer à disperser les gouttelettes infectieuses émises par l'usager.
- Limiter le nombre de personnes provenant de l'extérieur qui circule dans les installations et les unités en période d'éclosion (ex. : installateur de climatiseur). S'assurer du respect des mesures de prévention des infections adéquates en lien avec la COVID-19 pour les personnes qui doivent circuler dans ces lieux.

Références

Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC). (2014). Heating, ventilation and air conditioning. APIC Text of infection control and epidemiology. 3 octobre 2014.

Alberta Health Service (AHS). (2020). Use of portable bedside fans in health care. Révisé en avril 2020. Repéré au : https://albertahealthservices.ca/assets/healthinfo/ipc/if-hp-ipc-info-sheet-portable-fans.pdf

Centres for Disease Control (CDC). (2003). Guidelines for Environmental Infection Control in Healthcare. Repéré au: https://espanol.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/environmental-guidelines-P.pdf

Haut conseil de la santé publique (HCSP). (2020). Avis relatif à la gestion de l'épidémie de COVOD-19 en cas d'exposition de la population à des vagues de chaleur. Repéré au : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=817

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2020). COVID-19 : *Environnement intérieur*. Version 6 mai 2020 Repéré au : https://www.inspq.qc.ca/publications/2992-environnement-interieur-qr-covid19#desinfecter

Ireland Health Service Executive (HSE). (2018). Guidelines for the use of portable electric fans in healthcare settings. Repéré au : https://www.hse.ie/eng/services/list/5/publichealth/publichealthdepts/extreme/fan-guidelines.html

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2018). Plan ministériel de gestion des épisodes de chaleur extrême. Repéré au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002407/

National Health Services (NHS). (2015). Infection Prevention and Control Assurance - Standard Operating Procedure 32 (IPC SOP 32) Reducing Risks Of Infection Associated With The Use Of Electric Fans In Patient Areas. Repéré au : https://www.bcpft.nhs.uk/documents/policies/i/2075-infection-prevention-and-control-assurance-sop-32-reducing-risks-of-infection-associated-with-the-use-of-electric-fans-in-patient-areas/file

National Health Services (NHS). (2019). Standing Operating Procedure (SOP) for Use of Fans in the Clinical Environment. Repéré au : https://www.shropscommunityhealth.nhs.uk/content/doclib/13446.pdf

Vancouver Coastal Health (VCH). (2018). IPAC best practices guideline Portable Fans in Acute Care. Repéré au: http://ipac.vch.ca/Documents/Acute%20Resource%20manual/Portable%20Fans%20in%20Acute%20Care.pdf

Winnipeg Regional Health Authority (WRHA). (2018). Infection prevention and control communication form portable fans-cleaning and use restrictions. Repéré au: https://professionals.wrha.mb.ca/old/extranet/ipc/files/manuals/acutecare/Portable_Fans_Restrictions.pdf

Comité des infections nosocomiales du Québec

AUTEUR

Comité des infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICE

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Institut national de santé publique du Québec

COLLABORATION

Comité d'experts en santé environnementale
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Institut national de santé publique du Québec

© Gouvernement du Québec (2020)

Institut national de santé publique Québec

	Tableau 2		Limitations des effets d'une canicule							
			Mettre à jour pour le 1er juin 2020				*Compléter et transmettre pour le 1er juin 2020*			
Région	Établissement	Nom de l'installation	Nombre usagers au 31 mars 2017	Espace refuge	Nombre de chambres climatisées	Commentaires (mise à jour en date du 25 mai 2020)	Nb approximatif de climatiseurs portatifs installés dans les chambres de résidents	Adéquat pour l'été 2020	Non adéquat pour l'été 2020	Solutions envisagées à court terme pour l'été 2020
				mettre un 1 dans la colonne						
1	CISSS du Bas St-Laurent	Centre d'hébergement de Rimouski	255	0		Procédure d'évaluation de la condition du résident par l'équipe SAPA. Lorsqu'il y a une problèmatique de santé, un climatiseur portatif est ajouté temporairement dans la chambre. Projet de réfection majeur en planification pour la partie nord incluant système de ventilation mécanique avec déshumidification (projet mixte de 8 000 000 $).				
1	CISSS du Bas St-Laurent	Centre d'hébergement de Mont-Joli	58	0	5	Aucune climatisation sur l'étage des soins longue durée, climatisation dans 5 chambres de soins palliatifs.				
1	CISSS du Bas St-Laurent	Centre d'hébergement de Matane	88	1	0	Climatisation/déhumidification via un apport d'air dans les corridors, les salons, salles à manger et salles d'activités centrales (via système de ventilation de chaque étage).				
1	CISSS du Bas St-Laurent	Centre d'hébergeemnt Marie-Anne-Ouellet	75	1	0	Climatisation/déhumidification dans la salle à manger principale.				
1	CISSS du Bas St-Laurent	Centre d'hébergement Trois-Pistoles	30	1		Procédure d'évaluation de la condition du résident par l'équipe SAPA. Lorsqu'il y a une problèmatique de santé, un climatiseur portatif est ajouté temporairement dans la chambre. Climatiseurs portatifs dans les 2 salles à manger				
1	CISSS du Bas St-Laurent	Centre d'hébergement St-Joseph	99	0	0					
1	CISSS du Bas St-Laurent	Centre d'hébergement de Saint-Cyprien	15	1		2 salles à manger climatisées				
1	CISSS du Bas St-Laurent	Centre d'hébergement de St-Antonin	33	0	0					
1	CISSS du Bas St-Laurent	Centre d'hébergement d'Anjou	43	1	0	3 salles à manger climatisées				
1	CISSS du Bas St-Laurent	Centre d'hébergement Villa Maria	34	0	0					
1	CISSS du Bas St-Laurent	Centre d'hébergement de Squatec	17	1	0	1 salle à manger climatisée				
1	CISSS du Bas St-Laurent	Centre d'hébergement de Saint-Louis-du-Ha!Ha!	38	0	0					
1	CISSS du Bas St-Laurent	Centre d'hébergement de Rivière-Bleue	31	1	0	2 salles à manger-séjour climatisées				
1	CISSS du Bas St-Laurent	Ajout_Centre d'hébergement De Chauffailles	**0**	**1**	**72**	Cette installation sera mise officiellement en fonction en novembre 2018. Tous les milieux de vie (salles à dîner, salons des résidents, 72 chambres, etc.) sont déshumidifiés. Les espaces administratifs (bureaux, salles polyvalentes, postes de garde, locaux des services techniques et logistiques, etc.) sont climatisés.				
2	CIUSSS du Saguenay - Lac-St-Jean	Centre d'hébergement de la Colline	94	1	94	Les chambres sont climatisées				
2	CIUSSS du Saguenay - Lac-St-Jean	Centre d'hébergement Mgr-Victor-Tremblay	79	1	16	La nouvelle partie (16 chambres) climatisée à 100%. Les 63 autres résidents ont accès à deux espaces refuges (un salon par étage dans la nouvelle partie)				
2	CIUSSS du Saguenay - Lac-St-Jean	Centre d'hébergement Jacques-Cartier	118	1	34	Un espace refuge dans l'unité prothétique, un espace refuge au rez-de-chaussée (salle à manger-cafétéria), un espace au sous-sol(grande salle du centre de jour) et bâtiment # 3 est climatisé en totalité.				
2	CIUSSS du Saguenay - Lac-St-Jean	Centre d'hébergement Georges-Hébert	55	1	0	2 salons climatisés ainsi que les bouts de passage				
2	CIUSSS du Saguenay - Lac-St-Jean	Centre d'hébergement Des Chênes	60	1	60	Les chambres sont déshumidifiées				
2	CIUSSS du Saguenay - Lac-St-Jean	Centre d'hébergement des Pensées	89	0	0	Actuellement : ventilation des aires centrales . La climatisation des aires centrales prévue pour printemps 2019				
2	CIUSSS du Saguenay - Lac-St-Jean	Centre d'hébergement Ste-Marie	60	1	60	Les chambres sont climatisées				
2	CIUSSS du Saguenay - Lac-St-Jean	Centre d'hébergement Bagotville	52	1	52	Les chambres sont climatisées				
2	CIUSSS du Saguenay - Lac-St-Jean	Centre d'hébergement St-Joseph	36	0	0	Seuls les postes de garde sont climatisés				
2	CIUSSS du Saguenay - Lac-St-Jean	Centre d'hébergement Métabetchouan	108	1	15	Une unité de vie est climatisée (bâtiment #1, 2ème étage). Les salles à manger centrales (une par étage) sont climatisées et peuvent servir de refuge				
2	CIUSSS du Saguenay - Lac-St-Jean	Centre d'hébergement Alma	64	1	24	24 chambres sont déshumidifiées (aile Est) . Aile Ouest (2 étages) : Corridors communs sont climatisés				
2	CIUSSS du Saguenay - Lac-St-Jean	Centre d'hébergement Isidore-Gauthier	29	1	0	L'espace central du CHSLD servant de salle à manger est climatisé				
2	CIUSSS du Saguenay - Lac-St-Jean	Centre d'hébergement Dolbeau-Mistassini	78	0	0	Seuls les postes de garde sont climatisés				
2	CIUSSS du Saguenay - Lac-St-Jean	Centre d'hébergement de Normandin	28	1	0	Local du centre de jour au rez-de-chaussée peut servir de refuge				
2	CIUSSS du Saguenay - Lac-St-Jean	Centre d'hébergement St-Félicien	47	1	2	Salles à manger rez-de-chaussée et 1 er étage ainsi que tous les corridors sont climatisés . 2 chambres de résidents, au rez de chaussée, sont climatisées.				
2	CIUSSS du Saguenay - Lac-St-Jean	Centre d'hébergement Roberval	85	1	0	Le salon-salle à manger et poste de garde dans chacune des unités de vie (2)				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD Le Faubourg	96	1	13	Aires de refuge: Salles à manger # 230, 330 et 430				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD Hôpital Général de Québec (une unité prothétique)	248	1	0	Aires de refuge: Cafétéria # 236, Solariums # 2015-3000-4045 et 520 Salle # 306				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD Notre-Dame-de-Lourdes	244	1	22	Aires de refuge: Salles polyvalentes # 117 et 146				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD De Limoilou (une unité prothétique)	131	1	131	Aires de refuge: Bâtiment déshumidifié au complet				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD Sacré-Coeur	66	1	0	Aires de refuge: 102 Ouest, 422 Ouest, 431 Ouest Salles de réunion # 214 (pavillon mère St-Eugene)				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD Louis-Hébert	47	1	0	Aires de refuge: Auditorium # 100 Cuisinettes # 147 et 223				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD Christ-Roi (Une unité prothétique)	102	1	22	Aires de refuge: Aile A : niveau 400 ; ilôt prothétique (12 chambres climatisées) Aile B : niveau 200 ; B-2135 (place publique), Niveau 300 ; B-332A (salle commune CHSLD) Aile C : niveau 200 ; C-274 et C-285 (salles polyvalentes pour les activités CHSLD) Aile D : Les niveaux 200 et 300 de l'aile D sont climatisés à 100% (incluant 10 chambres de l'UTRF). -Niveau 200 (cliniques externes, accueil, cardiologie) -Niveau 300 (UTRF, physiothérapie et ergothérapie)				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD St-Casimir	63	1	6	Aires de refuge: Local # 107				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD St-Marc-des-Carrières (Une unité prothétique)	54	1	6	Aires de refuge: Local # 82				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD Donnacona	84	1	3	Aires de refuge: Local # 179				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD St-Raymond	63	1	1	Aires de refuge: Local # 006 et 007				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	Hôpital Régional de Portneuf (une unité prothétique)	45	1	8	Aires de refuge: Local # C-30, Salle d'activités des résidents au RDC				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD Pont-Rouge	31	1	31	Aires de refuge: Salles à manger, salons, aires communautaires Bâtiment déshumidifié au complet				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD Alphonse-Bonenfant	49	1	0	Aires de refuge: Solarium du côté Nord				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD Du Fargy	65	1	0	Aires de refuge: Les solariums des 4 étages du côté Est				

	Tableau 2		Limitations des effets d'une canicule							
			Mettre à jour pour le 1er juin 2020				*Compléter et transmettre pour le 1er juin 2020*			
Région	Établissement	Nom de l'installation	Nombre usagers au 31 mars 2017	Espace refuge	Nombre de chambres climatisées	Commentaires (mise à jour en date du 25 mai 2020)	Nb approximatif de climatiseurs portatifs installés dans les chambres de résidents	Adéquat pour l'été 2020	Non adéquat pour l'été 2020	Solutions envisagées à court terme pour l'été 2020
				mettre un 1 dans la colonne						
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD St-Augustin (une unité prothétique)	268	1	76	Aires de refuge: Auditorium au sous-sol				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD Yvonne-Sylvain (unité prothétique)	116	1	7	Aires de refuge: Salle des employés, Salons des étages 1-2 et 3 du côté Est ainsi que le salon du 4e				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD Ste-Anne-de-Beaupré (unité prothétique)	160	1	13	Aires de refuge: Salle # P1-115 + tous les vivoirs sur les étages				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD ~~Pierre-Dupré~~ (de Baie-St-Paul)	103	**1**	103	Nouvel hôpital Baie-St-Paul 2018 (Secteur CHSLD) Aires de refuge: Climatisation ensemble du bâtiment				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	Hôpital Baie St-Paul	-	_	_	Nouvel hôpital Baie-St-Paul 2018 (Secteur Hôpital) Pas de lits CHSLD				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD Clermont (unité prothétique)	42	1	0	Aires de refuge: Climatisation dans les espaces administratifs et la salle commune du R-C				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD ~~Bellerive~~ (de La Malbaie) (unité prothétique)	55	1	0	Aires de refuge: Salon # 140 Salon # 240 + salles à manger des résidents				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD St-Siméon	16	1	1	Aires de refuge: Salon en face du 136-137				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD Charlesbourg	59	1	2	Aires de refuge: Salle des employés # C007				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	Hôpital de Chauveau (une unité prothétique)	62	1	19	Aires de refuge: Salle communautaire # A-43				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD Loretteville	74	1	3	Aires de refuge: Salle des employés # 004				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD St-Brigid's Home (une unité prothétique)	163	1	1	Aires de refuge: Locaux # 32 et 34, Salle à manger # 24 Salles à manger et salons des résidents des 4 étages				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	Hôpital Jeffrey Hale	100	1	3	Aires de refuge: Salle des employés # 2-175, Salle à manger # 0-179 Salons des résidents au rez-de-chaussée, 2e et 6e étage				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD St-Antoine (excluant les 10 lits SCPD)	222	1	0	Aires de refuge: Salle de réunion # A-15, Salle polyvalente # 149				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	CHSLD St-Antoine - unité SCPD		1	10	Aires de refuge: Ensemble du secteur				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	**CHSLD PAUL-TRIQUET**	**64**	1	64	Aires de refuge: Salle à manger # 121, Salle Aline Potvin # 103				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	**Institut universitaire en santé mentale de Québec**	**363**	1	0	Aires de refuge: J-0625, J-1641, J-7053, J-7049, J-7045, J-8010-1, J-8009, J-6039 N-1656, N-1657, N-1676, N-0720 K-1130				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	**CHSLD du Boisé**	**66**	1	66	Établissement Privé-conventionné donnant des services dans une installation appartenant au CIUSSS de la Capitale-Nationale Bâtiment déshumidifié au complet				
3	CIUSSS de la Capitale-Nationale	**CHSLD Champlain des Montagnes**	**96**	1	96	Établissement Privé-conventionné donnant des services dans une installation appartenant au CIUSSS de la Capitale-Nationale Bâtiment déshumidifié au complet				
3	CHU de Québec	Centre d'Assise	103	0	0	Le système de ventilation déshumidifie l'air. Distribution dans l'aire commune seulement				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH du Haut St-Maurice	69	1	0	Salons, salle à manger, corridors				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH de la St-Maurice	159	1	0	Une zone de refuge climatisée par unité de vie, au centre de jour cafétéria. Les résidents peuvent s'acheter un climatiseur portatif.				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Laflèche	145	1	32	L'ensemble des corridors qui sont climatisés/déshumidifiés. Les résidents peuvent s'acheter un climatiseur portatif.				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Avellin Dalcourt	114	1	0	Zone de refuge et corridors climatisés dans les unités				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Louis-Denoncourt	73	1	0	Zone de refuge et corridors climatisés dans les unités				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH St-Joseph	56	1	0	Zone de refuge (salle à manger) à chaque unité				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Cooke	199	1	50	Zone de refuge dans chaque unité d'hébergement et une 50 de chambres via des projets importants				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Roland-Leclerc	155	1	160	Nouveau bâtiment				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Cloutier-Du Rivage	175	1	0	Zone de refuge dans chaque unité d'hébergement.				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Mgr. Paquin	34	1	0	Zone de refuge et corridors climatisés dans les unités				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Ste-Thècle	41	1	0	Salons, salle à manger et 1/2 des corridors climatisés.				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH La Pérade	33	1	0	Salons et salle à manger climatisés; 1/2 corridor déshumidifié.				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Saint-Narcisse	25	1	0	Salons, salle à manger et corridors climatisés.				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Frédérick-Georges-Hériot	312	1	60	Corridors et locaux commun climatisés et/ou déshumidifiés				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Marguerite-D'Youville	68	1	0	Zone de refuge par unité				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH L'accueil Bon-Conseil	49	1	0	Zone de refuge				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH du Chêne	122	1	122	Complètement climatisé et/ou déshumidifié				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Roseau	111	1	0	Corridors et locaux commun climatisés et/ou déshumidifiés				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Étoiles-D'or	62	1	0	Corridors et locaux commun climatisés et/ou déshumidifiés				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Saint-Euzèbe	26	1	0	Corridors et locaux commun climatisés et/ou déshumidifiés				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Tilleul	50	1	50	Complètement climatisé et/ou déshumidifié				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Quatre-Vents	27	1	0	Corridors et locaux commun climatisés et/ou déshumidifiés				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Saint-Célestin	54	1	0	Zone de refuge par unité				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Christ-Roi	93	1	0	Zone de refuge par unité				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Lucien-Shooner	28	1	0	Corridors et locaux commun climatisés et/ou déshumidifiés				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Fortierville	37	1	0	Zone de refuge par unité				
4	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	CH Romain-Becquet	32	1	0	Zone de refuge par unité				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Centre d'hébergement de Richmond	53	1	0	Corridors, salle à manger climatisés				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Centre d'hébergement de Weedon	42	1	0	Corridors, salle à manger climatisés; corridor déshumidifié				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Centre d'hébergement d'East Angus	60	1	60	Tout le bâtiment est climatisé même les chambres				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Centre d'hébergement Saint-Joseph	154	1	8	Corridors, salle à manger et salon climatisés				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Centre d'hébergement St-Vincent	205	1	0	Niveaux 2-3 et 4 de l'aile 4-6-8-10 (corridor seulement). Postes infirmiers + salles à manger sont climatisés (niveaux 2-3 et 4)				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	CLSC- centre d'hébergement de Valcourt	42	1	0	Corridors, salon, salle à manger climatisés				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	CSSS du Granit - point serv. CH - Lac-Mégantic	41	1	0	Air commune + corridors				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	CSSS du Granit - point serv. Lambton	29	1	0	Air commune				

	Tableau 2		Limitations des effets d'une canicule							
			Mettre à jour pour le 1er juin 2020				*Compléter et transmettre pour le 1er juin 2020*			
Région	Établissement	Nom de l'installation	Nombre usagers au 31 mars 2017	Espace refuge	Nombre de chambres climatisées	Commentaires (mise à jour en date du 25 mai 2020)	Nb approximatif de climatiseurs portatifs installés dans les chambres de résidents	Adéquat pour l'été 2020	Non adéquat pour l'été 2020	Solutions envisagées à court terme pour l'été 2020
				mettre un 1 dans la colonne						
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Hôpital et centre d'hébergement Argyll	262	1	125	Corridors,salle à manger et salons climatisés				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Hôpital et centre d'hébergement d'Youville	147	1	40	Corridors ,salla à manger et salons climatisés .				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Hôpital, CLSC et centre d'hébergement d'Asbestos	78	1	15	Corridors, salon, salle à manger climatisés				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Centre d'hébergement de Windsor	39	1	0	Corridors, salon, salle à manger climatisés				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	CSSS du Granit - point de service Lac-Mégantic	45	1	0	Air commune				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Centre d'hébergement de Cowansville	73	**1**	**0**	Air commune + chambre, unité, fenêtre				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins : unité d'hébergement	11	**1**	**11**	Corridor + chambre				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Centre d'hébergement de Sutton	70	1	0	Air commune				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	CLSC - Centre d'hébergement de Bedford	39	1	0	Air commune + corridor				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Centre d'hébergement de Farnham	61	1	0	Air commune + corridor				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Centre d'hébergement Gérard-Harbec	18	1	18					
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Centre d'hébergement de Waterloo	42	1	0	Salon et cuisine + corridor				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Centre d'hébergement Marie-Berthe-Couture	84	1	0	Espace commune + A/C possible dans les chambres (selon les familles)				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Centre d'hébergement Villa-Bonheur	95	1	0	Air commune seulement				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Centre d'hébergement Vittie-Desjardins	16	1	0	Air commune seulement				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Hôpital de Granby - Centre d'hébergement Leclerc	66	1	25	Ailes ouest oui / ailes est non				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	CSSS de Memphrémagog	193	1	96	Air commune + corridors				
5	CIUSSS de l'Estrie - CHUS	CSSS de la MRC-de-Coaticook	89	1	17	les corridors ,salons et salles à diner sont climatisés				
6	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD Jean-Hubert-Biermans	197	1	59	Quelques corridors déshumidifiés.				
6	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD Pierre-Joseph-Triest	260	1	99	Quelques corridors déshumidifiés.				
6	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD Francois-Seguenot	77	1	33					
6	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD Judith-Jasmin	76	1	31					
6	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD de Saint-Michel	158	1	158	100% du site est climatisé via un système central				
6	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD Joseph-Francois-Perrault (Quatre-Temps)	191	1	31					
6	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD Eloria-Lepage	153	1	38					
6	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD Benjamin-Victor-Rousselot (Rousselot)	164	1	51					
6	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD Robert-Cliche	96	1	33					
6	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD Marie-Rollet	109	1	42					
6	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD Jeanne-Le Ber	274	1	4	Distribution électrique précaire. AC difficile à installer				
6	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD J.H. Charbonneau	192	1	17					
6	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD Nicolet (Maison-Neuve)	147	1	61					
6	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD Polonais Marie-Curie-Skodowska	124	1	26					
6	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD Dante (6887 rue Châtelain, Montréal)	99	1	0	Un système centrale de climatisation dessert les corridors et les espaces communs. Les bureaux et les chambres ne possèdent pas de diffuseur dans les pièces mais sont "tempérés" par le système centrale.				
6	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement Paul-Gouin	99	1	0	- Pas de climatiseurs de fenêtres dans les chambre, car manque de capacité électrique. - Salle d'activités et salon des résidents au rez-de-chaussée climatisés. - 12 ventilateurs sur pied achetés en 2018. - 4 climatiseurs 12 000 btu achetés en 2018 pour les salons des résidents de chaque unité de soins (1 par unité) - 4 machines à glace et eau froide achetés en 2018. - Firme mandatée pour faire un état de situation et les recommandations à court et long terme.				
6	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement Auclair	159	1	0	- Pas de climatiseurs de fenêtres dans les chambres, car manque de capacité électrique - Climatiseurs de fenêtre dans les salons des unités. - 40 ventilateurs sur pied achetés en 2018. - Machines à glace et eau froide sur chaque unité de soins à la salle à manger des résidents au 1er étage. - Firme mandatée pour faire un état de situation et les recommandations à court et long terme.				
6	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement des Quatre-Saisons **maintenant CHSLD DE LA PETITE-PATRIE**	95	1	24	- Toutes les aires communes climatisées (corridors et salle à manger). - 3 ventilateurs sur pied achetés en 2018. - 1 machine à glace et à eau froide sur chaque unité (achetées antérieurement). - Firme mandatée pour faire un état de situation et les recommandations à court et long terme.				
6	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement Laurendeau	299	1	58	- 12 climatiseurs pour les salles à manger des unités (achetés antérieurement). - Aires communes du RC et du 1er étage en climatisation centrale. - Les climatiseurs de fenêtre dans les chambres appartiennent aux résidents ou sont loués par eux. - Ventilateurs muraux dans les chambres et les corridors (achetés antérieurement). - 50 ventilateurs sur pieds achetés en 2018. - Une machine à glace et eau froide sur chaque unité de soin (achetées en 2018). - 1 machine à glace à la salle à manger - 1 machine à glace et eau froide en surplus en cas de bris dans une des installations. - Firme mandatée pour faire un état de situation et les recommandations à court et long terme.				
6	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement Légaré	103	1	28	- 48 ventilateurs muraux dans les corridors et espaces communs (achetés en 2018). - 4 machines à glace et eau froide achetées en 2018 (1 par unité de soins). - Salle à manger et cuisinette de chaque unité climatisées par un climatiseur de fenêtre. - Salle des loisirs au RC climatisée. - Firme mandatée pour faire un état de situation et les recommandations à court et long terme.				
6	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement Paul-Lizotte	127	1	33	- Climatiseurs de fenêtre dans les chambres loués par les résidents. - Salle à manger et accueil climatisés. - 40 ventilateurs sur pied achetés en 2018. - 4 machines à glace et eau froide achetés en 2018. - Firme mandatée pour faire un état de situation et les recommandations à court et long terme. - Projet en cours pour déshumidifier l'ensemble des unités de soins.				
6	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement Saint-Joseph-de-la-Providence	140	1	140	Système de ventilation tempéré pour les unités de soins et climatiseurs de fenêtre loués par les résidents. Centre de jour climatisé et salle à manger du RC. Machines à glaces 1 par unité et eau froide Ventilateurs achetés en 2018, mais pas encore installés) - Firme mandatée pour faire un état de situation et les recommandations à court et long terme.				
6	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement des Bâtisseurs	20	1	20	- Climatiseur mural dans chaque chambre et espace commun. - 1 machine à glace et eau froide (achetée antérieurement). - 6 ventilateurs achetés en 2018 (reçus après les températures, alors ne sont installés). - Firme mandatée pour faire un état de situation et les recommandations à court et long terme.				

	Tableau 2		Limitations des effets d'une canicule							
			Mettre à jour pour le 1er juin 2020				*Compléter et transmettre pour le 1er juin 2020*			
Région	Établissement	Nom de l'installation	Nombre usagers au 31 mars 2017	Espace refuge	Nombre de chambres climatisées	Commentaires (mise à jour en date du 25 mai 2020)	Nb approximatif de climatiseurs portatifs installés dans les chambres de résidents	Adéquat pour l'été 2020	Non adéquat pour l'été 2020	Solutions envisagées à court terme pour l'été 2020
				mettre un 1 dans la colonne						
6	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la Merci	386	1	137	- Salons des unités de soins climatisés - Salle à manger et cafétéria du RC climatisés et alimentées par la génératrice en cas de panne. - Climatiseurs de fenêtre dans les chambres loués par les résidents. - 1 machine à glace et eau froide sur chaque unité de soins (3 neuves en 2018). - Ventilateurs muraux et sur pied achetés en 2018. (Le même nombre devra être commandé pour répondre aux besoins futurs). - Firme mandatée pour faire un état de situation et les recommandations à court et long terme.				
6	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement de Saint-Laurent	149	1	60	- Salons sur chaque unité climatisés. - Climatiseurs de fenêtre pour les chambres loués par les résidents. - 1 machine à glace et eau froide sur chaque unité (2 neuves en 2018). - Ventilateurs muraux (certains achetés antérieurement et 15 achetés en 2018). - Firme mandatée pour faire un état de situation et les recommandations à court et long terme.				
6	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement de Cartierville	264	1	84	- En rénovation. 146 résidents en ce moment (264 normalement). L'aile E rénovée possède la climatisation centrale. L'aile C en rénovation aura aussi une climatisation centrale. - Plusieurs espaces communs sont climatisés. - Climatiseurs de fenêtre pour les chambres loués par les résidents. - 1 machine à glace et eau sur chaque unité de soins. - 2 ventilateurs sur pieds achetés en 2018. - Firme mandatée pour faire un état de situation et les recommandations à court et long terme.				
6	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement de Louvain	139		N/A	CHSLD fermé.				
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Pavillon Alfred Desrochers - Institut de gériatrie de Montréal IUGM	125	1	0					
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Pavillon Côte des Neiges mantenant Institut de gériatrie de Montréal	201	1	15	Climatiseurs de fenêtre fournies par le CIUSSS				
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Hôpital Chinois de Montréal	123	1	7	Climatiseurs de fenêtre fournies par le CIUSSS				
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Émilie Gamelin	178	1	36	Climatiseurs de fenêtre payés par l'usager				
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Louis Riel	95	1	30	Climatiseurs de fenêtre fournies par le CIUSSS				
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Des Seigneurs	163	1	91	Climatiseurs de fenêtre fournies par le CIUSSS				
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Jean de La Lande	272	1	45	Climatiseurs de fenêtre payés par l'usager				
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Armand-Lavergne	120	1	44	Climatiseurs de fenêtre payés par l'usager				
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	CENTRE D'HÉBERGEMENT PAUL-BRUCHÉSI	80	1	24	Climatiseurs de fenêtre payés par l'usager				
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Champlain	157	1	127	Climatiseurs de fenêtre fournies par le CIUSSS				
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Ernest-Routhier	96	1	35	Climatiseurs de fenêtre payés par l'usager				
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	CENTRE D'HÉBERGEMENT DE VERDUN	218	1	24	Climatiseurs de fenêtre fournies par le CIUSSS				
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Manoir-de-l'Âge-d'Or	161	1	32	Climatiseurs de fenêtre payés par l'usager				
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Paul-Émile Léger	170	1	117	Climatiseurs de fenêtre payés par l'usager				
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Réal-Morel	140	1	60	Climatiseurs de fenêtre fournies par le CIUSSS				
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	St-Henri	166	1	70	Climatiseurs de fenêtre fournies par le CIUSSS				
6	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Yvon-Brunet	181	1	73	Climatiseurs de fenêtre fournies par le CIUSSS				
6	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Centre gériatrique Maimonides	387	1	0	Tout les corridors des étages sont bine climatisées: Des zones généreuses de refuges				
6	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD juif de Montréal CHSLD HOPE (5725, avenue Victoria) Permis 51235117 CHSLD KASTNER (5750, rue Lavoie) permis 51235109	320	1	0	Zones acceptables de refuges climatisées				
6	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD Ste-Margaret	96	1	0	Zones resteintes de refuges/Certains corridors				
6	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD St-Andrews	70	1	0	Zones resteintes de refuges/Certains corridors				
6	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD Father-Dowd	134	1	0					
6	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	CHSLD Henri Bradet	125	1	0					
6	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Hôpital Mont Sinai	57	1	0	Cafetéria et zones d'activités climatisées				
6	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Site de soins prolongés Grace Dart	229	1	0					
6	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Unité d'hébergement de l'Hôpital de LaSalle	113	1	0					
6	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement de LaSalle	161	1	0					
6	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement de Lachine	184	1	0					
6	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement Nazaire-Piché	96	1	0					
6	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement de Dorval	99	1	0					
6	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger	118	1	0					
6	CHU Sainte-Justine	CRME - lits hébergement permanent	20		1	Climatiseurs de fenêtres				
6	CHU Sainte-Justine	CRME - lits hébergement temporaire	12		1	Climatiseurs de fenêtres				
6	Centre Universitaire de santé McGill	Hôpital de Lachine- Pavillon Camille Lefebvre	134		0	L'établissement dispose d'espaces refuges. Les salles à manger de tous les étages sont climatisées. Les corridors de tous les étages sont déshumidifiés. Aucune chambre n'est desservie par un système de climatisation/déshumidification. Cette année, nous avons installé/enlevé des unités de climatisation « de fenêtre » dans 48% des chambres. Ces appareils sont achetés par les résidents ou leur famille (maximum 5000btu) et nous assumons l'installation et le retrait.				
7	CISSS de l'Outaouais	CHSLD Foyer du Bonheur	277	1	0	installation sur demande de climatiseurs individuels aux fenêtres.				
7	CISSS de l'Outaouais	CHSLD La Pietà	155	1	0	installation sur demande de climatiseurs individuels aux fenêtres.				
7	CISSS de l'Outaouais	CHSLD Bon Séjour	107	1	0	installation sur demande de climatiseurs individuels aux fenêtres.				
7	CISSS de l'Outaouais	CHSLD Renaissance	76	1	0	installation sur demande de climatiseurs individuels aux fenêtres.				
7	CISSS de l'Outaouais	CHSLD Vallée-de-la-Lièvre	87	1	0	installation sur demande de climatiseurs individuels aux fenêtres.				
7	CISSS de l'Outaouais	CHSLD Petite-Nation	93	1	0	installation sur demande de climatiseurs individuels aux fenêtres.				
7	CISSS de l'Outaouais	Longue durée Hôp Papineau	54	1	0	installation sur demande de climatiseurs individuels aux fenêtres.				
7	CISSS de l'Outaouais	CHSLD Collines	33	1	0	installation sur demande de climatiseurs individuels aux fenêtres.				
7	CISSS de l'Outaouais	Longue durée hôp Wakefield	11	1	0	installation sur demande de climatiseurs individuels aux fenêtres.				
7	CISSS de l'Outaouais	Foyer Père Guinard	67	1	0	installation sur demande de climatiseurs individuels aux fenêtres.				
7	CISSS de l'Outaouais	Foyer de Gracefield	36	1	0	installation sur demande de climatiseurs individuels aux fenêtres.				
7	CISSS de l'Outaouais	Manoir Sacré-Cœur	41	1	0	installation sur demande de climatiseurs individuels aux fenêtres.				
7	CISSS de l'Outaouais	CHSLD du Pontiac	50	1	50	100% climatisé				
7	CISSS de l'Outaouais	Longue durée hôp Shawville	25	1	0	installation sur demande de climatiseurs individuels aux fenêtres. passage = air pas les chambres				
8	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	CHSLD La Sarre	25	1	5	Projet de moderniser un espace refuge et d'en climatiser un autre.				
8	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	CHSLD Palmarolle	22			FERMÉ				

	Tableau 2		Limitations des effets d'une canicule							
			Mettre à jour pour le 1er juin 2020				*Compléter et transmettre pour le 1er juin 2020*			
Région	Établissement	Nom de l'installation	Nombre usagers au 31 mars 2017	Espace refuge	Nombre de chambres climatisées	Commentaires (mise à jour en date du 25 mai 2020)	Nb approximatif de climatiseurs portatifs installés dans les chambres de résidents	Adéquat pour l'été 2020	Non adéquat pour l'été 2020	Solutions envisagées à court terme pour l'été 2020
				mettre un 1 dans la colonne						
8	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	CHSLD Macamic sans HT ni Psychogériatrie	120	1	11	Projet printemps 2019 de moderniser 8 espaces refuges climatisées.				
8	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	CHSLD Amos	94	1	47	La chapelle, la cafétéria, la salle de réunion et la cuisine sont des lieux de rassemblement climatisés.				
8	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	CHSLD Malartic	63	1	0	Les corridors, salons, cuisines et espaces communs sont climatisés				
8	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	CHSLD Senneterre	8	1	8	Les corridors, salons, cuisines et espaces communs sont climatisés				
8	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	CHSLD Témiscaming-Kipawa	15	1		Des salons climatisés sont disponibles. Aucune chambre n'est climatisée. Par contre, les passages sont climatisés.				
8	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	CHSLD Duhamel de Ville-Marie	66	1		Des salons climatisés sont disponibles. Aucune chambre n'est climatisée. Par contre, les passages sont climatisés.				
8	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	CHSLD Val d'Or	105		4	Un seul grand salon climatisé au rez-de-chaussée				
8	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	CHSLD PIE-XII de Rouyn-Noranda	150	1	150	Système de climatisation/déshumidivation central désservant toutes les chambres et corridors. Possibilité de contrôle de climatisation pour certaines pièces (volet de contrôle)				
9	CISSS de la Côte-Nord	CHSLD N.-A.-Labrie	52		0	Rien de climatisé/déshumidifié				
9	CISSS de la Côte-Nord	CHSLD Boisvert	59	1	15	La moitié du 3ième étage est climatisé incluant un salon et une salle à manger				
9	CISSS de la Côte-Nord	CSSS de la Basse-Côte-Nord/Unité Antionette M.	16		0	Les chaleurs extrêmes prolongées sont plus que rare en BCN.				
9	CISSS de la Côte-Nord	CHSLD Donald-G.Hodd	14		0	Les chaleurs extrêmes prolongées sont plus que rare en BCN.				
9	CISSS de la Côte-Nord	CHSLD Havre-Saint-Pierre	41	1	41					
9	CISSS de la Côte-Nord	Foyer Havre-Saint-Pierre	20		0					
9	CISSS de la Côte-Nord	CHSLD Gustave-Gauvreau	97		0					
9	CISSS de la Côte-Nord	CHSLD Urgel-Pelletier	37		0	Toutes les chambres ont été transférées dans l'agrandissement de Gustave-Gauvreau				
9	CISSS de la Côte-Nord	CSSS de Port-Cartier	22		0					
9	CISSS de la Côte-Nord	Pavillon Forestville	21		0	Pas d'espace refuge en CHSLD, ailleurs dans le CLSC (ex: urgence)				
9	CISSS de la Côte-Nord	Pavillon Escoumins	23		0	Pas d'espace refuge en CHSLD, ailleurs dans le CLSC (ex: urgence)				
9	CISSS de la Côte-Nord	CHSLD Bergeronnes	26		0					
10	CRSSS de Baie-James	Centre de santé de Chibougamau	32	0	0	Construction d'un nouveau CHSLD 32 lits en cours. Nous avons présentement 26 lits. Lors de la période estivale, des ventilateurs sont installés à des endroits stratégiques.				
10	CRSSS de Baie-James	Centre de santé Lebel	5	1	5					
10	CRSSS de Baie-James	Centre de santé Isle-Dieu	4	1	0					
11	CISSS de la Gaspésie	Rocher-Percé - USLD	24	1	24	80 % des espaces de l'USLD sont climatisés.				
11	CISSS de la Gaspésie	Rocher-Percé - Villa Pabos	60	1	0	Les corridors et les aires communes sont climatisés. Des ventilateurs sont mis à la disposition des patients. Les fenêtres de chambre des patients ont été remplacées en 2018 permettant l'ouverture de celles-ci. Des toiles solaires ont été installées dans l'ensemble des fenestrations des CHSLD et USLD.				
11	CISSS de la Gaspésie	Haute-Gaspésie - CHSLD de Cap-Chat	65	0	0	La fenestration permet l'ouverture de celle-ci et des ventilateurs portatifs sont distribués au besoin.				
11	CISSS de la Gaspésie	Baie-des-Chaleurs - Résidence St-Joseph	86	0	2	Deux chambres de soins palliatifs sont climatisées à l'aide de climatiseurs muraux. La fenestration permet l'ouverture de celle-ci et des ventilateurs portatifs sont distribués au besoin.				
11	CISSS de la Gaspésie	Baie-des-Chaleurs - CHSLD New-Carlisle	64	0	1	10 % des espaces, ce qui représente une chambre de soins palliatifs climatisée à l'aide d'un climatiseur mural. La fenestration permet l'ouverture de celle-ci et des ventilateurs portatifs sont distribués au besoin.				
11	CISSS de la Gaspésie	Baie-des-Chaleurs - CHSLD Matapédia	18	1	0	La fenestration permet l'ouverture de celle-ci et des ventilateurs portatifs sont distribués au besoin. Les corridos et les aires communes sont climatisés.				
11	CISSS de la Gaspésie	Côte-de-Gaspé - CHLSD Mgr Ross	80	1	42	Déshumidifiés, espace refuge pas sur tous les étages.				
11	CISSS des Îles	Centre d'hébergement Eudore-LaBrie	62	2		climat tempéré , moyenne temperature juin 17 C , juillet et aout 22 C et septembre 18 C				
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD Marc-André-Jacques	26	1	10	Chambres déshumidifiées				
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD Denis-Marcotte	57	1	0					
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD René-Lavoie	36	1	0					
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD Saint-Alexandre	109	1	109	Chambres déshumidifiées				
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Saint-Flavien	38	1	0					
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Saint-Apollinaire	34	1	0					
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Sainte-Croix (unité d'errance)	41	1	14	Chambres déshumidifiées				
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Saint-Sylvestre	27	1	0					
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Charmy (unité Carrefour-OASIS) - UTRF	145	1	0	Chambres ventilées				
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Charny (unités Jardin-Belvédère) - unité TSC et errance		1	0	Chambres ventilées				
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD Lévis (unité d'errance)	98	1	98	Chambres déshumidifiées				
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Saint-Gervais	34	1	0					
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Saint-Raphaël (unité d'errance)	49	1	0					
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Saint-Anselme	33	1	0					
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Sainte-Claire	40	1	0					
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Sainte-Marie (unité d'errance)	65	1	65	Chambres déshumidifiées				
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Saint-Isidore	34	1	0					
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Sainte-Hénédine (3 lits d'évaluation)	33	1	0					
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Saint-Jean-Port-Joli	37	1	37	Chambres déshumidifiées				
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Sainte-Perpétue	29	1	0					
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Saint-Eugène	31	1	0					
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Cap-Saint-Ignace	45	1	0					
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Saint-Fabien	28	1	0					
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD de Montmagny	67	1	0					
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD Saint-Prosper	18	1	1	Chambres ventilées, aires communes et corridor climatisé. 1 Ch fin de vie climatisé.				
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD Lac Etchemin	75	1	2	Chambres ventilées, aires communes et corridor climatisé. 2 Ch fin de vie climatisé.				
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD St-Georges Est	30	1	30	Chambres et espaces communs ventilé et déshumidifié.				
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD St-Georges Ouest	41	1	34	Chambres et espaces communs ventilé et déshumidifié.				
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD Beauceville	107	1	0	Chambres ventilées				
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	CHSLD Lac -Noir	24	1	0					
13	CISSS de Laval	CHSLD Ste-Dorothée (21 lits Unité prothétique)	183	1	64	35% des chambres et 100% des corridors				
13	CISSS de Laval	CHSLD Idola St-Jean (32 lits unité spéc Type 2, 9 lits santé mentale et 11 lits prothétique)	212	1	53	25% des chambres et 100% des corridors				
13	CISSS de Laval	CHSLD Rose de Lima (11 lits unité prothétique)	70	1	25	35% des chambres et 100% des corridors				
13	CISSS de Laval	CHSLD La Pinière	97	1	24	25% des chambres et 100% des corridors				
13	CISSS de Laval	CHSLD Fernand Larocque	74	1	19	25% des chambres et 100% des corridors				
14	CISSS de Lanaudière	CHSLD Alphonse-Rondeau	77	1	0	61 unités de climatisation de fenêtres installées en 2018 (demande des résidents ou de leur famille)				
14	CISSS de Lanaudière	CHSLD Désy	52	1	0	3 unités de climatisation de fenêtres installées en 2018 (demande des résidents sous curatelle publique)				
14	CISSS de Lanaudière	CHSLD Ste-Élisabeth 38 (+ 12 lits de débordement)	47	1	0	2 unités de climatisation de fenêtres installées en 2018 (demande des résidents ou de leur famille)				
14	CISSS de Lanaudière	CHSDL St-Donat	39	1	0	Aucune demande des résidents ou de leur famille				
14	CISSS de Lanaudière	CHSLD Brassard	34	1	0	Aucune demande des résidents ou de leur famille				

	Tableau 2		Limitations des effets d'une canicule							
			Mettre à jour pour le 1er juin 2020				*Compléter et transmettre pour le 1er juin 2020*			
Région	Établissement	Nom de l'installation	Nombre usagers au 31 mars 2017	Espace refuge	Nombre de chambres climatisées	Commentaires (mise à jour en date du 25 mai 2020)	Nb approximatif de climatiseurs portatifs installés dans les chambres de résidents	Adéquat pour l'été 2020	Non adéquat pour l'été 2020	Solutions envisagées à court terme pour l'été 2020
				mettre un 1 dans la colonne						
14	CISSS de Lanaudière	CHSLD Piedmont	56	1	0	10 unités de climatisation de fenêtres installées en 2018 (demande des résidents ou de leur famille)				
14	CISSS de Lanaudière	CHSLD St-Liguori	37	1	37	1 unité de climatisation de fenêtres installées en 2018 (demande des résidents ou de leur famille)				
14	CISSS de Lanaudière	CHSLD St-Jacques	56	1	56	14 unités de climatisation de fenêtres installées en 2018 (demande des résidents ou de leur famille)				
14	CISSS de Lanaudière	CHSLD St-Antoine-de -Padoue	113	1	113	36 unités de climatisation de fenêtres installées en 2018 (demande des résidents ou de leur famille)				
14	CISSS de Lanaudière	CHSLD Parphilia-Ferland	169	1	0	Nombre variable d'unités de climatisation de fenêtres installées en 2018 (demande des résidents ou de leur famille)				
14	CISSS de Lanaudière	CHSLD St-Eusèbe	155	1	0	25 unités de climatisation de fenêtres installées en 2018 (demande des résidents ou de leur famille)				
14	CISSS de Lanaudière	CHSLD Claude-David	91	1	80	Toutes les chambres sont climatisées				
14	CISSS de Lanaudière	CHSLD L'Assomption	154	1	0	60 unités de climatisation de fenêtres installées en 2018 (demande des résidents ou de leur famille)				
14	CISSS de Lanaudière	CHSLD Deux-Rives	130	1	0	20 à 25 unités de climatisation de fenêtres installées en 2018 (demande des résidents ou de leur famille)				
14	CISSS de Lanaudière	CMV débordement	23	1	15	Seulement les corridors sont climatisés mais les chambres ne le sont pas.				
15	CISSS des Laurentides	CHSLD Ste-Anne	126	1	0	Les corridors sont déshumidifiés. La déshumidification peut-être non fonctionnelle dû à la saturation de la géothermie.				
15	CISSS des Laurentides	CHSLD l'Équip'âge	99	1	0					
15	CISSS des Laurentides	CHSLD de Labelle	37	1	1	Refuges climatisés, mais pas assez fort (non efficace). Chambre de fin de vie.				
15	CISSS des Laurentides	CHSLD de Mont-Tremblant	71	1	0	2 espaces refuge: grande salle SAD et corridor au 3e étage.				
15	CISSS des Laurentides	Pavillon Philippe-Lapointe	100	1	0	6 espaces refuge depuis l'été 2018 : salle à manger et au salon de chaque étage (5).				
15	CISSS des Laurentides	CHSLD des Hauteurs	111	1	111					
15	CISSS des Laurentides	CHSLD l'Auberge	91			Changement de vocation.				
15	CISSS des Laurentides	CHSLD Youville	132			Changement de vocation.				
15	CISSS des Laurentides	CHSLD Lucien G. Rolland	81	1	0					
15	CISSS des Laurentides	CHSLD Drapeau-Deschambault	216	1	0	Climatisation portative pour qui en fait la demande. Cafétéria, 6 salons/salle à manger climatisée, sous-sol climatisé, unité de débordement climatisé (UVT).				
15	CISSS des Laurentides	CHSLD Hubert-Maisonneuve	154	1	0	Climatisation portative pour qui en fait la demande. Cafétéria, chapelle, 3 salles à manger climatisées.				
15	CISSS des Laurentides	CHSLD St-Eustache	194	1	0	Zone refuge, salle communautaire, salle à manger des résidents et la cafétéria des employés. Corridors avec déshumidification. Climatisation portative pour qui en fait la demande.				
15	CISSS des Laurentides	CHSLD St-Benoît	73	1	0	Déshumidification des espaces communs. Zone refuge : salle des loisirs et salle à manger. Manque de climatisation dans certain salons des résidents. Climatisation portative pour qui en fait la demande.				
15	CISSS des Laurentides	Résidence Lachute	52	1	0	Déshumidification dans les corridors. Zone refuge : grand salon et la salle à manger. Climatisation portative pour qui en fait la demande.				
15	CISSS des Laurentides	Argenteuil	130	1	0	Certains secteurs climatisés / déshumidifiés. Salon des résidents climatisé (unité murale). Climatisation portative pour qui en fait la demande.				
15	CISSS des Laurentides	CHSLD ST-Jérome (212 lits)		1	212	Tous les locaux du secteur 1 sont climatisés. Les zones 2, 3, 4, 5 (ailes des chambres) sont déshumidifiées.				
16	CISSS de la Montérégie-Est	CH Andrée-Perrault	65	1	0					
16	CISSS de la Montérégie-Est	CH Chevalier-de-Lévis	144	1	0	Climatisation salles à manger et salon.				
16	CISSS de la Montérégie-Est	CH De Contrecoeur - LD	37	1	24					
16	CISSS de la Montérégie-Est	CH De Lajemmerais	123	1	0	Climatisation salles à manger et salon.				
16	CISSS de la Montérégie-Est	CH Élisabeth-Lafrance	143	1	120					
16	CISSS de la Montérégie-Est	CH Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe	412	1	0					
16	CISSS de la Montérégie-Est	CH J.Arsène-Parenteau	57	1	0					
16	CISSS de la Montérégie-Est	CH Jeanne-Crevier	93	1	0	Climatisation salles à manger et salon.				
16	CISSS de la Montérégie-Est	CH Manoir-Trinité	119	1	0	Corridors, salons et salle à manger des unités climatisées.				
16	CISSS de la Montérégie-Est	CH Marguerite-Adam	70	1	0	Climatisation salles à manger et salon.				
16	CISSS de la Montérégie-Est	CH Monseigneur-Coderre	155	1	0	Climatisation salles à manger et salon unités 2-3-4B + unités 2A et 3A ont un système de déshumidification pour toute l'unité sauf chambre.				
16	CISSS de la Montérégie-Est	CH Montarville	131	1	0	Climatisation salles à manger et salon.				
16	CISSS de la Montérégie-Est	CH MRC-d'Acton	70	1	0					
16	CISSS de la Montérégie-Est	CH René-Lévesque	221	1	0	Climatisation salles à manger, salon, cafétéria + rez-de-chaussée et sous-sol aile B.				
16	CISSS de la Montérégie-Est	CH Tracy	28	1	0					
16	CISSS de la Montérégie-Est	CH Contrecoeur (santé mentale)	30	1	0					
16	CISSS de la Montérégie-Est	Psychiatrie LD Hôpital Honoré-Mercier (3e St-Charles)	25	1	21					
16	CISSS de la Montérégie-Centre	CHSLD Gertrude Lafrance (St-Jean-Sur-Richelieu)	178	1	65					
16	CISSS de la Montérégie-Centre	CHSLD Georges Phaneuf (St-Jean-Sur-Richelieu)	128	1	33					
16	CISSS de la Montérégie-Centre	CHSLD Ste-Croix (Marieville)	134	1	28					
16	CISSS de la Montérégie-Centre	CHSLD Champagnat (Iberville)	111	1	20					
16	CISSS de la Montérégie-Centre	CHSLD Champlain (Brossard)	94	1	5					
16	CISSS de la Montérégie-Centre	CHSLD Henriette-Céré (St-Hubert)	99	1	34					
16	CISSS de la Montérégie-Centre	CHSLD Val-Joli (Saint-Césaire)	41	1	5					
16	CISSS de la Montérégie-Centre	CHSLD St-Joseph (Chambly)	40	1	10					
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	Centre d'hébergement d'Ormstown	72	1	2	Aires communes climatisées				
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	Centre d'hébergement conté Huntingdon	57	1	10	Aires communes climatisées				
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	Centre d'hébergement de Châteauguay	135	1						
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	Centre d'hébergement de St-Rémi	60	1	8					
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	Centre d'hébergement de LaPrairie	124	1						
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	Centre d'hébergement Dr. Aimé Leduc	154	1		Aires communes et salle à manger climatisées				
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	Centre d'hébergement Cécile-Godin	77	1	26					
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	Centre d'hébergement Rigaud	62	1						
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	Centre d'hébergement Coteau-du -Lac	74	1						
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	Centre d'hébergement Vaudreuil-Dorion	99	1						
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	Centre d'hébergement Laurent-Bergevin	79	1						

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 26 mai 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,

En raison de la pandémie de la COVID-19 en cours, le nombre de personnes qui décèdent chaque jour au Québec est plus élevé. Malgré cette augmentation, la prise en charge des dépouilles doit continuer de s'effectuer de la façon la plus sécuritaire possible, que le défunt a ou non été infecté par la COVID-19. Nous vous demandons donc de vous assurer que les dépouilles soient adéquatement préparées lorsque le décès survient dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux. Cette préparation doit être effectuée avant que les dépouilles soient recueillies par les entreprises de services funéraires.

En tout temps, que la dépouille soit infectée ou non par la COVID-19, il est nécessaire de :

- Retirer tous les objets personnels du défunt, comme les bijoux, et de les placer dans un sac qui demeure à l'extérieur du sac mortuaire ou du linceul;
- Retirer tout le matériel médical (lunette nasale, sonde urinaire, cathéters, tubulures, etc.).

Pour les dépouilles COVID-19 positives ou suspectées, il est nécessaire de :

- Respecter les mesures de prévention des infections et de protection qui s'appliquent en cas de manipulation de la dépouille;
- Retirer le stimulateur cardiaque, dans la mesure du possible, lorsque du personnel formé et détenant le droit de poser cet acte est disponible pour le faire. S'il est impossible de le retirer, informer l'entreprise de services funéraires que la dépouille est munie d'un stimulateur cardiaque;
- Couvrir les voies respiratoires avec un linge.

... 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

- Placer la dépouille idéalement dans un sac mortuaire ou dans un double linceul;
- Désinfecter l'extérieur du sac mortuaire ou du linceul;
- Identifier clairement la dépouille et le sac mortuaire ou le linceul. L'identification doit être facilement visible de l'extérieur sans avoir à rouvrir le sac mortuaire ou le linceul.
- Remettre à l'entreprise de services funéraires une copie du Bulletin de décès (SP-3) dument remplie. Il est nécessaire que le statut du défunt par rapport à la COVID-19 soit clairement indiqué sur le SP-3 lorsque la personne décédée était un cas confirmé de COVID-19, lorsqu'un diagnostic de COVID-19 était suspecté cliniquement ou lorsque le défunt était en attente d'un résultat de test;
- Transmettre, dans la même journée, l'original du SP-3 à l'Institut de la statistique du Québec ainsi qu'une photocopie à la direction de santé publique régionale;
- Dans la mesure du possible, séparer les dépouilles COVID-19 positives ou suspectées des autres dépouilles si une morgue temporaire est utilisée.

En terminant, nous vous demandons de vous assurer que les morgues de votre établissement demeurent propres et en bon état en tout temps. Ainsi, les morgues doivent continuer d'être nettoyées et désinfectées fréquemment. De plus, il doit être possible de se laver les mains à l'entrée et à la sortie de ce lieu avec de l'eau et du savon ou avec une solution hydroalcoolique.

Il est important que ces consignes soient transmises aux autres milieux de soins ou d'hébergement de votre territoire, particulièrement si votre établissement a une entente de services avec eux.

Nous vous remercions de votre habituelle collaboration et vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-50

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 26 mai 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,

La présente vise à vous transmettre la mise à jour des directives concernant la contribution des personnes proches aidantes auprès de résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), de personnes confiées en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et les résidents des résidences privées pour aînés (RPA).

Cette directive remplace celle du 14 mai 2020 sur le même sujet.

Notamment, cette mise à jour comporte de nouvelles informations et balises concernant :

- les précisions sur les personnes proches aidantes qui apportent une aide ou un soutien significatif;
- le dépistage;
- les responsabilités du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA;
- la gestion des insatisfactions ou des désaccords dans l'interprétation et l'application des directives ministérielles.

... 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 directive ministérielle est en cohérence avec les objectifs sanitaires mis en place par le gouvernement du Québec, tout en reconnaissant l'intérêt et le bien-être des personnes ainsi que la contribution des personnes proches aidantes qui apportent une aide ou un soutien significatif.

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. Mme Martine Alfonso, CUSM
PDGA des CISSS et des CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-60

2020-05-14
2020-05-26

Par la présente, 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), de personnes confiées en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et les résidents des résidences privées pour aînés (RPA).

Il sera possible à partir du 11 mai 2020, **sous réserve du respect de conditions spécifiques**, qu'une personne proche aidante puisse apporter une aide ou un soutien significatifs à une personne en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA.

L'assouplissement de ces mesures est assujetti au respect de certaines précautions pour assurer un équilibre favorable entre les risques et les bénéfices associés.

Les CHSLD, les RI-RTF ou les RPA qui voudront se soustraire à ces nouvelles directives en totalité ou en partie, devront recevoir préalablement l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

CONSIGNES POUR L'ASSOUPLISSEMENT DES MESURES CONCERNANT LA PRÉSENCE DES PERSONNES PROCHES AIDANTES QUI OFFRENT UNE AIDE OU UN SOUTIEN SIGNIFICATIFS DANS LES CHSLD, LES RI-RTF, LES RPA

1. Précisions sur les personnes proches aidantes qui apportent une aide ou un soutien significatifs :

- Les personnes proches aidantes qui sont autorisées dans les CHSLD, RI-RTF ou RPA sont les personnes proches aidantes qui offraient ou souhaitent offrir une aide ou un soutien significatifs pour répondre à des besoins et contribuer à l'intégrité et au bien-être d'un proche.
- L'aide et le soutien significatifs peuvent être offerts par plus d'une personne proche aidante auprès d'une même personne en milieu de vie. Toutefois, une seule personne proche aidante à la fois pour une même plage horaire est autorisée.
- Le soutien est considéré significatif s'il est offert de façon régulière, pour répondre à des besoins et contribuer à l'intégrité et au bien-être d'un proche.
- L'aide et le soutien apportés peuvent concerner l'accompagnement pour les repas, la surveillance et la vigilance face à l'état général, le soutien à diverses activités de la routine quotidienne ou de nature récréative, l'aide à la marche ou encore être un soutien sur le plan moral ou apporter du réconfort.

- En respectant les modalités de visites usuelles et certaines particularités du milieu de vie, les personnes proches aidantes doivent pouvoir déterminer elles-mêmes la durée, le moment et la fréquence des visites dans le milieu de vie.
- Les CHSLD, les RI-RTF ou les RPA qui voudront se soustraire à ces nouvelles directives en totalité ou en partie, devront documenter et justifier leur intention et recevoir préalablement l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

2. Assurez-vous d'avoir le consentement de la personne proche aidante :

- La personne proche aidante doit signer un formulaire qui indique :
  a. 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.
  b. 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.
- Le formulaire de consentement signé doit être versé au dossier du résident en CHSLD ou au dossier de l'établissement pour les usagers en RI-RTF. En ce qui concerne, les proches aidants en RPA, le formulaire doit être remis aux gestionnaires de la RPA qui devra en conserver une copie.
- Le feuillet s'adressant aux personnes proches aidantes qui sont visées par la présente directive doit être remis à la personne proche aidante et inviter cette dernière à consulter la page Web du site Québec.ca destinée aux personnes proches aidantes https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/proches-aidants-en-contexte-de-pandemie-covid-19/.

3. Assurez-vous que la personne proche aidante respecte les consignes suivantes :

3.1 Concernant l'isolement, la surveillance des symptômes et le dépistage :

- Si vous êtes soumis à un isolement (par exemple en raison d'un contact étroit avec un cas de COVID-19), vous ne pouvez pas vous rendre dans un CHSLD, une RI-RTF ou une RPA avant la fin de votre isolement.
- Être asymptomatique ou rétabli de la COVID-19 14 jours depuis le début des symptômes, aucun symptôme aigu depuis 24 h à l'exception de la toux résiduelle et la perte d'odorat qui peuvent persister, aucune fièvre depuis 48 h sans prise d'antipyrétique. La personne rétablie peut, si elle le souhaite, demander un test pour avoir un résultat négatif avant d'accéder à nouveau à un CHSLD, une RI-RTF ou une RPA ou une unité dans ces milieux où il n'y a pas de cas de COVID-19 confirmé.
- Effectuer une autosurveillance des symptômes. Dès la moindre apparition de symptômes, elle ne doit pas se présenter au CHSLD, à la RI-RTF ou à la RPA (voir annexe pour connaître les symptômes).
- La personne proche aidante qui souhaite procéder à un test de dépistage peut le demander à l'établissement ou effectuer elle-même les démarches en ce sens.

3.2. Concernant les mesures de protection et de prévention des infections :

- Prendre connaissance des informations rendues disponibles sur : la surveillance des symptômes, l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire et l'utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI).
- Procéder à l'hygiène des mains en entrant et en sortant du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA, ainsi qu'en entrant et en sortant de la chambre du résident, et de la zone chaude le cas échéant.
- Porter correctement un masque de procédure dès l'entrée dans le CHSLD, la RI-RTF ou la RPA 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 (accès à un cas confirmé ou à une unité avec cas confirmés = ÉPI complet / accès à un résident non confirmé et sans symptôme = masque de procédure seulement). Sauf le masque de procédure, l'ÉPI doit être enlevé avant la sortie de la zone chaude.
- Ne pas apporter de vêtement ou objet de la maison (sac à main, sac à lunch, documents, etc.) dans le CHSLD, la RI-RTF ou la RPA qui seront ramenés par la suite à la maison.
- Un seul proche aidant s'occupe d'une seule personne à la fois. Cette consigne doit être respectée en tout temps, sans exception en CHSLD surtout si deux résidents demeurent dans la même chambre. Toutefois, cette consigne peut être modulée si deux personnes demeurent ensemble dans la même unité RPA ou RI-RTF et bénéficiaient d'un soutien significatif de la même personne proche aidante.
- Arriver avec des vêtements propres et changer de vêtements à son arrivée à la maison et laver ces derniers (lavage régulier).

3.3 Concernant les déplacements à l'intérieur du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA :

- Circuler uniquement pour se rendre jusqu'à la chambre ou l'unité de la personne et vice-versa.
- Être en mesure de se rendre à la chambre ou l'unité de la personne sans s'approcher à moins de deux mètres des autres personnes du milieu de vie.
- 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 du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA.
- 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 changements 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, à la RI-RTF ou à la RPA;
- Préciser quelles sont les salles de bain que la personne proche aidante peut utiliser et les précautions et consignes de salubrité à respecter. Par exemple, il n'est pas conseillé d'utiliser les salles de bain en zone chaude pour les personnes proches aidantes.

4. Responsabilité du CHSLD, de la RI-RTF[1] ou de la RPA :

- Tenir un registre des personnes proches aidantes et des dates de visites afin de faciliter la recherche de contacts, le cas échéant.
- Accueillir la personne proche aidante et l'accompagner dans sa démarche au besoin.
- Dans le respect des volontés du moment de visite de la personne proche aidante, une heure d'arrivée peut lui être attribuée afin d'éviter au maximum les contacts entre les personnes proches aidantes. Les mêmes précautions peuvent être mises en place pour la sortie de la personne proche aidante.
- Offrir la plus grande plage d'accueil possible des personnes proches aidantes dans le respect des modalités de visites usuelles.
- Le nombre de nouvelles personnes proches aidantes peut être modulé en fonction de la capacité d'accueil et du contexte particulier du milieu de vie (nombre de cas infectés ou employés absents).
- S'assurer de mettre à la disposition des personnes proches aidantes les outils d'information disponibles sur : la procédure à suivre pour effectuer un test de dépistage, les symptômes à surveiller (habituelles et atypiques), les mesures d'hygiène de base (hygiène des mains, étiquette respiratoire) et l'utilisation des ÉPI selon le type de soutien offert et la condition du résident.
- Remettre les ÉPI (masque de procédure, protection oculaire, blouse, gants, le cas échéant) et s'assurer que le proche aidant les utilise convenablement.
- Informer les personnes proches aidantes que le MSSS 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. (Cette responsabilité revient au CISSS/CIUSSS pour les usagers en RI-RTF).
- Les mesures d'hygiène et de salubrité recommandées doivent être appliquées par tout le personnel du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA 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 zone pour que l'ÉPI soit enlevé avant la sortie de la zone chaude.
- S'assurer que l'hygiène des mains peut être réalisée lors de la sortie de la chambre.
- Tenir compte des personnes proches aidantes lors des processus d'audit prévus sur les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) et sur l'hygiène des mains.
- 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 CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA.
- Poursuivre l'accès aux appels téléphoniques et à l'utilisation de différentes technologies de communication afin de maintenir le lien entre les résidents et leurs proches.

[1] Les responsabilités des établissements se poursuivent conformément aux ententes conclues avec les RI-RTF.

5. Gestion des insatisfactions ou des désaccords dans l'interprétation et l'application des directives ministérielles :

- Identifier un gestionnaire ou une personne désignée au sein du CHSLD, de la RI-RTF ou de la RPA responsable de répondre aux questions et aux insatisfactions des personnes proches aidantes liées à l'interprétation et à l'application des directives ministérielles. Le gestionnaire ou la personne désignée du milieu de vie doit :
    - faire une analyse neutre de la situation ce qui signifie qu'il ne doit pas être impliqué de façon directe par l'insatisfaction ou le désaccord soulevé par la personne proche aidante;
    - réfléchir et proposer des pistes de solutions qui conviennent à l'ensemble des parties impliquées;
    - s'assurer que les personnes proches aidantes sont informées du rôle du gestionnaire ou de la personne désignée dans le milieu de vie et des coordonnées pour le joindre;
    - diriger, lorsque les insatisfactions ou les désaccords persistent, les personnes proches aidantes vers le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, conformément à la procédure d'examen des plaintes de l'établissement et en toute confidentialité.

6. Références utiles

- Arrêté numéro 2020-034 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 9 mai 2020
  https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM_numero_2020-034.pdf?1589125930
- Personnes proches aidantes en contexte de pandémie
  https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/proches-aidants-en-contexte-de-pandemie-covid-19/
- Feuillet d'information s'adressant aux personnes proches aidantes dont le proche est dans un milieu de vie
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002524/
- Feuillet d'information général pour les personnes proches aidantes
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002513/
- Trousse portant sur l'identification des personnes à risque de vulnérabilité psychosociale
  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002505/

ANNEXE 1 : Grille pour l'autosurveillance des symptômes

SYMPTÔMES LIÉS À LA COVID-19

☐**Asymptomatique**

Date de début des symptômes* : _____ AAAA-MM-JJ

Symptômes associés à l'épisode de COVID-19			
Toux récente ou exacerbation (aggravation) d'une toux chronique	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Fièvre (≥ 38°C ou 100,4°F; personnes âgées ≥ 37,8°C ou 100,0°F)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Fébrilité/Frissons (température non prise)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Maux de gorge	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Écoulement nasal	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Difficultés respiratoires (par exemple essoufflement ou difficulté à parler)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Nausées vomissements	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Maux de tête	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Faiblesse généralisée	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Douleur (musculaire, thoracique, abdominale, etc.)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Irritabilité confusion	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Diarrhée	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Perte soudaine d'odorat (anosmie) sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'une perte de goût (agueusie)	☐Oui	☐Non	☐Inconnu
Autres (préciser) : _____			

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 27 mai 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,

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, de nouveaux documents de soutien à la décision ont été développés pour les gestionnaires du réseau afin de les soutenir avec la gestion des ressources humaines

Vous trouverez ci-joint les précisions sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé lesquelles, nous l'espérons, sauront répondre à vos besoins et interrogations. Ces nouvelles orientations remplacent celles qui vous ont été communiquées le 12 mai dernier.

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

p. j. 1

c. c. Membres du CODIR, MSSS
PDGA des établissements publics du RSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-63

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

COVID-19
Levée de l'isolement des travailleurs de la santé

27 mai 2020
~~12 mai 2020~~

Ces nouvelles directives pour la levée de l'isolement pour les travailleurs de la santé (TdS) remplacent les directives émises le 12 mai 2020. Elles s'appliquent aux TdS qui devraient être retirés du travail, mais dont les services sont absolument requis en contexte de prestation de services compromise. Elles incluent aussi les recommandations au sujet des TdS cliniquement rétablis dont le ou les tests PCR de confirmation demeurent positifs.

Recommandations du CINQ (INSPQ) pour la levée de l'isolement des TdS

Selon les recommandations du CINQ (INSPQ) mises à jour le 1er mai 2020, les TdS infectés doivent respecter les conditions suivantes avant de retourner au travail:

- 3 critères cliniques :
  - 14 jours se sont écoulés depuis le début des symptômes[1];
  - Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique);
  - Absence de symptômes aigus depuis 24 heures (excluant une toux ou une anosmie résiduelles);
- 1 critère paraclinique :
  - PCR négatif sur 2 échantillons respiratoires consécutifs à 24 heures et plus d'intervalle. Si le test revient positif, il est recommandé d'attendre minimum 48 à 72 heures avant de répéter le test.

Conduite pour les TdS qui devraient être retirés du travail, mais dont les services sont absolument requis en contexte de prestation de services compromise

Comme tous les employeurs du Québec, les établissements de santé doivent faciliter l'application des mesures de santé publique pour leurs employés qui font l'objet d'une mesure d'isolement.

Lorsque la prestation de services est compromise, les établissements sont responsables de mettre en place toutes les solutions à leur disposition avant d'avoir recours à du personnel faisant l'objet d'un isolement. S'il n'est pas possible d'assurer la prestation de services malgré la mise en place de solutions alternatives, les établissements doivent utiliser une approche de gestion des risques.

[1] En l'absence de symptômes, 14 jours doivent s'être écoulés depuis le prélèvement du premier test positif. Advenant que le cas initialement asymptomatique développe des symptômes après le premier test positif, le décompte du 14 jours débute à partir de la date de début des symptômes et non de la date du test positif.

Votre gouvernement
Québec

Dans une telle situation, les établissements devraient faire appel aux TdS dans l'ordre suivant :

1- TdS asymptomatiques ayant été exposés de façon significative[2] à un cas confirmé dans le milieu de travail, au domicile ou dans la communauté[3].

Le retour au travail de ces TdS doit s'effectuer dans le respect des mesures applicables selon le document « Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé » publié par l'INSPQ[4]. Ces TdS peuvent retourner au travail en zone froide.

2- TdS qui respectent les critères de rétablissement clinique pour la COVID-19[5], mais dont les tests PCR de confirmation demeurent positifs.

Le retour au travail en **zone chaude** de leur établissement est autorisé pour les TdS qui obtiennent un ou plusieurs résultats de confirmation positifs[6] lorsque ces TdS :

- ont complété un isolement de 14 jours à partir du début des symptômes[7] ET;
- n'ont pas de symptômes aigus depuis 24 heures (excluant une toux ou une anosmie résiduelles) ET;
- ne font pas de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) ET;
- ne sont pas immunosupprimés[8] ET;

[2] L'exposition significative inclut les expositions professionnelles pour lesquelles le retrait est indiqué selon le document « Évaluation du risque pour le retrait des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID-19 » de l'INSPQ et les expositions communautaires jugées à risque modéré ou élevé selon le document « Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires » de l'INSPQ.

[3] Les TdS ayant complété la plus longue portion de l'isolement prescrit suite au contact devraient être rappelés en premier. Par exemple, un TdS ayant eu une exposition significative il y a 13 jours devrait être rappelé au travail avant un TdS dont l'exposition s'est produite il y a 7 jours. Si le TdS n'atteint pas les critères de levée de l'isolement pour la population générale, il devrait respecter les consignes d'isolement à l'extérieur du milieu de soins dans lequel il travaille. Il ne devrait pas se déplacer ailleurs qu'au milieu de soins où il travaille et à son domicile et il ne devrait pas emprunter les transports en commun. Il est demandé aux établissements d'encourager le respect des consignes d'isolement à l'extérieur du milieu de soins auprès de ces TdS.

[4] En date du 27 mai, les mesures suivantes sont recommandées: port du masque de procédure, hygiène des mains stricte, autosurveillance des symptômes avec prise de température deux fois par jour, distanciation physique (p. ex. lors des pauses, heure de repas), pour compléter le 14 jours après la dernière exposition.

[5] Ces TdS rencontrent les 3 critères de rétablissement clinique : 14 jours se sont écoulés depuis le début des symptômes ou depuis la date du premier prélèvement positif si le TdS est demeuré asymptomatique en tout temps; Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique); Absence de symptômes aigus depuis 24 heures (excluant une toux ou une anosmie résiduelles).

[6] Cette directive est valide pour les TdS qui n'ont obtenu aucun résultat négatif et pour ceux qui ont obtenu des résultats négatifs non consécutifs. Elle s'applique aussi aux TdS rétablis qui obtiennent un résultat positif lors d'un dépistage subséquent.

[7] Dans le cas des TdS qui demeurent asymptomatiques, l'isolement est d'une durée de 14 jours à partir de la date de prélèvement du premier test positif.

[8] L'obligation d'obtenir deux résultats PCR négatifs avant de retourner au travail demeure pour les TdS immunosupprimés. Les TdS immunosupprimés ne devraient pas être affectés aux soins des cas de COVID-19 à leur retour même s'ils sont considérés guéris. Veuillez référer aux « Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés » de l'INSPQ pour obtenir plus d'informations sur les travailleurs ciblés et les mesures à mettre en place pour assurer un environnement de travail sécuritaire.

- n'ont pas nécessité d'hospitalisation en raison de l'infection à la COVID-19[9].

Les *conditions d'amenuisement du risque* (voir ci-bas) doivent être appliquées.

Il est recommandé de poursuivre les tests PCR régulièrement, soit environ 1 fois par semaine[10] jusqu'à l'obtention de deux résultats négatifs consécutifs à au moins 24 heures d'écart, tant que les recommandations du CINQ (INSPQ) stipulent qu'un TdS doit obtenir 2 résultats négatifs consécutifs avant de réintégrer le milieu de travail.

3- TdS asymptomatiques dont le test est positif pour la COVID-19 et qui ne respectent pas les critères de rétablissement clinique[11]

Les établissements pourraient faire appel à ces travailleurs en dernier recours. La nécessité de faire appel à ces TdS devrait être réévaluée régulièrement[12]. Dans ces situations extrêmes, les *conditions d'amenuisement du risque* (voir ci-bas) doivent être appliquées. De plus, le TdS doit procéder à l'autosurveillance des symptômes avec prise de température deux fois par jour. Le TdS qui développe des symptômes devrait être retiré immédiatement du lieu de travail.

4- TdS qui ont fait une infection symptomatique à la COVID-19 débutée il y a moins de 14 jours, mais qui sont asymptomatiques depuis 24 heures et afébriles depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique).

Les établissements pourraient faire appel à ces travailleurs en dernier recours, en cas de rupture sévère de services. La nécessité de recourir à ces TdS devrait être réévaluée régulièrement[13]. Dans ces situations extrêmes, les *conditions d'amenuisement du risque* (voir ci-bas) doivent être appliquées.

Les conditions d'amenuisement du risque (applicables pour les groupes 2, 3 et 4) sont :

- Port du masque de procédure en tout temps sur les lieux de travail (à l'exception des moments pour manger et boire), et ce, dès l'entrée dans l'établissement;
- Hygiène des mains à l'entrée au travail et à toutes les occasions où cela est requis dans un contexte de soin;
- Distanciation physique de 2 mètres avec les autres travailleurs, à l'exception de soins qui requièrent plusieurs personnes;
-
-
-

[9] Les TdS qui ont été hospitalisés en raison de la COVID-19, doivent obtenir 2 résultats négatifs consécutifs par PCR avant de revenir au travail, et ce, même s'ils ont obtenu leur congé de l'hôpital avant d'avoir atteint les critères de levée de l'isolement.
[10] La fréquence de répétition des tests peut être adaptée selon le contexte et le jugement clinique. Si le test revient positif, le CINQ (INSPQ) recommande d'attendre minimum 48 à 72 heures avant de le répéter.
[11] Moins de 14 jours se sont écoulés depuis la date du 1er prélèvement positif.
[12] La réévaluation doit avoir lieu aussi souvent que possible dans le contexte de l'établissement.
[13] La réévaluation doit avoir lieu aussi souvent que possible dans le contexte de l'établissement.

- **Présence en zones chaudes uniquement**[14];
- Port adéquat de tout l'équipement de protection individuelle requis selon la présentation clinique du patient et les recommandations en vigueur;
- Réduction maximale des contacts entre les travailleurs des zones chaudes et ceux des zones froides ou tièdes. Dans la mesure du possible, il est demandé de :
    - Recourir à des assignations stables de TdS d'une journée à l'autre (même installation, même unité, mêmes usagers, même dyade entre travailleurs);
    - Mettre en place des équipes dédiées réservées aux zones chaudes;
    - Limiter la circulation des TdS dédiés à la zone chaude à l'extérieur de cette zone;
    - Augmenter la fréquence de la désinfection des surfaces aux endroits qui sont fréquentés par des travailleurs affectés dans des zones distinctes lorsqu'il est impossible de dédier ces installations à un seul groupe de travailleurs (par exemple, toilettes);
    - Désigner des salles de repos et de repas dédiées ou identifier clairement des zones de repas et de repos dans une même salle pour chaque groupe de travailleurs selon leur zone d'affectation;
    - Restreindre l'accès aux lieux communs de l'unité (poste, pharmacie, réserves, etc.) lorsque l'unité comprend une zone chaude et une zone froide ou tiède. Un nombre restreint de travailleurs de la zone froide peut accéder aux lieux communs. Ces personnes sont responsables de ravitailler la zone chaude en fournissant notamment les équipements et les médicaments requis sans entrer en contact avec le personnel de la zone chaude. Cette restriction n'est pas requise si toute l'unité est en zone chaude.
- Rappel de l'importance et encouragement par l'établissement à respecter les consignes d'isolement à l'extérieur du milieu de soins[15] aux TdS qui n'atteignent pas les critères de levée de l'isolement pour la population générale[16] (s'applique aux catégories 3 et 4).

[14] Les TdS infectés faisant l'objet de mesures d'isolement devraient être assignés à des zones chaudes (incluant les zones tampons chaudes). Il n'est pas recommandé de recourir à ces travailleurs dans les zones froides ou dans les zones tièdes. En situation de rupture sévère de services en zone froide, les établissements pourraient prendre la décision d'assigner ces TdS en zone froide. Il s'agirait alors d'une décision de gestion et non d'une décision fondée sur les recommandations de santé publique. Une telle décision devrait être documentée et surtout justifiée. Des alternatives devraient être recherchées activement afin de cesser le recours à ces travailleurs le plus rapidement possible et d'éviter qu'une situation semblable ne se reproduise.

[15] Ces TdS ne devraient pas se déplacer ailleurs qu'au milieu de soins où ils travaillent et à leur domicile. Ils ne devraient pas emprunter les transports en commun ni s'arrêter en chemin pour faire des commissions.

[16] Se référer au document « Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires » de l'INSPQ.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 28 mai 2020

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

AUX DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE CONVENTIONNÉS

Mesdames,
Messieurs,

Le plan de climatisation des établissements prévoit différents moyens pour faire face aux épisodes de chaleur extrême selon les zones climatiques du Québec. Lorsque d'autres options ne sont pas possibles, les résidents peuvent faire installer des climatiseurs dans leur chambre. Cette option doit tenir compte des capacités physiques et électriques des installations, et de la disponibilité des équipements requis.

Dans le contexte de la pandémie actuelle, nous souhaitons aviser les établissements qu'aucun frais supplémentaires ne devront être facturés aux résidents pour l'installation des unités individuelles d'air climatisé ni pour les frais d'électricité supplémentaires engendrés par leur utilisation pour les CHSLD qui sont dans les zones climatiques très chaudes et chaudes et pour ceux où la COVID-19 est présente.

Les établissements pourront faire le choix de louer ou d'acheter des climatiseurs pour mettre à la disposition des résidents qui le souhaitent. Ces dépenses seront assumées par les établissements.

… 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 de compiler ces frais supplémentaires à ceux encourus au cours des derniers exercices financiers dans les dépenses excédentaires liées à la COVID-19, en prenant soin de bien distinguer les acquisitions d'immobilisations capitalisables des coûts d'exploitation.

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

N/Réf. : 20-MS-03823-69

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 28 mai 2020

AUX DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS NON CONVENTIONNÉS

Mesdames,
Messieurs,

En prévision de la période estivale, nous vous demandons de vous assurer que les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sous votre responsabilité offrent tous minimalement des zones refuges climatisées afin d'améliorer le confort des résidents et des employés, notamment ceux et celles dont les tâches nécessitent le port d'équipements de protection individuelle.

En effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) demande à toutes les personnes exploitant une mission CHSLD d'élaborer des moyens afin de faire face aux épisodes de chaleur appréhendés, dans la suite du plan de chaleur extrême du MSSS et des mesures mises en place les années passées, en collaboration avec leur direction régionale de la santé publique. En plus des mesures préventives, des stratégies et des moyens techniques liés aux infrastructures doivent être mis en place afin d'atténuer les effets de la chaleur sur les occupants et le personnel (pièce fraîcheur, climatisation, etc.)

Concernant l'avis de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) que vous trouverez ci-joint, pour le directeur national de santé publique, Dr Horacio Arruda, il est approprié, même dans le contexte de la pandémie de COVID-19, d'ajouter la climatisation dans les milieux de soins, incluant notamment des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied, considérant que les bénéfices de l'utilisation de ces appareils sont plus grands que les inconvénients possibles. Toutefois, il est important de prendre en considération les principes directeurs énoncés dans l'avis de l'INSPQ dans la section *Principes directeurs à appliquer en tout temps pour tous les usagers* et la section *Principes directeurs à ajouter pour les usagers suspectés ou confirmés COVID-19*.

Le plan de climatisation prévoit différents moyens pour faire face aux épisodes de chaleur extrême selon les zones climatiques du Québec. Lorsque d'autres options ne sont pas possibles, les résidents peuvent faire installer des climatiseurs dans leur chambre. Cette option doit tenir compte des capacités physiques et électriques des installations, et de la disponibilité des équipements requis.

… 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 le contexte de la pandémie actuelle, nous souhaitons vous aviser qu'aucuns frais supplémentaires ne devront être facturés aux résidents pour l'installation des unités individuelles d'air climatisé ni pour les frais d'électricité supplémentaires engendrés par leur utilisation pour les CHSLD qui sont dans les zones climatiques très chaudes et chaudes et pour ceux où la COVID-19 est présente.

Ces dépenses additionnelles pourraient être comptabilisées, en accord avec le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). Dans la mesure où elles représentent des coûts supplémentaires à ceux consacrés au cours des derniers exercices financiers pour vous assurer d'offrir des milieux de vie de qualité, et où les achats sont de petits équipements non capitalisables, ces dépenses additionnelles peuvent être comptabilisées dans la reddition de comptes reliée au soutien financier annoncé le 29 mars dernier pour couvrir les coûts additionnels dans le contexte d'urgence sanitaire COVID-19.

Aussi, nous vous demandons de nous transmettre pour le 1er juin 2020 à 16 h à l'attention de Mme Natalie Rosebush à natalie.rosebush@msss.gouv.qc.ca, pour chacun des CHSLD, les informations suivantes, et ce, dans un contexte d'épisodes de chaleur et dans un contexte de COVID-19 :

- Le nombre de chambres climatisées et le nombre d'espaces refuges;
- Le nombre approximatif d'unités de climatisation installées temporairement dans les chambres des résidents par année;
- Les solutions identifiées et qui seront mises en place dans les prochaines semaines pour rendre la situation plus adéquate.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. PDG des établissements publics de santé et de services sociaux
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Mme Dominique Savoie, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-69

INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

COVID-19
Mesures de prévention et contrôle des infections pour l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied en milieux de soins dans un contexte de COVID-19

25 mai 2020
Version 1.0

Avis intérimaire

Notes : Les éléments de réponses 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. En l'absence de données probantes sur le sujet en titre et reliées à la COVID-19, cet avis en est un d'experts.

Contexte

Durant la saison estivale, il est possible de faire face à des vagues de chaleur extrême. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, il est nécessaire de se positionner sur les mesures de prévention et contrôle des infections requises lors de l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied dans les différents milieux de soins. En lien avec le plan de chaleur extrême du MSSS (2018), l'INSPQ est appelé à se positionner sur l'utilisation des appareils mobiles de climatisation et des ventilateurs sur pied dans les différents milieux de soins. Les principes directeurs émis dans ce document ne s'appliquent pas aux systèmes de ventilation et de climatisation centraux permanents des différentes installations.

Milieux visés

- Milieux hospitaliers
- Milieux de réadaptation
- CHSLD, RPA / RI / RTF
- Autres milieux de soins accueillant une clientèle vulnérable (ex. : cliniques, centre de jour, etc.)

Principes directeurs

Les appareils visés par cet avis sont utilisés dans les différents milieux de soins lors de la période estivale. Toutefois, certaines sociétés savantes ne recommandent pas l'utilisation de ceux-ci lorsque des précautions additionnelles de type gouttelette, aérienne ou contact sont en place (AHS, 2020 ; ASE, 2018 ; NHS, 2015 ; VCH, 2018 ; WRHA, 2018). Ces appareils peuvent présenter un risque en raison de la possibilité de dispersion de microorganismes en suspension dans l'air, de débris et de poussières. Il existe aussi un risque de perturbation du flux d'air normal de l'environnement de soins.

Présentement, il n'existe pas dans la littérature de données probantes substantielles spécifiques à l'utilisation des climatiseurs mobiles et des ventilateurs sur pied pour des usagers suspectés ou confirmés être atteints de la COVID-19. En l'absence de données probantes et à la lumière de la littérature consultée, la décision d'utiliser ces appareils dans la chambre et sur une unité où des usagers suspectés ou confirmés être atteints de la COVID-19 sont hébergés doit être

Québec

soumise localement à une évaluation du risque pour déterminer si les avantages dépassent les désavantages de l'utilisation de ces appareils. Les bénéfices du confort versus la sécurité des usagers et du personnel doivent être étroitement analysés et un environnement sécuritaire et confortable doit être assuré. Cette gestion de risque doit être réalisée en concordance avec les plans de chaleur extrême déjà en place dans les différentes installations.

Dans un contexte de COVID-19 et dans la situation où l'utilisation de ces appareils est nécessaire pour la santé et la sécurité des usagers et du personnel, des principes directeurs sont à respecter.

Principes directeurs à appliquer en tout temps pour tous les usagers

- Lors de l'installation et du retrait, l'entretien adéquat et régulier des climatiseurs mobiles (ex. : climatiseurs de fenêtre ou autre type) et ventilateurs sur pied doit être effectué selon les consignes du fabricant en fonction des modalités locales.
- Le flux d'air provoqué par ces appareils ne doit pas être orienté vers la porte de sortie de la chambre ou de l'unité pour éviter la dispersion de gouttelettes hors de la chambre ou de l'unité.
- Le flux d'air provoqué par ces appareils ne doit pas être orienté vers le visage de l'usager ou d'un autre usager si dans une chambre hébergeant plusieurs usagers. Si cela n'est pas possible, un déflecteur ou un écran pourrait être installé devant l'appareil, pour rediriger le flux d'air loin du visage des occupants.
- Si présence dans une chambre hébergeant plusieurs usagers, une évaluation du risque pour chaque usager hébergé dans la chambre doit être faite. De plus, il est recommandé d'arrêter le système de rotation du ventilateur sur pied afin d'éviter la dispersion radiale ou non contrôlée des particules.

Principes directeurs à ajouter pour les usagers suspectés ou confirmés COVID-19

- Prévoir un entretien plus fréquent des ventilateurs sur pied et des climatiseurs mobiles utilisés dans un environnement où des usagers suspectés ou confirmés COVID-19 sont hébergés. La désinfection et le nettoyage des surfaces fréquemment touchées doivent être effectués minimalement une fois par jour. Les surfaces « low touch » doivent aussi être nettoyées et désinfectées plus fréquemment (ex. : nettoyer les pales des ventilateurs sur pied si de la poussière visible s'y accumule).
- Les ventilateurs sur pied doivent être arrêtés si une IMGA ou une procédure stérile ou aseptique doit être réalisée. Garder la porte de la chambre fermée lors de ces interventions.
- Le port du respirateur N95 n'est pas requis dans les endroits où ces appareils sont utilisés puisque ceux-ci ne produisent aucune aérosolisation de sécrétions respiratoires. Par contre, les flux d'air qu'ils produisent peuvent contribuer à disperser les gouttelettes infectieuses émises par l'usager.
- Limiter le nombre de personnes provenant de l'extérieur qui circule dans les installations et les unités en période d'éclosion (ex. : installateur de climatiseur). S'assurer du respect des mesures de prévention des infections adéquates en lien avec la COVID-19 pour les personnes qui doivent circuler dans ces lieux.

Références

Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC). (2014). Heating, ventilation and air conditioning. APIC Text of infection control and epidemiology. 3 octobre 2014.

Alberta Health Service (AHS). (2020). Use of portable bedside fans in health care. Révisé en avril 2020. Repéré au : https://albertahealthservices.ca/assets/healthinfo/ipc/if-hp-ipc-info-sheet-portable-fans.pdf

Centres for Disease Control (CDC). (2003). Guidelines for Environmental Infection Control in Healthcare. Repéré au: https://espanol.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/environmental-guidelines-P.pdf

Haut conseil de la santé publique (HCSP). (2020). Avis relatif à la gestion de l'épidémie de COVOD-19 en cas d'exposition de la population à des vagues de chaleur. Repéré au : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=817

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2020). COVID-19 : *Environnement intérieur*. Version 6 mai 2020 Repéré au : https://www.inspq.qc.ca/publications/2992-environnement-interieur-qr-covid19#desinfecter

Ireland Health Service Executive (HSE). (2018). Guidelines for the use of portable electric fans in healthcare settings. Repéré au : https://www.hse.ie/eng/services/list/5/publichealth/publichealthdepts/extreme/fan-guidelines.html

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2018). Plan ministériel de gestion des épisodes de chaleur extrême. Repéré au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002407/

National Health Services (NHS). (2015). Infection Prevention and Control Assurance - Standard Operating Procedure 32 (IPC SOP 32) Reducing Risks Of Infection Associated With The Use Of Electric Fans In Patient Areas. Repéré au : https://www.bcpft.nhs.uk/documents/policies/i/2075-infection-prevention-and-control-assurance-sop-32-reducing-risks-of-infection-associated-with-the-use-of-electric-fans-in-patient-areas/file

National Health Services (NHS). (2019). Standing Operating Procedure (SOP) for Use of Fans in the Clinical Environment. Repéré au : https://www.shropscommunityhealth.nhs.uk/content/doclib/13446.pdf

Vancouver Coastal Health (VCH). (2018). IPAC best practices guideline Portable Fans in Acute Care. Repéré au: http://ipac.vch.ca/Documents/Acute%20Resource%20manual/Portable%20Fans%20in%20Acute%20Care.pdf

Winnipeg Regional Health Authority (WRHA). (2018). Infection prevention and control communication form portable fans-cleaning and use restrictions. Repéré au: https://professionals.wrha.mb.ca/old/extranet/ipc/files/manuals/acutecare/Portable_Fans_Restrictions.pdf

Comité des infections nosocomiales du Québec

AUTEUR

Comité des infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICE

Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Institut national de santé publique du Québec

COLLABORATION

Comité d'experts en santé environnementale
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Institut national de santé publique du Québec

© Gouvernement du Québec (2020)

Institut national de santé publique Québec

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 28 mai 2020

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

AUX DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE CONVENTIONNÉS

Mesdames,
Messieurs,

Le plan de climatisation des établissements prévoit différents moyens pour faire face aux épisodes de chaleur extrême selon les zones climatiques du Québec. Lorsque d'autres options ne sont pas possibles, les résidents peuvent faire installer des climatiseurs dans leur chambre. Cette option doit tenir compte des capacités physiques et électriques des installations, et de la disponibilité des équipements requis.

Dans le contexte de la pandémie actuelle, nous souhaitons aviser les établissements qu'aucun frais supplémentaires ne devront être facturés aux résidents pour l'installation des unités individuelles d'air climatisé ni pour les frais d'électricité supplémentaires engendrés par leur utilisation pour les CHSLD qui sont dans les zones climatiques très chaudes et chaudes et pour ceux où la COVID-19 est présente.

Les établissements pourront faire le choix de louer ou d'acheter des climatiseurs pour mettre à la disposition des résidents qui le souhaitent. Ces dépenses seront assumées par les établissements.

… 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 de compiler ces frais supplémentaires à ceux encourus au cours des derniers exercices financiers dans les dépenses excédentaires liées à la COVID-19, en prenant soin de bien distinguer les acquisitions d'immobilisations capitalisables des coûts d'exploitation.

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

N/Réf. : 20-MS-03823-69

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 28 mai 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES, DIRECTEURS GÉNÉRAUX 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, en date du 28 mai, concernant la reprise des services buccodentaires non-urgents 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**. À cet effet, vous trouverez ci-joint une mise à jour du document *COVID-19 : Procédures buccodentaires – Reprise des services buccodentaires non-urgents*.

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

Le sous-ministre,

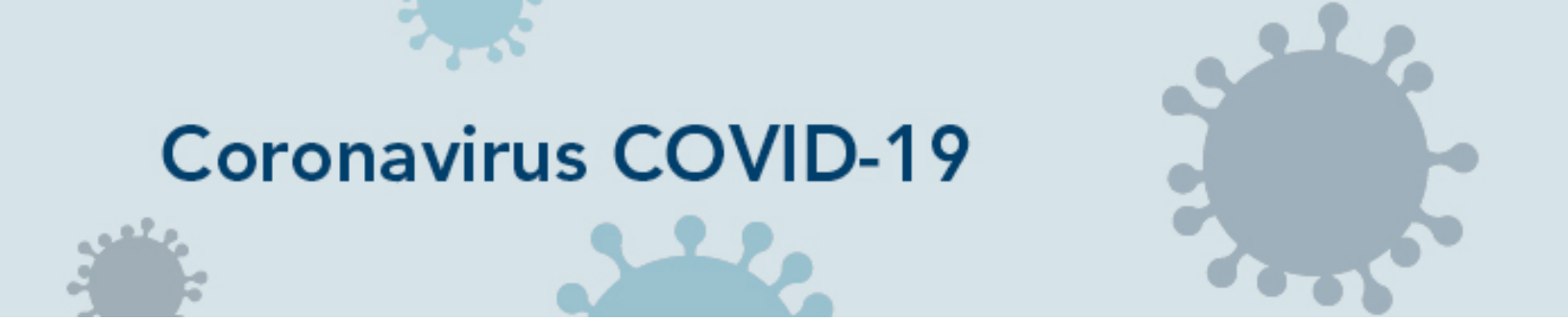
Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
Mme Monique Bouchard, ODQ
Mme Diane Duval, OHDQ
Mme Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Guy Lafrance, ODQ
M. Stéphan Provencher, OTTDQ
M. Yves Robert, CMQ
M. Carl Tremblay, ACDQ
M. Benoît Talbot, ADQ
Membres du CODIR, MSSS
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-54

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



COVID-19 – PROCÉDURES BUCCODENTAIRES

PHASE 3 : REPRISE DES SERVICES BUCCODENTAIRES NON-URGENTS

DIRECTIVES INTÉRIMAIRES

MISE À JOUR DU 28 MAI 2020

Rédaction - les rédacteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :

- Élise Bertrand, dentiste en santé publique, DGAUMIP
- Stéphanie Morneau, dentiste en santé publique, DGSP

Université de Montréal (UdeM) :

- Jean Barbeau - professeur

Travaux sous la gouverne du groupe de travail du MSSS sur les services dentaires en contexte de pandémie COVID-19 :

MSSS :

- Élise Bertrand - dentiste en santé publique, co-présidente du comité
- Stéphanie Morneau - dentiste en santé publique, co-présidente du comité

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) :

- Chantal Galarneau - dentiste en santé publique
- Nancy Wassef - dentiste en santé publique

Universités :

- Jean Barbeau - professeur, UdeM
- Cathia Bergeron - doyenne, Université Laval
- Caroline Duchaine - professeure, Université Laval
- Michel El-Hakim – professeur, Université McGill

Ordres dentistes du Québec (ODQ) :

- Guy Lafrance - président
- Caroline Daoust - directrice-générale
- Pierre Boudrias - directeur de l'exercice de la médecine dentaire

Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ) :

- Diane Duval - présidente
- Jacques Gauthier- directeur général
- Agathe Bergeron - responsable inspection et pratique professionnelle

Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) :

- Carl Tremblay - président
- Benoit Desrosiers - directeur général

Fédération des dentistes spécialistes du Québec :

- Dany Morais - président

Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval (CHUQ) :

- Patrick Giroux - chirurgien maxillo-facial

Collaboration :

Ordre des denturologistes du Québec :

- Robert Cabana, président

Ordre des techniciennes et techniciens dentaires du Québec :

- Stéphan Provencher, président
- Alain Cromp, directeur-général et secrétaire par intérim

Association des denturologistes du Québec :

- Daniel Léveillé, trésorier

Association des assistant(e)s dentaires du Québec :

- Renée Vaillancourt, présidente
- Valérie Beauchamp, vice-présidente

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières i
Mise en contexte 2
Phases de réouverture 3
Arbre décisionnel 4
Feuillet 1 : Normes sanitaires en milieu de travail (D,H,A,T,DD,P) 5
Feuillet 2 : Triage et dépistage téléphonique (D,H,A,T,DD,P) 9
Feuillet 2A : Formulaire de dépistage du patient/accompagnateur (D,H,A,T,DD,P) 14
Feuillet 3 : Accueil du patient et organisation physique des lieux (D,H,A,T,DD,P) 15
Feuillet 4 : Salles de traitement (D,H,A,T,DD) 18
Feuillet 5 : Aérosols dentaires (D,H,A,DD) 22
Feuillet 6 : Protection du personnel (D,H,A,T,DD,P) 26
Feuillet 6A : Protection du personnel – choix des masques et respirateurs à utiliser (D,H,A,T,DD,P) 30
Feuillet 7 : Asepsie au laboratoire (D,H,A,T,DD) 34
Feuillet 8 : Milieux d'enseignement (D,A,H,T,DD,P) 37
Feuillet 9 : Aspects particuliers aux soins dentaires à domicile (D,DD,A) 39
Feuillet 10 : Obligations légales et risques psychosociaux (D,H,A,T,DD,P) 41
Annexe 1 : Principe de précaution 43
Annexe 2 : Registre des patients et accompagnateurs 44
Annexe 3 : Registre de monitorage des travailleurs 45
Annexe 4 : État des connaissances 46
Annexe 5 : Classification des interventions dentaires en fonction du risque de production d'aérosols (voir feuillet 5) 49
Annexe 6 : Transmission de la covid-19 par les aérosols et les moyens de minimiser les risques 51
Annexe 7 : Liste des cliniques dentaires désignées pour les urgences des patients suspectés ou confirmés covid-19 55
Références 57

Coronavirus COVID-19

MISE EN CONTEXTE

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

Dans le contexte de pandémie de COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis sur pied un groupe de travail pour émettre des directives concernant la pratique professionnelle dans le domaine buccodentaire.

Ces informations et directives 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. En tenant compte de la situation épidémiologique en contexte québécois et du peu d'évidences scientifiques concernant les interventions dentaires générant des aérosols, les experts s'entendent pour appliquer le principe de précaution pour les interventions à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques.

Contrairement à d'autres soins et services de santé offerts par le secteur public au Québec, la plupart des soins et services buccodentaires sont offerts par le secteur privé. S'il est absolument nécessaire, les patients suspectés ou confirmés COVID-19 peuvent donc être traités prioritairement en clinique dentaire désignées COVID-19 ou sinon en clinique dentaire privée pour des urgences afin d'assurer un accès aux soins buccodentaires.

CES DIRECTIVES SONT INTÉRIMAIRES : ELLES ÉVOLUERONT EN FONCTION DES DÉCOUVERTES SCIENTIFIQUES, DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA COVID-19, DU PLAN PROVINCIAL DE REPRISE GRADUELLE DES ACTIVITÉS ET DE L'ÉTAT DE SANTÉ BUCCODENTAIRE DES QUÉBÉCOIS. LES SOINS ET SERVICES DENTAIRES NON-URGENTS NE SONT PAS AUTORISÉS AVANT LA DATE DE REPRISE DES ACTIVITÉS.

Tous les travailleurs sont concernés par ce document : les dentistes (D), les hygiénistes dentaires (H), les assistantes dentaires (A), les techniciens dentaires (T), les denturologistes (DD) et le personnel de bureau (P). Pour faciliter la consultation du document, certains feuillets s'adressent à tous les professionnels (D,H,A,T,DD,P), d'autres s'adressent à des professionnels en particulier.

Coronavirus COVID-19

PHASES DE RÉOUVERTURE

Voici les principales phases de réouverture prévues au plan de déconfinement, pour la profession dentaire :

Phase 1 : Traitement des urgences dentaires (16 mars 2020) :

- Déclaration de l'état d'urgence sanitaire à l'échelle provinciale ;
- Seuls les traitements dentaires urgents et les consultations par télédentisterie sont autorisés ;
- Mise en place des cliniques dentaires désignées COVID-19 ;
- Document de soutien « COVID-19 : Procédures en clinique dentaire en situation de pandémie-recommandations intérimaires », publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Phase 2 : Traitement des urgences dentaires élargies (22 avril 2020) :

- Maintien de l'état d'urgence sanitaire à l'échelle provinciale ;
- Élargissement des urgences dentaires pour tenir compte de l'évolution de la santé buccodentaire des patients ;
- Seuls les traitements dentaires urgents élargis et les consultations par télédentisterie sont autorisés ;
- Maintien des cliniques dentaires désignées COVID-19 ;
- Document de soutien « Liste des situations d'urgences dentaires élargies », publié par l'Ordre des dentistes du Québec.

Phase 3 : Reprise des services buccodentaires non-urgents (28 mai 2020) :

- Déconfinement graduel ;
- Possibilité d'effectuer des traitements non-urgents, auprès des patients asymptomatiques;
- Seuls les traitements dentaires urgents et les consultations par télédentisterie sont autorisés auprès des patients suspectés ou confirmés de la COVID-19;
- Maintien des cliniques dentaires désignées COVID-19 pour traiter les patients suspectés ou confirmés de la COVID-19.

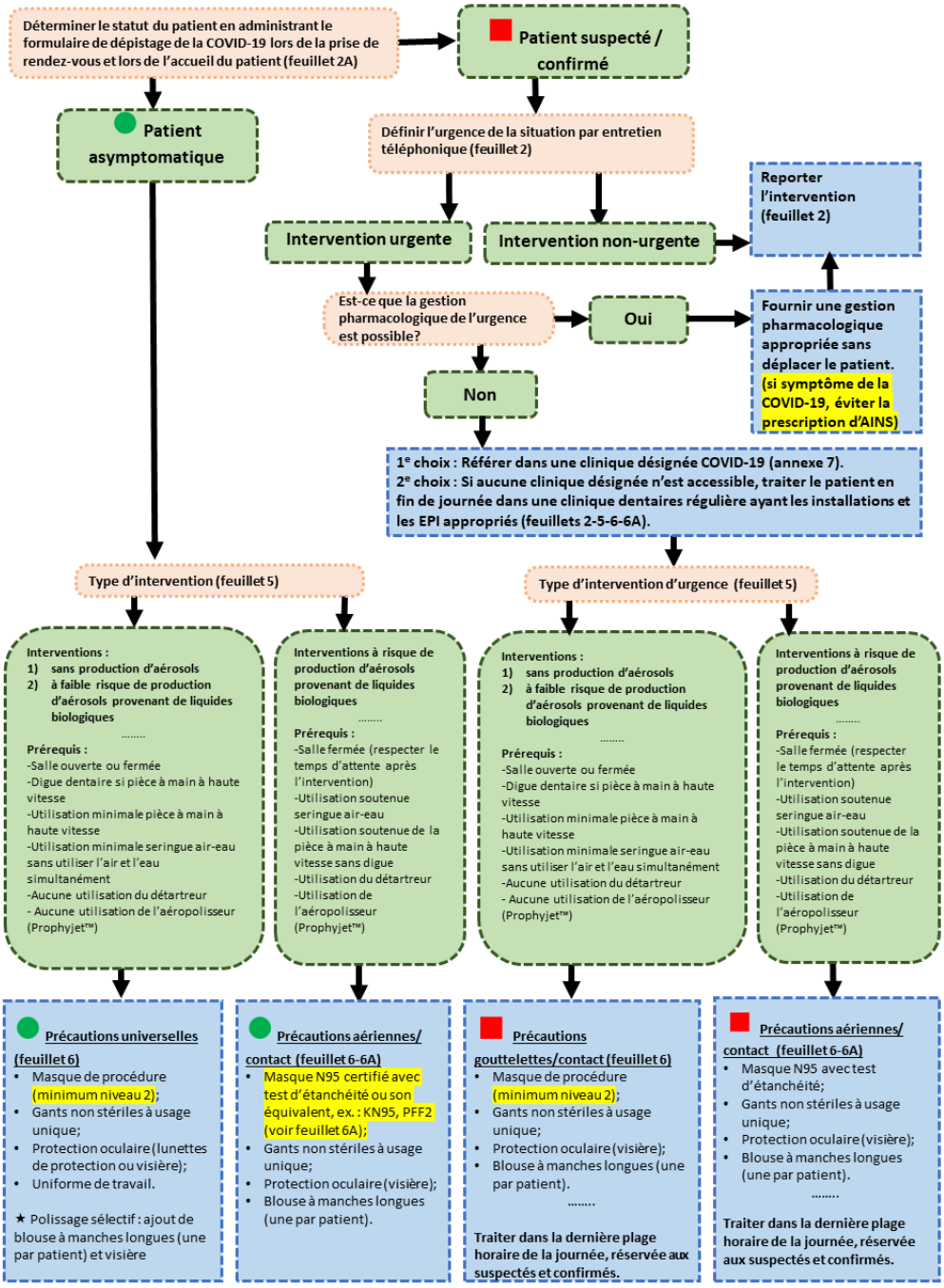
Phase 4 :

- À déterminer selon l'évolution des découvertes scientifiques, de l'épidémiologie de la COVID-19, du plan provincial de reprise graduelle des activités et de l'état de santé buccodentaire des Québécois.

Coronavirus COVID-19

ARBRE DÉCISIONNEL (D,H,A,T,DD,P)

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 des procédures à suivre concernant les interventions à prodiguer en clinique dentaire. Ces mesures sont préconisées uniquement de façon temporaire et immédiate.



Coronavirus COVID-19

FEUILLET 1 : NORMES SANITAIRES EN MILIEU DE TRAVAIL (D,H,A,T,DD,P)

Ce feuillet est tiré du document de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) « Guide de normes sanitaires en milieu de travail – COVID-19 ». Dans le contexte de la COVID-19, des normes générales sont énoncées ici pour guider la réflexion afin de mettre en place les mesures de prévention recommandées par la santé publique et les spécialistes en santé et sécurité du travail. Après avoir identifié les risques liés à la contamination dans le milieu de travail, il importe d'appliquer ces normes en les adaptant à votre milieu spécifique.

Aide-mémoire :

- Exclusion des personnes symptomatiques des lieux de travail :
  - Des procédures tenant compte des éléments suivants peuvent éviter la transmission de la maladie :
    - ☐ Identification des travailleurs avec des symptômes de la COVID-19 dès l'arrivée sur les lieux de travail, par exemple, par :
      - ☐ Un registre de monitorage des travailleurs (voir annexe 3);
      - ☐ Une autoévaluation par les travailleurs.
    - ☐ Si un travailleur commence à ressentir des symptômes sur les lieux de travail, avoir une procédure pour permettre de l'isoler dans un local et de lui faire porter un masque de procédure (ou chirurgical). Appeler le 1 877 644-4545.

☐ Distanciation physique
- ☐ Dans la mesure du possible, maintenir une **distance minimale de deux mètres** entre les personnes au travail, de l'arrivée au départ.
- Maintenir cette distance lors des pauses et sur l'heure du dîner :
  - ☐ Faire manger les travailleurs dans des salles assez grandes pour qu'il y ait une distance de plus de 2 mètres entre chacun d'eux;
  - ☐ Si aucune autre salle n'est disponible, modifier les horaires des périodes de repas, afin d'avoir un nombre limité de travailleurs dans la salle à manger en tout temps;
  - ☐ Ne pas échanger tasses, verres, assiettes, ustensiles et laver la vaisselle à l'eau chaude avec du savon avant sa réutilisation.
- ☐ Éviter les contacts directs comme les poignées de mains et les accolades, tant pour le personnel que pour les patients.
- ☐ Dans la mesure du possible, éviter que les personnes se croisent dans la clinique, en établissant un sens de circulation unique (ex. : effectuer un tracé au plancher pour diriger la circulation).

☐ <u>Si la distanciation physique est impossible</u>
- ☐ Installer des barrières physiques (cloisons pleines transparentes) entre les différents postes de travail trop proches ou ne pouvant être espacés de 2 mètres.
- ☐ Installer des barrières physiques (cloisons pleines transparentes) à la réception.
- Organiser des méthodes de travail. Par exemple :

- ☐ Privilégier les équipes les plus petites et les plus stables possible;
- ☐ Réduire le nombre de travailleurs et de rotations de tâches;
- ☐ S'il y a lieu, ne pas tenir de réunions nécessitant un regroupement physique;
- ☐ Éviter de partager des objets.

☐ Fournir les équipements de protection individuels (ÉPI) adaptés au risque (voir feuillets 6 et 6A).

☐ Se laver fréquemment les mains avec de l'eau tiède et du savon ou avec une solution hydroalcoolique (60 % à 70 %). Cela limite les risques de transmission dans le milieu de travail, surtout :

- Avant de se toucher le visage (yeux, nez, bouche);
- Après avoir toussé, éternué ou s'être mouché;
- Avant et après avoir mangé;
- Après avoir manipulé quelque chose de fréquemment touché;
- En entrant et en sortant des salles de traitement et après chaque utilisation de l'équipement collectif (p. ex. : les appareils de radiologie dentaire).

☐ Respecter l'étiquette respiratoire :

- Se couvrir la bouche et le nez lorsque l'on tousse ou éternue, et utiliser des mouchoirs ou son coude replié;
- Utiliser des mouchoirs à usage unique;
- Jeter immédiatement les mouchoirs utilisés à la poubelle (sans contact idéalement);
- Se laver les mains fréquemment;
- Ne pas se toucher la bouche ou les yeux avec les mains, qu'elles soient gantées ou non.

☐ Porter le couvre-visage ou le masque :

- ☐ Le port du masque ne doit pas remplacer le respect de la distanciation physique ou le besoin d'aménagement des lieux physiques.
- ☐ <u>Port du masque de procédure (chirurgical) obligatoire pour les patients suspectés ou confirmés</u> :
  - Demander de retirer son couvre-visage de façon sécuritaire, le cas échéant, de procéder à la désinfection de ses mains et lui donner un masque de procédure (ex. : dans la situation d'une personne qui tousse ou fait de la fièvre) puis de répéter la procédure de désinfection des mains, et ce, peu importe où le patient consulte dans les milieux de soins.
- ☐ Il n'y a pas de recommandations pour le port du masque de procédure pour les patients asymptomatiques qui consultent dans les milieux de soins sauf si la distanciation physique est impossible à respecter.
  - Pour une personne qui n'a pas d'indication de porter un masque de procédure et qui porte un couvre-visage, il s'agit d'un choix personnel.
- ☐ <u>Port du masque de procédure (ou chirurgical) par le personnel de bureau</u>, en tout temps, dès son arrivée à la clinique. Le seul moment où la personne peut enlever son masque est lorsqu'elle est seule à son poste de travail derrière une fenêtre de protection et à deux mètres d'un autre collègue de travail à la réception.
- ☐ <u>Port du masque de procédure (ou chirurgical) en tout temps par le professionnel soignant</u>, dès son arrivée à la clinique.
- ☐ Chacun doit procéder à l'hygiène des mains dès que le masque ou le couvre-visage est touché ou enlevé.

☐ Nettoyer et désinfecter les équipements et les surfaces fréquemment touchés **:**

- ☐ Assurer le bon fonctionnement et l'entretien des systèmes de ventilation, en fonction des exigences réglementaires pour le type d'établissement et les tâches effectuées (voir annexe 6).

- ☐ Limiter le partage des accessoires et des appareils professionnels (p. ex. : stylos, téléphones, tablettes, souris d'ordinateur).
- ☐ Nettoyer et désinfecter régulièrement l'équipement collectif (p. ex. : téléphone, ordinateur, souris, photocopieur, imprimante) ou dès que plus d'une personne s'en sert.
- ☐ Nettoyer les installations sanitaires minimalement à chaque quart de travail et les désinfecter quotidiennement.
- ☐ Nettoyer les aires de repas après chaque repas et les désinfecter quotidiennement. Par exemple :
    - La poignée du réfrigérateur;
    - Les dossiers des chaises;
    - Les micro-ondes.
- ☐ Nettoyer, minimalement à chaque quart de travail et lorsqu'elles sont visiblement souillées, les surfaces fréquemment touchées. Par exemple :
    - Les tables;
    - Les comptoirs;
    - Les poignées de porte;
    - La robinetterie;
    - Les toilettes;
    - Les téléphones;
    - Les accessoires informatiques.
- ☐ Nettoyer et désinfecter les outils et les équipements après chaque utilisation ou lorsqu'ils doivent être partagés (p. ex. : les appareils de radiologie dentaire, les caméras intra-orales, etc.).
- ☐ Retirer les objets non essentiels (revues, journaux et bibelots) des aires communes.

Trucs et astuces :

- ☐ Limiter le nombre de patients dans la clinique en espaçant les rendez-vous. C'est le moyen le plus simple de garder la distanciation physique.
- ☐ Limiter les effets personnels sur les lieux de travail.
- ☐ Privilégier le paiement sans contact (p. ex. : carte bancaire sur des terminaux sans contact) pour éviter que les patients touchent les terminaux. Les terminaux doivent être désinfectés après chaque utilisation.
- ☐ Si les patients paient avec de l'argent comptant, désinfecter les mains immédiatement après avec un nettoyant sans rinçage (solution hydroalcoolique à 60 % à 70 %).
- ☐ Informer les livreurs et fournisseurs qu'ils doivent déposer les colis au sol (boîte en carton ou sac de plastique) en présence d'un employé de la clinique, sans remise en main propre et en respectant la distanciation physique de 2 mètres, dans la mesure du possible.
    - Considérer tout colis comme contaminé. La personne de la clinique place la boîte/sac de marchandises sur une surface propre et elle ouvre la boîte avec un outil. Puis, elle procède à l'hygiène des mains. Ensuite, la personne retire le contenu du colis sans toucher à l'emballage et elle place le contenu sur une surface propre ou elle le range immédiatement. Elle procède à l'hygiène des mains et veille à la désinfection de l'outil utilisé.
- ☐ Inviter les livreurs et fournisseurs à se nettoyer les mains avec un nettoyant sans rinçage (solution hydroalcoolique à 60 % à 70 %) entre chaque livraison.

Pour plus d'information :

- **Feuillet 2 :** Triage et dépistage téléphonique
- Document de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) : https://www.cnesst.gouv.qc.ca/salle-de-presse/covid-19/Documents/DC100-2146-Guide-Prevention-Covid19.pdf
- Lavage des mains : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2438_prevention_controle_infections_hygiene_mains.pdf
- Mesures de prévention en milieu de travail : recommandations intérimaires : https://www.inspq.qc.ca/publications/2911-mesures-milieu-travail-covid19
- Nettoyage et désinfection de la salle d'attente et des installations sanitaires : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2970-nettoyage-desinfection-cliniques-medicales-covid19.pdf
- MSSS, Reprise des activités spécialisées – modalités à mettre en place : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/COVID19_Guide-reprise-activites-specialisees_2020-05-04.pdf

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 2 : TRIAGE ET DÉPISTAGE TÉLÉPHONIQUE (D,H,A,T,DD,P)

Ce feuillet peut être utilisé pour mieux planifier ou organiser les rendez-vous des patients à la clinique. Il contient les renseignements nécessaires pour procéder au triage et au dépistage téléphonique pré-rendez-vous des patients.

Aide-mémoire :

☐ Attribuer les rendez-vous par téléphone : il est préférable de ne laisser entrer personne sans rendez-vous.

☐ Avant d'attribuer un rendez-vous, administrer par téléphone ou par courriel le formulaire de dépistage (colonne pré-rendez-vous du feuillet 2A).

- Consulter le dentiste pour le patient suspecté ou confirmé COVID-19, afin qu'il évalue, par télédentisterie, si la situation clinique correspond à une urgence dentaire et si une intervention est requise.
- Le formulaire doit être signé par la personne qui l'a rempli (personnel de bureau ou patient selon le cas, de façon électronique ou manuscrite).

☐ Si le patient est suspecté / confirmé COVID-19 :

- Reporter les interventions non urgentes selon les recommandations pour la levée des mesures d'isolement dans la population générale figurant dans le document suivant : https://www.inspq.qc.ca/publications/2986-tableau-levee-isolement-covid19
- Pour les interventions urgentes :
  - Gérer l'urgence pharmacologiquement si possible.
    - Si le patient a des symptômes de la COVID-19, éviter la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
  - Si gestion pharmacologique impossible :
    - 1er choix : Référer dans une clinique dentaire désignée COVID-19. À noter qu'il est de la responsabilité du bureau du dentiste de contacter la clinique afin d'obtenir un rendez-vous pour le patient (voir annexe 7).
    - 2e choix : Si aucune clinique dentaire désignée COVID-19 n'est accessible, traiter le patient en fin de journée à condition d'avoir les installations (salle fermée) et ÉPI appropriés (feuillets 6 et 6A). Aviser le patient de ne pas prendre le transport en commun pour son déplacement à la clinique.
      - Référer dans une autre clinique ayant les installations et ÉPI appropriés au besoin. À noter qu'il est de la responsabilité du bureau du dentiste de contacter la clinique afin d'obtenir un rendez-vous pour le patient.

☐ Attribuer les rendez-vous selon des intervalles espacés afin de respecter la distanciation sociale (2 mètres et plus) dans la salle d'attente. Limiter le nombre de personnes présentes en même temps.

- 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. Sauf exception, aviser que l'accompagnateur ne sera pas admis dans la salle de traitement ni dans la salle d'attente. Il devra ainsi sortir de la clinique pendant le traitement.
- Si l'accompagnateur doit nécessairement entrer dans la salle de traitement ou dans la salle d'attente il ne doit présenter aucun symptôme ni facteur de risque compatible avec la COVID-19. Poser les questions du formulaire de dépistage afin de déterminer le statut COVID-19 de l'accompagnateur (voir feuillet 2A).

☐ Arriver à l'heure et, si possible, téléphoner avant d'entrer.

☐ Le port du masque ne doit pas remplacer le respect de la distanciation physique ou le besoin d'aménagement des lieux physiques.

- Port du masque de procédure (chirurgical) obligatoire pour les patients suspectés ou confirmés.
  - Lui demander de retirer son couvre-visage de façon sécuritaire, le cas échéant, de procéder à la désinfection de ses mains et lui donner un masque de procédure (ex. : dans la situation d'une personne qui tousse ou fait de la fièvre) puis de répéter la procédure de désinfection des mains, et ce, peu importe où le patient consulte dans les milieux de soins.
- Il n'y a pas de recommandations pour le port du masque de procédure pour les patients asymptomatiques qui consultent dans les milieux de soins sauf si la distanciation physique est impossible à respecter.
  - Pour une personne qui n'a pas d'indication de porter un masque de procédure et qui porte un couvre-visage, il s'agit d'un choix personnel.

☐ Si le rendez-vous d'un **patient asymptomatique** n'a pas lieu la même journée que le triage et le dépistage téléphonique, s'assurer que son statut COVID-19 n'a pas changé :

- Revalider, par téléphone, les renseignements recueillis dans le formulaire de dépistage sur les symptômes et les facteurs de risque compatibles avec la COVID-19 du patient lors de la prise du rendez-vous, idéalement dans les 24 h précédent le rendez-vous.
  - Faire la même démarche pour l'accompagnateur, le cas échéant. Si l'accompagnateur a des symptômes, inviter le patient à changer d'accompagnateur.
- Aviser le patient d'appeler à la réception s'il développe des symptômes d'ici à son rendez-vous et de ne pas se présenter à la clinique, si tel était le cas.

☐ Si un patient se présente à la clinique avec des symptômes compatibles avec la COVID-19, lui demander de quitter les lieux sans utiliser le transport en commun et reporter le rendez-vous ou prévoir une autre modalité de consultation (p. ex. : télédentisterie). Dans ce cas, demander au patient de contacter le 1 877 644-4545.

Trucs et astuces :

☐ Considérer abolir temporairement les frais de pénalité en cas d'absence à un rendez-vous ou en cas d'annulation de rendez-vous à la dernière minute.

- ☐ Considérer demander aux patients d'attendre à l'extérieur de la clinique et les texter ou les appeler sur leur téléphone au moment où vous serez prêts à les accueillir. Cette astuce peut ne pas être adaptée à toutes les cliniques dentaires et à toutes les situations (p. ex. s'il pleut ou l'hiver).

Tableau 1 : résumé des renseignements requis pour le triage et dépistage téléphonique par le personnel de bureau

(1) Statuts COVID-19 des patients

Suspecté/Confirmé :

1) Personne ayant reçu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 depuis moins de 21 jours ou en attente de résultat d'un test de dépistage.

OU

2) Personne présentant le tableau clinique des symptômes du groupe A OU du groupe B, sans autres causes apparentes.

Symptômes du groupe A : Au moins un symptôme parmi les suivants :

- ☐ Fièvre (> 38 °C ou 100,4^0 F); OU
- ☐ Toux (récente ou chronique exacerbée); OU
- ☐ Difficulté respiratoire (essoufflement ou difficulté à parler); OU
- ☐ Perte subite de l'odorat (anosmie) sans obstruction nasale, avec ou sans perte de goût (agueusie).

OU

Symptômes du groupe B : Au moins 2 symptômes parmi les suivants :

- ☐ Un symptôme général : douleurs musculaires, céphalée, fatigue intense ou importante perte d'appétit;
- ☐ Mal de gorge;
- ☐ Diarrhée.

ET

Personne ayant été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou probable de la COVID-19.

Asymptomatique :

Personne ne présentant pas de symptômes ou facteurs de risque compatibles avec la COVID-19 ou qui ne répond pas aux critères d'un cas suspecté/confirmé.

(2) Urgences dentaires reconnues

- ☐ Douleur intolérable (p. ex. : pulpite, péricoronarite, alvéolite, carie extensive ou restauration défectueuse, etc.);
- ☐ Traumatisme buccodentaire (p. ex. : fracture dentaire avec douleur, lacérations des tissus mous, avulsion, luxation, etc.);
- ☐ Infection aiguë (p. ex. : 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.

(3) Classification des interventions dentaires selon la production d'aérosols

- ☐ Interventions ne produisant pas d'aérosols.
- ☐ Interventions à faible production d'aérosols provenant de liquides biologiques.
- ☐ Interventions à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques.

Pour plus d'information :

- **Annexe 5** : Classification des interventions dentaires en fonction du risque de production d'aérosols
- **Annexe 7 :** Liste des cliniques dentaires désignées COVID-19 pour les urgences des patients suspectés ou confirmés 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
- Bulletin clinique COVID-19. Critère de dépistage des cas suspectés ou confirmés d'infection à la COVID-19 : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/BC-SPU-COVID19-Coordo_DMR-Criteres-depistage-cas-suspectes-confirmes_2020-05-06.pdf
- Soins dentaires d'urgence effectués par télédentisterie en contexte de pandémie de la COVID-19 : http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/DossierSante/Coronavirus/ODQ_Guide%20Télédentisterie%20COVID19_vfinale_070420 (Amendée) .pdf

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 2A : FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT/ACCOMPAGNATEUR (D,H,A,T,DD,P)

Nom de la personne dépistée : _____ **Veuillez indiquer si le nom ci-dessus correspond au formulaire de dépistage du patient ou de l'accompagnateur :** ☐ Patient ☐ Accompagnateur – Nom du patient : _____	**PRÉ-RDV** **Date :**	**CLINIQUE** **Date :**
1-Avez-vous eu un test de dépistage positif à la COVID-19 depuis moins de 21 jours ou êtes-vous en attente de résultat d'un test de dépistage?	**Oui ☐ Non ☐**	**Oui ☐ Non ☐**
Présentez-vous les conditions suivantes :		
2-Fièvre (plus de 38 °C ou 100,4 °F)	**Oui ☐ Non ☐**	**Oui ☐ Non ☐**
3-Toux récente ou chronique qui s'est aggravée	**Oui ☐ Non ☐**	**Oui ☐ Non ☐**
4-Difficulté respiratoire (par exemple : essoufflement ou difficulté à parler)	**Oui ☐ Non ☐**	**Oui ☐ Non ☐**
5-Perte subite de l'odorat (avec ou sans perte de goût)	**Oui ☐ Non ☐**	**Oui ☐ Non ☐**
6-Douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou importante perte d'appétit	**Oui ☐ Non ☐**	**Oui ☐ Non ☐**
7-Mal de gorge	**Oui ☐ Non ☐**	**Oui ☐ Non ☐**
8-Diarrhée	**Oui ☐ Non ☐**	**Oui ☐ Non ☐**
9-Avez-vous été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou probable de la COVID-19 ?	**Oui ☐ Non ☐**	**Oui ☐ Non ☐**

Signature de la personne qui a rempli le formulaire (patient ou personnel de bureau) :

Signature pré-rdv : _____ **Signature clinique :** _____

CETTE SECTION EST RÉSERVÉE AU PERSONNEL DE LA CLINIQUE DENTAIRE

Si le patient a répondu :

- *OUI à la question 1 : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.*
- *OUI à au moins une des questions 2 à 5* ***ET*** *OUI à la question 9 : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.*
- *OUI à au moins deux des questions 6 à 8* ***ET*** *OUI à la question 9 : STATUT SUSPECTÉ/CONFIRMÉ.*
- *Toute autre réponse : STATUT ASYMPTOMATIQUE.*

Cocher la case ci-dessous correspondant au statut COVID-19 du patient.

☐ **Asymptomatique** ☐ **Suspecté/Confirmé**

Si le patient est considéré comme suspecté/confirmé COVID-19, consulter le dentiste avant d'attribuer un rendez-vous.

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 3 : ACCUEIL DU PATIENT ET ORGANISATION PHYSIQUE DES LIEUX (D,H,A,T,DD,P)

Le personnel dentaire peut utiliser ce feuillet en vue de préparer l'accueil du patient et l'organisation physique des lieux en cette période de pandémie.

Aide-mémoire :

- ☐ Mettre une affiche à l'extérieur de la clinique indiquant que les rendez-vous sont donnés uniquement par téléphone ou par moyen électronique.
- ☐ Identifier la distance à respecter par un marquage au sol (cônes ou autres) dans les aires d'attente et, si possible, à l'extérieur de la clinique.
- ☐ Accueillir le patient à l'entrée de la clinique et l'inviter à se laver mains :
  - 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 (60 % à 70 %) OU ;
    - ☐ Un lavabo, du savon et du papier à mains ET ;
    - ☐ Une boîte de papiers mouchoirs ET ;
    - ☐ Des poubelles sans contact.
  - ☐ Nettoyer régulièrement la station.
- ☐ Si possible, dépister activement pour la fièvre le patient identifié asymptomatique lors du dépistage téléphonique à l'entrée de la clinique (une affiche peut être installée à cet effet). Utiliser un thermomètre sans contact et le désinfecter entre chaque changement d'utilisateur :
  - Si plus de 38 °C ou plus de 100,4 °F, lui demander de quitter les lieux sans utiliser le transport collectif et reporter le rendez-vous (voir feuillet 2). Dans ce cas, encouragez le patient à contacter le 1 877 644-4545.
- ☐ Le personnel de bureau complète le « registre des patients et des accompagnateurs » en inscrivant le nom du patient et de celui de son accompagnateur le cas échéant, ainsi que leur heure d'arrivée et de sortie (voir annexe 2).
  - o Si votre agenda vous permet d'obtenir les informations du registre, il n'est pas nécessaire de le compléter.
- ☐ Administrer à nouveau le formulaire de dépistage au patient identifié asymptomatique lors du dépistage téléphonique (colonne clinique du feuillet 2A). Le formulaire doit être signé par la personne qui l'a rempli (personnel de bureau ou patient selon le cas) et le ranger au dossier-patient (voir feuillet 2A).
- ☐ Veiller à ce que le patient touche le moins de surfaces possible, car elles devront être désinfectées par la suite (p. ex. : ouvrir et fermer soi-même les portes).
  - Si possible, accompagner le patient directement dans la salle de traitement dès son arrivée.
  - Sinon, 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.

- Port du masque de procédure (chirurgical) obligatoire pour les patients suspectés ou confirmés.
    - Lui demander de retirer son couvre-visage de façon sécuritaire, le cas échéant, de procéder à la désinfection de ses mains et lui donner un masque de procédure (ex. : dans la situation d'une personne qui tousse ou fait de la fièvre) puis de répéter la procédure de désinfection des mains, et ce, peu importe où le patient consulte dans les milieux de soins.
- Il n'y a pas de recommandations pour le port du masque de procédure pour les patients asymptomatiques qui consultent dans les milieux de soins sauf si la distanciation physique est impossible à respecter.
    - Pour une personne qui n'a pas d'indication de porter un masque de procédure et qui porte un couvre-visage, il s'agit d'un choix personnel.
- Dans la salle d'attente :
    - ☐ Placer les chaises à 2 mètres et plus de distance;
    - ☐ Limiter le nombre de personnes présentes en même temps;
        - Si possible, les accompagnateurs sont invités à demeurer à l'extérieur de la clinique;
        - Minimiser le temps d'attente avant le traitement dentaire.
- À la réception :
    - ☐ S'il y a un échange d'objets avec un patient, il faut procéder à l'hygiène des mains après avoir échangé l'objet.
    - ☐ Installer un écran de protection (p. ex. : vitre, plexiglas, etc.)
      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 uniforme de travail;
        - ☐ Une protection oculaire (lunettes de protection ou visière).

Trucs et astuces : Le port des ÉPI

- Le masque doit bien couvrir le nez et la bouche.
- Le masque 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 (ou chirurgical) peut être porté pendant 4 h. Changer le masque s'il devient souillé ou mouillé.
- Pour éviter la présence de plusieurs personnes dans la salle d'attente, on peut utiliser un système de téléavertisseur que l'on remet au patient.

Formulaire à utiliser :

- **Feuillet 2A :** Formulaire de dépistage du patient/ accompagnateur
- **Annexe 2** : Registre des patients et accompagnateurs
- Affiches pour le lavage des mains et étiquette respiratoire :

- http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/informations/actualites/actualites-2020/covid-19-images.html (disponible en plusieurs langues)
- https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-210-10W_8x11.pdf (français)
- https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-210-10WA_8x11.pdf (anglais)
- https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-207-05F.pdf (français)
- https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-207-05A.pdf (anglais)
- https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-207-01F.pdf (français)
- https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-207-01A.pdf (anglais)
- https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-207-03F.pdf (français)
- https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-207-03A.pdf (anglais)

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 4 : SALLES DE TRAITEMENT (D,H,A,T,DD)

Le personnel dentaire peut utiliser ce feuillet en vue de préparer les salles de traitement et assurer la santé et la sécurité de tous avant, pendant et après la visite du patient. Bien que la plupart des procédures concernant les salles de traitement déjà établies pour les cliniques dentaires soient encore de mises, la pandémie de la COVID-19 force l'adaptation de certaines d'entre elles.

Aide-mémoire :

- ☐ S'assurer d'une bonne ventilation des salles de traitement et des aires communes de la clinique (voir feuillet 5).
- ☐ Traiter les patients dans une salle individuelle fermée lorsque des interventions à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques sont envisagées.
- ☐ Dans chaque salle, prévoir un panier muni d'un sac jetable ou réutilisable selon le cas afin d'y déposer les blouses/uniformes souillés.

En début de journée :

- ☐ 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.

Avant le traitement :

- ☐ Désinfecter les salles de traitement selon les mêmes règles que celles déjà établies en temps normal.
  - ☐ Désinfecter toutes les surfaces de travail avant le traitement.
  - ☐ Recouvrir d'une gaine protectrice jetable les dispositifs médicaux non stérilisables qui pourraient entrer en contact avec les muqueuses et qui ne peuvent être correctement désinfectés.
  - ☐ Couvrir de housses, d'enveloppes protectrices ou de barrières désinfectables tout ce qui risque d'être touché lors du traitement et qui ne peut pas être correctement désinfecté (p. ex. : clavier de l'ordinateur).
- ☐ Limiter autant que possible le papier dans les salles de traitement.
  - Si vous utilisez un dossier papier, le couvrir avec une barrière transparente afin de pouvoir lire ce qui est nécessaire pour le rendez-vous.
- ☐ Éviter de consigner des notes au dossier pendant le traitement.
- ☐ Limiter la quantité de matériel dans la salle de traitement. Ne sortir que les instruments et matériaux nécessaires pour la procédure.
- ☐ Limiter l'accès à la salle de traitement au patient uniquement :
  - Exceptionnellement, si la présence d'un accompagnateur est requise, lui demander de mettre un masque de procédure (ou chirurgical) et de rester à plus de 2 mètres de la zone de traitement.

Cependant, le traitement avec la technique genoux-à-genoux peut être effectué avec un adulte provenant de la même maisonnée que l'enfant.

- Si l'accompagnateur devant rester dans la salle de traitement n'a pas été en contact étroit avec le patient, les interventions à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques sont proscrites à moins de fournir les ÉPI requis à l'accompagnateur (voir feuillets 6 et 6A).
    - Définition de contact étroit (sans les ÉPI requis) :
        - Au moins 15 minutes à moins de 2 mètres avec cette personne;
        - Contact répété avec cette personne;
        - Vivre sous le même toit avec cette personne;
        - Contact physique lors de soins corporels avec cette personne;
        - Contact direct avec les liquides biologiques de cette personne.
        - Maintenir le nombre de travailleurs en salle de traitement au minimum requis.
- Maintenir le nombre de travailleurs en salle de traitement au minimum requis.

Pendant la présence du patient dans la salle de traitement :

☐ Demander au patient de déposer ses effets personnels à un endroit désigné dans la salle de traitement. Éviter l'utilisation d'un vestiaire.

☐ Garder les tiroirs et armoires fermés dans la salle de traitement.

☐ Procéder à l'hygiène des mains et enfiler les ÉPI appropriés (voir feuillets 6 et 6A).

☐ Réviser le questionnaire médical et s'assurer que le formulaire de dépistage est bien rempli. Le réviser avec le patient si nécessaire (voir feuillets 2, 2A et 3).

☐ Faire rincer le patient avec un rince-bouche antiseptique, idéalement pendant 1 minute (ou deux fois 30 s).

- Pour les enfants de moins de 6 ans et les patients à risque d'avaler le rince-bouche, utiliser idéalement un 4x4 imbibé de rince-bouche pour essuyer l'intérieur de la cavité buccale ou sinon demander au patient de rincer avec de l'eau.
- Après le rinçage, demander au patient de laisser couler le liquide dans le gobelet ou utiliser la succion. Éviter que le patient crache.

☐ Le dentiste doit effectuer les examens en hygiène dentaire entre les traitements produisant des aérosols et non pendant ces derniers.

- Lorsque le professionnel change de salle de traitement pour voir un autre patient, il est important de s'assurer d'éliminer les sources possibles de contamination croisée :
    - ☐ Dans la salle initiale, il doit retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains;
    - ☐ S'il a procédé à une intervention à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques :
        - Il doit retirer la blouse, la jeter ou la déposer dans le panier prévu à cet effet et procéder à l'hygiène des mains;
        - Il doit retirer la protection oculaire et effectuer à nouveau l'hygiène des mains;
        - Mettre de nouveaux gants, désinfecter la protection oculaire, enlever et jeter les gants et effectuer à nouveau l'hygiène des mains avant de remettre la protection oculaire.
        - Le masque peut être conservé s'il n'est pas souillé ou humide.
    - ☐ Dans la deuxième salle, il doit mettre une nouvelle blouse si une intervention à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques est prévue. Le port de la blouse n'est pas nécessaire pour faire un examen.

- ☐ Mettre de nouveaux gants.

Après le traitement :

- ☐ Demander au patient de se laver les mains avant de quitter la salle de traitement.
- ☐ Remplir le dossier loin de la zone de contact avec le patient.
- ☐ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (déchets généraux, biomédicaux, pharmacologiques, etc.).
- ☐ Jeter tout excédant de matériel non utilisé durant le traitement.
- ☐ Jeter tout matériel et toutes barrières de protection à usage unique (p. ex. : gaines protectrices jetables, couvre-têtière).
- ☐ Procéder à l'entretien des lignes d'eau et des succions :
  - ☐ 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 entre les patients).
  - ☐ Drainer pendant 20 secondes, la seringue air-eau, la turbine et le détartreur.
- ☐ Désinfecter les salles de traitement selon les mêmes règles que celles déjà établies en temps normal :
  - ☐ Si les surfaces sont visiblement souillées, elles doivent être nettoyées avec un détergent et de l'eau avant la désinfection.
  - ☐ Désinfecter toutes les surfaces de travail.
    - Un désinfectant virucide à large spectre ou contre les petits virus enveloppés à action intermédiaire/ tuberculicide doit être utilisé. Ces informations sont indiquées dans la fiche technique du désinfectant.
    - 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.
- ☐ Décontaminer et stériliser les instruments :
  - ☐ Prétremper[1] 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.
  - ☐ Nettoyer, désinfecter et stériliser les instruments selon les procédures déjà établies en temps normal.
- ☐ À la suite d'une intervention à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation de la salle avant de faire entrer le prochain patient (voir feuillet 5 et annexe 6).
- ☐ Retirer les ÉPI selon les recommandations du feuillet 6.

En fin de journée :

- ☐ Procéder à l'entretien des lignes d'eau et des succions :
  - ☐ 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.

[1] Cette recommandation s'applique seulement en période de pandémie COVID-19. L'étape du prétrempage doit être effectuée avant l'utilisation d'un ultrason. Si un laveur-désinfecteur (p. ex : HYDR*IM*®) est utilisé, l'étape du prétrempage des instruments n'est pas requise. 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.

- ☐ Retirer le sac du panier contenant les blouses/uniformes souillés et le fermer sans toucher au contenu. Éviter de transvider le contenu dans un autre sac.
    - ☐ Pour les blouses jetables, disposer avec les déchets généraux.
    - ☐ Pour les uniformes de travail et les blouses lavables, éviter de secouer les vêtements sales au moment de les placer dans la laveuse. Éviter tout contact de la peau ou de ses vêtements avec le contenu du sac. Les vêtements sales peuvent toutefois être lavés avec ceux des autres membres de la maisonnée, à l'eau chaude, en utilisant le savon à lessive habituel.

Une fois par semaine :

- ☐ 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 la journée de son utilisation.

Rappels et particularités :

Rappel concernant le nettoyage des instruments après le prétrempage :

- ☐ 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.

Consignes concernant l'utilisation du protoxyde d'azote:

- ☐ Utiliser un masque jetable.
- ☐ La tubulure doit être jetable ou, si elle est réutilisable, stérilisée conformément aux recommandations du fabricant.

Pour plus d'information :

- **Feuillet 2 :** Triage et dépistage téléphonique
- **Feuillet 2A :** Formulaire de dépistage du patient/accompagnateur
- **Feuillet 3 :** Accueil du patient et organisation physique des lieux
- **Feuillet 5 :** Aérosols dentaires
- **Feuillet 6 :** Protection du personnel
- **Feuillet 6A :** Protection du personnel – choix des masques et respirateurs à utiliser
- **Annexe 6 :** Transmission de la COVID-19 par les aérosols et les moyens de minimiser les risques
- **Document d'information sur le contrôle des infections**, ODQ, OHDQ : http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/politiques/Controle_des_Infections.pdf

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 5 : AÉROSOLS DENTAIRES (D,H,A,DD)

La transmission par aérosols du SARS-CoV-2 n'est pas encore bien définie et, selon les données scientifiques actuelles, les experts ne peuvent pas 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.

Il est important de comprendre que le virus est toujours accompagné de divers composants (sels, protéines et autres substances organiques et matières inorganiques, y compris les particules virales) : les virus, même s'ils sont de taille nanométrique, circulent dans les aérosols attachés à des particules aérosolisées de taille micrométrique. Ainsi, même si le virus seul est plus petit que la capacité de filtration d'un filtre HEPA ou d'un masque, la particule aérosolisée, contenant le virus, sera tout de même filtrée, en raison de sa taille.

Les données actuelles indiquent que les contacts avec les gouttelettes sont plus à risque que les aérosols pour la propagation de la COVID-19. Les gouttelettes, qui retombent rapidement sur les surfaces, transportent potentiellement plus de particules virales que les particules aérosolisées. Bien que les particules aérosolisées restent en suspension dans l'air longtemps, elles se retrouvent très diluées dans l'air des salles. Le potentiel infectieux de ces aérosols dilués est considéré comme très faible.

Aide-mémoire :

Classification des interventions dentaires selon la production d'aérosols (voir annexe 5):

1. Interventions à faible production de gouttelettes et sans production d'aérosols.
2. Interventions à faible production d'aérosols provenant de liquides biologiques.
3. Interventions à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques.

Gestion des aérosols

Quatre niveaux de gestion des aérosols[2] sont établis ici, chacun réduisant les risques de transmission de la COVID-19 lors de traitements générant des aérosols. Ces quatre stratégies, en combinaison, réduisent considérablement la concentration des aérosols et le potentiel infectieux de ceux-ci lors des traitements générant des aérosols (voir annexe 6) :

1. Réduction du potentiel infectieux des aérosols par l'utilisation d'un rince-bouche antiseptique avant la procédure (plus de 90 % d'efficacité [Fine et coll., 1992]) :
   - ☐ Utiliser un rince-bouche antiseptique avant tout traitement, idéalement pendant 1 minute (ou deux fois 30 secondes).
2. Réduction de l'émission d'aérosols (voir tableau 2) :
   - ☐ Utiliser la digue dentaire dans toutes les situations cliniques possibles.

[2] Les stratégies de gestion des aérosols sont aussi efficaces pour gérer les gouttelettes.

- ☐ Utiliser la succion rapide dans toutes les situations cliniques possibles.
- ☐ Limiter l'utilisation des équipements qui en génèrent (p. ex. : équipements motorisés) :
  - ☐ Limiter l'utilisation de la seringue air-eau :
    - ☐ Éviter d'utiliser l'eau et l'air en même temps (mode pulvérisation).
      - L'utilisation minimale non continue de la seringue air-eau pendant de courts instants n'est pas considérée à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques si le mode pulvérisation n'est pas utilisé (p. ex. : rinçage ou assèchement bref et ponctuel des dents pour les examiner).
    - ☐ Il est suggéré d'utiliser des boulettes de ouate, des 2X2 et des rouleaux de coton pour rincer et assécher.
  - ☐ Limiter l'utilisation de la pièce à main à haute vitesse :
    - L'utilisation minimale non continue de la pièce à main à haute vitesse pendant de courts instants n'est pas considérée à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques (p. ex. : ajustement d'occlusion).
    - Il est suggéré d'utiliser les traitements restaurateurs atraumatiques, comme la technique *Atraumatic restorative treatment* (ART) ou la technique *Silver Modified Atraumatic Restorative Technique* (SMART).
    - Il est suggéré d'utiliser le fluorure diamine d'argent (FDA).
  - ☐ Limiter l'utilisation du détartreur :
    - Privilégier le détartrage manuel plutôt que le détartrage ultrasonique lorsque cela est approprié.
  - ☐ Limiter l'utilisation de l'aéropolisseur (Prophyjet™) :
    - Favoriser le polissage sélectif avec une pièce à main à basse vitesse.
    - Si le détartreur doit être utilisé, privilégier l'enlèvement des taches avec cet instrument.
  - ☐ Si un traitement générant des aérosols est entamé, il est préférable de le compléter lors de la même séance, dans le but d'éviter de multiples déplacements des patients et pour éviter la génération répétitive d'aérosols.

Tableau 2 : Réduire la production d'aérosols en limitant l'utilisation des équipements qui en génèrent

Seringue air-eau	L'utilisation de la succion rapide diminuera la production d'aérosols de près de 99 %.
Pièce à main à haute vitesse	Contamination minimale des aérosols si utilisation de la digue dentaire.
Détartreur	Plus grande source d'aérosols. L'utilisation de la succion rapide diminuera la production d'aérosols de plus de 95 %.
Aéropolisseur	Grande source d'aérosols. L'utilisation de la succion rapide diminuera la production d'aérosols de plus de 95 %.

Source : https://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)61227-7/pdf

3. Blocage des aérosols avec le masque approprié couplé aux lunettes ou visière (voir feuillets 6 et 6A).
4. Élimination des aérosols dilués dans l'air par les changements d'air opérés par la ventilation centrale et/ou l'utilisation de filtres HEPA portatifs (**99 %** d'efficacité suivant le temps d'attente).

☐ Pour les interventions à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques, faire l'intervention dentaire dans une salle fermée avec la porte fermée :

- Il est possible de fermer temporairement une salle en utilisant par exemple des pellicules en polythène ou autre matériau temporaire.
- La salle n'a pas besoin d'être parfaitement étanche.
- Ouvrir une fenêtre dans les salles de traitement si possible afin de réduire la stagnation de l'air et accélérer l'évacuation des aérosols vers l'extérieur.

Ventilation :

☐ **Dans le doute, consultez un expert en ventilation.**

☐ La norme actuelle est de 6 changements d'air à l'heure (CAH), dont 2 provenant d'air frais extérieur. Pour les cabinets qui utilisent du gaz anesthésiant, tel le protoxyde d'azote, un minimum de 12 CAH est proposé, dont 3 provenant d'air frais extérieur (voir : http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/politiques/Controle_des_Infections.pdf).

☐ Le système de ventilation en place devrait être opéré en haute vitesse, en continu et en mode échange d'air durant les heures d'opération. Il demeure impératif de ne pas utiliser le mode recirculation et les stratégies d'économie d'énergie.

☐ Si le système en place ne rencontre pas les conditions ci-dessus, utilisez un système de filtration complémentaire (voir section plus bas).

☐ Suite à une intervention à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques, 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 %) avant d'entrer dans la pièce sans l'ÉPI requis pour cette intervention (voir tableau 3 et annexe 6).

- Commencer à calculer le temps d'attente requis dès la fin de l'intervention à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques.

Tableau 3 : Estimation du temps de filtration nécessaire (minutes) selon le nombre de changements d'air à l'heure (CAH) pour un taux d'élimination de 99 % (tableau tiré de l'Agence de santé publique du Canada, 2012)

CAH*	Temps approximatif (minutes)
	Taux d'élimination de 99 %
2	138
4	69
6	46
8	35
10	28
12	23

***Si le nombre de changements d'air est inconnu, appliquer la catégorie de 2 changements d'air à l'heure**

Filtration :

☐ **Dans le doute, consultez un expert en ventilation.**

☐ Évaluer la nécessité d'utiliser un système de filtration de l'air supplémentaire. 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 système de filtration portatif avec filtre HEPA, soit intégré au système déjà présent dans la clinique, soit portatif :
  - La capacité du système de filtration doit être la plus adaptée possible à la taille (volume) de la salle où les traitements ont lieu.
    - Pour les cliniques avec de grandes aires ouvertes, l'utilisation de plusieurs unités de filtration pourrait être considérée. Il est fortement recommandé de consultez un expert en ventilation dans ce type de situation.
  - Le système de filtration doit être disposé de manière à capter l'air contaminé près de la source.
  - Si le nombre de changements d'air de la salle est inconnu, tenir compte seulement du nombre de changements d'air prévus par le système de filtration pour déterminer le temps d'attente.

Trucs et astuces :

- ☐ Lors de l'utilisation de la digue dentaire, il est recommandé de désinfecter la digue et la dent avant l'intervention (p. ex. : boulette de coton imprégnée de polyvidone iodée, de peroxyde ou autre désinfectant).
- ☐ Diminuer la vitesse des instruments motorisés utilisés, de même que la quantité d'air et d'eau générée.
- ☐ Pour plus d'information concernant l'utilisation du fluorure diamine d'argent (FDA), voir les vidéos suivantes :
  - https://www.youtube.com/watch?v=zxlvbhUx3QE
  - https://www.youtube.com/watch?v=nPyYpZYfrHQ
- ☐ Pour plus d'information concernant les techniques ART/SMART, voir les vidéos suivantes :
  - ART : https://www.youtube.com/watch?v=i_BWJSeoU5w
  - SMART : https://www.youtube.com/watch?v=XT3doMnS050

Pour plus d'information :

- **Annexe 4 :** État des connaissances
- **Annexe 5 :** Classification des interventions dentaires en fonction du risque de production d'aérosols
- **Annexe 6 :** Transmission de la COVID-19 par les aérosols et les moyens de minimiser les risques
- **Guide pour les hygiénistes dentaires sur les activités générant des aérosols et gouttelettes - Directives et recommandations (pandémie de la COVID-19) :** http://www.ohdq.com/communications/reprise-des-soins

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 6 : PROTECTION DU PERSONNEL (D,H,A,T,DD,P)

Les travailleurs de la santé dentaire ont un risque d'exposition professionnelle au SARS-CoV-2 lors des interventions dentaires. Toutefois, lorsque les ÉPI sont utilisés adéquatement, le niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé dentaire est considéré faible. Il est important d'utiliser les ÉPI appropriés selon la nature de l'intervention (à faible risque ou à risque de production d'aérosols) et selon le statut des patients traités (asymptomatique ou suspecté/confirmé). Il faut porter attention à maximiser l'utilisation des ÉPI en cette période de pandémie.

Aide-mémoire :

- ☐ Pour le personnel soignant, en tout temps, les bijoux devraient être enlevés, incluant les montres. Le vernis à ongles et les faux ongles ne devraient pas être utilisés et les cheveux devraient être attachés.
- ☐ S'assurer de la certification des ÉPI avant de procéder à leur achat.

Pour la protection du personnel à la réception (voir feuillet 3) :

- ☐ Installer un écran de protection (p. ex. : vitre, plexiglas, etc.) OU s'assurer que la personne à la réception porte un masque de procédure (ou chirurgical), un uniforme de travail et une protection oculaire.
- ☐ Appliquer l'hygiène des mains le plus souvent possible (entre chaque patient s'il y a eu contact avec un objet), avec une solution hydroalcoolique (60 % à 70 %).

Pour la protection du personnel des laboratoires dentaire (voir feuillet 7) :

- ☐ Porter le masque de procédure (ou chirurgical) si la distanciation sociale ne peut être maintenue.
- ☐ Si un patient doit être rencontré, porter un masque de procédure (ou chirurgical), un uniforme de travail et une protection oculaire.
- ☐ Appliquer l'hygiène des mains le plus souvent possible (entre chaque patient s'il y a eu contact avec un objet), avec une solution hydroalcoolique (60 % à 70 %).

Pour la protection du personnel traitant auprès de patients asymptomatiques pour les interventions (voir feuillet 5 et annexe 4) :

- **sans production d'aérosols (précautions universelles) ou à faible production d'aérosols provenant de liquides biologiques (précautions universelles)**
  - ☐ Porter le masque de procédure (ou chirurgical) minimum niveau 2;
  - ☐ Porter une protection oculaire (lunettes de protection avec protections latérales ou visière).
    - Note : les verres correcteurs ne sont pas des lunettes de protection.
  - ☐ Porter des gants non stériles, à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets;
  - ☐ Porter l'uniforme de travail.
    - Pour la prophylaxie dentaire, en raison des nombreuses gouttelettes liées à cette intervention, le port de la blouse à manches longues (une par patient) et de la visière sont recommandés.

- **à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques (précautions aériennes-contact) :**
  - ☐ Masque N95 certifié avec test d'étanchéité ou son équivalent, ex. : KN95, PFF2 (voir feuillet 6A);
  - ☐ Porter une protection oculaire (visière);
  - ☐ Porter des gants non stériles, à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets;
  - ☐ Porter une blouse à manches longues, jetables ou lavables, non stériles (une par patient);
    - Les gants doivent recouvrir les poignets de la blouse.
  - ☐ Traiter dans une salle fermée.

Pour la protection du personnel traitant auprès de patients suspectés ou confirmés COVID-19 pour les interventions (voir feuillet 5, 6 et annexe 4) :

- **sans production d'aérosols (précautions gouttelettes-contact) ou à faible production d'aérosols provenant de liquides biologiques (précautions gouttelettes-contact)**
  - ☐ Porter le masque de procédure (ou chirurgical) minimum niveau 2;
  - ☐ Porter une protection oculaire (visière);
  - ☐ Porter des gants non stériles, à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets;
  - ☐ Porter une blouse à manches longues, jetables ou lavables, non stériles (une par patient).
    - Les gants doivent recouvrir les poignets de la blouse.
- **à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques (précautions aériennes/contact) :**
  - ☐ Porter le masque N95 ajusté selon un test d'étanchéité reconnu;
    - S'assurer de l'étanchéité du masque à chaque utilisation.
  - ☐ Porter une protection oculaire (visière);
  - ☐ Porter des gants non stériles, à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets;
  - ☐ Porter une blouse imperméable ou non, à manches longues, jetables ou lavables, non stériles (une par patient).
    - Les gants doivent recouvrir les poignets de la blouse.
  - ☐ Traiter dans une salle fermée.

Pour retirer les ÉPI de façon sécuritaire en tout temps :

- ☐ Dans la salle de traitement, retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains;
- ☐ Retirer la blouse le cas échéant et procéder à l'hygiène des mains;
  - Dans chaque salle, prévoir un panier muni d'un sac jetable ou réutilisable selon le cas afin d'y déposer les blouses/uniformes souillés.
- ☐ Retirer la protection oculaire et effectuer à nouveau l'hygiène des mains;
- ☐ Pour terminer, retirer le masque puis réaliser l'hygiène des mains.
  - À la suite d'une intervention à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques, sortir de la salle avant de retirer le respirateur (voir feuillet 5).

Pour la désinfection et la stérilisation après le traitement de patients asymptomatiques (voir feuillet 4) :

- ☐ Porter minimalement le masque de procédure (ou chirurgical) :

- Le masque actuellement porté doit être maintenu en place pour la désinfection et la stérilisation sauf s'il est souillé ou mouillé.

☐ Porter une protection oculaire (lunettes de protection ou visière);
☐ Porter des gants non stériles ou des gants utilitaires pour la manipulation des instruments (désinfecter après chaque utilisation);
☐ Porter l'uniforme de travail.

Pour la désinfection et la stérilisation après le traitement de patients suspectés ou confirmés (voir feuillet 4) :

☐ Porter minimalement le masque de procédure (ou chirurgical);
- Le masque actuellement porté doit être maintenu en place pour la désinfection et la stérilisation sauf s'il est souillé ou mouillé.

☐ Porter une protection oculaire (lunettes de protection ou visière);
☐ Porter des gants non stériles ou des gants utilitaires pour la manipulation des instruments (désinfecter après chaque utilisation);
☐ Porter une blouse de protection.

Pour la gestion des vêtements de travail après la journée de travail :

☐ Retirer les vêtements de travail (uniforme de travail) à la fin du quart de travail et les placer dans un sac en tissus ou en plastique. Éviter de secouer les vêtements sales au moment de les placer dans la laveuse. Éviter tout contact de la peau ou de ses vêtements avec le contenu du sac. Les vêtements sales peuvent toutefois être lavés avec ceux des autres membres de la maisonnée, à l'eau chaude, en utilisant le savon à lessive habituel.
☐ Enlever les chaussures avant d'entrer dans la maison;
☐ Se doucher dès l'arrivée à la maison.

Évaluation du niveau de risque d'exposition du personnel à la COVID-19 (voir feuillets 1, 2 et annexe 3)

☐ Avant le début du quart de travail, tous les travailleurs valident qu'aucun symptôme n'est présent.
  ☐ Si un travailleur commence à ressentir des symptômes sur les lieux de travail, avoir une procédure pour permettre de l'isoler dans un local et de lui faire porter un masque de procédure (ou chirurgical). Appeler le 1 877 644-4545.
☐ Si le travailleur a porté les ÉPI appropriés lors de soins à un cas confirmé COVID-19, il doit faire une autosurveillance quotidienne des symptômes jusqu'à 14 jours suivant son exposition. Si le travailleur est asymptomatique, il n'y a pas de retrait du travailleur de son milieu de travail.
  ☐ Prise de température 2 fois par jour;
  ☐ Surveillance de la présence des symptômes de la COVID-19.
☐ Si le travailleur n'a pas porté les ÉPI appropriés lors de soins à un cas confirmé COVID-19, il faut retirer le travailleur de la santé de son milieu de travail. Il doit aussi faire une autosurveillance quotidienne de ses symptômes sous la supervision de la direction de santé publique régionale. Appeler le 1 877 644-4545.

Trucs et astuces :

- Pour une bonne utilisation du masque de procédure (ou chirurgical):

- Changer le masque s'il devient souillé ou mouillé, puis réaliser l'hygiène des mains;
- Le masque de procédure (ou chirurgical) peut être porté pendant 4 h. Changer le masque s'il devient souillé ou mouillé;
- En contexte de pénurie, prévoir deux masques de procédure (ou chirurgical) par personne, par jour.
- 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;
- Si le masque est touché, enlever les gants, procéder à l'hygiène des mains et enfiler une autre paire de gants.

- Pour savoir comment enlever les ÉPI sécuritairement, consulter en ligne les vidéos suivantes (les directives mentionnées plus haut ont préséance sur les vidéos qui sont fournies à titre indicatif seulement):
  - https://www.inspq.qc.ca/nouvelles/covid-19-procedure-d-habillage-deshabillage-en-milieu-soin

Formulaire à utiliser :

- **Annexe 3 :** Registre de monitorage des travailleurs

Pour plus d'information :

- **Annexe 4 :** État des connaissances
- **Annexe 7 :** Liste des cliniques dentaires désignées pour les urgences dentaires des patients suspectés ou confirmés COVID-19
- Pénurie appréhendée ou réelle d'ÉPI : https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19
- Nettoyer et désinfecter la protection oculaire entre chaque patient : https://www.inspq.qc.ca/publications/2955-desinfection-protection-oculaire-covid19
- Choix d'une protection oculaire : https://www.inspq.qc.ca/publications/2956-choix-protection-oculaire-covid19
- Levée d'isolement des travailleurs : https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19

FEUILLET 6A : PROTECTION DU PERSONNEL – CHOIX DES MASQUES ET RESPIRATEURS À UTILISER (D,H,A,T,DD,P)

Le choix des ÉPI (voir tableau 4) fait par le « groupe de travail sur les services dentaires en contexte de pandémie COVID-19 » est basé sur plusieurs considérations :

- Les aérosols produits par les traitements dentaires sont un mélange des liquides biologiques du patient, mais aussi de l'eau provenant des instruments (p. ex. : seringue air-eau, pièce à main à haute vitesse, détartreur). Ils ont ainsi une concentration virale plus faible que les aérosols produits lors d'interventions réalisées en milieu hospitalier (p. ex. : intubation/extubation, bronchoscopie, etc.), qui ne comportent que les liquides biologiques du patient.
- Il est difficile d'estimer le risque de transmission du SARS-CoV-2 lors des traitements dentaires. Les sécrétions pharyngées (nasopharyngées et oropharyngées) 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.
- Plusieurs stratégies, utilisées en combinaison, réduisent considérablement la concentration des aérosols et le potentiel infectieux de ceux-ci lors des traitements générant des aérosols :
    - Réduction du potentiel infectieux des gouttelettes et aérosols par l'utilisation d'un rince-bouche antiseptique avant la procédure.
    - Réduction de l'émission des gouttelettes et aérosols par l'utilisation de la digue, la succion rapide et en limitant l'utilisation des instruments générant des aérosols.
    - Élimination des aérosols dilués dans l'air par les changements d'air opérés par la ventilation centrale et/ou l'utilisation de filtres HEPA portatifs.
    - Blocage des gouttelettes et aérosols avec les ÉPI appropriés.
- La proportion de personnes ayant contracté la COVID-19 par l'entremise de personnes asymptomatiques est difficile à estimer et peu documentée, de même que la proportion des personnes infectées étant asymptomatiques.
- À ce jour, aucune équipe n'a réussi à démontrer le potentiel infectieux du virus SARS-Cov-2 dans les bioaérosols générés par les personnes infectées.

Tableau 4 : Caractéristiques des différents types de masques :

Type de masques	% de filtration	Étanchéité	Utilisation appropriée
Masque de procédure ou chirurgical - Minimum niveau 2	Variable	Aucun test d'étanchéité (*fit test*)[3] S'assurer de pincer le masque au niveau du nez et de bien recouvrir la bouche et le nez	Interventions : 1) Sans production d'aérosols; 2) À faible risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques. (patient asymptomatique, suspecté ou confirmé)
Masque équivalent au N95, ex. : KN95 certifié	95 %	Test d'étanchéité reconnu à faire ou non, variable en fonction du modèle (*fit test*) Vérification de l'étanchéité à faire ou non avant chaque utilisation, variable en fonction du modèle (*fit check)*[4]	Interventions à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques (patient asymptomatique)
Masque N95 certifié	95 %	Test d'étanchéité reconnu (*fit test*) Vérifier l'étanchéité avant chaque utilisation (*fit check)*	Interventions à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques (patient asymptomatique, suspecté ou confirmé)

Aide-mémoire sur les respirateurs N95 et les masques équivalents (KN95, FFP2):

☐ S'assurer de la certification des ÉPI avant de procéder à leur achat :

- Dans l'éventualité d'une pénurie de N95, il existe d'autres types de masques qui peuvent respecter les normes minimales du N95. Ces masques sont notamment les FFP2 et le KN95. Par exemple, le KN95 certifié a un taux de filtration équivalent au N95 (95 %).
    - Les modèles qui ne sont pas certifiés par NIOSH ne sont pas soumis aux mêmes exigences de contrôle de la qualité (variation entre les différents appareils de protection respiratoire produits).
    - Cependant, le port de certains de ces masques offrant une protection équivalente pourrait, par exemple, nécessiter une nouvelle formation et de nouveaux essais d'ajustement (*fit test et/ou fit check*) pour s'assurer de l'étanchéité. Les mêmes essais d'ajustement peuvent seulement être conservés dans le cas où la marque, le modèle et la grandeur sont identiques. Cet essai d'ajustement est nécessaire pour s'assurer que les infiltrations pouvant exposer le travailleur au coronavirus sont limitées.

[3] *Fit test* : Test effectué par une personne compétente désignée par l'employeur pour vérifier l'étanchéité d'un type de masque. Les mêmes essais d'ajustement peuvent seulement être conservés dans le cas où la marque, le modèle et la grandeur sont identiques.
[4] *Fit check :* Test pour vérification de l'ajustement du masque effectué par le porteur de l'appareil à chaque fois qu'il le met. Ce test donne une indication sur le positionnement correct du respirateur.

- Il est de la responsabilité de l'employeur de s'assurer que les masques représentant des solutions de rechange aux N95 respectent les normes de protection requises pour les tâches que les employés doivent exécuter. Pour ce faire, il devra se référer au fabricant ou au fournisseur afin de valider l'équivalence de la protection offerte par ces masques par rapport à celle offert par les APR certifiés par le NIOSH. Pour le guider dans le choix des différents modèles, l'employeur peut se référer à l'évaluation d'efficacité de filtration qui a été effectuée par le NIOSH : https://www.cdc.gov/niosh/npptl/respirators/testing/NonNIOSHresults.html

☐ Limiter au minimum le nombre de travailleurs de la santé dans la salle où le respirateur est requis.
☐ Le respirateur N95 doit être ajusté selon un test d'étanchéité reconnu (*fit test*).
- L'utilisation d'un respirateur N95 sans test d'étanchéité n'assure pas plus de protection que l'utilisation d'un masque de procédure.
- Vérifier l'étanchéité avant chaque utilisation (*fit check).*
- Le N95 ne peut être utilisé par quelqu'un qui porte une barbe.
- La réutilisation des N95 est possible. Consulter la section suivante.
- En contexte de pénurie, utiliser le respirateur N95 au-delà de la date d'expiration en s'assurant de son intégrité (p. ex. élastique) et en vérifiant son étanchéité.

☐ Certains respirateurs KN95 peuvent être utilisés sans test d'étanchéité (*fit test*) :
- Le KN95 peut être porté pendant 4 h. Changer le masque s'il devient souillé ou mouillé.
- La réutilisation des KN95 n'est pas documentée à ce jour.

Trucs et astuces pour la réutilisation des N95 (https://www.inspq.qc.ca/publications/2918-reutilisation-respirateurs-n95-covid19) :
- Chaque respirateur N95 pourra être utilisé jusqu'à 5 fois, soit 5 demi-journées Le travailleur portera un respirateur par demi-journée et le rangera dans un sac en papier à la fin de chaque demi-journée.
- L'ordre d'utilisation doit être répété avec un minimum de 5 jours entre chaque utilisation :
  - Ces 5 jours s'appuient sur les résultats d'une étude qui évalue la persistance du SRAS-CoV-2 sur les surfaces en plastique, en acier inoxydable et en carton montrant que le virus est capable de survivre en moyenne jusqu'à 72 heures.
  - Chaque travailleur qui possède des respirateurs doit les mettre, les enlever, les inspecter et les stocker correctement à chaque demi-journée.
  - Le travailleur de la santé doit manipuler les respirateurs avec précaution (même après 5 jours) et suivre les précautions nécessaires lors de leur réutilisation.

Pour plus d'information :

- Pénurie appréhendée ou réelle de respirateurs N95 :
  - https://www.inspq.qc.ca/publications/2965-desinfection-n95
  - https://www.inspq.qc.ca/publications/2966-desinfection-protections-respiratoires-n95-covid19
  - https://www.inspq.qc.ca/publications/2918-reutilisation-respirateurs-n95-covid19

    - https://www.inspq.qc.ca/publications/2921-utilisation-masques-n95-expires-covid19
- Tests d'étanchéité, consulter le site internet suivant : https://asstsas.qc.ca/dossiers-thematiques/faq-protection-respiratoire-reponses
- Santé Canada : Optimiser l'utilisation des masques et des respirateurs lors de l'épidémie de la COVID-19 : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/instruments-medicaux/covid19-masques-respirateurs.html#a5
- Instruments médicaux visant une utilisation contre le coronavirus (COVID-19) : Liste des instruments autorisés en vertu de l'arrêté d'urgence : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/covid19-industrie/instruments-medicaux/instruments-autorises-arrete-urgence.html

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 7 : ASEPSIE AU LABORATOIRE (D,H,A,T,DD)

Cette section est tirée du document d'information sur le contrôle des infections en médecine dentaire publié en 2009 par l'Ordre des dentistes du Québec et l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec. Son contenu a été révisé par le groupe de travail sur les services dentaires en contexte de pandémie COVID-19 afin de s'assurer que les renseignements contenus y sont à jour.

Aide-mémoire :

- ☐ Tout ce qui entre dans le laboratoire en provenance d'une salle opératoire doit être stérilisé, si stérilisable, ou désinfecté adéquatement.
  - La désinfection des empreintes (ou autre matériau/instrument) devant être transférées au laboratoire doit se faire directement dans la salle de traitement. Les gants doivent être changés avant de quitter la salle opératoire.
- ☐ Tout ce qui entre dans le laboratoire en provenance d'un laboratoire extérieur, même si le laboratoire procède à une désinfection, doit être stérilisé, si stérilisable, ou désinfecté adéquatement.
- ☐ Tout ce qui quitte le laboratoire et qui est destiné à aller en bouche doit être stérilisé, si stérilisable, ou désinfecté adéquatement.
- ☐ Tout ce qui quitte le laboratoire pour être acheminé vers un laboratoire extérieur doit être stérilisé, si stérilisable, ou désinfecté adéquatement.

Tableau 5 : Règles générales d'asepsie au laboratoire

Articles	Marche à suivre
Empreintes et cires d'occlusion	☐ Nettoyer, rincer à l'eau courante, secouer. ☐ Humecter de désinfectant, placer dans un sac de plastique refermable et laisser agir 2 minutes (en fonction du désinfectant). ☐ Rincer à nouveau et couler l'empreinte.
Plaques occlusales	☐ Respecter les recommandations du manufacturier : produit, méthode et durée.
Prothèses et appareils	☐ Nettoyer, rincer à l'eau courante. ☐ Immerger dans une solution tuberculocide (éviter les dérivés phénoliques). ☐ Rincer à nouveau et assécher. ☐ Les prothèses acryliques désinfectées peuvent être conservées dans un sac ou un autre contenant renfermant une solution diluée de rince-bouche.
Modèles de plâtre ou de pierre	☐ Humecter de désinfectant jusqu'à ce qu'ils soient complètement trempés. Éviter de vaporiser le désinfectant.

Tableau 6 : Solutions désinfectantes

Articles	Glutaraldéhyde	Iodophore (1 : 213)	Eau de Javel (1 : 10)
Empreintes			
Alginate	-	+	+
Polysulfure	-	+	+
Silicone	-	+	+
Polyéther	-	-	+*
Hydrocolloïde	-	-	+
Prothèses			
Fixe (métal/porcelaine)	+	?	?
Amovible (acrylique/porcelaine)	-	+	+
Amovible (métal/acrylique)	-	+#	+#
Tout métal	+	?	?

Respecter toujours le temps recommandé par le manufacturier. L'alcool seul n'est pas recommandé.

Légende : + Méthode recommandée - Méthode non recommandée
? Données insuffisantes # Temps minimal d'immersion (10 minutes)
* Utiliser avec précaution et consulter les recommandations du manufacturier

Tableau 7 : Désinfection et stérilisation des agents de polissage et de divers matériaux

Articles	Actions		
	Nettoyer et désinfecter	**Nettoyer et stériliser**	**Jeter**
Articulateur	√		
Fraises : **Acier de carbone** **Acier** **Carbure de tungstène** **Diamantée**		√ √ √ √	
Porte-empreintes : **Aluminium** **Chrome (plaqué)** **Résine acrylique à froid** **Plastique**		√ √ √ à froid	 √
Matériaux orthodontiques : **arches, fils et boîtiers**		√	
Agents de polissage : **Bandes sablées grenat** **Cupules caoutchoutées**			√ √
Pointes à polir, roues, disques et brosses : **Grenat** **Pointes caoutchoutées/roue** **Roues feutrées ou chiffonnées** **Brosses**		 √ √ √	 √
Pierres montées : **Abrasives (polissage)**		√	
Spatules, bols, cire d'occlusion	√		
Couteaux		√	
Guide de couleurs	√	√ à froid	
Pierre ponce (pumice)	Mélanger avec une des solutions désinfectantes suivantes; eau de Javel (1 : 10), iodophore, ammonium quaternaire ou chlorhexidine. Préparer un nouveau mélange pour chaque patient		

Pour plus d'information :

- Document d'information sur le contrôle des infections en médecine dentaire de l'Ordre des dentistes du Québec et l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec.
  http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/politiques/Controle_des_Infections.pdf

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 8 : MILIEUX D'ENSEIGNEMENT (D,A,H,T,DD,P)

Ce feuillet peut être utilisé pour mieux planifier l'organisation des cliniques en milieu d'enseignement. Il contient les renseignements additionnels s'appliquant aux cliniques dentaires à aire ouvertes comportant de nombreux postes de travail. Les grands principes de l'ensemble de ce document s'appliquent aussi aux milieux d'enseignement.

Aide-mémoire :

- ☐ Respecter la distanciation sociale (2 mètres) dans la salle d'attente (voir feuillet 1).
- ☐ Dans la mesure du possible, éviter que les personnes se croisent dans la clinique, en établissant un sens de circulation unique (ex. : effectuer un tracé au plancher pour diriger la circulation).
- ☐ Limiter autant que possible le papier dans les salles de traitement (voir feuillets 3 et 4) :
  - ☐ Prévoir un espace à l'entrée de chaque cubicule permettant de consulter le dossier du patient s'il est en format papier (p. ex. : boite fermée de plastique de type plexiglas).
  - ☐ Si possible, remplir le dossier loin de la zone de contact avec le patient.
- ☐ Limiter la quantité de matériel dans le cubicule. Ne sortir que les instruments et matériaux nécessaires pour la procédure (voir feuillet 4).
- ☐ Le rayon de génération de gouttelettes lors d'un traitement dentaire autour de la tête d'un patient est estimé à 2 m. La distance devant être respectée entre les têtes des patients est donc d'approximativement 4 m. Si des murets ou autres obstacles sont présents pour arrêter les gouttelettes, cette distance est facultative.
- ☐ Réserver des salles de traitement fermées pour procéder aux interventions à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques (voir feuillet 5).
  - À la suite d'une intervention dentaire à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation de l'espace avant de faire entrer le prochain patient (voir feuillet 5).
  - Évaluer la nécessité d'utiliser un système de filtration de l'air supplémentaire (p. ex. : filtre HEPA).
- ☐ Les étudiants doivent porter les ÉPI tels que définis aux feuillets 6 et 6A.
- ☐ Prévoir des blouses imperméables ou non, à manches longues, non stériles, jetables ou lavables (une blouse par patient) pour les cliniciens ayant à procéder ou assister à une intervention à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques (voir feuillets 6 et 6A)
- ☐ Prévoir des visières pour les cliniciens ayant à procéder ou assister à une intervention à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques.

- Lorsque le clinicien change de cubicule :
  - ☐ Dans la salle initiale, il doit retirer les gants puis procéder à l'hygiène des mains;
  - ☐ S'il a procédé ou assisté à une intervention à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques, il doit retirer la blouse et procéder à l'hygiène des mains;

- Prévoir un panier facile d'accès muni d'un sac jetable ou réutilisable selon le cas afin d'y déposer les blouses/uniformes souillés.

☐ S'il a procédé ou assisté à une intervention sans production d'aérosols ou une intervention à faible risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques, il doit porter un uniforme de travail qui n'a pas à être changé entre chaque patient.

☐ S'il a procédé ou assisté à une intervention à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques, retirer la protection oculaire et effectuer à nouveau l'hygiène des mains;

- Mettre de nouveaux gants, désinfecter la protection oculaire, enlever les gants et effectuer à nouveau l'hygiène des mains et remettre la protection oculaire.

☐ S'il a procédé ou assisté à une intervention sans production d'aérosols ou une intervention à faible risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques, il doit désinfecter sa protection oculaire seulement si elle a été touchée ou souillée. Il est important de toujours porter une attention particulière à la contamination croisée.

☐ Dans la deuxième salle, il doit mettre une nouvelle blouse si une intervention à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques est prévue.

☐ Mettre de nouveaux gants.

- Masque de procédure (ou chirurgical) (voir feuillets 6 et 6A) :
  - Changer le masque seulement s'il devient souillé ou mouillé, puis réaliser l'hygiène des mains;
  - Le masque de procédure (ou chirurgical) peut être porté pendant 4 h. Changer le masque s'il devient souillé ou mouillé;
  - 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;
  - Si le masque est touché, enlever les gants, procéder à l'hygiène des mains et enfiler une autre paire de gants.

Pour plus d'information :

- Pénurie appréhendée ou réelle d'ÉPI : https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19
- Nettoyer et désinfecter la protection oculaire entre chaque patient : https://www.inspq.qc.ca/publications/2955-desinfection-protection-oculaire-covid19

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 9 : ASPECTS PARTICULIERS AUX SOINS DENTAIRES À DOMICILE (D,DD,A)

Ce feuillet peut être utilisé pour mieux planifier l'organisation des soins dentaires à domicile. Il contient les renseignements spécifiques à ce type de pratique. Les grands principes de l'ensemble de ce document s'appliquent aussi aux soins dentaires à domicile.

Aide-mémoire :

Avant le rendez-vous :

- ☐ Lors de la prise de rendez-vous, évaluer la présence de symptômes ou facteurs de risque de la COVID-19 chez toutes les personnes présentes au domicile à l'aide du formulaire de dépistage (voir feuillet 2A).
- ☐ Apporter seulement le matériel et l'équipement requis à la visite chez le patient.
- ☐ Laisser le matériel qui ne peut être désinfecté à l'extérieur du domicile (p. ex. : housses de tissu).
- ☐ Déposer ses effets personnels dans un sac jetable ou lavable dès l'arrivée au domicile du patient.
- ☐ Le personnel traitant doit avoir en sa possession :
  - ☐ Une solution hydroalcoolique (60 % à 70 %);
  - ☐ Les ÉPI requis selon les interventions à effectuer et le statut du patient;
  - ☐ Des lingettes désinfectantes.

Lors du rendez-vous (voir feuillets 1, 3, 4, 5, 6):

- ☐ Le personnel traitant ayant un contact à moins de 2 mètres avec un patient doit porter un masque de procédure (ou chirurgical) en tout temps.
- ☐ Promouvoir l'hygiène et l'étiquette respiratoires chez les usagers présentant de la fièvre ou de la toux.
- ☐ Promouvoir les mesures communautaires et la distanciation sociale.
- ☐ S'il y a d'autres personnes au domicile, elles ne doivent pas rester dans la même pièce que le professionnel traitant et le patient :
  - Si impossible, la personne doit maintenir une distance de deux mètres avec le professionnel traitant ou mettre un masque de procédure (ou chirurgical).
  - Si l'accompagnateur devant rester dans la salle de traitement n'a pas été en contact étroit avec le patient, les interventions à risque de production d'aérosols provenant de liquides biologiques sont proscrites à moins de fournir les ÉPI requis à l'accompagnateur (voir feuillets 6 et 6A).
    - Définition de contact étroit (sans les ÉPI requis) :
      - Au moins 15 minutes à moins de 2 mètres avec cette personne;
      - Contact répété avec cette personne;
      - Vivre sous le même toit avec cette personne;
      - Contact physique lors de soins corporels avec cette personne;
      - Contact direct avec les liquides biologiques de cette personne.
- ☐ Procéder aux interventions dans une pièce individuelle, porte fermée.

- Améliorer la circulation de l'air dans la chambre ou dans la pièce où auront lieu les soins en ouvrant une fenêtre ou une porte extérieure.

☐ Procéder à la désinfection des surfaces du domicile utilisées avant et après le traitement.

☐ Procéder à la désinfection de tous les équipements et placer les instruments souillés dans un premier contenant de type médical :

- ☐ Conserver les instruments humides jusqu'à leur arrivée pour le retraitement, en utilisant un produit humidifiant (gel, mousse ou vaporisateur);
- ☐ Placer le premier contenant de type médical dans un second contenant de transport de type commercial (double emballage des instruments souillés avant leur transport).

Après le rendez-vous :

☐ Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).

☐ Enlever l'uniforme ou la blouse avant de quitter le domicile du patient et la mettre dans le sac jetable ou lavable utilisé précédemment pour mettre les effets personnels du professionnel.

Pour plus d'information :

- Mesures pour les travailleurs de la santé lors de la prestation de soins à domicile : https://mobile.inspq.qc.ca/publications/2917-mesures-soins-domicile-covid19
- Port du masque de procédure en milieux de soins lors d'une transmission communautaire soutenue : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 10 : OBLIGATIONS LÉGALES ET RISQUES PSYCHOSOCIAUX (D,H,A,T,DD,P)

Dans le contexte de la COVID-19, les obligations légales en santé et sécurité du travail, autant pour l'employeur que pour les travailleurs et travailleuses, doivent être appliquées. Cette section est tirée du document « Guide de normes sanitaires en milieu de travail – COVID-19 » de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

Aide-mémoire pour l'employeur :

- ☐ L'employeur a l'obligation de protéger la santé et d'assurer la sécurité et l'intégrité physique de ses travailleurs.
  - La *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST) exige que l'employeur prenne toutes les mesures nécessaires pour y parvenir (article 51).
- Pour ce faire, il doit, entre autres, mettre en œuvre des méthodes d'identification, de correction et de contrôle des risques.
  - ☐ Dans le contexte de la COVID-19, l'employeur doit s'assurer que les mesures de prévention habituellement mises en œuvre sont toujours adaptées.
  - ☐ Sinon, il doit les modifier pour protéger les travailleuses et les travailleurs contre les risques de contamination.
  - ☐ L'employeur doit également les informer sur les risques liés à leur travail, y compris ceux liés à la COVID-19.
  - ☐ Il doit également leur assurer la formation, la supervision et l'entraînement appropriés afin que tous aient l'habileté et les connaissances requises pour accomplir de façon sécuritaire le travail qui leur est confié.
  - ☐ Pour les particularités concernant les travailleuses enceintes ou qui allaitent consultez les hyperliens ci-dessous, dans la section « pour plus d'information ».

Aide-mémoire pour les travailleuses et les travailleurs :

- ☐ Chaque travailleuse ou travailleur a l'obligation de prendre les mesures nécessaires pour protéger sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique, et de veiller à ne pas mettre en danger la santé, la sécurité ou l'intégrité physique des autres personnes qui se trouvent sur les lieux de travail (article 49 de la LSST).
  - ☐ Pour ce faire, il doit respecter les règles et les mesures mises en application dans le contexte de la COVID-19, au même titre que les autres règles appliquées dans le milieu de travail (annexe 3).
- ☐ La travailleuse ou le travailleur doit aussi participer à l'identification et à l'élimination des risques. S'il voit des risques ou s'il a des suggestions à cet égard, il doit en faire part au comité de santé et de sécurité (s'il y en a un), à son supérieur ou à un représentant de l'employeur.

Trucs et astuces :

Risques psychosociaux liés au travail

- ☐ Le contexte de la COVID-19 peut être un facteur de stress important, autant pour l'employeur que pour les travailleurs, les fournisseurs, les sous-traitants, les partenaires et la clientèle, par le chamboulement qu'elle provoque dans les différentes sphères de la société. Une attention particulière doit donc être portée à la santé psychologique du personnel.
- ☐ Aucune forme de violence entre les personnes (collègues, supérieurs hiérarchiques, subordonnés) ne doit être tolérée, même si elle provient de l'externe (clientèle, usagers, fournisseurs, sous-traitants). L'employeur est invité à afficher ces informations et à en informer son personnel.
- ☐ Le climat de travail est primordial, et dans le contexte particulier de la pandémie, une attention particulière doit y être apportée pour le maintenir sain. Des relations harmonieuses entre l'employeur, les travailleuses et les travailleurs et la clientèle sont des plus importantes.
- ☐ La mise en place de diverses mesures de prévention dans le milieu de travail et une bonne communication de l'information permettront à l'employeur de répondre aux préoccupations de chacun, et ainsi de rassurer les travailleurs et de réduire leur anxiété.

Formulaire à utiliser :

- Annexe 3 : Registre de monitorage des travailleurs

Pour plus d'information :

- Document de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) : https://www.cnesst.gouv.qc.ca/salle-de-presse/covid-19/Documents/DC100-2146-Guide-Prevention-Covid19.pdf
- COVID-19 (SARS-CoV-2) : Recommandations intérimaires sur les mesures de prévention en milieux de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2912-travailleuses-enceintes-allaitent.pdf
- Les risques professionnels pendant la grossesse pour les hygiénistes dentaires et les assistantes dentaires en cabinets privés : http://www.santeautravail.qc.ca/documents/5982116/08379013-6735-430c-b1ea-b3f810098b85

Coronavirus COVID-19

ANNEXE 1 : PRINCIPE DE PRÉCAUTION

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. Cette annexe explique pourquoi le principe de précaution a été appliqué dans le choix des directives.

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 directives 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'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 pour lesquelles ces ÉPI sont nécessaires.

Toutes les directives émises dans ce document répondent au principe de précaution et correspondent à un risque raisonnable. Le risque zéro n'existe pas lors de la prestation de soins de santé et n'a jamais existé dans la pratique de la médecine dentaire. La conscience du risque ou l'hypervigilance face au risque est nourrie par la situation actuelle et par la médiatisation autour de cette situation ; c'est bien normal d'avoir des inquiétudes. Cependant, il faut revenir s'appuyer sur la science et la raison, ce que font ces directives. C'est avec le souci de protéger le travailleur et le patient que ces directives ont été élaborées par le comité ministériel « groupe de travail sur les services dentaires en contexte de pandémie COVID-19 ». Ainsi, les travailleurs du domaine dentaire peuvent être en confiance lors du retour au travail et être pleinement disposés à remplir le rôle social dans lequel ils se sont engagés.

Coronavirus COVID-19

ANNEXE 2 : REGISTRE DES PATIENTS ET ACCOMPAGNATEURS

Il est conseillé de tenir un registre des patients et des accompagnateurs, le cas échéant, advenant une enquête épidémiologique à la suite d'un diagnostic positif à la COVID-19 pour ainsi faciliter les démarches de la santé publique. Si votre agenda vous permet d'obtenir les informations ci-dessous, il n'est pas nécessaire de tenir ce registre.

Date	Heure d'arrivée et heure de sortie	Nom du patient ou de l'accompagnateur	Accompagnateur (A) ou patient (P) – entourer la lettre correspondante
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		A / P

Coronavirus COVID-19

ANNEXE 3 : REGISTRE DE MONITORAGE DES TRAVAILLEURS

Il est conseillé de tenir un registre de monitorage des travailleurs, advenant une enquête épidémiologique à la suite d'un diagnostic positif à la COVID-19, pour ainsi faciliter les démarches de la santé publique. Nous conseillons qu'une personne soit responsable de recueillir les informations pour compléter ce registre afin éviter la contamination croisée.

Date	Heure d'arrivée et heure de sortie	Nom du travailleur	Présence d'au moins un des symptômes suivants : fièvre ≥38°C ou toux ou difficulté respiratoire ou perte d'odorat d'apparition brutale sans congestion nasale, avec ou sans perte du goût	Travailleur retiré du milieu de travail
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non
	Heure d'arrivée : Heure de sortie :		☐oui ☐non	☐oui, heure :_____ ☐non

Coronavirus COVID-19

ANNEXE 4 : ÉTAT DES CONNAISSANCES

Épidémiologie

L'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.

Mode de transmission

- De plus en plus de données épidémiologiques maintenant disponibles sur les personnes infectées à la COVID-19 répertoriées à travers le monde démontrent que les cas sont liés à une transmission de personne à personne, lors d'un contact étroit sans protection avec une personne présentant des symptômes respiratoires ou une personne en phase présymptomatique ou une personne infectée asymptomatique.
- Des études publiées récemment suggèrent qu'une certaine proportion (de 5 à 75 %; très variable selon l'âge et selon les études) des personnes infectées demeurent asymptomatiques. Les personnes plus jeunes ont une plus grande probabilité de faire des formes asymptomatiques de la COVID-19.
- Chez les personnes symptomatiques, la charge virale serait maximale à l'apparition des symptômes. Il a été suggéré qu'environ 44 % de la période infectieuse se passerait en phase présymptomatique.
- Des données en constante évolution semblent démontrer que la charge virale d'un patient asymptomatique ou d'un patient présymptomatique tend à être similaire à celle des individus présentant des symptômes. Néanmoins, la proportion de personnes ayant contracté la COVID-19 par l'entremise de personnes asymptomatiques est difficile à estimer et peu documentée.
- 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 (nasopharyngées et oropharyngées) 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.

Risque d'exposition des travailleurs de la santé dentaire

- Les travailleurs de la santé dentaire ont un risque d'exposition professionnelle au SARS-CoV-2 lors des interventions dentaires (OSHA, 2020). Toutefois, lorsque les ÉPI sont utilisés adéquatement, le niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé dentaire est considéré faible. Pour plus de détails, consulter le document de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2905-evaluation-risque-exposition-ts-lors-de-soins-covid19.pdf
- Des cas de transmission de la COVID-19 aux travailleurs de la santé sont documentés dans la littérature lors du retrait des ÉPI. Il est donc important de rappeler que **le retrait des ÉPI est une étape cruciale pour la protection des travailleurs de la santé dentaire**. Des indications précises sont données à cet effet dans le feuillet 6.

Transmission par les gouttelettes (tableau 1)

- 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 infectée.
- 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 des voies respiratoires ainsi que les conjonctives. Le masque de procédure (ou chirurgical) et le port d'une visière 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.

Transmission par les aérosols (tableau 1)

- 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, pièce à main à haute vitesse et détartreur). 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.

Tableau 1 : Caractéristiques de la transmission aérienne opportuniste[5] versus par gouttelettes[6]

Caractéristiques	Aérienne opportuniste	Gouttelettes
Définition	Infection par inhalation d'un aérosol infectieux (contaminé par un pathogène)	Infection par exposition des conjonctives ou des muqueuses à des gouttelettes projetées lors de la toux ou d'un éternuement, lorsqu'une personne parle ou lors de procédures pratiquées par voie oro ou nasopharyngée.
Vecteur de la transmission	Aérosols	Gouttelettes
Devenir des particules dans l'air	Particules suffisamment petites (< 5 microns) pour rester en suspension dans l'air pendant plusieurs minutes/ heures, selon la ventilation de la pièce	Gouttelettes ne restant pas en suspension dans l'air et se sédimentant rapidement
Distance à laquelle le microorganisme peut être transporté	Partout dans une chambre ou un secteur, par les courants d'air	À courte distance < 2 mètres
Site d'inoculation	Voies respiratoires inférieures - site d'inoculation préférentiel	Elles peuvent contaminer une personne en se déposant dans les yeux, sur la muqueuse nasale ou buccale de la personne exposée ainsi que sur une surface à proximité

[5] Fines gouttelettes de sécrétions respiratoires infectées aérosolisées particulièrement lors des interventions médicales générant des aérosols.

[6] Tableau inspiré du document de la PCI, CISSS de l'Outaouais, avril 2020.

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 2 compare le R_o de différentes maladies virales, dont la COVID-19.

Tableau 2 : 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	~3[7]
Grippe espagnole (1918)	2-3
Oreillons	4-7
Poliomyélite	5-7
Variole	5-7
Rubéole	6-7
Rougeole	12-18

[7] Référence : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2983-immunite-groupe-covid19.pdf

Coronavirus COVID-19

ANNEXE 5 : CLASSIFICATION DES INTERVENTIONS DENTAIRES EN FONCTION DU RISQUE DE PRODUCTION D'AÉROSOLS (VOIR FEUILLET 5)

INTERVENTIONS À FAIBLE PRODUCTION DE GOUTTELETTES ET SANS PRODUCTION D'AÉROSOLS (LISTE NON EXHAUSTIVE)

Prérequis :

- ➔ Traiter dans une salle ouverte ou fermée;
- ➔ Aucune utilisation de la seringue air-eau;
- ➔ Aucune utilisation de la pièce à main à haute vitesse;
- ➔ Aucune utilisation du détartreur;
- ➔ Aucune utilisation de l'aéropolisseur (Prophyjet™).

- Traitements restaurateurs atraumatiques : ART-SMART (voir feuillet 5);
- Application topique de fluorure (incluant le FDA) (voir feuillet 5);
- Prise d'empreintes sans corde à rétracter;
- Prise d'articulés, essayages, mise en bouche et ajustements de prothèses amovibles;
- Prise de radiographies;
- Enseignement et démonstration des mesures d'hygiène buccale;
- Incision ou drainage d'un abcès;
- Suivi, évaluation et traitement des lésions malignes et prémalignes;
- Choix de couleur;
- Procédures orthodontiques (p. ex. : ajustement d'appareils).

INTERVENTIONS À FAIBLE PRODUCTION D'AÉROSOLS PROVENANT DE LIQUIDES BIOLOGIQUES (LISTE NON EXHAUSTIVE)

Prérequis :

- ➔ Traiter dans une salle ouverte ou fermée;
- ➔ Pose de la digue dentaire lors de l'utilisation de la pièce à main à haute vitesse;
- ➔ Utilisation minimale non continue de la pièce à main à haute vitesse (p. ex. : ajustement d'occlusion);
- ➔ Utilisation minimale non continue de la seringue air-eau sans utiliser l'air et l'eau simultanément (mode pulvérisation);
- ➔ Aucune utilisation du détartreur;
- ➔ Aucune utilisation de l'aéropolisseur (Prophyjet™).

- Examen dentaire;
- Détartrage manuel;
- Surfaçage manuel;
- Polissage sélectif à l'aide de la pièce à main avec cupule (en raison des nombreuses gouttelettes liées à cette intervention, le port de la blouse à manches longues (une par patient) et d'une visière est recommandé);
- Application de scellants dentaires sans améloplastie;
- Mise en place d'une obturation temporaire;
- Dentisterie opératoire avec digue dentaire;

- Ajustement d'occlusion;
- Cimentation ou essayage d'une prothèse fixe;
- Endodontie (incluant les ouvertures d'urgence);
- Chirurgies sans utilisation de la pièce à main à haute vitesse chirurgicale;
- Procédures orthodontiques (p. ex. : cimentation de bagues);
- Mise en bouche d'une prothèse implanto-portée (unitaire, partielle, complète) transvissée ou cimentée sur pilier.

INTERVENTIONS À RISQUE DE PRODUCTION D'AÉROSOLS PROVENANT DE LIQUIDES BIOLOGIQUES (LISTE NON EXHAUSTIVE)

Prérequis :

➔ Traiter dans une salle fermée;
➔ Utilisation soutenue de la seringue air-eau;
➔ Utilisation de la seringue air-eau en mode pulvérisation;
➔ Utilisation soutenue de la pièce à main à haute vitesse sans digue;
➔ Utilisation du détartreur;
➔ Utilisation de l'aéropolisseur (Prophyjet™).

- Détartrage avec détartreur ultrasonique ou piézoélectrique;
- Polissage avec aéropolisseur;
- Dentisterie opératoire sans digue;
- Préparation dentaire pour facettes et prothèses fixes;
- Prise d'empreintes avec utilisation de corde à rétracter;
- Procédures orthodontiques (p. ex. : décimentation de boitiers);
- Chirurgie nécessitant l'utilisation de la pièce à main à haute vitesse chirurgicale;
- Implantologie chirurgicale: pose d'implants, traitement de péri-implantite, etc.;
- Mise en bouche d'une prothèse implanto-portée qui requiert un ajustement par fraisage air/eau soutenu pour l'ajustement d'une pièce d'implant (pilier) ou pour une correction gingivale.

Pour plus d'information :

- **Guide pour les hygiénistes dentaires sur les activités générant des aérosols et gouttelettes - Directives et recommandations (pandémie de la COVID-19) :** http://www.ohdq.com/communications/reprise-des-soins

Coronavirus COVID-19

ANNEXE 6 : TRANSMISSION DE LA COVID-19 PAR LES AÉROSOLS ET LES MOYENS DE MINIMISER LES RISQUES

Document rédigé par :

- Jean Barbeau, Université de Montréal
- Caroline Duchaine, Université Laval

Transmission de la COVID-19 par les aérosols

La COVID-19 étant une infection respiratoire il semble logique de penser que le virus se transmet par les aérosols.

Pour faire une évaluation des risques de transmission en cabinet dentaire il faut par contre faire la distinction entre les aérosols et les gouttelettes. Les deux termes s'appliquent à des concepts différents.

Lorsqu'une personne tousse ou éternue ou lorsque des traitements dentaires sont faits avec des instruments dynamiques (par exemple la pièce à main à haute vitesse ou le détartreur), une bruine de gouttelettes et d'aérosols est projetée dans l'air.

Les aérosols sont des suspensions dans l'air de particules solides ou liquides suffisamment petites pour qu'elles restent dans l'air pendant une période de temps prolongée en raison de leur faible vitesse de sédimentation. La vitesse de sédimentation dans l'air calme peut être calculée et, par exemple, une chute de 3 m prend 4 min pour une particule de 20 µm (diamètre aérodynamique), 17 min pour 10 µm et 67 min pour 5 µm.

Lors de l'étude des bioaérosols générés par des sujets humains, il est important de distinguer entre le diamètre initial des particules et le diamètre après évaporation de l'eau dans l'air ambiant. Les particules desséchées résultantes sont appelées « noyaux de gouttelettes ». Pour les particules d'un diamètre initial <20 µm, l'évaporation se produit en <1 s et le diamètre diminue à un peu moins de la moitié du diamètre initial. Il existe un accord essentiel sur le fait que les particules d'un diamètre aérodynamique de 5 µm ou moins sont des aérosols, alors que les particules >20 µm seraient de grosses gouttelettes. Certains auteurs définissent les aérosols comme ≤10 µm ou même ≤20 µm; les particules comprises entre 5 et 15 à 20 µm sont également appelées « intermédiaires » (toutes les valeurs se réfèrent au diamètre aérodynamique. Pour les bioaérosols, elles se réfèrent au diamètre aérodynamique après évaporation).

S'il est bien établi que les gouttelettes peuvent transmettre la maladie lors d'une proximité avec une personne infectée, la transmission par les aérosols, c'est-à-dire la transmission par l'air (*airborne*) est une zone grise. En effet, plusieurs facteurs doivent être pris en compte.

Les études sur l'influenza démontrent que la vaste majorité des agents infectieux sont libérés de la bruine respiratoire dans des gouttelettes. Ce qui est compatible avec le fait que 99 % de la bruine respiratoire est constituée de gouttelettes et non de bioaérosols (1 %). En bref, environ 1 % des pathogènes se retrouvent dans les particules bioaérosols produits par une personne infectée. Considérant ces données, plus la distance augmente entre la personne source et la personne en contact, plus les particules infectieuses se font rares.

La charge virale associée aux gouttelettes est donc supérieure à celle des aérosols. Les virus ne voyagent pas isolés dans l'air; ils sont associés aux gouttelettes de sécrétions. Plusieurs particules virales peuvent être associées à une gouttelette. En théorie, les plus grosses gouttelettes vont transporter plus de virus que les petites. Or, les plus grosses gouttelettes retombent sur les surfaces avant de s'évaporer. Les plus petites vont s'évaporer rapidement et devenir des bioaérosols. Des particules virales peuvent donc être associées aux noyaux de gouttelettes. La résistance à cet état de noyaux de gouttelettes varie d'un virus à l'autre. Les données actuelles (2 articles seulement en date du 24 avril) pour le virus de la COVID-19 suggèrent une résistance à l'aérosolisation (demi-vie d'environ 3 heures), mais en contexte de laboratoire. Cependant, à ce jour, aucune équipe n'a réussi à démontrer l'infectivité du virus SARS-Cov-2 dans les bioaérosols générés par les personnes infectées.

Pour beaucoup de maladies, les voies d'exposition sont multiples et pas toutes sur un même pied d'égalité. Selon les évidences actuelles, les gouttelettes représentent un risque de transmission plus grand que l'air. L'air pourrait, dans certaines circonstances jouer un rôle, mais le manque de connaissances actuel ne permet pas d'établir, preuves à l'appui, que cette voie est significative, en contexte « normal », c'est è dire à l'extérieur des conditions de laboratoire.

Il n'est toutefois pas exclu que les aérosols jouent un rôle, de façon sporadique, mais significative, dans des situations de transmission particulières (p. ex. : les bateaux de croisières, les pièces mal ventilées, contact prolongé, etc.).

En outre, il faut aussi tenir en compte la charge virale associée aux patients symptomatiques et celle aux patients libres de symptômes. Ces données sont en constante évolution.

C'est en gardant ces notions en tête qu'il faut aborder les moyens de minimiser la transmission de la COVID-19 lors des traitements dentaires. Ces moyens visent la protection de l'équipe dentaire et celle des patients.

Aérosols et traitements dentaires

Lorsque des instruments dynamiques comme la pièce à main à haute vitesse et le détartreur sont utilisés, des gouttelettes et des aérosols sont produits. Les données indiquent que la majorité des particules se classent comme dans la catégorie des aérosols (diamètre médian de 0,73 µm). Selon les études, la plus forte concentration de ces éléments se retrouve à environ 1 mètre autour de la tête des patients.

Étant donné que les particules chargées de virus sont un mélange complexe de divers composants (sels, protéines et autres substances organiques et matières inorganiques, y compris les particules virales), il est essentiel de réaliser que la taille de la particule virale elle-même n'a pas d'influence sur la taille des particules en suspension dans l'air. L'influence des virus seuls sur la distribution granulométrique des aérosols est négligeable par rapport à celle du reste de l'aérosol. Donc, les virus, même s'ils sont de taille nanométrique, circulent dans les aérosols attachés à des particules de taille micrométriques.

Les informations précédentes peuvent servir de guide pour évaluer les facteurs de risque de transmission de la COVID-19 en cabinet dentaire, mais les données ne permettent pas de quantifier ce risque en absence de données de nature épidémiologiques.

Par contre, il est logique de tenter de réduire la production des gouttelettes/aérosols et minimiser leur potentiel infectieux. Puisque les aérosols restent en suspension dans l'air pendant longtemps, des stratégies d'assainissement de l'air sont souhaitables.

Les données actuelles indiquent que les gouttelettes et les contacts avec celles-ci sont plus à risque que les aérosols pour la propagation de la COVID-19. Les gouttelettes, qui retombent rapidement sur les surfaces, transportent potentiellement plus de particules virales que les particules aérosols. Bien que les particules aérosols restent en suspension dans l'air longtemps, elles se retrouvent très diluées dans l'air des salles. Le potentiel infectieux de ces aérosols dilués est considéré comme très faible.

Nous établissons **quatre niveaux** de gestion des gouttelettes et des aérosols, chacun réduisant les risques de transmission de la COVID-19 lors de traitements générant des aérosols :

1. **Réduction du potentiel infectieux des gouttelettes et aérosols** par l'utilisation d'un rince-bouche antiseptique avant la procédure (plus de **90 %** d'efficacité).
2. **Réduction de l'émission des gouttelettes et aérosols** par la digue et la succion rapide (entre **90 et 99 %** d'efficacité).
3. **Blocage des gouttelettes et aérosols** avec le masque approprié couplé aux lunettes ou visière.
4. **Élimination des aérosols dilués dans l'air** par les changements d'air opérés par la ventilation centrale et/ou l'utilisation de filtres HEPA portatifs (entre **90 et 99,9 %** d'efficacité suivant le temps d'attente).

Ces quatre stratégies, en combinaison, réduisent considérablement la concentration des aérosols et le potentiel infectieux de ceux-ci lors des traitements générant des aérosols.

Changements d'air et filtres

Les systèmes d'aération et d'échangeur d'air déjà en place assurent un certain nombre de changements d'air d'une pièce ou d'une clinique en fonction du temps. Toutefois, ce taux de changement à l'heure est une donnée qui n'est pas toujours facile à obtenir et la fiabilité des données obtenues n'est pas constante. En outre, il peut y avoir des variations d'une salle à une autre dans une même clinique. Gardons en tête que les changements d'air auront peu d'influence sur les gouttelettes puisque celles-ci se déposent rapidement sur les surfaces et ne restent pas en suspension dans l'air.

L'utilisation de filtres HEPA portatifs est une stratégie très valable pour assurer un assainissement de l'air en passant par la filtration. Les experts suggèrent de placer une unité de filtration pour chaque salle clinique en la positionnant près de la source des aérosols. La puissance de l'appareil devra être déterminée en fonction de la taille de la pièce. Les spécifications du manufacturier vous permettront de déterminer, en fonction de la puissance de l'appareil, un équivalent de changement d'air à l'heure. Dans les grandes cliniques à aire ouverte, il peut être souhaitable d'avoir plus d'un appareil.

Les informations suivantes peuvent servir de guide pour choisir la capacité de traitement d'une unité mobile munie d'un filtre HEPA :

Ainsi pour une pièce de 12 pi (3,6576 m) ×12 pi (3,6576 m) et d'une hauteur de 10 pi (3,048 m) : $\Rightarrow V_{pièce}$ = 1 440 pi^3 (40,8 m^3). En posant que le débit de ventilation générale est de 1 changement d'air par heure (CAH) soit 24 pi^3/min (0,68 m^3/min).

Dans le tableau suivant, $C(t)/C(t_{ini})$ représente le rapport entre la concentration des aérosols au temps **t** et la concentration au temps initial (mise en marche de l'appareil). C'est aussi l'efficacité de réduction des bioaérosols dans la pièce : un $C(t)/C(t_{ini})$ de 0,1 et de 0.01 représentent 90 % et 99 % d'efficacité respectivement. Le temps en minutes du tableau

correspond à ce qui est nécessaire, en fonction de la puissance de l'unité HEPA et de son équivalence en termes de changement d'air à l'heure, (entre parenthèses) pour obtenir l'efficacité désirée.

Capacité de traitement de l'unité HEPA	340 l/min (1/2 CAH)	680 l/min (1 CAH)	1 360 l/min (2 CAH)	2 720 l/min (4 CAH)	5 660 l/min (8,3 CAH)
$C(t)/C(t_{ini}) = 0,1$	92 min	69 min	46 min	28 min	15 min
$C(t)/C(t_{ini}) = 0,01$	184 min	138 min	92 min	55 min	entre 29 et 30 min

Tableau fait par Stéphane Hallé, ing., École de Technologie Supérieure (ÉTS)

Exemple de capacité de traitement d'appareils portatifs : ~5 660 l/min à 17 400 l/min selon le manufacturier.

Coronavirus COVID-19

ANNEXE 7 : LISTE DES CLINIQUES DENTAIRES DÉSIGNÉES POUR LES URGENCES DES PATIENTS SUSPECTÉS OU CONFIRMÉS COVID-19

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 étant suspecté ou confirmé COVID-19. Afin d'assurer un triage des cas, **les patients ne doivent pas communiquer eux-mêmes avec les cliniques** pour prendre un rendez-vous.

Région	Clinique
Bas-Saint-Laurent	**Hôpital de Mont-Joli** 800, avenue du Sanatorium, Mont-Joli Téléphone : 418-732-5753
Saguenay-Lac-Saint-Jean	**Monastère des Augustines de Chicoutimi (rez-de-chaussée)** 225, rue Saint-Vallier, Chicoutimi 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 Téléphone : 514-890-8407 Télécopieur : 514-412-7770 **Hôpital général de Montréal (CUSM)** 1650, avenue Cedar, Montréal Téléphone : 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 demander 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, poste 0. Pédiatrie : contacter Dr Ouatik personnellement au 819-966-6100, poste 0.
Abitibi-Témiscamingue	**Hôtel-Dieu d'Amos** f.croteau@me.com Téléphone : 819-727-9952
Côte-Nord	**CLSC de Blanc-Sablon** 1077, boulevard Docteur-Camille-Marcoux Blanc-Sablon, Qc, G0G 1W0 Téléphone : 418-461-2144 (611295)
Gaspésie	**Hôpital de Maria** 19, boulevard Perron Maria, QC G0C 1Y0 Téléphone : 418-759-3443

RÉFÉRENCES

- Agence de santé Publique du Canada. Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins. 2012. https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/routine-practices-precautions-healthcare-associated-infections/pratiques-de-base-precautions-infections-aux-soins-de-sante-2016-FINAL-fra.pdf
- 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
- American Dental Association. Return to Work Interim Guidance Toolkit. Last Updated: April 24, 2020.
- Centers for Disease Control and Prevention. Dental Settings. April 8, 2020. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html,
- Centers for Disease Control and Prevention. People Who Are at Higher Risk for Severe Illness. April 15, 2020. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-higher-risk.html.
- Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux. Recommandations CERDM intérimaires COVID-19 : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables. INSPQ; 23 mars 2020 (version 1.0). https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/recommandations-cerdm-covid19-2020-03-24.pdf
- Comité sur la gestion des cas et des contacts de COVID-19. COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires (version 7.0). INSPQ; 19 avril 2020. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2902-gestion-cas-contacts-communaute-covid19.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 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaires. INSPQ; 9 avril 2020 (version 6.0). https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2906-mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.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; 7 avril 2020. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2968-port-masque-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid19.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/sites/default/files/covid/2957-mesures-exceptionnelles-equipements-protection-individuelle-covid19.pdf
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec. Évaluation du risque pour le retrait des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé COVID-19. INSPQ; 6 mai 2020 (version 5.0). https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2905-evaluation-risque-exposition-ts-lors-de-soins-covid19.pdf
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec. Interventions médicales générant des aérosols. INSPQ; 23 avril 2020 (version 2.0).

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2960-intervention-medicale-generant-aerosol-covid19.pdf

- Comité sur les infections nosocomiales du Québec. Salle d'opération avec cas suspect ou confirmé COVID-19 : recommandations intérimaires. INSPQ; 8 avril 2020. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2922-salle-operation-cas_suspect-confirme-covid19.pdf
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec. Mesures pour les travailleurs de la santé lors de la prestation de soins à domicile : recommandations intérimaires. INSPQ; 7 avril 2020. https://mobile.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2917-mesures-travailleurs-sante-soins-domicile-covid19.pdf
- 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
- Comité sur les mesures populationnelles. Revue rapide de la littérature scientifique : proportion de personnes asymptomatiques et potentiel de transmission de la COVID-19 par ces personnes. INSPQ; 30 avril 2020. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2989-asymptomatiques-potentiel-transmission-covid19.pdf
- Comité sur les mesures populationnelles de l'INSPQ. Immunité de groupe et retour des enfants à l'école et à la garderie. INSPQ; 22 avril 2020. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2983-immunite-groupe-covid19.pdf
- 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
- Fine, DH, C Mendieta, ML Barnett, D Furgang et coll. Efficacy of Preprocedural Rinsing With an Antiseptic in Reducing Viable Bacteria in Dental Aerosols. Journal of periodontology, Volume 63, Numéro 10, p.821-4, 1992. https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1902/jop.1992.63.10.821
- 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
- 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
- Groupe de travail SAT-COVID-19. Recommandations intérimaires concernant les soins thérapeutiques en cabinet privé (p. ex. : chiropraticiens, acupuncteurs, massothérapeutes, ostéopathes, etc.). INSPQ; 10 mai 2020. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2999-travailleurs-sante-cabinet-prive-covid19.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Réponse rapide : COVID-19 et détection moléculaire du SARS-CoV-2 chez les individus asymptomatiques; 29 avril 2020. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_detection_moleculaire_individus_asymptomatiques.pdf
- Labrie, Y (2015). « Les soins dentaires au Canada : le secteur privé répond efficacement à la demande », Institut économique de Montréal, chapitre 3. https://www.iedm.org/files/chap3-cahier0115_fr.pdf
- Nebraska Dental Association. Interim Guidance for Minimizing Risk of COVID-19 Transmission: Recommended Office Opening Protocols. Updated April 22, 2020.
- Occupational Safety and Health Administration. Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19; 2020. https://www.osha.gov/Publications/OSHA3990.pdf
- Ordre des dentistes du Québec et Ordre des hygiénistes dentaires du Québec. Document d'information sur le contrôle des infections. Médecine dentaire. Édition 2009. http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/politiques/Controle_des_Infections.pdf
- Pelletier, ÉB. Bulletin clinique COVID-19. Critères de dépistage des cas suspectés ou confirmés d'infection à la COVID-19. Direction médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence. MSSS; 5 mai 2020. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/BC-SPU-COVID19-Coordo_DMR-Criteres-depistage-cas-suspectes-confirmes_2020-05-06.pdf

- Groupe de travail SAT-COVID-19. Recommandations intérimaires concernant les marchés d'alimentation et commerces essentiels. 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; 2003. https://www.inspq.qc.ca/publications/163

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 29 mai 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

La présente vise à vous transmettre, dans le contexte du déconfinement progressif de la population, le plan ayant pour objectif de guider les établissements dans la planification du retour aux services usuels de soutien à domicile (SAD), et ce, qu'il s'agisse des services dispensés par les établissements du réseau de santé et des services sociaux ou par les partenaires externes.

En ce sens, l'actualisation du plan et de ses différentes phases, sous la responsabilité des établissements, devra se faire de façon graduelle et en assurant la prise en compte des réalités régionale et locale. Étant donné que la reprise des services usuels de SAD s'effectuera en cohérence avec la réalité épidémiologique du territoire, les régions les moins touchées par la COVID-19 (faible endémicité) seront les premières à appliquer le présent plan.

En cohérence avec ces orientations et avec les phases prévues dans le plan, il appartiendra aux établissements de permettre ou non la reprise des services de SAD par les partenaires externes, et ce, qu'il s'agisse ou non de services dispensés pour le compte de l'établissement. Une exception s'applique toutefois à cette règle, soit la dispensation des services d'entretien ménager par les entreprises d'économie sociale en aide à domicile pour les ménages actifs (clientèle non vulnérable de moins de 65 ans ne bénéficiant que de l'aide fixe dans le cadre du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique et ayant une entente bipartite avec l'entreprise d'économie sociale), dont la reprise a récemment été autorisée de manière globale dans l'ensemble des régions.

… 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 est à noter que la fiche COVID-19 – Directives au réseau de la santé et des services sociaux – Soutien à domicile continu de s'appliquer pour les établissements n'étant pas en mesure d'amorcer le processus de retour vers les services usuels de SAD.

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 CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-00496-49

Plan de retour vers les services usuels de soutien à domicile

Ce présent plan a pour objectif de guider les établissements dans la planification du retour aux services usuels de soutien à domicile (SAD). L'actualisation du plan et de ses différentes phases demeure sous la responsabilité des établissements, qui doivent tenir compte de leurs réalités régionale et locale. Le plan de retour comporte quatre phases, qui peuvent être mises en œuvre de manière graduelle. Il est à noter qu'il n'y a pas d'ordonnancement dans les mesures à l'intérieur d'une même phase et que plusieurs phases pourraient s'actualiser de manière concomitante, si les réalités régionale et locale le permettent. Il importe que les établissements ayant actuellement peu de cas de COVID-19 demeurent vigilants et s'assurent de pouvoir être réactifs si le virus devait se propager de manière plus virulente sur leur territoire. En présence d'une recrudescence de la maladie, il est possible que certains établissements aient à effectuer un retour en arrière dans l'application des phases.

*À noter : la fiche *COVID-19 – Directives au réseau de la santé et des services sociaux – Soutien à domicile* continu de s'appliquer pour les établissements n'étant pas en mesure d'amorcer le processus de retour vers les services usuels de SAD.

Conditions de mise en œuvre

- Coordination régionale de la reprise des différents services, incluant le SAD, et collaboration étroite entre les directeurs et chefs de service des différents secteurs concernés afin d'assurer le retour graduel et concerté aux services usuels de SAD, notamment dans le contexte de la reprise des activités hospitalières.
- Prise en compte de la disponibilité des ressources humaines dans l'ensemble des directions et des services de l'établissement (ex. : disponibilité des équipes de SAD et des services courants dans le contexte du soutien offert aux différents milieux de vie).
- Reprise des services usuels de SAD en cohérence avec la réalité épidémiologique du territoire. Ainsi, les régions les moins touchées par la COVID-19 (faible endémicité) seront les premières à appliquer le présent plan.
- Prise en compte de l'évolution de la condition clinique de l'usager, pouvant avoir changé au cours du confinement, dans la reprise des services ayant été temporairement suspendus ou pour lesquels l'intensité avait été réduite.
- Application rigoureuse par les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et ses partenaires des mesures sociosanitaires de base (distanciation physique, hygiène des mains, étiquette respiratoire), des mesures d'hygiène et de salubrité et des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) (incluant le port des équipements de protection individuelle appropriés) en fonction de la situation. Ces mesures pouvant évoluer, les établissements doivent s'assurer d'appliquer les plus récentes recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) :
    - https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19
    - https://www.inspq.qc.ca/publications/2917-mesures-soins-domicile-covid19
    - https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19
    - https://www.inspq.qc.ca/covid-19/outils
    - https://www.inspq.qc.ca/covid-19/formations

Orientations à maintenir lors du déploiement de chacune des phases

- Communiquer avec l'usager pour vérifier s'il y a présence de conditions requérant la mise en place de mesures particulières avant la visite à domicile, dont un contact étroit avec un cas confirmé de COVID-19.
- Maintenir le soutien aux partenaires externes dans la prestation des services et l'application des mesures de PCI, notamment en s'assurant :
    - que ces derniers aient accès au matériel de protection requis;
    - qu'une mise à jour des connaissances des travailleurs sur les techniques de port et de retrait du matériel soit effectuée. À cet effet, un vidéo est disponible à l'adresse suivante : https://vimeo.com/399025696;
    - de la bonne compréhension et de l'application dans leur pratique de ces techniques par chacun des travailleurs qui œuvrent auprès des cas probables ou confirmés de COVID-19.
- Continuer de privilégier les interventions par téléphone ou par un autre moyen technologique plutôt que de se rendre au domicile, lorsque possible, et que ce mode d'intervention répond au besoin de l'usager.
- Maintenir une vigie auprès des usagers qui refusent les services de SAD requis par leur état de santé physique et mentale. Rassurer les usagers sur la continuité des services requis par leur état de santé et quant au fait qu'aucun intervenant présentant des symptômes respiratoires aigus ou de fièvre ou étant infecté par la COVID-19 ne se présentera à leur domicile.
- Privilégier la prise en charge de la prestation de services de SAD par le RSSS pour les cas confirmés ou suspectés de COVID-19, excepté lorsque l'établissement juge qu'il est sécuritaire de faire dispenser ces services par un prestataire externe (formation adéquate, application rigoureuse des mesures de PCI, accès au matériel de protection requis, disponibilité des ressources, équipes dédiées, etc.).
- Maintenir les équipes de SAD dédiées pour les cas confirmés ou suspectés de COVID-19.
- Continuer de limiter le plus possible le nombre d'intervenants distincts qui dispensent des services à chaque usager.
- Maintenir des équipes de SAD attitrées à chacun des milieux de vie collectifs (RPA et RI-RTF) et par secteurs géographiques pour les interventions à domicile.
- Encourager la poursuite des services de répit jugés essentiels hors domicile offerts hors établissement ou la reprise des services qui avaient été volontairement suspendus par les organismes communautaires. S'assurer que les mesures recommandées sont mises en place pour prévenir la transmission de l'infection lors du répit.

Phase 1 : Reprise, par les dispensateurs usuels, de certains services ayant été temporairement suspendus ou ayant été rapatriés aux équipes de SAD

- Coordonner la reprise en charge par les services courants et les cliniques de prélèvements des services essentiels pour la clientèle vulnérable ambulatoire (70 ans et plus, immunodéprimés, malades chroniques), qui avaient été temporairement assumés par le SAD.
    - La réorientation d'un usager vers ces services doit tenir compte des risques d'expositions potentielles à la COVID-19 lors du déplacement de l'usager vers l'installation où les services sont dispensés. L'établissement ne pourra obliger un usager présentant une condition de santé vulnérable à la COVID-19 et devant se

déplacer en transport en commun dans une zone à forte endémicité à revenir vers ces services si cela lui occasionne des préoccupations supplémentaires pour sa santé.

- Collaborer avec les prestataires externes afin de coordonner la reprise, par ces derniers, des services non essentiels (dont l'entretien ménager) offerts à la clientèle non vulnérable qui avaient été suspendus (ex. : ménages actifs non vulnérables desservis par les entreprises d'économie sociale n'ayant accès qu'à l'aide fixe du PEFSAD).
    - S'assurer que les directives de l'INSPQ soient respectées, notamment la distanciation de 2 mètres et l'hygiène des mains. Référer les partenaires aux directives de l'INSPQ pour les travailleurs à domicile disponibles à l'adresse suivante et s'assurer qu'ils ont le matériel requis : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2944-visite-domicile-hors-sante-covid19.pdf

Phase 2 : Reprise de l'ensemble des services habituellement dispensés par les partenaires externes, incluant le répit à domicile

- Coordonner la reprise des services non essentiels dispensés à la clientèle vulnérable qui avaient été suspendus temporairement.
- Coordonner la reprise :
    - de la fréquence des services essentiels, lorsque celle-ci avait été réduite temporairement;
    - des services habituellement dispensés par ces partenaires qui avaient été pris en charge par le RSSS, excepté pour certains cas confirmés ou suspectés de COVID-19, selon le jugement de l'établissement.

Phase 3 : Retour aux services usuels dispensés par le RSSS, incluant le répit à domicile

- Reprendre les services qui avaient été suspendus temporairement, si ces services sont toujours requis par la condition de l'usager.
- Reprendre la fréquence des services, lorsque celle-ci avait été réduite temporairement, si cette fréquence est toujours requise par la condition de l'usager et ajuster au besoin, en tenant compte de l'évolution de la condition clinique de l'usager au cours du confinement.
- Permettre l'ajout de nouveaux services non urgents pour la clientèle connue du SAD.
- Assurer la prise en charge de nouveaux dossiers non urgents.

Phase 4 : Reprise de l'ensemble des activités du SAD

- Reprendre graduellement les évaluations de l'autonomie non urgentes (outil d'évaluation multi clientèle) ainsi que la révision des évaluations.
- Reprendre toutes activités administratives ayant été suspendues.

Références

À titre de rappel, ci-joint les références (site Web, lettres et directives) ayant été transmises et qui concernent les services de SAD.

Pour les travailleurs engagés dans le cadre de la modalité AD/CES :

- https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/allocation-directe-cheque-emploi-service-une-modalite-de-dispensation-des-services-de-soutien-a-domicile.

- Directives à l'égard de l'élargissement temporaire des principes d'utilisation de l'AD/CES pour les parents d'enfant majeur lourdement handicapé : lettre 20-MS-03117.

Pour les services de soins palliatifs :

- Fiche *COVID-19 - Consignes pour les soins palliatifs et fin de vie pour plus de précisions concernant les transferts vers d'autres milieux de soins*.

Pour les services de répit :

- Fiche *COVID-19 - Services de répit à domicile pour les familles et les personnes proches aidantes d'usagers ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme.*
- Directives de santé publique à l'intention des personnes offrant un service de répit à domicile aux familles d'enfants atteints de déficience physique (DP), de déficience intellectuelle (DI) ou de trouble du spectre de l'autisme (TSA), pour les consignes relatives à cette clientèle spécifique : https://www.inspq.qc.ca/publications/2974-repit-domicile-enfants-covid19.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 29 mai 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 29 mai 2020, par le **sous-comité COVID-19 en cancérologie**.

Recommandations en support à la reprise des activités en endoscopie – secteur de la gynécologie

En complément des directives générales sur la reprise des activités spécialisées, vous trouverez ci-joint le document suivant :

- Recommandations pour la reprise des activités en endoscopie - secteur de la gynécologie.

En complément des recommandations déjà transmises pour l'endoscopie dans les secteurs de la gastro-entérologie, de la pneumologie et de l'urologie, ce guide clinique fournit une référence sur les activités à maintenir selon le niveau retenu, de même que les éléments à tenir en compte pour déterminer le niveau d'activités. Il y est proposé que lors du passage d'un niveau à l'autre, une évaluation minimale du niveau d'activités soit faite pour permettre une analyse et une mesure de l'effet du changement sur les cas en attente et de réévaluer le risque clinique du délestage chez le patient versus le risque de réalisation de l'intervention en situation de COVID-19. Les listes d'attente devraient faire l'objet d'un processus dynamique de réévaluation en tenant compte de la symptomatologie, des résultats de laboratoires, des examens d'imagerie, etc.

… 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 recommandations sont complémentaires aux éléments touchant les procédures endoscopiques et de reprise des activités spécialisées et sont disponibles sur le site web du ministère de la Santé et des Services sociaux. Vous pouvez y accéder en cliquant sur l'onglet *Directives cliniques* de la page d'accueil, puis en sélectionnant *Procédures endoscopiques* ou *Reprises des activités spécialisées.*

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

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-03823-54

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la reprise des activités en endoscopie (secteur de la gynécologie) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19

Recommandations en date du 29 mai 2020.

Considérant la situation d'urgence sanitaire déclarée au Québec le 13 mars dernier, voici des recommandations quant aux activités de reprise en endoscopie pour la spécialité de la gynécologie.

En concordance avec le plan provincial de reprise graduelle des activités spécialisées délestées (https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/PJ3_Plan-provincial-reprise-activites_2020-04-24.pdf), le document de reprise des activités en endoscopie a été élaboré dans un souci de maintenir la santé de la population et d'éviter les détériorations de patients atteints ou non de la COVID-19 en reprenant les activités de façon graduelle et structurée. Également, afin d'assurer la mise en place des mesures appropriées de prévention des infections et d'organisation des services, le guide de reprise des activités transmis le 4 mai dernier doit être consulté.

La priorisation des activités endoscopiques à réaliser et le niveau de reprise des activités à mettre en place doivent être évalués par le comité de coordination décisionnel mis en place dans les établissements/installations à la suite de la directive transmise par monsieur Yvan Gendron, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, le 24 avril dernier. Les mesures appropriées de prévention des infections et d'organisation des services doivent être en concordance avec le guide de reprise des activités disponible au https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/COVID19_Guide-reprise-activites-specialisees_2020-05-04.pdf.

Il est proposé que, lors du passage d'un niveau d'activités à l'autre, une évaluation minimale du niveau d'activités devrait être faite pour permettre une analyse et une mesure de l'effet du changement sur les cas en attente et de réévaluer le risque clinique du délestage chez le patient versus le risque de réalisation de l'intervention en situation de COVID-19. Les listes d'attente devraient faire l'objet d'un processus dynamique de réévaluation en tenant compte de la symptomatologie, des résultats de laboratoires, des examens d'imagerie, etc.

Notes :

1. Tous les cas, peu importe les types d'intervention endoscopique, doivent faire l'objet d'une évaluation clinique au cas par cas, selon l'urgence de l'intervention à réaliser. Tout patient dont l'état clinique change doit faire l'objet d'une réévaluation, le cas échéant. Les exemples et délais dans ce document se veulent un guide et non une liste exhaustive ou prescription. Si une alternative à l'examen endoscopique délesté est disponible, cette possibilité doit être évaluée par le comité local d'endoscopie en fonction de la capacité de procéder à l'examen alternatif dans l'autre secteur de l'hôpital;

2. Dans le tableau aux pages suivantes, certains délais sont similaires pour des niveaux différents. Toutefois, c'est la gradation des niveaux qui servira à prioriser les examens;

3. Lorsque les mesures de distanciation sociale seront levées (niveau 0), les hystéroscopies pour les diagnostics r/a un problème de fertilité pourraient être reprises dans un délai optimal de moins de 6 mois et un délai maximal de 6 mois. De plus, les colposcopies pour ASCUS avec VPH négatif pourraient être reprises lors du retour au niveau 0.

ACTIVITÉS EN ENDOSCOPIE (SECTEUR DE LA GYNÉCOLOGIE) DANS LE CONTEXTE DE LA COVID-19					
Niveau d'activités de délestage	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai optimal**	**Délai maximal**	**Précisions**
4. **Circulation active du virus de niveau d'alerte maximale** **15 % de l'activité régulière** **Pénurie identifiée de :** • **< 30 % des ressources humaines** • **Disponibilité d'ÉPI** • **Lits d'hospitalisation** • **Médicaments**	**Colposcopie pour :**	• LIGE (lésions intraépithéliales de haut grade) • ASC-H • AIS (≤ 12 semaines de la référence) • Anse diathermique prévue et les lésions suspectes de cancer • AGC- en faveur d'une néoplasie	4 sem.	12 sem.	Effectuer les examens en se référant au Guide de reprise des activités.
	Hystéroscopie pour :	• Saignement actif avec anémie nécessitant un traitement (échec de traitement médical)/préménopause • Saignement actif postménopause	< 24 heures	1-7 jours	
		• Rétention placentaire : patiente symptomatique	< 14 jours	14 jours	Rétention avec saignements ou douleurs.

Niveau d'activités de délestage	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
3 **Circulation active du virus** **Reprise graduelle des activités** **30 à 40 % du volume d'activités régulières** **Prérequis** **À l'atteinte de :** • **70-75 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)**	**Colposcopie pour :**	• LIGE (lésions intraépithéliales de haut grade) • ASC-H • AIS (≤ 12 semaines de la référence) • Anse diathermique prévue et les lésions suspectes de cancer • AGC- en faveur d'une néoplasie	4 sem.	12 sem.	Effectuer les examens en se référant au Guide de reprise des activités.
		• AGC-NOS • Suivi 6 mois après LEEP (HSIL, AIS) • ASCUS + HPV positif • LSIL (persistant plus de 2 ans) • Grossesse avec cytologie anormale : compléter la colposcopie au plus tard au second trimestre	6 sem.	12 sem.	
	Hystéroscopie pour :	• Saignement actif avec anémie nécessitant un traitement (échec de traitement médical) /préménopause • Saignement actif postménopause	< 24 heures	1-7 jours	
		• Rétention placentaire : patiente symptomatique	< 14 jours	14 jours	Rétention avec saignements ou douleurs.
		• Rétention placentaire	< 14 jours	28 jours	

		• Saignements postménopause avec facteurs de risque* • Préménopause avec saignements et anémie nécessitant un traitement et échec du traitement médical	< 28 jours	28 jours	* Facteurs de risque : • Endomètre >4 mm et/ou • Obésité • Antécédents cancer endomètre • Tamoxifène • Autres facteurs de risque connus

Niveau d'activités de délestage	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
2 **Transmission communautaire : Nombre de cas en diminution; Reprise graduelle des activités.** **<u>40 à 70 % du volume d'activités régulières</u>** **<u>Prérequis</u>** **À l'atteinte de :** • **80-85 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Colposcopie pour</u> :**	• LIGE (lésions intraépithéliales de haut grade) • ASC-H • AIS (≤ 12 semaines de la référence) • Anse diathermique prévue et les lésions suspectes de cancer • AGC- en faveur d'une néoplasie	4 sem.	12 sem.	Effectuer les examens en se référant au Guide de reprise des activités.
		• AGC-NOS • Suivi 6 mois après LEEP (HSIL, AIS) • ASCUS + HPV positif • LSIL (persistant plus de 2 ans) • Grossesse avec cytologie anormale : compléter la colposcopie au plus tard au second trimestre	6 sem.	12 sem.	
		• LSIL (premier diagnostic), patiente âgée de plus de 25 ans • HPV positif et cytologie normale	6 mois	12 mois	

	Hystéroscopie pour :	• Saignement actif avec anémie nécessitant un traitement (échec de traitement médical)/préménopause • Saignement actif postménopause	< 24 heures	1-7 jours	
		• Rétention placentaire : patiente symptomatique	< 14 jours	14 jours	Rétention avec saignements ou douleurs.
		• Rétention placentaire	< 14 jours	28 jours	
		• Saignements postménopause avec facteurs de risque* • Préménopause avec saignements et anémie nécessitant un traitement et échec du traitement médical	< 28 jours	28 jours	* Facteurs de risque : • Endomètre >4 mm et/ou • Obésité • Antécédents cancer endomètre • Tamoxifène • Autres facteurs de risque connus
		• Saignements postménopause sans facteur de risque • Saignements préménopause	< 90 jours	4-5 mois	

Niveau d'activités de délestage	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
1 **Transmission communautaire limitée** **Reprise de la majorité des activités** **<u>Plus de 70 % du volume d'activités régulières</u>** **<u>Prérequis</u>** **À l'atteinte de :** • **> 90 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Colposcopie pour</u> :**	• LIGE (lésions intraépithéliales de haut grade) • ASC-H • AIS (≤ 12 semaines de la référence) • Anse diathermique prévue et les lésions suspectes de cancer • AGC- en faveur d'une néoplasie	4 sem.	12 sem.	Effectuer les examens en se référant au Guide de reprise des activités.
		• AGC-NOS • Suivi 6 mois après LEEP (HSIL, AIS) • ASCUS + HPV positif • LSIL (persistant plus de 2 ans) • Grossesse avec cytologie anormale : compléter la colposcopie au plus tard au second trimestre	6 sem.	12 sem.	

		• LSIL (premier diagnostic), patiente âgée de plus de 25 ans • HPV positif et cytologie normale • SUIVI CIN-I • LSIL (premier diagnostic) patiente âgée entre 21 et 24 ans	6 mois	12 mois	
	<u>Hystéroscopie pour</u> :	• Saignement actif avec anémie nécessitant un traitement (échec de traitement médical)/préménopause • Saignement actif postménopause	< 24 heures	1-7 jours	
		• Rétention placentaire : patiente symptomatique	< 14 jours	14 jours	Rétention avec saignements ou douleurs
		• Rétention placentaire	< 14 jours	28 jours	
		• Saignements postménopause avec facteurs de risque* • Préménopause avec saignements et anémie nécessitant un traitement et échec du traitement médical	< 28 jours	28 jours	* Facteurs de risque : • Endomètre >4 mm et/ou • Obésité • Antécédents cancer endomètre • Tamoxifène • Autres facteurs de risque connus

		• Saignements postménopause sans facteur de risque • Saignements préménopause	< 90 jours	4-5 mois	
		• Diagnostic r/a des saignements • Problème de fertilité nécessitant un traitement*	< 90 jours	6 mois	* Polype, myome sous-muqueux, malformation.

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce document :

Dre Nicole Charest, obstétricienne-gynécologue, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Dre Violaine Marcoux, obstétricienne-gynécologue, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, présidente de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec

Dr Dominique Tremblay, obstétricien-gynécologue, CISSS de Laval

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, Programme québécois de cancérologie (PQC), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Mme Chantale Dumont, conseillère, PQC, MSSS

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 29 mai 2020

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES, PRÉSIDENTS-DIRECTEURS GÉNÉRAUX, DIRECTRICES GÉNÉRALES, DIRECTEURS GÉNÉRAUX, 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 29 mai 2020, concernant le *Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19,* dans le contexte de la pandémie COVID-19. Cette mise à jour fait suite aux travaux du **sous-comité de travail urgence et préhospitalier**.

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

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
Mme Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR, MSSS
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-54

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

PROTOCOLE DE RÉANIMATION SIMPLIFIÉ DE LA COVID-19

Mise à jour 29 mai 2020

à l'intention des milieux de vie et de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux

Objectif et clientèle visée par le protocole

Le présent protocole a été créé pour uniformiser la réanimation cardiorespiratoire dans le contexte pandémique dans tous les milieux de soins prenant en charge des usagers non pédiatriques hors des hôpitaux avec soins physiques aigus. Cela inclut les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les cliniques médicales, les résidences privées pour aînés, les cliniques désignées d'évaluation, les unités de psychiatrie, les centres de réadaptation et de convalescence et tout autre milieu de soins.

Ce protocole ne s'applique pas au milieu de travail, de garde, scolaire ou à la maison.

Principes directeurs

- La transmission communautaire est le principal moyen de transmission de la COVID-19 en province.
- Certaines manœuvres de réanimation cardiaque sont considérées à risque de générer des aérosols, notamment la ventilation et l'intubation.
- Toute personne en arrêt cardiorespiratoire (ACR) devrait être considérée comme une personne potentiellement à risque de transmettre l'infection.
- La protection des intervenants et des travailleurs de la santé est la priorité en temps de pandémie. Les équipements de protection individuelle (ÉPI) adéquats doivent être vêtus par le premier intervenant avant de commencer les manœuvres.
- La défibrillation et le massage cardiaque devraient être réalisés indépendamment du risque d'infection du patient à la COVID-19, puisque ces manœuvres sont moins à risque de produire des aérosols.
- La gestion des voies aériennes définitives et la gestion de la ventilation doivent se faire par une personne expérimentée (par exemple : médecin ou technicien ambulancier paramédic (TAP)) et équipée d'un ÉPI optimal de type aérienne-contact qui inclut le port du masque N95 en plus de protection oculaire, blouse et gants.

… 2

Étapes à suivre en présence d'une personne qui fait un ACR :

1. Demander de l'aide.

2. Appeler le 911; mentionner si l'urgence se trouve en zone chaude ou froide, le cas échéant.

3. Indiquer à un collègue de vérifier le dossier de la personne en ACR si un niveau d'intervention médical (NIM) est déterminé, le cas échéant;
    - Les intervenants ont une OBLIGATION de respecter les volontés de la victime d'un ACR si ses volontés sont connues.

4. Sortir le chariot de code et/ou le défibrillateur :
    - S'il n'y a pas de défibrillateur disponible, le répartiteur d'urgence pourra vous aider à trouver le défibrillateur le plus proche.

5. Porter des gants, un masque de procédure, une blouse et une protection oculaire. La blouse n'est pas une obligation pour porter secours à une personne, quoique recommandée.

6. Mettre un masque de procédure au patient. Si un masque n'est pas à la portée de l'intervenant, celui-ci peut mettre un linge ou un vêtement pour couvrir la bouche et le nez du patient.
    - Si disponible, un masque à oxygène haute concentration peut être placé sur le visage de la victime au lieu du masque de procédure et ainsi fournir une oxygénation passive.

7. Commencer les compressions thoraciques immédiatement s'il y a un délai avant l'arrivée du défibrillateur.

8. Installer les électrodes de défibrillation sur la personne. Si les chocs sont recommandés, procéder à la défibrillation en suivant les indications du défibrillateur.

9. Commencer ou poursuivre les compressions thoraciques, et si utilisé, suivre les indications du défibrillateur jusqu'à l'arrivée des secours.

10. La ventilation active avec un ballon de ventilation peut être considérée :
    - Si l'équipement est disponible;
    - Si un masque N95 est disponible pour les intervenants (deux intervenants nécessaires);
    - Si les intervenants se considèrent expérimentés pour la ventilation au ballon masque**.**

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 29 mai 2020

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

À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

AUX PRÉSIDENTES-DIRECTRICES GÉNÉRALES DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS DE RÉADAPTATION

Mesdames,
Messieurs,

En cohérence avec l'actualisation du plan de déconfinement du gouvernement du Québec en contexte de pandémie de la maladie à coronavirus, une reprise graduelle de certaines activités des programmes-services en déficience physique et en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme a été amorcée dans les dernières semaines, notamment pour les activités de répit et les activités socioprofessionnelles.

En vue d'une éventuelle reprise de l'ensemble des services de ces programmes, le ministère de la Santé et des Services sociaux vous transmet ses orientations pour les prochains mois, que vous trouverez en pièce jointe.

Dès maintenant, et d'ici le 1er septembre 2020, les trois priorités cliniques suivantes doivent impérativement être mises en œuvre :

- Intensifier ou reprendre les services auprès de tous les enfants de 0 à 5 ans, incluant les évaluations, et en accordant une priorité aux enfants dont l'entrée à l'école est prévue en septembre.
- Offrir des activités estivales stimulantes pour le développement, la participation et l'intégration des jeunes de 0 à 21 ans, dans les différents milieux où celles-ci se déroulent (organismes de répit, camps, écoles), et du même coup offrir un répit aux familles.

… 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

- Intensifier ou reprendre les services d'adaptation et de réadaptation, en accordant une priorité pour :
  - le retour en classe ou l'actualisation de l'enseignement à distance;
  - le retour ou l'intégration en emploi.

À terme, il est attendu que l'ensemble des services délestés ou réduits soit repris en fonction de la capacité des équipes et de la situation épidémiologique. L'intensité et les modalités des services doivent être modulées afin de respecter les consignes de santé publique.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

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

N/Réf. : 20-MS-03823-66

28 mai 2020

Fiche DP-DI-TSA

Reprise graduelle des activités délestées

	Services	Orientations
Étape 1 **D' ici au 1er septembre 2020**	Services de développement des enfants (0 à 5 ans inclusivement)	Reprendre les activités de dépistage via la plateforme numérique ou par questionnaire et les activités d'orientation vers les programmes concernés (Agir tôt). Procéder aux évaluations requises de tous les enfants selon leurs besoins. Intensifier ou reprendre les services, en accordant une priorité aux enfants dont l'entrée à l'école est prévue en septembre, incluant ceux offerts en service de garde.
	Activités estivales pour les jeunes (0 à 21 ans inclusivement)	Offrir des activités stimulantes pour le développement, la participation et l'intégration des jeunes, dans les différents milieux où celles-ci se déroulent (organismes de répit, camps, écoles), et du même coup offrir un répit aux familles.
	Services d'adaptation et de réadaptation, incluant les services d'aides techniques	Intensifier ou reprendre les services, en accordant une priorité pour : • le retour en classe ou l'actualisation de l'enseignement à distance; • le retour ou l'intégration en emploi.
Étape 2 **À partir du 1er septembre 2020 ou avant**	La gamme complète de services	Reprendre progressivement l'ensemble des services délestés, en fonction de la capacité des équipes et du respect des consignes de santé publique.

Notes :

- *Les orientations sur la reprise des services de soutien à domicile sont complémentaires à celles présentées ici.*
- *Les éléments mentionnés dans ce document s'appuient sur la connaissance actuelle en lien avec la COVID-19 en date du 28 mai 2020. Une mise à jour de ce document sera faite au besoin.*

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 29 mai 2020

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

Mesdames, Messieurs,

Suivant divers signalements et situations préoccupantes concernant le non-respect des directives ministérielles par plusieurs partenaires privés, la présente vise à leur rappeler qu'en contexte d'urgence sanitaire décrétée par le gouvernement du Québec, ce sont les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le directeur national de santé publique qui ont autorité sur toute autre directive. Par conséquent, les résidences privées pour aînés (RPA) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privés (privés conventionnés, non conventionnés, partenariats public-privé) doivent les appliquer et ne peuvent s'y opposer.

Notamment, il est essentiel de rappeler aux partenaires privés toute l'importance de collaborer et de communiquer régulièrement avec leur centre intégré ou le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS). Dans le contexte actuel de la pandémie, la collaboration entre ceux-ci et les CISSS et CIUSSS est d'autant plus importante afin d'assurer la sécurité des résidents et une réponse adéquate à leurs besoins.

Selon les situations vécues jusqu'à présent, lorsqu'une éclosion survient dans un milieu privé, le personnel du CISSS ou du CIUSSS est souvent mis à contribution pour soutenir ces milieux, notamment au regard des mesures de prévention et de contrôle des infections, des équipements, de l'organisation du travail et de la dispensation des services aux résidents. Toutefois, il importe de rappeler aux partenaires privés qu'ils demeurent, malgré le contexte actuel, responsables d'une saine gestion de l'organisation des services et du travail, ce qui comprend le comblement des postes pour les effectifs manquants. Les CISSS et CIUSSS pourront les conseiller adéquatement et les soutenir, lorsque requis.

… 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 partenaires privés qui bénéficient actuellement de l'apport de ressources humaines provenant du CISSS ou du CIUSSS, il est demandé qu'un plan de rétablissement soit établi permettant une reprise de la gestion du milieu. À cet effet, le personnel du CISSS ou du CIUSSS présent dans ces milieux sera retiré en date du 15 juin, à moins d'une entente convenue avec le CISSS ou le CIUSSS. À défaut d'une collaboration entre le partenaire privé et le CISSS ou le CIUSSS, les coûts engendrés par la contribution importante du personnel de l'établissement pourront être facturés au partenaire privé.

Une lettre à cet égard sera acheminée sous peu aux CHSLD privés. Pour les RPA, vous trouverez ci-joint une lettre leur étant destinée. Nous vous invitons à leur transmettre et à poursuivre votre accompagnement et votre soutien habituel à ces milieux de vie.

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 CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-75

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 29 mai 2020

AUX EXPLOITANTS DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS

Mesdames,
Messieurs,

Le 14 mars 2020, le gouvernement du Québec adoptait un décret qui déclarait l'état d'urgence sanitaire, en vertu de la Loi sur la santé publique (LSP), dans tout le Québec, en réponse à la pandémie de la COVID-19. Un gouvernement qui déclare une urgence sanitaire dans le cadre de la LSP peut exercer des pouvoirs importants pour protéger la population.

Par la présente, nous souhaitons rappeler que ce sont les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le directeur national de santé publique qui ont autorité, dans le contexte d'urgence sanitaire, sur toute autre directive. Par conséquent, au même titre que les centres intégrés et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS), les résidences privées pour aînés (RPA) se doivent de les respecter et ne peuvent s'y opposer.

Dans le contexte actuel de la pandémie, la collaboration entre les CISSS et CIUSSS et les RPA est d'autant plus importante afin d'assurer la sécurité des résidents et une réponse adéquate à leurs besoins. Afin de vous soutenir durant cette période plus difficile, diverses mesures ont été ajoutées à celles habituellement prévues. Par exemple, tous les CISSS et CIUSSS ont mis en place, avec chacune des résidences de leur territoire, un mécanisme de communication. Ce mécanisme vise notamment à vous transmettre les informations utiles, incluant l'ensemble des directives ministérielles, à bonifier les formations et le soutien offert par le personnel de prévention et contrôle des infections (PCI), à vous soutenir dans l'application des mesures en présence de cas suspectés ou confirmés, et à assurer le dépistage des résidents et du personnel, lorsque requis.

Des visites d'observation sont également en cours depuis le 14 avril pour s'assurer de la mise en œuvre des bonnes pratiques en matière de PCI, du respect des directives ministérielles, de même que de l'organisation des soins et services en contexte de pandémie. Les visites des équipes responsables de la certification des RPA, qui doivent s'assurer de la qualité des services et de la sécurité des résidents, sont permises en tout temps.

… 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 concernant les RPA vient également réitérer et baliser certains principes essentiels à mettre en œuvre en contexte de pandémie. Notamment, elle prévoit que la résidence doit effectuer une vigie de l'état général et de la condition de chacun de ses résidents, et qu'elle se doit de contacter le CISSS ou le CIUSSS de son territoire pour l'informer de tout nouveau cas probable de COVID-19. De plus, un mécanisme de communication interne entre les intervenants doit être en place afin d'assurer la transmission des informations requises permettant une dispensation adéquate et coordonnée des soins et services à chacun des résidents.

Selon les situations vécues jusqu'à présent, lorsqu'une éclosion survient dans une RPA, le personnel du CISSS ou du CIUSSS est souvent mis à contribution pour soutenir ce milieu, notamment au regard des mesures de PCI, des équipements, de l'organisation du travail et de la dispensation des services aux résidents. Toutefois, il importe de rappeler que les exploitants demeurent, malgré le contexte actuel, responsables d'une saine gestion de l'organisation des services et du travail, ce qui comprend le comblement des postes pour les effectifs manquants. Les CISSS et CIUSSS pourront vous conseiller adéquatement et vous soutenir lorsque requis.

Pour les RPA qui bénéficient actuellement de l'apport de ressources humaines provenant du CISSS ou du CIUSSS, il est demandé qu'un plan de rétablissement soit établi permettant une reprise de la gestion du milieu. À cet effet, le personnel du CISSS ou du CIUSSS présent dans ces résidences sera retiré en date du 15 juin, à moins d'une entente convenue avec le CISSS ou le CIUSSS. À défaut d'une collaboration entre la RPA et le CISSS ou le CIUSSS, les coûts engendrés par la contribution importante du personnel de l'établissement pourront être facturés à la résidence.

Enfin, rappelons toute l'importance pour les RPA de collaborer et de communiquer avec le CISSS ou le CIUSSS régulièrement. Ces derniers pourront les conseiller adéquatement et les soutenir lorsque requis.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

N/Réf. : 20-MS-03823-75

Québec

22-210-17W