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

ANNEXE 3

DIRECTIVES COVID-19 DU MSSS • JUIN 2020

Votre gouvernement

Québec

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 1er juin 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 29 mai 2020, 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 et est disponible au lien suivant : 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. 1

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

N/Réf. : 20-MS-03823-54

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 22 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.	**25 mai 2020** *20-MS-03823-34_LET_PDG_Port du masque de procédure et 20-MS-03823-34_PJ_Port du masque de protection* 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. • Il est maintenant recommandé, pour l'ensemble du personnel du RSSS, (incluant les médecins et les personnes proches aidantes) en CH, CHSLD, RPA et RI/RTF de porter une protection oculaire (lunette de protection ou visière) en plus du masque de procédure dès l'entrée dans le bâtiment. Personnel administratif : 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 déplacement dans l'établissement ou lors d'interaction avec d'autres personnes à moins de deux mètres. La protection oculaire utilisée devra 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. • 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, personne embauchée par les familles, etc.). • Pour les régions à l'extérieur de la Communauté métropolitaine de Montréal, vous référez au tableau en p. j. • Les mesures de prévention et de contrôles des infections concernant le port du masque N95 demeurent, quant à elles, en vigueur selon les recommandations de l'INSPQ. **27 mai 2020** *20-MS-03823-63_LET_PDG_Levée e l'isolement et 20-MS-03823-63*

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 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
		*PJ_Levée de l'isolement TdS 27 mai_*
		Nouveaux documents de soutien à la décision pour la gestion des ressources humaines. En p. j., précisions sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé. Ces nouvelles orientations remplacent celles communiquées le 12 mai dernier.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 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 réaffectatations 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 sociosanitaire du RSSS de faible endémicité du virus après avoir travaillé dans un CHSLD d'une région sociosanitaire 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 22 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 requise 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 22 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-*	**28 mai 2020** *20-MS-03823-54_LET_PDG-DSP_urgences dentaires_COVID-19_22 mai et COVID-19 - PROCÉDURES DENTAIRES* Nouvelles orientations concernant la reprise des services buccodentaires non-urgents (voir p.j.).

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 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.	**25 mai 2020** *20-MS-03823-34_LET_PDG_Port du masque de procédure et 20-MS-03823-34_PJ_Port du masque de protection* 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. • Il est maintenant recommandé, pour l'ensemble du personnel du RSSS, (incluant les médecins et les personnes proches aidantes) en CH, CHSLD, RPA et RI/RTF de porter une protection oculaire (lunette de protection ou visière) en plus du masque de procédure dès l'entrée dans le bâtiment. Personnel administratif : 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 déplacement dans l'établissement ou lors d'interaction avec d'autres personnes à moins de deux mètres. La protection oculaire utilisée devra être conservée et désinfectée pour un usage multiple.

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 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.	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. • 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, personne embauchée par les familles, etc.). • Pour les régions à l'extérieur de la Communauté métropolitaine de Montréal, vous référez au tableau en p. j. Les mesures de prévention et de contrôles des infections concernant le port du masque N95 demeurent, quant à elles, en vigueur selon les recommandations de l'INSPQ.
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 22 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,	

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020
	d'un cas confirmé d'infection COVID-19, d'un cas suspect ou d'un contact dans la communauté. **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 masque de procédure pour les patients asymptomatiques qui doit être maintenue.	
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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	lors des soins pour tout patient ayant une clinique infectieuse. **23 mars 2020** *20-MS-00496-68_PDG_Réorientation des usagers ambulatoires* Réorientation des usagers ambulatoires vers les sites de 1re ligne et les cliniques de dépistage. Mise en application d'une procédure de réorientation vers une clinique externe de l'établissement et de prise en charge à l'urgence des usagers par les médecins spécialistes sans demande de consultation par le médecin d'urgence. Adapter et moduler des ententes et listes des raisons de visite par spécialité pouvant être prise en charge directement par les médecins spécialistes en 1re ligne. **24 mars 2020** *20-ms-00496-72PJ2_aires de traitement Urgence et 20-ms-00496-72-PJ3-consigne pour zones* Recommandations pour le zonage à l'urgence **27 mars 2020** *20-MS-00496-92_PJ_Plan de contingence Urgence _2020-03-25* Transmission du plan de contingence de l'Urgence **7 avril 2020** *20-MS-02502-52_LET_PDG_Phase jaune* Nouvelles zones régionales en phase jaune. En plus des régions de Montréal, de l'Estrie et de la Montérégie, les régions suivantes sont considérées en jaune : Laval, Lanaudière, Laurentides, Capitale-Nationale, Mauricie-et-Centre-du-Québec, Outaouais et Chaudière-Appalaches. **7 avril 2020** *20-MS-02502-52_LET_PDG_Transfert de patients* Mise en application des directives suivantes : • Les établissements doivent s'assurer d'aviser les intervenants du préhospitalier de toute modification aux accès à la salle d'urgence. • La réorientation vers une autre installation doit comporter une évaluation préalable du patient par le personnel du centre hospitalier. • Dans tous les cas suspectés ou confirmés de maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI), peu 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	avec ÉPI, doit guider les TAP vers la zone appropriée dans le centre hospitalier. • Les TAP ne doivent pas se déplacer inutilement entre les déplacements ou sur les étages des centres hospitaliers sauf pour les transports interétablissements. Une aire de décontamination et une station de désinfection doivent être mises à la disposition des TAP, le tout, à proximité immédiate du point de transfert des patients. Le nettoyage des équipements doit également être effectué. Cette station de nettoyage doit être couverte et chauffée (sur le principe des cliniques de dépistage mobile) et inclure, un lavabo et du savon. Ces aires doivent être aménagées en collaboration avec les partenaires SPU.	
PREMIÈRE LIGNE	**9 au 20 mars 2020** • Ouverture graduelle et en séquence des cliniques désignées de dépistage. **18 mars 2020** *2020 20-MS-00496-30_LET_PDG_Première ligne* • Maximiser l'offre de sans rendez-vous. • Privilégier les télésoins pour les clientèles âgées de + de 70 ans, pour les maladies chroniques et immunosupprimées. • Les suivis de grossesse, de clientèle en santé mentale et le suivi des 0-2 ans doivent être maintenus. **23 au XX mars 2020** • Ouverture graduelle et en séquence des cliniques désignées d'évaluation.	
CLINIQUES DÉSIGNÉES DE DÉPISTAGE	**11 avril 2020** *20-MS-02502-78_LET_PDG_Priorités Tests révisés et PJ Priorisation des tests de dépistage pour le COVID_11 avril 2020* Nouvelle échelle de priorisation : P1 : Les patients hospitalisés symptomatiques (incluant les tests requis pour la levée d'isolement), les patients symptomatiques des unités d'hémodialyse, les patients symptomatiques à l'urgence dont 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	P4 : Les personnes symptomatiques vivant dans les régions éloignées, les communautés isolées et venant des Premières Nations/Inuit qui ont un accès limité à un hôpital. Sauf en cas d'indication contraire de la Direction de la Santé publique, ceci inclut les régions ou secteurs placés sous cordon sanitaire. P5 : Les premiers répondants ou travailleurs du système de sécurité publique (ex. : policiers et pompiers, agents des services correctionnels) et autres travailleurs symptomatiques fournissant des services jugés critiques/essentiels. P6 : Les personnes symptomatiques de la communauté sur autorisation du Directeur de la santé publique.	
CLINIQUE DÉSIGNÉE D'ÉVALUATION (CDE)	**20 mars 2020** *20-MS-00496-36_LET_Cliniques désignées d'évaluation.pdf* Évaluation médicale de tout patient qui présente des SAG et les patients COVID-19 positifs qui sont dirigés vers ces cliniques pour tout besoin de santé. Les cliniques désignées d'évaluation (CDE) peuvent procéder au dépistage avec corridor de services spécifiques. La désignation est faite par le MSSS selon le seuil épidémiologique et la pénurie de matériel de protection. **9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_Cliniques désignées d'évaluation, 20-MS-02502-66_PJ1_Utilisation optimale des ÉPI 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.	

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020
	• Toutes les priorités des centres de répartition des demandes de services spécialisées (CRDS) de niveau A et B doivent être prises en charge. Les demandes de niveau C doivent être priorisées pour la nécessité de prise en charge. • Privilégier les priorisations et rendez-vous par téléconsultation ou téléphone. **24 mars 2020** *20-ms-00496-72PJ1_Zonage hospitalier_fin* • Recommandations pour le zonage en cliniques ambulatoires et en soins et services hospitaliers.	
HOSPITALISATION	**18 mars 2020** *20-MS-00496-35_LET_PDG-DSP_Hospitalisation* Mêmes directives que pour les cliniques spécialisées. **19 mars 2020** • Les CH non désignés COVID-19 doivent reprendre dans leur établissement les patients testés COVID-19 négatifs actuellement hospitalisés en CH désigné. • Les patients hospitalisés suspectés d'avoir contracté la COVID-19 doivent demeurer dans leur CH jusqu'à confirmation du résultat positif. Les protocoles de prévention des infections appropriés doivent donc être mis en place. • Les patients hospitalisés recevant un résultat COVID-19 positif nécessitant une hospitalisation doivent être transférés au CH désigné le plus près après communication de transfert avec l'établissement. À partir de lundi le 23 mars, tout transfert se fera par le 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	charge dans leur CH, si l'usager est trop instable pour l'installation dans laquelle il se trouve et ne peut se rendre au centre désigné, il faut le transférer au centre de niveau supérieur le plus proche. • Au moment de la mise en tension du niveau d'alerte 3, les directives suivantes doivent être mises en place dès ce jour, et ce, pour une période indéterminée : o Les installations désignées au niveau d'alerte 3 doivent hospitaliser eux-mêmes les patients COVID-19 positifs ne présentant aucun symptôme pulmonaire, mais nécessitant des soins d'une autre nature. o Les patients COVID-19 positifs et nécessitant une hospitalisation avec des symptômes pulmonaires doivent obligatoirement être transférés en installation désignée. o Toutes les installations doivent avoir leurs protocoles d'isolement et de prévention et de contrôle des infections à jour. **24 mars 2020** *20-ms-00496-72PJ1_Zonage hospitalier_fin et 20-ms-00496-72-PJ3-consigne pour zones* Recommandations pour le zonage en cliniques ambulatoires et soins et services hospitaliers. **2 avril 2020** *2-20-MS-02502-20_LET_PDG-DSP_Transferts vers centres désignés* Dès maintenant, tous les patients COVID-19 confirmés doivent être transférés en centres désignés, à l'exception d'une indication contraire mentionnée pour les clientèles spécifiques qui suivent : • Patients instables : à transférer en centre désigné aussitôt stabilisé pour transfert • Refus de transfert : doivent être transférés malgré le refus. • Obstétrique, psychiatrie, soins palliatifs (voir ligne appropriée dans le tableau) Nous vous rappellerons que : • Les centres désignés ont l'obligation d'accepter le transfert, et ce, cohérence avec le décret d'état d'urgence sanitaire. • Tous les transferts de patients testés COVID-19 positifs sont coordonnés par le système de coordination des lits de soins intensifs (COOLSI), à l'exception de l'obstétrique, la pédiatrie et de la néonatalogie qui coordonnés par le centre de coordination en périnatalogie au Québec (CCPQ). Une communication avec l'installation désignée doit obligatoirement avoir lieu avant tout transfert d'une personne testée COVID-19 positive. **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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	COVID-19, tant au niveau local qu'à la suite des transferts d'autres CH; • Centre sous tension en vue d'être désigné : préparation à la prise en charge hospitalière de patients confirmés à la COVID-19 au niveau local, ne sont pas ouverts aux transferts d'autres CH; • CH « froid » : CH conservé pour la prise en charge de patients hospitalisés non COVID-19. Transfère ses patients positifs vers les centres désignés. En contexte de transmission communautaire, il est nécessaire de désigner des zones tièdes pour les patients suspectés d'avoir contracté la COVID-19. Comme indiqué dans le plan de contingence (voir PJ2), au niveau d'alerte 4, toutes les installations pourront être interpellées pour hospitaliser des patients COVID-19 positifs. Tous les établissements doivent se préparer en ce sens. Les centres désignés ou non désignés hospitalisant des patients COVID-19 positifs doivent avoir un protocole en vigueur pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant, notamment pas la création de zones dédiées aux patients positifs. **9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_DSP_Hospitalisation, 20-MS-02502-66_PJ1_Lignes directrices_Hospitalisation, 20-MS-02502-66_PJ1Classification CH par région_2020-04-11, 20-MS-02502-66_PJ2_Femmes enceintes et nouveau-nés_Professionnels_COVID-19 et 20-MS-02502-66_PJ3_Enfant_Professionnels_COVID-19 et PJ4 COVID_Classification CH par région_2020-04-09* • Rassemblement de toutes les directives des différents milieux et clientèles spécifiques mises à jour (voir PJ1). Les directives d'hospitalisation en santé mentale demeurent à venir. • Guide complet relativement à la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés (voir PJ2), et des enfants (voir PJ3). • Tableau de classification des centres désignés, incluant maintenant les centres de réadaptation désignés connus à ce jour (voir PJ4). Cette liste demeure évolutive et une mise à jour vous sera transmise au moment opportun. **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).	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**

	• 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.
	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 p. j.
	• 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**

	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.
	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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	permettraient de répondre à la demande accrue en lits d'hospitalisation actuelle et pour l'année à venir. **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 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	

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020
IMAGERIE MÉDICALE	**18 mars 2020** *20-MS-00496-35_LET_Imagerie médicale* • Pertinence de l'imagerie médicale (IM). • Modalités les plus souvent indiquées pour les cas de COVID-19. • Privilégier l'appareil de graphie mobile. • Toute requête d'IM pour patients suspectés sans résultats doit être analysée et validée par un radiologue ou autre médecin du service. • Reporter tout examen non urgent et dont le report ne porte aucun préjudice. • Le triage des requêtes doit être fait par un comité. • Les salles d'attente doivent laisser 1-2 mètres entre chaque personne. • Limiter les accompagnateurs et leur faire passer le questionnaire de triage. **31 mars 2020** *20-MS-02502-04_LET_PDG_Imagerie médicale* Nouvelle recommandation pour le délestage des activités électives : • Toutes les activités électives devraient être cessées sauf celles jugées essentielles, soit les examens électifs qui ne peuvent être reportés après le 30 avril 2020. Ce délestage doit se faire en fonction de la condition clinique des patients et sans leur occasionner d'effets collatéraux indésirables. Orientations pour la protection du personnel effectuant les examens et interventions : • Pour tout le personnel d'IM appelé à effectuer un examen chez un patient testé COVID19 positive ou avec facteurs de risque ou symptômes douteux, appliquer la protection gouttelettes-contact (masque chirurgical, gants, blouse, lunettes de protection). • Dans le cas d'intervention générant des aérosols chez un patient COVID19 positive ou suspectée, le port du masque N95 par le personnel en contact avec le patient est nécessaire. Type d'examen d'imagerie requis : • Utilisation de l'appareil mobile recommandée. • Tenir compte que la COVID19 entraîne un niveau anormalement élevé des D-dimères lors de l'évaluation des patients pour ne pas les diriger en IM pour recherche d'embolie pulmonaire. LIM désignés : Les LIM pourraient servir de corridors de services aux hôpitaux ou aux GMF désignés (centre désigné d'évaluation). Dans ces cas-ci, des mesures devraient être mises en place de manière à assurer 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**

	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 p. j.
	• 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	• 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. **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.	
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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**

	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 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	• De continuer à opérer les urgences chirurgicales et obstétricales. • De limiter au maximum la prestation chirurgicale pour les cas jugés semi-urgents, incluant l'oncologie. • De cesser toutes activités dans les centres de chirurgies hors établissements en lien avec des ententes. • Il est demandé à tous les blocs d'utiliser les équipes minimales requises pour les interventions qui sont maintenues et de diminuer autant que possible la rotation du personnel pendant les interventions pour l'économie de matériel et équipements de protection. **23 mars 2020** *20-MS-00496-30_PDG_Bloc opératoire* Précision des éléments transmis les 17 et 20 mars 2020. • Chaque établissement doit mettre en place un comité de vigie pour gérer les patients oncologiques qui ne pourront être opérés et identifier les alternatives thérapeutiques. Ce mécanisme listera les patients, et transmettra cette liste au directeur du programme de cancérologie qui en assurera le suivi. • Maintenir un niveau de service chirurgie essentiel – éviter la morbidité et la mortalité secondaire : conserver et identifier l'expertise des ressources et prévoir un plan de suppléance de ressources critiques médicales (infirmières, inhalothérapeutes) qui ne peuvent pas toutes être transférées dans les secteurs d'hospitalisation. **24 mars 2020** *20-MS-00496-72_LET_PDG_Chirurgie cardiaque - Copie* Directives pour les patients qui nécessitent une chirurgie cardiaque urgente : • ~~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.	

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020
	1er avril 2020 *20-MS-02502-04_LET_PDG-DSP_Bloc opératoire_Direct_COVID-19* Il est demandé à tous les établissements : • D'adopter un programme de fin de semaine pour la semaine à venir (à compter du jeudi 2 avril) en inscrivant seulement les chirurgies urgentes. Réserver les chirurgies semi-urgentes aux cas sans alternative thérapeutique approuvées par le comité du bloc avec appui de comité de cancérologie au besoin. • Tenir un registre des dérogations pour les cas semi-urgents qui doit être déposé au DSP, qui pourra le fournir au MSSS dur demande. • De poursuivre la tenue du registre des patients reportés pour en assurer un suivi clinique et une réévaluation. Les directives précédentes concernant l'intubation sont maintenues et rappelées. Il est recommandé d'appliquer l'avis de Comité sur les infections nosocomiales du Québec publié par l'INSPQ pour l'utilisation des salles d'opération et des équipements de protection. *20-MS-02502-04_PJ_AVIS INSPQ_2020-03-27* **3 avril 2020** *20-MS-02502-33_LET_PDG_Directive bloc opératoire 3 avril, PJ1_20-MS-00496-30_PDG_Bloc opératoire et PJ2_20-MS-00496-30_LET_PDG-DSP Comité Bloc opératoire-COVID-19_17-03-2020.* Considérant l'impératif de protection des patients et du personnel soignant, que la prise en charge de la pandémie demande un équilibre entre les capacités de traitement assignées pour la COVID-19 et les capacités de traitement pour les autres pathologies; que le contexte de pénurie d'équipements de protection individuelle se poursuit, mais qu'une certaine disponibilité permet un rehaussement partiel du niveau d'activités chirurgicales et une pénurie mondiale des médicaments anesthésiques : • Les établissements sont autorisés à reprendre un niveau d'activités selon les consignes qui étaient prescrites dans la correspondance du 17 mars et des précisions apportées le 23 mars (voir les pièces jointes). • Ce fonctionnement doit permettre de couvrir les besoins chirurgicaux des patients urgents et semi-urgents, particulièrement ceux atteints de cancer, tout en tenant compte de l'impact des activités chirurgicales sur les plans de pandémie. • Le niveau d'activités chirurgicales que réalise chaque installation doit lui permettre, selon sa situation, de passer à son niveau d'alerte supérieur à l'intérieur de 24 heures. • Ces directives doivent être appliquées avec grande vigilance et l'applicabilité de celles-ci doit 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	suivantes. **3 avril 2020** *20-MS-02502-33_LET_PDG_DSP_Programme opératoire* En suivi des directives transmises précédemment, fournir les programmes opératoires pour le lundi 6 avril. Les consignes qui doivent être suivies sont celles du comité directeur clinique COVID-19 et non pas celles des associations chirurgicales. Transmettre le tout au plus tard le dimanche 5 avril à 8 h. **7 avril 2020** *20-MS-02502-52_LET_PDG_Bloc opératoire* Mettre en place des mesures de précaution additionnelles pour l'évacuation des fumées chirurgicales et lors de l'exsufflation du pneumopéritoine. Il est recommandé : • De retarder toute procédure jugée non urgente, en accord avec les recommandations déjà émises; • D'évaluer, selon la prévalence de la COVID-19 dans la communauté, les risques et bénéfices de toute intervention chirurgicale; • D'utiliser un système de filtration durant les procédures laparoscopiques et lors de l'évacuation du pneumopéritoine; • D'utiliser la pression d'insufflation la plus basse possible; • D'utiliser les réglages d'électrocautères les plus bas possible; • De s'assurer de l'étanchéité des trocarts durant la procédure; • De ne pas considérer, dans l'état actuel des connaissances, l'approche ouverte comme une option plus sécuritaire que l'approche laparoscopique dans les cas confirmés de COVID-19; • D'envisager, dans les cas jugés à haut risque de transmission de la COVID-19, une approche alternative ou un traitement médical seul; • De mettre à jour l'ensemble de ces recommandations en fonction de l'évolution des connaissances et de la prévalence de la COVID-19 dans la communauté. À venir : Recommandations concernant les risques associés aux liquides biologiques et ceux associés à la chirurgie ouverte. **16 avril 2020** *20-MS-02502-94_LET_PDG_Chirurgie cardiaque* Mise à jour sur les interventions de chirurgie cardiaque pour les bassins de desserte des RUIS de l'Université de Montréal (UdM) et de l'Université McGill Les directives doivent être mises en place dès ce jour, et ce, pour une période indéterminée pour les 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	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 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**

	• 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 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	• 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 p. j. • 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.	
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-*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	COVID-19 et 4-20-MS-02502-04_PJ3_Cancérologie_MAJ PQDCS • Plan de délestage et niveaux d'activité en cancérologie : voir la PJ1 qui est complémentaire aux indications fournies dans les autres secteurs. • Activités en radio-oncologie : recommandations spécifiques au secteur de la radio-oncologie en PJ2 qui précise l'échelle de priorité applicable jusqu'à nouvel ordre et les indications cliniques associées. Activités de dépistage et d'investigation du cancer du sein (mise à jour) : recommandations en PJ3 concernant le programme de dépistage du cancer du sein. **7 avril 2020** *20-MS-02502-52_LET_PDG_Cancérologie_Zone froide et 20-MS-02502-52_PJ_Cancérologie_Zone froide Lettre 6* Recommandations pour l'application du concept de zone froide aux secteurs de la cancérologie (voir PJ) : • Il est conseillé de créer une zone froide dans le centre de cancérologie, d'aménager une zone tiède dans le centre de cancérologie pour accueillir les usagers qui ont des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou chez qui une infection est suspectée, et d'aménager une zone chaude pour admettre la clientèle atteinte de la COVID-19 dans l'hôpital (pas dans le centre de cancérologie). Précision sur le niveau d'activités en radio-oncologie • Le niveau d'activités de délestage en cancérologie et en radio-oncologie devrait être en lien avec le niveau d'activités global COVID-19 de votre établissement, mais également en fonction du niveau de ressources humaines en place dans les secteurs visés par la cancérologie. Le niveau d'activités réalisé au centre de cancérologie devrait toutefois permettre, selon la situation, de passer à un niveau d'alerte supérieur dans une période de 24 à 48 heures. **14 avril 2020** *20-MS-02502-84_LET_PDG_Cancérologie - Lettre numéro 7, PJ1_Cancérologie_Recommandations Cancer du sein et PJ2_Cancérologie_Recommandations Onco-Pédiatrie* Recommandations pour le secteur de l'oncologie pédiatrique : • Voir PJ2 le document « Recommandations concernant la prise en charge de la clientèle en oncologie pédiatrique dans le contexte de la COVID-19 ». Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet cancer du sein : • Voir PJ1 le document « Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en 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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**

	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 :
	  • 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 p. j.
	• 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	• 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. **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.	
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).	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	• 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. **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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	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 recommandé de procéder à une ouverture graduelle, mais simultanée de tous les centres offrant des services de PMA.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**

	• 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 centres désignés comme présenté dans le tableau en p. j. • En centre désigné de psychiatrie : installer des zones chaudes/tièdes et froides dans les unités	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	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. • 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	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;
	  • 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	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 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.
		25 mai 2020 *20-MS-03823-44_Lettre PDG-MAJ Directives_CHSLD et 20-MS-03823-44_PJ_Directives_CHSLD*
		Mise à jour des directives qui remplace celles transmises par l'intermédiaire de la Sécurité civile le 11 avril dernier.
		Nouvelles informations et balises concernant les visites et les sorties de 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 et l'admission en CHSLD (voir p.j.).

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020
	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) **13 avril 2020** *20-MS-02502-61_LET_Mesures_amélioration_soutien_médical et 20-MS-02502-61_Guide CHSLD_13_avril*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**

	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 souhaite donner sa disponibilité directement à sa fédération.
	• Les ressources médicales devront être déployées en fonction des priorités établies, selon les	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	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* 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	• 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. • En p. j. 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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	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. **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 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	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; (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.	
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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**

	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 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.
	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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	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 autorités 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 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 22 MAI 2020**
	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. **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. • 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	• 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 22 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 1er juin 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Cette correspondance remplace celle du 11 mai dernier portant sur les sorties dans les différents milieux d'hébergement (réf. : 20-MS-03823-05). De plus, elle est complémentaire aux directives relatives aux :

- programmes-services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, transmises le 21 mai 2020 (réf. : 20-MS-03823-37);
- centres de réadaptation en dépendance et aux ressources communautaires ou privées d'hébergement en dépendance, transmises le 22 mai 2020 (réf. : 20-MS-03823-19).

En cohérence avec l'assouplissement progressif des mesures de confinement établies par le gouvernement en cette période de pandémie de la COVID-19, les personnes vivant dans une ressource intermédiaire ou en ressource de type familial des programmes-services santé mentale et dépendance sont dorénavant autorisées à :

- travailler dans les secteurs autorisés par le gouvernement du Québec;
- sortir à proximité du milieu de vie (ex. : marche) supervisées ou non. 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 ou si cela est justifié, se référer au jugement clinique du professionnel de l'établissement responsable du suivi de l'usager, car l'état de ce dernier peut avoir changé en raison du contexte de la pandémie;
- séjourner temporairement dans le milieu familial ou autre milieu désigné dans le plan d'intervention de l'usager.

... 2

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

À noter que si des besoins importants de services de soutien à domicile (SAD) s'avèrent nécessaires lors d'un séjour 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 SAD en cette période exceptionnelle liée à la COVID-19.

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

c. c. Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-03823-68

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 1er juin 2020

AUX DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS ET PRIVÉS NON CONVENTIONNÉS

Mesdames,
Messieurs,

Le 13 mars dernier, 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 vous rappeler que 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, dans le contexte d'urgence sanitaire, sur toute autre directive. Par conséquent, au même titre que les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) privés conventionnés (PC) ou privés non conventionnés (PNC) se doivent de les respecter et ne peuvent s'y opposer.

Dans le contexte actuel de la pandémie, la collaboration entre les CISSS et les CIUSSS et les CHSLD PC ou PNC 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 les CIUSSS ont mis en place, avec chacun des CHSLD PC ou PNC 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.

… 2

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

Des 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. La directive ministérielle concernant les CHSLD vient également réitérer et baliser les principes essentiels à mettre en œuvre en contexte de pandémie.

Selon les situations vécues jusqu'à présent, lorsqu'une éclosion survient dans un CHSLD PC ou PNC, le personnel du CISSS ou du CIUSSS est régulièrement 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 dirigeants 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 les CIUSSS pourront vous conseiller adéquatement et vous soutenir, lorsque requis.

Pour les CHSLD PC ou PNC 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 CHSLD 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 CHSLD PC ou PNC et le CISSS ou le CIUSSS, les coûts engendrés par la contribution importante du personnel de l'établissement pourront faire l'objet d'ajustements au financement.

Enfin, rappelons toute l'importance pour les CHSLD PC ou PNC de collaborer et de communiquer avec le CISSS ou le CIUSSS régulièrement. Ces derniers pourront vous conseiller adéquatement et vous soutenir, lorsque requis.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. PDGA des CISSS et des CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-81

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 1er juin 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 des communications qui vous ont été transmises concernant l'importance du suivi des données pour faire face à la pandémie, notamment celles concernant les décès, nous observons encore aujourd'hui des discordances dans les pratiques actuelles avec ce qui a été demandé. Nous observons aussi des retards dans la saisie de données et des oublis d'envois des bulletins de décès SP-3 à la direction de la santé publique régionale pour la comptabilisation des décès.

Pour assurer la concordance des données transmises par les établissements, mais surtout pour permettre un suivi de l'évolution de l'épidémiologie de la COVID-19, le MSSS souhaite rappeler qu'il est impératif que :

- L'original du bulletin de décès (SP-3) soit 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 en utilisant le numéro de télécopieur MADO, pour tout décès lié à la COVID-19. La liste complète de ces numéros se retrouve à l'adresse suivante : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/liste-directeurs-santepub.pdf.

- 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.1.2).

… 2

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

- Le personnel impliqué dans la complétion du SP-3 et dans l'envoi de ces SP-3 aux directions de santé publique régionales et à l'ISQ ait à leur disposition toute l'information nécessaire pour assurer le respect des consignes.

- Toutes les informations présentes sur le SP-3 doivent être adéquatement complétées pour tous les décès. À cet effet, le Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19 qui a été publié par l'INSPQ contient plusieurs informations importantes à considérer lors de la complétion de SP-3. Ce guide se retrouve à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/publications/2975-guide-gestion-deces-covid19.

De plus, nous vous demandons de soutenir les responsables et dirigeants des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privés conventionnés, des CHSLD privés, des ressources intermédiaires (RI-RTF) et des ressources pour personnes âgées (RPA) dans l'observance de la pratique de complétion et d'envoi systématique des SP-3. Il vous est demandé de procéder hebdomadairement avec eux à une validation de leurs statistiques de déclarations de décès en bonne et due forme. Ces derniers recevront une lettre à cet effet.

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez communiquer avec madame Geneviève Larouche, pilote d'orientation du Registre des évènements démographiques du Québec, par courrier électronique à l'adresse : genevieve.larouche@msss.gouv.qc.ca ou par téléphone au numéro 418 266-7525.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M. Horacio Arruda, MSSS
PDGA des CISSS et CIUSSS
Directrices et directeurs des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
Directrices et directeurs des services professionnels des établissements publics du RSSS (DSP)
Directeurs de santé publique des établissements publics du RSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-82

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 2 juin 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 dans un souci de cohérence entre les différents milieux de soins, nous vous transmettons une mise à jour des directives en regard de la venue de proches aidants et accompagnateurs en centres hospitaliers.

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. COVID-19 Directives_Proches aidants en CH_v4

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

N/Réf. : 20-MS-03823-80

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

2020-06-02

En raison de l'évolution actuelle de la COVID-19 au Québec, et de la récente autorisation à la venue des personnes proches aidantes en milieu d'hébergement, nous vous transmettons des directives en regard de cette gestion en centres hospitaliers (CH).

Les personnes proches aidantes qui sont autorisées en CH sont les personnes proches aidantes qui offraient ou doivent offrir une aide ou un soutien significatif pour répondre à des besoins et contribuer à l'intégrité et au bien-être d'un proche.

Un accompagnateur est une personne significative qui offre un soutien ponctuel à un proche durant sa visite ou son séjour en CH.

DIRECTIVES POUR LA VENUE DES PERSONNES PROCHES AIDANTES EN CENTRES HOSPITALIERS

Les visites non essentielles dans les 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/. Les centres doivent cependant faciliter les communications virtuelles du patient 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 ou présenter un profil d'autonomie qui nécessite une aide et soutien significatifs à la suite de l'épisode de santé aigu. Le patient hospitalisé pourrait avoir été autonome antérieurement, mais vivre une perte d'autonomie fonctionnelle importante nécessitant la présence d'une personne proche aidante pour assurer son intégrité physique et psychologique (p.ex. : séquelle d'accident vasculaire cérébral, délirium, besoin de surveillance aux transferts et déplacements, besoin d'aide à l'alimentation). À partir du 2 juin 2020, sous réserve du respect de conditions spécifiques, le soutien par une personne proche aidante ou un accompagnateur sont ainsi permis pour les patients en CH qui le recevaient avant et ceux qui ont ces besoins maintenant.

DIRECTIVES GÉNÉRALES

- Les critères de dépistage des personnes proches aidantes 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 personnes proches aidantes ou accompagnateurs n'est permise que lorsque le séjour se prolonge au-delà de sept jours d'hospitalisation.
- L'aide et le soutien significatifs peuvent être offerts par plus d'une personne proche aidante auprès d'une même personne en CH. Toutefois, une seule personne proche aidante à la fois pour une même plage horaire est autorisée.
- Un assouplissement pourrait être fait pour la clientèle très vulnérable, telle la clientèle gériatrique ou en situation de handicap. Il en revient au jugement des établissements de déterminer si la venue d'un accompagnateur est sécuritaire et appropriée.
- Chirurgie : Aucune personne proche aidante ou accompagnateur 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.
- Une personne proche aidante ou un accompagnateur 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 : aucune personne proche aidante ni aucun accompagnateur 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 proche aidante qui apporte une aide et un soutien significatifs 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 trois personnes par période de 24 heures, en favorisant uniquement les personnes qui apportent une aide et un soutien significatifs identifiées par l'usager. Il en est de même pour les situations où l'usager reçoit une sédation palliative en continue ou l'aide médicale à mourir. Cette mesure s'applique pour les enfants de moins de 14 ans qui doivent être accompagnés d'un adulte lors de la visite d'un parent en fin de vie.

- Effectuer un triage des personnes proches aidantes afin de s'assurer qu'aucune ne présente de symptômes d'infection respiratoire. Aucune personne proche aidante symptomatique n'est admise dans les milieux de soins.
- Les personnes proches aidantes asymptomatiques doivent porter un masque de procédure en tout temps pendant la visite.
- Un accompagnement individualisé des personnes proches aidantes 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.

DIRECTIVES POUR L'IMAGERIE MÉDICALE

- En date du 18 mars 2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux indique que les établissements et les laboratoires d'imagerie médicale devraient se munir d'une politique visant à limiter le nombre d'accompagnateurs. Cette politique devrait limiter le nombre et la présence d'accompagnateurs aux cas le nécessitant uniquement, par exemple :
    1. Échographie obstétrique
    2. Clientèle pédiatrique
    3. Clientèle en perte d'autonomie
    4. Clientèle présentant des troubles mentaux
    5. Etc.
- À noter que tout accompagnateur devrait être soumis au même questionnaire de triage que les patients concernant les facteurs de risque de la COVID-19.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 2 juin 2020

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS ET PRIVÉS NON CONVENTIONNÉS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Le suivi des données tant sur le plan épidémiologique que sur le plan de l'organisation des services est d'une première importance pour faire face à la pandémie de COVID-19. Ces données permettent de suivre l'évolution et de s'assurer du déploiement optimal des interventions requises dans les différents milieux de vie. La situation actuelle dans les milieux de vie regroupant des personnes âgées ou vulnérables (CHSLD, RPA, RI-RTF, etc.) a fait ressortir des lacunes importantes dans la concordance des données véhiculées par les établissements et par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Pour remédier à la situation, et compte tenu du caractère exceptionnel lié à la pandémie de la COVID-19, le MSSS insiste sur l'importance que, dès maintenant:

- L'original du bulletin de décès (SP-3) soit 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 en utilisant le numéro de télécopieur MADO, pour tout décès lié à la COVID-19. La liste complète de ces numéros se retrouve à l'adresse suivante : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/liste-directeurs-santepub.pdf.

- 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.1.2).

… 2

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

- Le personnel impliqué dans la complétion du SP-3 et dans l'envoi de ces SP-3 aux directions de santé publique régionales et à l'ISQ ait à leur disposition toute l'information nécessaire pour assurer le respect des consignes.

- Toutes les informations présentes sur le SP-3 doivent être adéquatement complétées pour tous les décès. À cet effet, le Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19 qui a été publié par l'INSPQ contient plusieurs informations importantes à considérer lors de la complétion de SP-3. Ce guide se retrouve à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/publications/2975-guide-gestion-deces-covid19.

Une communication a été transmise aux PDG des établissements publics de santé et de services sociaux avec les mêmes consignes. De plus, nous leur avons demandé de vous soutenir dans l'observance de la pratique de complétion et d'envoi systématique des SP-3. À cet effet, ils procèderont à une validation hebdomadaire de vos statistiques de déclarations de décès.

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez communiquer avec madame Geneviève Larouche, pilote d'orientation du Registre des évènements démographiques du Québec, par courrier électronique à l'adresse : genevieve.larouche@msss.gouv.qc.ca ou par téléphone au numéro 418 266-7525.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M. Horacio Arruda, MSSS
PDG des CISSS et CIUSSS
Directrices et directeurs des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
Directrices et directeurs des services professionnels des établissements publics du RSSS (DSP)
Directeurs de santé publique des établissements publics du RSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-82

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 3 juin 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 DES RÉGIONS DE LAVAL, LANAUDIÈRE, DES LAURENTIDES ET DE LA MONTÉRÉGIE

Mesdames,
Messieurs,

En suivi des travaux du *Comité spécial COVID-19 / Activités hospitalières spécialisées du territoire 450*, nous vous transmettons le scénario final retenu à la suite des discussions auxquelles vous avez participé. Ce scénario entrera en fonction **le mercredi 17 juin prochain**.

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 pour 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 17 juin prochain. Le scénario final ainsi que la présentation en regard des paramètres d'appartenance vous sont également transmis en pièces jointes. Nous comprenons que cette augmentation est graduelle et qu'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

Notons toutefois que des éclosions subséquentes non prévisibles pourraient nécessiter une révision des cibles par le MSSS et les établissements.

Veuillez 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. Scénario_450_COVID19_VF
Appartenances-Covid 05-2020

c. c. M^me^ Diane Francoeur, FMSQ
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux des régions de Laval, Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-54

SCÉNARIO FINAL

		HOSPITALISATION	SOINS INTENSIFS
Établissements	**Installations**	**SCÉNARIO FINAL**	**SCÉNARIO FINAL**
CISSS MONTÉRÉGIE-EST	HÔPITAL PIERRE-BOUCHER	64	10
	Total Établissement	**64**	**10**
CISSS MONTÉRÉGIE-CENTRE	HÔPITAL CHARLES-LEMOYNE	50	14
	Total Établissement	**50**	**14**
CISSS MONTÉRÉGIE-OUEST	HÔPITAL DU SUROÎT**	30	0
	HÔPITAL ANNA-LABERGE	0	0
	Total Établissement	**30**	**0**
CISSS DE LAVAL	HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ	60	12
	Total Établissement	**60**	**12**
CISSS DE LANAUDIÈRE	HÔPITAL PIERRE-LE GARDEUR	60	14
	CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE (JOLIETTE)	0	0
	Total Établissement	**60**	**14**
CISSS DES LAURENTIDES	HÔPITAL SAINT-JÉRÔME	60	14
	HÔPITAL DE SAINT-EUSTACHE	0	0
	Total Établissement	**60**	**14**
	Total Région	**324**	**64**

**** Les nombres par CH sont présentés à titre indicatif: chaque établissement peut nous indiquer une distribution différente, en autant que le total par établissement est respecté.***

**** À court terme on accepte une cible à 21 mais devront monter à 30 au besoin**

Ministère de la Santé et des Services sociaux

RAPATRIEMENT ET NSA

Diane Poirier MD, MSc
Présidente du comité ministériel des soins critiques COVID-19
Directrice générale adjointe par intérim de la coordination réseau
Directrice de la coordination ministérielle 514-450

Le 28 mai 2020

Québec

Types de clientèle

Appartenances cliniques, géographiques, cas spécifiques, généraux, ententes inter-établissements et corridors/trajectoires de services.

1. Les CAS **SPÉCIFIQUES**

2.1 Les CAS **D'APPARTENANCE CLINIQUE**

2.2 Les CAS **D'APPARTENANCE GÉOGRAPHIQUE**

3. Les CAS **GÉNÉRAUX**

Santé et Services sociaux Québec

Précision sur la répartition des patients (cas)

1. Les CAS **SPÉCIFIQUES**

- ✓ L'orientation des cas spécifiques vise à orienter les **patients avec une condition clinique spécifique ou ayant besoin de services spécialisés (expertise)**.
- ✓ Ainsi, les patients seront **dirigés vers un centre hospitalier(CH) spécifique** en mesure de répondre au problème identifié.

2.1 Les CAS **D'APPARTENANCE CLINIQUE**

2.2 Les CAS **D'APPARTENANCE GÉOGRAPHIQUE**

- ✓ L'appartenance permet de **favoriser la continuité des soins selon la raison de consultation et de l'expertise du milieu**.

3. Les CAS **GÉNÉRAUX**

- ✓ Ensemble des patients qui ne font PAS partie des cas **spécifiques**, des cas d'appartenance **clinique** ou **géographique.**
- ✓ Les cas généraux sont répartis de façon à stabiliser le flux de patients que reçoit chaque CH et à respecter la capacité d'accueil de ceux-ci (**quote-part**).

Santé et Services sociaux Québec

Principes directeurs pour le transfert d'un patient d'un CH vers un autre CH

Clientèle visée :

1. **patients à l'urgence** d'un CH n'ayant pas d'appartenance géographique ou clinique à cet hôpital et devant être hospitalisés (admis);
2. **patients admis (hospitalisés)** dans un CH receveur devant être transférés pour être hospitalisés (admis) dans un autre CH pour la suite des soins.

Principes directeurs :

1. Les **protocoles d'entente** inter établissements établis ou les **corridors** de services identifiés **ont préséance** sur ces règles (ex.: Pt provenant d'un établissement carcéral, religieux ou autre ayant un hôpital attitré, pt victime d'un traumatisme sévère, pt souffrant d'un traumatisme cranio cérébral léger, infarctus aigu du myocarde type STEMI, AVC, etc.).

2. Le **patient demeure dans le centre receveur initial** s'il y a présence de conditions médicales simples pouvant être raisonnablement **traitées en 24 heures** afin d'éviter des transferts inutiles ou d'éviter deux épisodes d'attente à l'urgence. Cet épisode de soins **ne crée pas d'appartenance** à ce CH.

3. Le **respect du droit de la personne de choisir le professionnel ou l'établissement** où elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux est un principe d'application général.

Santé et Services sociaux Québec

16 cas SPÉCIFIQUES Adulte

- Traumatologie tertiaire
- Traumatologie secondaire
- Blessés médullaires
- Victime de brûlures graves
- AVC aigu ou récent
- IAMEST (Infarctus du myocarde avec élévation du segment ST identifié en préhospitalier)
- Amputations
- Agression sexuelle
- Psychiatrie – résidents
- Psychiatrie – sans domicile fixe ou patients hors secteur

Santé et Services sociaux Québec

Cas d'appartenance CLINIQUE et GÉOGRAPHIQUE

Une demande de transfert du patient est effectuée par le centre receveur :

AU **CENTRE HOSPITALIER D'APPARTENANCE CLINIQUE** DU PATIENT SI UNE DE CES SITUATIONS EST PRÉSENTE :

Suivi médical hospitalier spécifique
Patient ayant un suivi médical actif dans un CH spécifique.
On entend par un suivi médical actif :

1. **Chirurgie récente**
2. **Hospitalisation récente**
3. **Dialyse**
4. **Greffés**
5. **Néoplasie : traitement actif**
6. **Soins palliatifs**
7. **Patient attendu**
8. **Grossesse de 20 sem. et + ou post-partum – de 6 sem.**
9. **Suivi régulier en clinique externe**

À L'ÉTABLISSEMENT **D'APPARTENANCE GÉOGRAPHIQUE** DU PATIENT SI UNE DE CES SITUATIONS EST PRÉSENTE :

1. Pour tous les patients hospitalisés ne nécessitant plus le plateau technique surspécialisé et n'ayant pas de suivi médical dans un CH spécifique.
2. Pour les patients en fin de soins actifs, bien que la responsabilité d'effectuer toutes les démarches pour reprendre ces patients appartient au CISSS/CIUSSS et doit se faire dans les meilleurs délais.

PAS d'appartenance **GÉOGRAPHIQUE** à l'intérieur de la région de Montréal.

CH D'APPARTENANCE CLINIQUE
CH où le patient a un suivi médical actif ou qui **offre des niveaux ou types de soins spécifiques**

ÉTABLISSEMENT D'APPARTENANCE GÉOGRAPHIQUE
Établissement le plus près du lieu de résidence du patient **dans son RLS d'appartenance**

Québec

Principes de rapatriement:

- Pour les patients COVID - (confirmés ou guéris): rapatriement possible vers milieu froid (CH, zone,…).
- Pour les patients COVID +: (implication du COOLSI) rapatriement vers CH désignés ou milieu avec zone chaude/tampon après que l'épisode de soins ayant nécessité le transfert en CH désigné est complétée.
- Si besoin d'expertise spécialisée ou suivi pour un problème oncologique actif, transplantation ou dialyse: transferts possibles selon les trajectoires existantes, règles d'appartenance et transferts inter-établissements.
- Patient COVID + à l'urgence: Selon les besoins du patient et l'expertise du milieu vers le CH d'appartenance si désigné.

Santé et Services sociaux Québec

Principes de rapatriement:

Patients COVID -

- confirmés
- ou guéris

Rapatriement possible vers

Milieux froids

- CH non désignés
- Milieu avec zone froide

Patients COVID + admis

Une fois l'épisode de soins, ayant nécessité le transfert en CH désigné, complété

Implication du **COOLSI**

Si besoin d'expertise spécialisée ou suivi pour un problème oncologique actif, transplantation ou dialyse

- Milieu avec **zone tampon**

Milieux chauds

- CH désignés
- Milieu avec zone chaude

Transferts possibles vers le CH désigné selon les trajectoires existantes, règles d'appartenance et transferts inter-établissements

Patients COVID + à l'urgence

Selon les besoins du patient et l'expertise du milieu vers le CH d'appartenance si désigné

Santé et Services sociaux Québec

Pour les NSA: Mise en priorité

Outil de simulation de mise en priorité pour les patients en NSA dans un CHSGS ou CHU du 514-450 (patients du 514 qui attendent une place en hébergement, réadaptation, …)

5 critères dynamiques avec pondération

1. Nb patients sur civières à l'urgence depuis + 24 hrs
2. Taux d'occupation des lits disponibles
3. % d'occupation des lits de soins intensifs(SI) par des patients COVID +
4. % d'occupation des lits disponibles par des patients COVID +
5. Prop. NSA total / lits dressés occupés

OUTIL SIMULATION MISE EN PRIORITÉ CHSGS et CHU

Santé et Services sociaux Québec

Critères :

Tx occ. Civ.
Tx occ dresssés
% lits dressés occ. Covid
% lits SI occ. Covid
% lits dressés occ. Par NSA SP

Règle pointage Nb pts 24hr urgence			Règle pointage Tx occ Lits dispo			Règle pointage% occ Lits SI par covid			Règle pointage Prop NSA					
0	2	1	0	50%	1	0	0	1	0	2,5%	0,5	12,5%	15%	3
2	5	2	50%	75%	2	15%	0	2	2,5%	5%	1	15%	17,5%	3,5
5	8	3	75%	85%	3	40%	1	3	5%	7,5%	1,5	17,5%	20%	4
8	15	4	85%	95%	4	60%	1	4	7,5%	10%	2	20%	22,5%	4,5
15	100	5	95%	200%	5	80%	2	5	10%	12,5%	2,5	22,5%	100%	5
			15%	15%	5%	15%	50%	Pondération						

Sources

Région	Variable	Tx occ. Civ à l'urgence	Nb pt sur civ à l'urgence depuis 24h+	Tx occ. Lits dressés	Tx occ. Lits dispo	Nb de cas COVID+ hospit régulière (exclu. S	Nb de cas COVID+ hospit SI	% occ. Lits SI par covid	% occ. Lits dressés (excluant lits SI, SM) par covi	% occ. Lits dispo (excluant lits SI, SM) par covi	Nb total usagers NSA	Prop. NSA total /lits dressés OCCUPÉS	Nb pt sur civ à l'urgence depuis 24h+	Tx occ. Lits dispo	% occ. Lits SI par covid	% occ. Lits dispo par covid	Prop. NSA total /lits dressés OCCUPÉS	POINTAGE GLOBAL sans pondération	POINTAGE GLOBAL AVEC pondération LITS DISPONIBLES	Priorisation du jour LITS DISPONIBLES
6	Hôpital Notre-Dame	103%	9	80%	90%	33	5	50%	15%	17%	41	19%	4	4	3	5	4,0	20	4,10	
6	Hôpital général de Montr	94%	11	91%	93%	20	6	27%	11%	12%	41	18%	4	4	2	3	4,0	17	3,75	
6	Hôpital De Verdun	100%	3	49%	83%	16	0	0%	7%	12%	29	24%	2	3	1	3	5,0	14	3,75	
16	Hôpital Pierre-Boucher	134%	6	88%	88%	78	6	55%	24%	24%	49	15%	3	4	3	5	3,5	19	3,70	
6	Hôpital Santa Cabrini	134%	22	78%	94%	33	7	64%	12%	15%	30	14%	5	4	4	4	3,0	20	3,65	
6	Hôpital Général Du Lakes	81%	9	55%	86%	50	7	47%	23%	41%	20	14%	4	4	3	5	3,0	19	3,60	
16	Hôpital du Suroît	113%	21	80%	104%	11	0	0%	6%	8%	30	16%	5	5	1	2	3,5	17	3,60	
13	Hôpital de la Cité-de-la-S	57%	1	99%	99%	94	18	113%	23%	23%	61	13%	1	5	5	5	3,0	19	3,40	
6	Hôpital Fleury	50%	0	90%	90%	17	1	13%	24%	24%	15	16%	1	4	1	5	3,5	15	3,30	
16	Hôpital Charles-LeMoyne	140%	21	76%	85%	39	11	35%	10%	11%	59	15%	5	3	2	3	3,0	16	3,25	
6	Hôpital Maisonneuve-Ros	113%	17	78%	97%	95	14	100%	18%	22%	24	5,7%	5	5	5	5	1,5	22	3,25	
6	Hôpital Général Juif	91%	7	78%	78%	105	11	46%	22%	22%	43	10%	3	3	3	5	2,5	17	3,05	
16	Hôpital du Haut-Richelieu	114%	9	84%	100%	0	0	0%	0%	0%	36	14%	4	5	1	1	3,0	14	3,05	
16	Hôpital Honoré-Mercier	69%	3	78%	78%	0	0	0%	0%	0%	36	18%	2	3	1	1	4,0	11	2,95	
6	Hôpital du Sacré-Cœur de	59%	3	58%	97%	36	10	37%	9%	16%	24	10%	2	5	2	5	2,0	16	2,90	
15	Hôpital de Saint-Eustache	122%	6	104%	104%	0	0	0%	0%	0%	35	13%	3	5	1	1	3,0	13	2,90	
15	Hôpital de Saint-Jérôme	113%	15	81%	81%	56	8	33%	19%	19%	28	9%	4	3	2	5	2,0	16	2,90	
16	Centre hospitalier Anna-L	94%	0	90%	96%	0	0	0%	0%	0%	35	15%	1	5	1	1	3,5	12	2,85	
6	Centre Hospitalier De St. I	123%	5	72%	80%	0	0	0%	0%	0%	33	16%	2	3	1	1	3,5	11	2,70	
6	Hôpital Royal Victoria	127%	13	89%	89%	40	11	37%	13%	13%	22	7%	4	4	2	4	1,5	16	2,65	
6	Hôpital Jean-Talon	68%	0	84%	84%	0	0	0%	0%	0%	28	17%	1	3	1	1	3,5	10	2,55	
6	Centre hospitalier de l'Ur	108%	16	93%	100%	53	15	30%	7%	8%	35	5%	5	5	2	2	1,0	15	2,40	
14	Hôpital Pierre-Le Gardeur	136%	4	83%	83%	12	14	82%	4%	4%	36	11%	2	3	5	1	2,5	14	2,40	
14	Centre hospitalier régiona	85%	3	67%	67%	0	1	6%	0%	0%	33	13%	2	2	1	1	3,0	9	2,30	
6	Hôpital neurologique de	nd	nd	86%	90%	0	0	0%	0%	0%	9	12%	0	4	1	1	2,5	9	2,05	
6	Institut de cardiologie de	55%	2	84%	92%	0	0	0%	0%	0%	5	4%	1	4	1	1	1,0	8	1,45	
6	CNMTL																			

Ordre de mise en priorité

selon pointage

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 4 juin 2020

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

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

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

AUX DIRECTRICES ET AUX DIRECTEURS DES RESSOURCES HUMAINES DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Le Québec dispose désormais d'une capacité quotidienne de plus de 20 000 tests d'amplification des acides nucléiques, ou TAAN, aussi appelés *polymerase chain reaction* (PCR) pour la COVID-19.

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a reçu le mandat de baliser l'utilisation de ces tests selon les évidences scientifiques, les différentes stratégies de santé publique et les besoins de différents milieux de soins et d'hébergement. Dans l'attente des recommandations de l'INESSS, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dépose des orientations intérimaires pour baliser l'utilisation de ces tests.

Ces orientations ont été produites par un comité d'experts regroupant des spécialistes de la santé publique et des microbiologistes-infectiologues, ainsi que des représentants du MSSS, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et de l'INESSS.

… 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 trouver ces recommandations à l'adresse suivante : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002616/. En fonction de ces recommandations, le MSSS propose également une nouvelle classification dans l'accès au TAAN. Cette classification constitue une version plus élaborée des outils précédemment transmis. Elle appuiera une requête unique de laboratoire visant à faciliter le suivi de l'utilisation des analyses.

Enfin, un outil d'aide à la décision vous est également transmis afin de faciliter la classification des analyses parmi les nouvelles catégories établies.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

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

p. j. 2

N/Réf. : 20-MS-02502-41

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

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

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

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

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

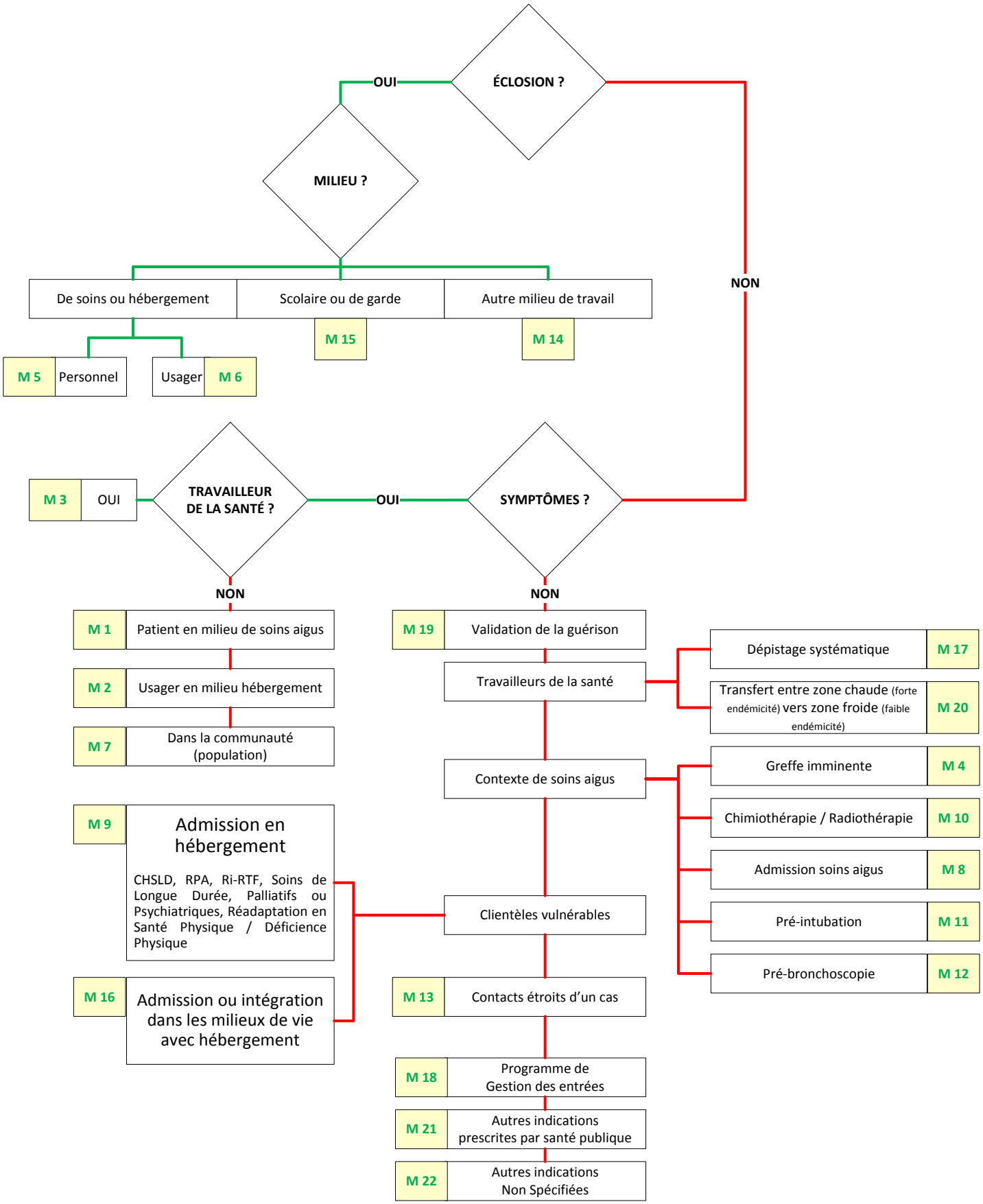
4 Incluant les transferts entre établissements.

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Logigramme des Priorités de Dépistage

Contexte de la demande



Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 4 juin 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 4 juin 2020, concernant la reprise des activités de première ligne médicale. Ces orientations font suite aux travaux du Comité clinique de dépistage COVID-19 et première ligne.

Vous trouverez, dans les documents ci-joints, les informations permettant de déterminer le niveau d'activités souhaité en fonction de l'état de la pandémie de chaque région. Nous attirons votre attention sur les consignes complémentaires en annexe du Plan provincial de reprise des activités cliniques, qui fournit des indications sur l'application spécifique des mesures pour les cliniques de première ligne.

Par ailleurs, un plan de reprise des activités de première ligne, détaillant les activités prévues pour votre territoire pour chaque secteur, doit obligatoirement être autorisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous vous invitons à compléter et à transmettre le gabarit fourni à cet effet à madame Aurore Deligne de la Direction des services de proximité en santé physique, à l'adresse aurore.deligne@msss.gouv.qc.ca avant le 19 juin prochain.

... 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 habituel soutien afin de vous assurer que ces orientations soient diffusées auprès de vos équipes et demeurons disponibles si vous avez des questionnements.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. Gabarit-Plan territorial de reprise des activités cliniques
Plan provincial de reprise des activités cliniques-Secteur première ligne médicale

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

N/Réf. : 20-MS-03823-58

et des Services sociaux
Québec

GABARIT – Plan territorial de reprise des activités cliniques

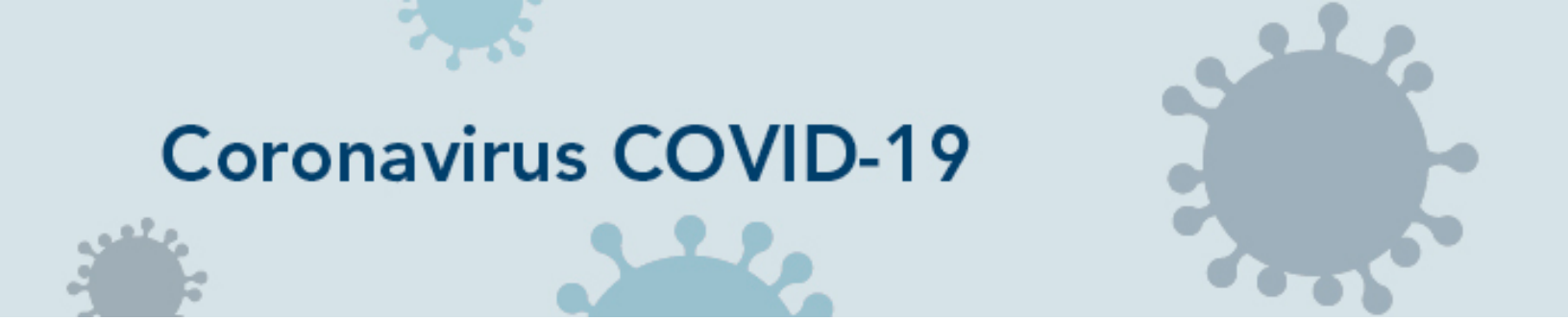
Nom de l'établissement	Centre intégré
Niveau d'activité actuel du territoire	
Nom du responsable	

Consignes pour compléter le gabarit :

- Utilisant le tableau de la page suivante, tous les niveaux d'activités doivent être complétés, soit les activités cliniques en cours pour le niveau où se trouve actuellement votre territoire ainsi que les activités cliniques prévues pour les autres niveaux.
- Pour les régions de Montréal et de la Montérégie, un arrimage régional est nécessaire en collaboration avec le Département régional de médecine générale (DRMG).
- L'information fournie pour chacun des secteurs peut se baser sur les exemples du tableau suivant, sans s'y limiter.

Exemple d'information demandée par secteur	
Accès populationnel	- Combien de cliniques désignées d'évaluation sont / doivent être actives? - Combien de milieux de 1re ligne (groupe de médecine de famille (GMF), cliniques, CLSC, etc.) assurent une offre de services populationnelle? - Quelle proportion du total cela représente-t-il? - Quel est le fonctionnement pour un patient non-inscrit qui souhaite obtenir un rendez-vous (RV)? - Quelle est l'utilisation de Rendez-vous santé Québec (RVSQ) pour offrir des plages de RV populationnel par les cliniques? - Combien d'urgences font de la réorientation vers les milieux de 1re ligne?
Suivi de clientèle inscrite	- Quel est, approximativement, la proportion de professionnels en place? - Quelles sont les activités cliniques offertes? - Quel est le fonctionnement pour un patient inscrit qui souhaite obtenir un RV?
Prise en charge (GAMF)	- Quelle est, approximativement, la proportion de professionnels en place au sein du guichets d'accès à un médecin de famille (GAMF)? - Description des activités en cours du GAMF selon chaque niveau d'activité. - Description de la capacité d'évaluation clinique des équipes du Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO).
RVSQ	- Combien de milieux de 1re ligne utilisent RVSQ pour l'offre de services, et préciser l'utilisation (plages réservées COVID-19, plages offertes au public)? - Quelle est l'utilisation de RVSQ par les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (centrale téléphonique, urgences, GACO, etc.) pour référer les patients?
SAD / SIAD / RPA / RI / RTF	- Quelle est le niveau de réaffectation du personnel clinique des autres secteurs (milieux de 1re ligne, GAMF, programmes, etc.) en soutien aux activités? - Des listes de garde infirmière et médecins ont-elles été mises en place? Quel est le ratio patients / médecins pour assurer une vigie? - Description du fonctionnement pour le lien avec les médecins (patients inscrits ou non-inscrits). - Outils utilisés pour assurer la communication, la vigie. - Présence de comité de coordination SAD/DRMG.
Programmes-services (santé mentale, immunisation, maladies chroniques, soins courants)	- Quelle est, approximativement, la proportion de professionnels en place dans les différents programmes? - Description des activités en cours dans ces programmes selon chaque niveau d'activité

	Niveau d'activité 3 Moins de 30 % du volume d'activités régulières	Niveau d'activité 2 Entre 30 % et 70 % du volume d'activités régulières	Niveau d'activité 1 Plus de 70 % du volume d'activités régulières
REPRISE DES ACTIVITÉS CLINIQUES			
Accès populationnel			
Suivi de clientèle inscrite			
Prise en charge (GAMF)			
RVSQ			
SAD / SIAD / RPA / RI / RTF			
Programmes-services (santé mentale, immunisation, maladies chroniques, soins courants)			



PLAN PROVINCIAL DE REPRISE DES ACTIVITÉS CLINIQUES

SECTEUR PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE

MISE À JOUR DU 4 JUIN 2020

Auteurs principaux

Dre Lucie Opatrny
Sous-ministre adjointe
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Coordination

M. Martin Forgues
Directeur général adjoint
Direction générale adjointe de l'accès, de services de proximité et des effectifs médicaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Rana Farah
Adjointe exécutive
Direction générale adjointe de l'accès, de services de proximité et des effectifs médicaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Avec la contribution du :

Comité clinique de dépistage COVID-19 et première ligne.

Dr Réal Barrette, Co-président du Comité et Médecin-conseil

M. Philippe Lachance, Co-président du Comité et Directeur des services de proximité en santé physique, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Jacques Blais, Chef du département régional de médecine générale
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Mme Zina Benshila, Directrice adjointe des services médicaux et généraux de 1re ligne
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Mme Aurore Deligne, Coordonnatrice, Direction des services de proximité en santé physique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Sylvain Dion, Vice-président du conseil d'administration
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Dr Éric Lavoie, Chef du département régional de médecine générale
Centre intégré du Bas-Saint-Laurent

Dre Raymonde Vaillancourt, Chef du département régional de médecine générale
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dre Annie Tremblay, Directrice adjointe des services professionnels
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Table des matières

Mise en contexte 2
Structure du document 3
Tableau des niveaux d'activités 4
Vision de l'accès aux services de première ligne médicale 8
ANNEXE – Modalités à mettre en place 9
Orientation des patients 9
Volet Santé publique 10
Volet organisation des services (cliniques chaudes et froides) 11

Coronavirus COVID-19

MISE EN CONTEXTE

La pandémie à COVID-19, débutée au Québec en mars 2020, a entraîné une réduction des ressources disponibles (humaines, médicales, matérielles), induite par la réponse aux impératifs de la pandémie. Cette réduction, ajoutée aux consignes de distanciation sociale qui se sont appliquées durant cette période, a eu un impact significatif sur l'organisation et l'accessibilité aux services de première ligne médicale.

Compte tenu de l'amélioration de la situation épidémiologique à la mi-mai 2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) demandait aux établissements un plan de retour aux activités régulières. Le Comité clinique de dépistage COVID-19 et première ligne a élaboré des orientations permettant aux établissements de déterminer leur niveau d'activités, ainsi que les activités cliniques de première ligne médicale qui doivent s'effectuer selon chaque niveau.

Les établissements sont invités à se baser sur ces orientations afin d'identifier les activités cliniques de première ligne médicale spécifiques à leur niveau actuel d'activités, de même que celles prévues selon l'évolution de la situation amenant un changement du niveau d'activités.

STRUCTURE DU DOCUMENT

Le document est constitué de trois grandes sections.

La première section, sous la forme d'un tableau, permet d'identifier, selon des caractéristiques liées au secteur de la première ligne médicale, le niveau d'activité. La gouvernance et les services essentiels sont définis pour chaque niveau, et les prérequis d'activation des phases permettent de soutenir la décision de passer à un autre niveau d'activité. Par ailleurs, le contexte pandémique a permis plusieurs avancées importantes pour l'organisation des services de première ligne médicale. Ces acquis sont identifiés en tant que principes à conserver durant toute la période pandémique et au-delà de celle-ci. Enfin, les dernières lignes du tableau détaillent les activités cliniques selon chaque niveau d'activité de première ligne médicale (accès populationnel, suivi de clientèle inscrite, etc.).

La seconde section met en lumière des caractéristiques de la vision de l'organisation des services de première ligne médicale basée sur les principes présentés au tableau de la première section tout en détaillant différents liens et éléments majeurs.

La troisième section présente des modalités à mettre en place afin d'assurer une reprise sécuritaire des activités dans les milieux de soins de première ligne.

	LES NIVEAUX D'ACTIVITÉS SONT ÉVALUÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT EN COLLABORATION AVEC LE DRMG RÉGIONAL		
	Niveau d'activité 3 **Moins de 30 % du volume d'activités régulières**	**Niveau d'activité 2** **Entre 30 % et 70 % du volume d'activités régulières**	**Niveau d'activité 1** **Plus de 70 % du volume d'activités régulières**
Caractéristiques	**Circulation active du virus avec dépassement de la capacité du milieu** • Ressources médicales et professionnelles réaffectées massivement dans les milieux en éclosions (par les coordonnateurs); • Éclosions multisites (unités, RI-RTF-RPA, CHSLD, milieux de travail, milieux communautaires); • Confinement limitant de façon importante la demande de services de 1re ligne;	**Circulation active du virus, mais situation en contrôle** • Réaffectation des ressources médicales et professionnelles en fonction des besoins; • Nombre limité de sites en éclosion (unités, RI-RTF-RPA, CHSLD, milieux de travail et milieux communautaires); • Déconfinement graduel : augmentation significative de la demande;	**Transmission communautaire limitée** • Affectation de ressources minimales en corridors chauds et vigie; • Pas d'éclosion ou rares milieux en éclosion qui demeurent contrôlés; • Levée du confinement : retour à une offre de services en équilibre avec la demande;
Gouvernance	• Centre de coordination des mesures d'urgence (CCMU) actif avec participation du chef de DRMG;	• CCMU actif avec participation du chef de DRMG;	• Vigie et CCMU suspendu ou limité; • Leadership pour l'organisation des services de première ligne médicale assuré par le DRMG;
Services essentiels	• Urgences, hospitalisations, USI, cas urgents en services spécialisés; • CHSLD, RI-RTF-RPA; • CDÉ; • Accès populationnel urgent; • SNT (zones tampon);	• Offre adaptée à l'augmentation de la demande; • Offre de service en CDÉ ajustée aux besoins; • SNT (zones tampon);	• Offre répondant à l'augmentation de la demande; • Offre de service en CDÉ minimale et ajustée aux besoins

Prérequis pour activer la phase	**À l'atteinte de :** • Disponibilité de moins de 40 % des effectifs habituels de médecins de 1re ligne; • Disponibilité de moins de 40 % des effectifs habituels d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL); • Moins de 40 % du volume d'activité des plateaux spécialisés et de l'accueil clinique; • Disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) requis selon les orientations de la santé publique; • Aménagements respectant les consignes de la PCI;	**À l'atteinte de :** • Disponibilité de 40 à 80 % des effectifs habituels de médecins de 1re ligne; • Disponibilité de 40 à 80 % des effectifs habituels d'IPSPL; • Reprise de 40 à 70 % du volume d'activité des plateaux spécialisés et de l'accueil clinique; • Disponibilité des ÉPI requis selon les orientations de la santé publique; • Aménagements respectant les consignes de la PCI;	**À l'atteinte de :** • Disponibilité minimale de 80 % des effectifs habituels de médecins de 1re ligne; • Disponibilité minimale de 80 % des effectifs habituels d'IPSPL; • Reprise de plus de 70 % du volume d'activité des plateaux spécialisés et de l'accueil clinique; • Disponibilité des ÉPI requis selon les orientations de la santé publique; • Aménagements respectant les consignes de la PCI;
REPRISE DES ACTIVITÉS CLINIQUES			
Principes	• Contrainte globale d'utilisation optimale des ressources et de mobilité de la main-d'œuvre en vases communicants; • Pertinence des rendez-vous : - Disponibilité minimale requise d'infirmières pour assurer le triage téléphonique en tout temps; - Maintien et consolidation de l'utilisation d'un système de prise de rendez-vous, comme Rendez-vous santé Québec (RVSQ), en tant qu'outil de transaction entre les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)[1]; - Accès universel aux citoyens avec priorisation selon l'urgence des besoins; - Filtrage des patients à l'arrivée à la clinique; • Utilisation pertinente des téléconsultations en respect de la qualité de l'acte et tenant compte du *Rappel des obligations déontologiques* publié par le Collège des médecins du Québec, intégrant à terme les orientations ministérielles de meilleures pratiques qui seront applicables au Québec; • La reprise des activités des autres secteurs de 1re ligne (ex. : services courants, maladies chroniques, immunisation, santé mentale, etc.) est essentielle pour la complémentarité des activités en cliniques médicales de 1re ligne;		

1. L'utilisation mentionnée de RVSQ est spécifique à la fonction d'outil de référence et de réorientation entre les différents partenaires.

Accès populationnel	• Couvert par les cliniques selon le principe de proximité géographique, incluant la réponse à la clientèle orpheline et la réorientation;	• Couvert par les cliniques selon principe de proximité géographique, incluant la réponse à la clientèle orpheline et la réorientation;	• Accès à la 1re ligne selon les GMF/cliniques d'appartenance; • Réponse à la clientèle orpheline et réorientation par les centres d'appel COVID selon principe de proximité géographique; • Couverture en vigie des cliniques désignées d'évaluation (CDÉ) en transition vers un modèle qui pourrait s'intégrer aux cliniques 1er ligne selon les besoins et modèles d'organisation des territoires;
Suivi de clientèle inscrite	• Maintien des équipes minimales; • Priorisation : - Maladies chroniques; - Suivis de grossesse (critères révisés); - 0-2 ans (critères révisés); - Santé mentale. • Suivi marginal en interprofessionnalisme;	• Maintien des équipes minimales; • Priorisation : - Maladies chroniques; - Suivis de grossesse (critères révisés); - 0-2 ans (critères révisés); - Santé mentale. • Ajout d'activités selon le jugement des équipes cliniques notamment pour la gestion des arrêts de travail; • Retour graduel à l'interprofessionnalisme;	• Équipes fonctionnelles; • Priorisation : - Maladies chroniques; - Suivis de grossesse (critères révisés); - 0-2 ans (critères révisés); - Santé mentale. • Reconnaissance des rendez-vous planifiés avec l'intégration du volet pertinence; • Ajout d'activités selon le jugement des équipes cliniques, notamment pour les activités de nature préventive et la gestion des arrêts de travail; • Interprofessionnalisme;
Prise en charge (GAMF)	• Maintien des équipes minimales; • GAMF majoritairement suspendu, sauf pour les patients prioritaires A et B (priorités actualisées);	• Maintien des équipes minimales; • GAMF avec priorisation (A, B, patients ciblés prioritaires par les infirmières GAMF);	• Équipes fonctionnelles; • Reprise des activités normales du GAMF en reconnaissance du rôle de l'infirmière dans l'évaluation du besoin et l'orientation pertinente de la clientèle;

SAD / SIAD / RPA / RI / RTF	• Réaffectation du personnel clinique; • Contribution médecins de famille; • Implication des CDÉ; • Implication PCI;	• Réaffectation partielle du personnel; • Contribution pour la couverture infirmière et médicale 24/7 SAD et RPA-RI avec GMF répondants pour la clientèle inscrite / non-inscrite, chaude et froide, selon le niveau d'alerte;	• Consolidation de la garde 24/7 infirmière et médicale avec outils de communication; • Repérage et couverture systématique des clientèles nécessitant une offre de services adaptée; • Développer un partenariat avec les directions des secteurs concernés;
Programmes-services (santé mentale, immunisation, maladies chroniques, soins courants)	• Maintien des équipes minimales;	• Maintien des équipes minimales;	• Équipes fonctionnelles;

VISION DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE

Suivant la fin de la période de pandémie, certains acquis et certaines nouvelles opportunités devront être conservés pour l'organisation de services de première ligne médicale. Cette vision de l'accès à la première ligne médicale devra se refléter dans les orientations inscrites dans les programmes, cadres de références et ententes.

L'organisation des services suivant cette vision devra intégrer les éléments suivants :

- Équipes complètes fonctionnelles (GMF/cliniques et GAMF);
- Intégration d'un volet de pertinence dans la réponse aux besoins de la population inscrite et non-inscrite :
  - Consolidation de la réponse téléphonique développée par le 1 877 / 811 / centre régional;
  - Reconnaissance du rôle de l'infirmière dans l'évaluation du besoin et l'orientation du patient;
  - Reconnaissance des rendez-vous planifiés avec l'intégration du volet pertinence;
  - Optimisation de l'utilisation des plages privées RVSQ entre les partenaires du RSSS au bénéfice populationnel et en gestion de pertinence;
- Mise à profit de tous les partenaires du réseau de 1re ligne : lignes téléphoniques, cliniques médicales (GMF ou non), CLSC, GMFU, GAMF, pharmacies communautaires, etc.;
- Circulation fluide entre les partenaires du RSSS pour orienter le patient au bon service, au bon moment et au bon endroit;
- Prise en charge accélérée de clients en provenance du GAMF.

Coronavirus COVID-19
ANNEXE – MODALITÉS À METTRE EN PLACE

Ce document résume les modalités à mettre en place afin d'assurer une reprise des activités de façon sécuritaire dans les milieux de soins de première ligne[2].

La reprise des activités de première ligne doit s'effectuer dans le respect du plan provincial de reprise des activités du RSSS.

Orientation des patients

Personnes qui présentent des symptômes de COVID-19, de grippe et de gastroentérite:

- Si la personne a besoin de consulter en première ligne et est inscrite auprès d'un médecin de famille, elle peut communiquer avec son médecin ou sa clinique afin d'obtenir un rendez-vous téléphonique dans cette clinique ou un rendez-vous en personne en CDÉ.
- Si la personne a besoin de consulter en première ligne et n'est pas inscrite auprès d'un médecin de famille, elle peut communiquer avec le 1 877 644-4545, où on procédera à une évaluation de sa condition afin de lui octroyer un rendez-vous dans une clinique CDÉ à proximité géographique.
- Pour toute question générale entourant la COVID-19 et pour un dépistage, toute personne est invitée à communiquer avec la ligne 1 877 644-4545. Les options du menu automatisé permettront de prendre en charge sa demande, notamment pour la référence en clinique désignée de dépistage (CDD), s'il y a lieu.

Personnes qui ne présentent aucun symptôme de COVID-19, de grippe et de gastroentérite :

- Si la personne a besoin de consulter en première ligne et est inscrite auprès d'un médecin de famille, elle peut communiquer avec son médecin ou sa clinique afin d'obtenir un rendez-vous dans cette clinique.
- Si la personne a besoin de consulter en première ligne et n'est pas inscrite auprès d'un médecin de famille, elle peut communiquer avec Info-Santé en composant le 811 pour obtenir des conseils ou être dirigée vers la ressource appropriée. Elle peut également communiquer avec une clinique qui offre des services aux personnes sans médecin de famille, comme une super-clinique.

2 Les milieux de première ligne visés par ce document sont les cliniques médicales de médecine de famille, soit les CLSC, GMF (incluant les GMF universitaires et réseau) et les cliniques non GMF. Les activités visées sont celles pratiquées par l'ensemble de l'équipe clinique (médecin, infirmières, IPSPL, autres professionnels).

Volet Santé publique

Toutes les mesures mises en place depuis le début de la pandémie restent appropriées dans le contexte du déconfinement et de la reprise des activités afin de limiter la contamination des milieux et des personnes (distanciation physique, lavage des mains, étiquette respiratoire).

Pour tout rendez-vous en première ligne, les téléconsultations doivent être privilégiées lorsque possible, et doivent tenir compte du *Rappel des obligations déontologiques* publiés par le CMQ.

Un questionnaire doit être réalisé lors de la prise de rendez-vous et à l'arrivée du patient en clinique afin de s'assurer que le patient a été référé au bon endroit : les patients symptomatiques en CDÉ et les patients asymptomatiques en clinique froide.

POUR LES PATIENTS SYMPTOMATIQUES[3] orientés vers les CDÉ pour une consultation en présentiel :

- Les recommandations actuellement en place doivent demeurer (ÉPI, zones chaudes, report de certains examens, etc.).
- Port du masque de procédure obligatoire pour les patients et les soignants.
- Aucun accompagnateur sauf en cas de situation exceptionnelle, par exemple un soutien essentiel.

POUR LES PATIENTS ASYMPTOMATIQUES :

- Il est important de faire le rappel des pratiques de base (distanciation, étiquette respiratoire, hygiène des mains). Des affiches doivent être visibles tout au long de la trajectoire des patients.
- Le respect de la distanciation physique (deux mètres) est un élément incontournable, et les services doivent être organisés en conséquence. La trajectoire du patient doit être revue pour toutes les étapes du parcours, et les mesures de mitigation doivent être mises en place par exemple :
    - Limiter le nombre d'accompagnateurs;
    - Identifier la distance à respecter par un marquage au sol, par des cônes ou autres, à l'extérieur de l'établissement ainsi qu'à l'accueil;
    - Planifier un nombre limite de patients dans les espaces d'attente en fonction des aménagements de l'installation (espaces de salles d'attente) et dans la planification des rendez-vous afin de respecter en tout temps la distance de deux mètres;
    - Favoriser les téléconsultations lorsqu'elles sont possibles;
    - Limiter le nombre de rendez-vous préalables pour les examens diagnostiques en optimisant chaque visite à la clinique.

3 La notion de symptomatiques inclut tous symptômes infectieux : IVRS, COVID et gastroentérite.

- Si les infrastructures ne permettent pas la distanciation de deux mètres, prévoir des séparations physiques (ex. : paravent, rideaux, plexiglas, etc.) et en assurer le nettoyage.
- Pour un patient asymptomatique et ses accompagnateurs le cas échéant, le port du masque artisanal ou couvre visage est fortement recommandé. Il n'y a pas d'indication pour le port de masque de procédure.
- Le port du masque artisanal ne doit pas remplacer le respect de la distanciation physique ou le besoin d'aménagement des lieux physiques.
- **Si le masque de procédure est indiqué pour un patient,** lui demander de retirer son couvre-visage de façon sécuritaire, 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 qui 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. Ce patient doit être référé en CDÉ.
- Lors du retrait du masque de procédure, prévoir des poubelles pour disposer du masque et un poste d'hygiène des mains.

RAPPEL :

- Pour les travailleurs de la santé, porter les ÉPI recommandés selon la situation clinique (notamment lorsqu'à moins de deux mètres des patients et de leurs collègues) et les retirer sécuritairement au moment opportun.
- La distanciation physique entre les collègues en dehors des activités de soins (ex. : repas, pauses, etc.) doit, elle aussi, être respectée.
- L'hygiène et la salubrité doivent être renforcées dans tous les milieux de soins pour éviter une transmission par contact avec les surfaces. Pour le nettoyage des instruments et des espaces physiques, se référer à :

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002507/

  https://www.inspq.qc.ca/publications/2970-nettoyage-desinfection-cliniques-covid19

Volet organisation des services (cliniques chaudes et froides)

- Instaurer, lorsque possible, l'attente dans le stationnement avec texto ou appel lorsqu'il est temps d'entrer pour le rendez-vous. Prévoir une durée de rendez-vous plus longue en présentiel, considérant les besoins de désinfection et de salubrité.
- Les rendez-vous en présentiel doivent être privilégiés pour la clientèle qui le demande.
- Afin de diminuer les déplacements pour les patients, surtout ceux présentant des facteurs de risque (patient de plus de 70 ans, immunosupprimé, présence de maladies chroniques mal contrôlées), la téléconsultation doit être proposée en tout temps.
- Les patients ayant besoin de suivis qui exigent plusieurs examens physiques, notamment les femmes enceintes et les enfants de moins de 2 ans, devraient être vus en personne.

- Considérer la possibilité de VAD et de lien avec le SAD pour les patients avec facteurs de risque important et nécessitant une évaluation en présentiel.
- Limiter l'utilisation de papier (vecteur de transmission) en général. Les requêtes et les prescriptions par voies électroniques ou par fax seront favorisées. La manipulation des cartes d'assurance-maladie doit être évitée.
- Maximiser l'utilisation de prise de rendez-vous en ligne pour donner des rendez-vous, qu'ils soient en clinique froide ou chaude, par voie téléphonique ou en présentiel.
- Mise en place d'une vigie quotidienne pour l'état de santé des employés et des équipes cliniques (professionnels et médecins.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 4 juin 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 13 mars dernier, le Secrétariat à l'adoption internationale a suspendu la majorité de ses activités impliquant le réseau de la santé et des services sociaux. Le délestage de ces activités non essentielles a rapidement été mis en place afin que vos ressources puissent prêter main-forte à d'autres secteurs d'activité de vos établissements.

À la suite des annonces récentes du gouvernement du Québec, un plan de reprise des activités a été préparé. Ce plan, joint à la présente, prévoit une reprise très graduelle des activités d'adoption internationale s'échelonnant en quatre phases. Centré sur les enfants, il vise, entre autres, à permettre à ces derniers d'être réunis avec leurs parents adoptifs ou d'assurer la meilleure intégration possible au sein de leur nouvelle famille. Cette reprise s'effectuera avec souplesse compte tenu de différents facteurs à considérer, dont la situation observée dans le pays d'origine, la situation régionale ainsi que l'ouverture des frontières du Canada et du pays concerné.

Par conséquent, la mobilisation de vos ressources humaines se fera de façon très graduelle. Il est toutefois attendu que vous souteniez vos directions de la protection de la jeunesse afin qu'elles puissent être en mesure d'initier la réalisation des activités prévues aux phases 1 et 2 d'ici la fin de juin 2020.

... 2

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

Le nombre de dossiers concernés par ces étapes est, par ailleurs, indiqué par région à la deuxième page du plan de reprise. En ce qui a trait aux activités prévues aux phases 3 et 4, elles pourraient reprendre d'ici le1er septembre 2020.

Pour toute question, nous vous invitons à communiquer avec madame Josée-Anne Goupil, secrétaire à l'adoption internationale et directrice générale du Secrétariat à l'adoption internationale, par téléphone au 514 873-4747 ou par courriel à l'adresse josee-anne.goupil@msss.gouv.qc.ca.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. PDGA des CISSS et des CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-70

Secrétariat à l'adoption internationale
Québec

ÉTAPES DE REPRISE DES ACTIVITÉS			
Phase 1 : **Enfant connu – PO (pays d'origine)**	**Phase 2 :** **Enfant arrivé - Situation d'enfant à présenter**	**Phase 3 :** **Dossiers en cours**	**Phase 4 :** **Nouveau projet ou changement de projet**
Démarches pour permettre l'arrivée des enfants concernés par des adoptions ou placements finalisés	1er rapport progrès	Complément d'évaluation psychosociale	Mise à jour 2 ans/ Changement de projet
Apparentement Lettre de non-opposition (LNO)/lettre 17	Rapport progrès requis pour finaliser la démarche d'adoption	Autres rapports progrès	Ouverture de dossiers
Mise à jour et évaluation prioritaire - Enfant connu	Suivi arrivée de l'enfant	Évaluation psychologique qui suit une évaluation psychosociale	Première évaluation psychosociale
	Examen préliminaire		

Commentaires :

1. Les éléments des différentes phases peuvent ne pas se réaliser au même moment compte tenu des nombreux éléments à considérer (ouverture des frontières du Québec ou d'autres États, reprises des activités dans les autres États, capacité des régions du Québec concernées, etc.).

2. Les pratiques actuelles pour l'une ou l'autre des activités professionnelles impliquées pourraient être adaptées dans le respect des bonnes pratiques cliniques reconnues.

Répartition du nombre de dossiers, par région, pour les phases 1 et 2

Région	Nombre de dossiers phase 1 (MAJ et évaluations)	Nombre de dossiers phase 2 (premiers rapports d'évolution)	Total général
01-Bas-Saint-Laurent		**3**	**3**
02-Saguenay - Lac-Saint-Jean		**3**	**3**
03-Capitale-Nationale	**3**	**11**	**14**
04-Mauricie et Centre-du-Québec		**3**	**3**
05-Estrie		**4**	**4**
06-Montréal	**9**	**15**	**24**
CIUSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	2	2	4
CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	7	13	20
07-Outaouais	**3**	**2**	**5**
08-Abitibi-Témiscamingue		**3**	**3**
09-Côte-Nord		**1**	**1**
11-Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine		**1**	**1**
12-Chaudière-Appalaches		**6**	**6**
13-Laval	**2**	**1**	**3**
14-Lanaudière	**1**	**6**	**7**
15-Laurentides		**3**	**3**
16-Montérégie	**2**	**19**	**21**
Total général	**20**	**81**	**101**

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 4 juin 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

En cohérence avec l'actualisation du plan de déconfinement du gouvernement du Québec en contexte de pandémie de la maladie à coronavirus, certaines activités des programmes-services sociaux généraux en santé mentale et en dépendance ont été maintenus au cours des dernières semaines, alors que d'autres ont été délestés.

Au cours des prochains jours, le ministère de la Santé et des Services sociaux transmettra aux directeurs des programmes-services concernés ses orientations et des consignes cliniques prioritaires afin de guider vos équipes quant aux actions à mettre en place en vue de la reprise de l'ensemble des services de ces programmes.

Il est attendu que l'ensemble des services délestés ou réduits soit repris d'ici le 1er septembre 2020, et ce, en prenant toutefois en considération la capacité des équipes et la situation épidémiologique. Il est à noter que l'intensité et les modalités des services devront 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

c. c. Comité de direction du MSSS
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-03823-76

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 juin 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 nouveaux éléments adoptés, en date du 4 juin 2020, par le **sous-comité COVID-19 en cancérologie**.

Recommandations pour la reprise des activités de dépistage du cancer du sein

Tel que discuté avec les directeurs responsables des programmes de cancérologie des établissements le 26 mai dernier, les activités de dépistage du cancer du sein reprendront graduellement dans les régions.

Vous trouverez ci-joint les documents suivants :

- Tableau synoptique des étapes du plan de reprise du dépistage du cancer du sein;
- Recommandations concernant l'impact de la COVID-19 et les activités de dépistage et d'investigation du cancer du sein;(mis à jour 4 juin 2020);
- Plan de reprise du dépistage du cancer du sein – éléments essentiels et indicateurs du plan de reprise du dépistage du cancer du sein.

Les détails concernant les étapes de reprise des activités de dépistage du cancer du sein se retrouvent dans le tableau synoptique. Les principes généraux qui sous-tendent la reprise sont les suivants :

- Chaque région[1] doit présenter un plan de reprise du dépistage du cancer du sein[2] qui devra être approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) avant le redémarrage des activités;

… 2

1 Les régions regroupant plusieurs établissements, soit Montréal, Montérégie, Québec et Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine devront soumettre un seul plan pour toute la région.
2 Le plan doit considérer la clientèle du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et la clientèle hors PQDCS.

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 reprise se fera selon la capacité des centres de dépistage désignés (CDD), des centres de référence pour investigation (CRID) et des plateaux de traitement à absorber les demandes de consultation;

- Les lettres d'invitation, de relance et de rappel du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) pourront à nouveau être envoyées selon l'ordre indiqué dans le tableau synoptique et dans le gabarit du plan de reprise;

- Les femmes devront consommer leurs services d'imagerie mammaire dans leur région (en conformité avec les directives de santé publique actuelles).

Le plan de reprise doit être complété, entériné par votre établissement et transmis **au plus tard le 12 juin prochain** par courriel au pqdcs-dgc@msss.gouv.qc.ca. Dès qu'ils auront obtenu l'autorisation du MSSS, les établissements pourront redémarrer les activités liées au dépistage du cancer du sein à la date indiquée dans leur plan selon l'ordre de priorité décrit dans le tableau synoptique ci-joint.

Les établissements qui n'auront pas la capacité de reprendre rapidement le dépistage du cancer du sein seront soutenus par le MSSS et poursuivront les activités en imagerie mammaire selon le tableau des recommandations concernant l'impact de la COVID-19 et les activités de dépistage et d'investigation du cancer du sein.

Il est attendu de la direction responsable du programme de cancérologie de chacun des établissements de :

- Mettre en place un comité de surveillance de la reprise du dépistage du cancer du sein;

- Rapatrier les ressources humaines qui ont été réaffectées pendant la pandémie (coordonnateur du CCSR, technologues en imagerie médicale, etc.);

- Débuter les démarches auprès des CDD-LIM pour cartographier la trajectoire des femmes qui souhaiteront participer au dépistage (LIM chaud\froid\tiède, CRID de référence, trajectoire intrarégionale pour éviter le voyagement des patientes);

- Estimer le nombre d'examens de dépistage et d'investigation à reprendre ainsi que le nombre de lettres d'invitation, de relance et de rappel à transmettre pour chacun des groupes de femmes priorisés;

- Prévoir une date officielle de redémarrage des activités pour la région;

- Soumettre pour approbation, au MSSS, le plan de reprise de la région.

Le suivi des délais d'accès et de la volumétrie devra être effectué en continu dans les établissements et partagé au Programme québécois de cancérologie (PQC) à chaque période pour permettre de suivre l'évolution de la reprise des dépistages du cancer du sein. Un gabarit sera disponible pour faciliter le travail de vos professionnels.

… 3

En complément du présent envoi, un document d'orientation présentera la réflexion ayant supporté la reprise des activités de dépistage du cancer du sein et les principes éthiques soutenant les choix et les priorités recommandées. Il sera diffusé prochainement.

Notez que nous sommes disponibles pour vous accompagner dans vos réflexions et vos démarches, au besoin. Tous les commentaires et les questions peuvent être envoyés par courriel au pqdcs-dgc@msss.gouv.qc.ca. Nous vous remercions d'assurer la diffusion au sein de vos équipes.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 3

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

N/Réf. : 20-MS-03823-80

Santé et Services sociaux Québec

TABLEAU SYNOPTIQUE DU PLAN DE REPRISE DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et hors PQDCS

4 juin 2020

Les étapes du plan de reprise du dépistage sont évaluées par le comité de surveillance régional et doivent être soumises pour approbation au MSSS			
	Étape 1 **Redémarrage du dépistage du cancer du sein**	**Étape 2** **Poursuite graduelle des activités de dépistage du cancer du sein**	**Étape 3** **Reprise complète des activités de dépistage**
Description	Mise en place des conditions essentielles à la reprise du dépistage : organisation régionale et reprise des dépistages reportés au début de la pandémie.	Reprise graduelle de l'envoi des lettres de recrutement : les différentes catégories de participantes seront invitées selon la capacité de la région à donner accès aux examens de dépistage.	Toutes les activités régulières du PQDCS sont en œuvre : envoi de lettre sans restriction, avec rattrapage du retard.
Caractéristiques	En phase de déconfinement dans la région.		
	Plan de reprise soumis par l'établissement responsable.		
	Comité de surveillance de la reprise des dépistages en place.		
	Trajectoire intrarégionale du dépistage et investigation du cancer du sein établie en respectant corridor chaud\froid\tiède.		Trajectoire dépistage et investigation du cancer du sein selon corridor de service régulier
	Mécanisme d'assurance qualité du PQDCS adapté à la réalité de la pandémie.		Les normes usuelles sont en vigueur pour l'assurance-qualité.
Prérequis pour initier l'étape	Afin de pouvoir reprendre le dépistage en cancer du sein, la région doit avoir : • atteint le niveau 1 des délais en imagerie mammaire selon le tableau Imagerie mammaire en période de pandémie COVID-19; • la disponibilité des plateaux d'investigation à la suite des mammographies anormales; • la disponibilité des plateaux de traitement du cancer du sein (chirurgie, chimiothérapie, radio-oncologie); • la disponibilité des équipements de protection; • > 70 % du taux de disponibilité du personnel.	Prérequis pour inviter d'autres groupes de femmes de la population cible : • compléter l'étape 1; • 80 % des rendez-vous pour les mammographies de dépistage sont réalisés selon les délais; • 80 % des examens complémentaires sont réalisés dans les délais selon la priorisation du tableau Imagerie mammaire en période de pandémie COVID-19; • délais respectés en chirurgie et autres traitements.	La région doit : • finaliser l'étape 2; • >90 % de taux de disponibilité du personnel; • la disponibilité des équipements de protection.

<table>
<tr><td>Attribution du personnel</td><td>Rapatriement du personnel qui a été réaffecté à d'autres tâches;
Conserver le personnel dédié aux zones chaude, tiède, froide.</td><td>Maintenir le personnel en poste;
Conserver le personnel dédié aux zones chaude, tiède, froide.</td><td>Personnel régulier en poste et retour à la normale de la prévention et contrôle des infections.</td></tr>
<tr><td>Suivi et surveillance</td><td colspan="3">• Tenir des rencontres régulièrement avec le comité de surveillance;
• Informer le MSSS à une fréquence régulière de la situation régionale;
• Effectuer un suivi des délais d'obtention d'une mammographie et d'un examen complémentaire;
• Effectuer un suivi de la capacité de la région à offrir les traitements de cancer du sein (chirurgie, chimiothérapie, radio-oncologie).</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Activités cliniques par étapes</td><td colspan="3">Respecter les modalités de distanciation et de zonage propres aux cliniques externes;
L'attribution des RDV doit se faire selon le statut COVID.</td></tr>
<tr><td>L'examen de dépistage doit s'effectuer dans la région de la participante ou selon les directives de la santé publique régionale.</td><td>L'examen de dépistage doit s'effectuer dans la région de la participante ou selon les directives de la santé publique régionale.</td><td>Possibilité pour les femmes de passer leur mammographie de dépistage dans la région de leur choix.</td></tr>
<tr><td>Reprendre le dépistage selon l'ordre de priorité suivant :
1) Les femmes dont le rendez-vous a été annulé en raison de la pandémie;
Les participantes ayant déjà reçu une lettre de recrutement;
Les femmes qui ont une prescription médicale pour un dépistage du cancer du sein;
2) Les participantes au PQDCS de 60-69 ans[b].</td><td>Les groupes de participantes doivent être invités dans l'ordre suivant à la suite des résultats d'accès aux examens dans la région :
1) Participantes au PQDCS de 51-59 ans[b];
2) Femmes de 50 ans et autres premières invitations au PQDCS [a];
3) Non-répondantes du PQDCS de 52-69 ans;
4) Femmes ayant reçu une lettre de recrutement, mais n'ayant plus l'âge admissible.</td><td rowspan="2">Toutes les activités régulières en place du PQDCS sont en œuvre :
1) Envoi des lettres du PQDCS sans restriction;
2) Mécanisme d'assurance qualité professionnelle;
3) Assurance qualité technique;
4) Mécanisme d'assurance qualité organisationnelle;
5) Mécanisme de vigie.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Favoriser le report du dépistage pour les femmes à risque de complications liées au COVID-19</td></tr>
<tr><td colspan="3">Favoriser la prise de décision éclairée sur le dépistage actualisée en fonction de la situation.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Prioriser les femmes ayant un risque accru de cancer du sein lors des prises de rendez-vous.</td></tr>
</table>

a) Lettres de recrutement : lettres d'invitation, de rappel et de relance.

b) En favorisant l'octroi du rendez-vous pour respecter autant que possible un intervalle maximal de 3 ans entre les mammographies de dépistage.

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations concernant l'impact de la COVID-19 et les activités de dépistage et d'investigation du cancer du sein

Recommandations en date du 4 juin 2020 pour le volet du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)
Révision numéro 5

Le document présente une mise à jour des recommandations du Comité national sur le dépistage et l'investigation du cancer du sein dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Il présente les examens d'imagerie mammaire à prioriser ou délester en fonction de la priorité clinique, et les lieux d'investigation à privilégier.

Résumé des mesures à prendre :

- La reprise des activités de dépistage sera permise pour les régions qui rempliront les critères stipulés dans le plan de reprise des dépistages en cancer du sein;
- La reprise des rendez-vous annulés dus à la pandémie pour les femmes ayant reçu une lettre de recrutement ou une prescription médicale pour une mammographie de dépistage est permise;
- Les examens de suivi annuels de cancer du sein et les suivis 6-12 mois peuvent être repris en zone froide;
- Le maintien des rendez-vous déjà accordés sera fait selon les critères décrits dans le tableau à la page 2;
- Les examens diagnostics se feront selon les recommandations décrites dans le tableau à la page 2, et ce, en tenant compte du niveau de priorité de l'examen;
- Les patientes qui auraient besoin d'un soutien psychosocial devraient être dirigées vers les équipes du centre de référence pour l'investigation désigné (CRID) ou du centre de coordination des services régionaux (CCSR).

IMAGERIE MAMMAIRE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020

Niveau d'activité en cancérologie	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Recommandations en date du 29 mai 2020	Précisions
4 **Pénurie de matériel de protection, de lits, etc. dans l'hôpital** **15 % de l'activité** **< 30 % des ressources humaines**	EXAMENS DIAGNOSTICS POUR SUSPICION DE CANCER – Priorité A	Cancer inflammatoire ou localement avancé	≤ 3 JOURS	≤ 3 JOURS	Effectuer les examens pour toutes les patientes en zone et avec protection appropriée	Ces cas doivent parfois être faits chez des patientes avec la COVID + ou suspectée. À ce moment faire en zone tiède-chaude avec ÉPI approprié. Si protection non disponible, ne pas faire l'examen. Attendre que l'ÉPI soit accessible. Si le cas est fait, prévoir l'examen en fin de journée, fermer la salle jusqu'au lendemain ou respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé. Désinfecter avec un produit recommandé. Suivre les recommandations en cas de pénurie appréhendée ou réelle d'ÉPI. Protéger le personnel spécialisé (technologues) afin d'éviter un bris de service en imagerie mammaire. Ce personnel ne doit pas être réaffecté pour le soin des patients COVID + d'un autre secteur, malgré la baisse d'activité.
	DRAINAGE URGENT	Abcès, hématome ou sérome infecté				
3 **Cas COVID + dans l'hôpital ou la clinique** **30 % de l'activité** **30-50 % des ressources humaines**	EXAMENS DIAGNOSTICS NÉCESSAIRES POUR GUIDER LA PRISE EN CHARGE – Priorité B	Sur recommandation du CDTC ou pour femme enceinte	≤ 10 JOURS	≤ 10 JOURS	Effectuer tous les examens pour les **patientes sans la COVID-19** suspectée ou avérée, en zone froide. Sinon, remettre l'examen après la période de contagion ou le résultat du test négatif, si possible, en fonction des délais et de la clinique. Effectuer un plan de reprise régional pour le dépistage. Reporter le dépistage si risque de complications à la COVID-19.	
	MAMMOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE – Priorité B	Apparition d'une masse suspecte, patiente >35 ans				
	BIOPSIES DE LÉSIONS 4C-5					
	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES **APRÈS** LA MAMMOGRAPHIE ANORMALE – Priorité B					
2 **Transmission communautaire** **50 % de l'activité** **50-70 % des ressources humaines**	BIOPSIES BIRADS 4B		≤ 28 JOURS	≤ 45 JOURS		En plus des mesures plus haut, attention particulière aux éléments suivants : Port du masque de procédure en tout temps pour le personnel, si transmission communautaire soutenue documentée dans la région. Suivre les mesures d'isolement pour les travailleurs de la santé dans le contexte où la pénurie de personnel peut s'accentuer. Considérer heures de RV soir, fin de semaine
	MAMMOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE – Priorité C					
	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES **APRÈS** LA MAMMOGRAPHIE ANORMALE – Priorité C					
	BIOPSIES BIRADS 4A			≤ 56 JOURS		
1 **Pandémie** **70 % de l'activité** **70 % des ressources humaines disponibles**	BIOPSIES BIRADS 3 (rare)		≤ 90 JOURS	≤ 6 MOIS		Respect des mesures de prévention et contrôle des infections en tout temps (réception, salle d'attente, etc.). Faire questionnaire avant la visite au centre pour rediriger les cas suspectés au besoin. Ces examens seront à faire en zone froide seulement chez les patientes qui n'ont pas de diagnostic suspecté ou confirmé de la COVID-19. Ne pas avoir plus d'une technologue/radiologiste en interaction avec une même patiente.
	EXAMEN DE SUIVI (6-12 MOIS)	Clichés BIRADS 3	6-12 MOIS	12-18 MOIS		
	EXAMEN DE SUIVI ANNUEL DE CANCER DU SEIN		12 MOIS	18 MOIS		
	EXAMENS DIAGNOSTICS FAIBLE RISQUE CLINIQUE	Patiente ≤ 25 ans avec lésion clinique d'allure bénigne, mastalgie	≤ 90 JOURS	≤ 6 MOIS		
	EXAMENS DE DÉPISTAGE	PQDCS	2 ANS*	3 ANS*		*À partir de la dernière mammographie. Prioriser selon Plan de reprise. Reporter si risque de complications COVID.

Légende des niveaux de priorité avec délai souhaité entre demande et examen : A ≤ 3 jours : une prise en charge rapide est nécessaire pour initier un traitement. B ≤ 10 jours : il y a une forte suspicion de cancer. C ≤ 28 jours : le cancer ne peut être éliminé, mais le doute est faible. D ≤ 90 jours : priorité C stable asymptomatique dont l'examen peut être retardé sans préjudice prévisible dans le contexte de la pandémie. On devrait éviter d'exposer les patientes vulnérables ou âgées au milieu hospitalier, si possible. Ces recommandations ne peuvent se substituer au jugement clinique.

Santé et Services sociaux Québec

Reprise des activités de dépistage du cancer du sein dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 – Plan de reprise et indicateurs

Plan de reprise : éléments essentiels

Pour démarrer le dépistage du cancer du sein, chaque région ou établissement responsables pour le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) doit faire parvenir au ministère de la Santé et des Services sociaux un plan de reprise qui sera approuvé avant l'autorisation de reprendre l'envoi des lettres d'invitation. Une liste à cocher des éléments à inclure à l'intention des responsables est disponible sur demande.

Tableau 1 – Éléments attendus dans le plan de reprise

Actions	Éléments essentiels
1. Mettre sur pied un comité de surveillance pour la reprise du dépistage du cancer du sein qui se rapporte au comité de coordination de la reprise.	• Composition du comité.
2. Créer un plan de reprise régional.	• Ressources humaines; • Ressources en appareils; • Volume escompté de cas à reprendre; • Nombre de lettres à transmettre; • Situation des équipements de protection individuelle (ÉPI); • Nouvelle capacité de la région; • Lien avec le plan de communication provincial.
3. Développer une trajectoire régionale de dépistage et d'investigation.	• Tenir compte du niveau de la pandémie et des zones chaudes, froides et tièdes; • Déterminer la capacité des centres de dépistage désignés (CDD) et des centres de référence pour l'investigation désignés (CRID) et hôpitaux; • Assurer la viabilité des liens entre CDD, CRID et hôpitaux.
4. Évaluation des indicateurs d'accès et de performance des installations.	• Volume d'activité o Mammographie; o Échographie; o Biopsie. • Délai pour divers rendez-vous tout au long de la trajectoire; • Délai de lecture; • Évolution de la capacité.

La reprise se fera en trois étapes (voir le « Tableau synoptique du plan de reprise du dépistage du cancer du sein » pour le détail) :

1. Les femmes dont le rendez-vous a été annulé en raison de la pandémie, les participantes ayant déjà reçu une lettre de recrutement et les femmes qui ont une prescription médicale pour un dépistage du cancer du sein;
2. Reprise de l'envoi des lettres en suivant la procédure précisée au tableau 2;
3. Reprise complète du PQDCS.

Tableau 2 – Ordre de reprise des envois des lettres pour l'étape 2

1. Participantes au PQDCS de 60-69 ans
2. Participantes au PQDCS de 51-59 ans
3. Non-répondantes du PQDCS de 52-69 ans
4. Femmes ayant reçu une lettre de recrutement du PQDCS, mais n'ayant plus l'âge admissible (70 ans et plus)

Le Programme québécois de cancérologie rendra disponibles, via les canaux de communication habituels du PQDCS, différents documents-types, gabarits et outils de communication pour faciliter le travail des établissements.

Indicateurs de reprise

Les indicateurs présentés au tableau 3 ont été choisis avec les représentants régionaux. Il est important de pouvoir cibler les différents paramètres d'une trajectoire pour bien identifier les causes d'un problème dans la reprise. Une fois la reprise bien amorcée, un tableau de reddition de comptes pourra être convenu avec les responsables régionaux selon les variables requises.

Tableau 3 – Liste des variables au niveau d'une région

Mammographie de dépistage	Nombre de patientes en attente et délai
Mammographie de dépistage PQDCS hors délai	Nombre de patientes en attente (> 6 semaines)
Délai en semaines pour prochain rendez-vous (cible = 6 semaines)[1]	
Nombre de plages horaires disponibles	
Nombre de patientes réalisées par semaine	
Pourcentage de « no-show »	
Échographie mammaire PQDCS	Nombre de patientes en attente et délai
Délai en jours pour prochain rendez-vous (cible = 12 jours)	
Nombre de plages horaires disponibles	
Nombre de patientes réalisées par semaine	
Pourcentage de « no-show »	
Échographie mammaire – Autres	Nombre de patientes en attente et délai
Délai en jours pour prochain rendez-vous (cible = 90 jours)	
Nombre de plages horaires disponibles	
Nombre de patientes réalisées par semaine	
Pourcentage de « no-show »	
Biopsie mammaire – Birad 4C et 5	Nombre de patientes en attente et délai
Délai en jours pour prochain rendez-vous (cible = 10 jours)	
Nombre de plages horaires disponibles	
Nombre de patientes réalisées par semaine	
Pourcentage de « no-show »	
Biopsie mammaire – Birad 4A et 4B	Nombre de patientes en attente et délai
Délai en jours pour prochain rendez-vous (cible = 28 jours)	
Nombre de plages horaires disponibles	
Nombre de patientes réalisées par semaine	
Pourcentage de « no-show »	

[1] Toutes les cibles indiquées dans ce tableau sont les cibles ministérielles à atteindre en temps normal.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 5 juin 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 5 juin, 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 nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

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

N/Réf. : 20-MS-03823-80

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 29 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 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 réaffectatations 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 sociosanitaire du RSSS de faible endémicité du virus après avoir travaillé dans un CHSLD d'une région sociosanitaire 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 29 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 requise 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.~~ **25 mai 2020** *20-MS-03823-34_LET_PDG_Port du masque de procédure et 20-MS-03823-34_PJ_Port du*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	masque de protection 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. • Il est maintenant recommandé, pour l'ensemble du personnel du RSSS, (incluant les médecins et les personnes proches aidantes) en CH, CHSLD, RPA et RI/RTF de porter une protection oculaire (lunette de protection ou visière) en plus du masque de procédure dès l'entrée dans le bâtiment. Personnel administratif : 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 déplacement dans l'établissement ou lors d'interaction avec d'autres personnes à moins de deux mètres. La protection oculaire utilisée devra 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. • 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, personne embauchée par les familles, etc.). • Pour les régions à l'extérieur de la Communauté métropolitaine de Montréal, vous référez au tableau en p. j. • Les mesures de prévention et de contrôles des infections concernant le port du masque N95 demeurent, quant à elles, en vigueur selon les recommandations de l'INSPQ. **27 mai 2020** *20-MS-03823-63_LET_PDG_Levée e l'isolement et 20-MS-03823-63 PJ_Levée de l'isolement TdS 27 mai_* Nouveaux documents de soutien à la décision pour la gestion des ressources humaines. En p. j., précisions sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé. Ces nouvelles orientations remplacent celles communiquées le 12 mai dernier.	
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.	**29 mai 2020** *20-MS-03823-54_LET_PDG-DSP_Réanimation simplifié et 20-MS-03823-54_PJ_Protocole de réanimation simplifié* Mise à jour du Protocole de réanimation simplifiée de la COVID-19 à l'intention des milieux de vie et de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux (voir PJ) **29 mai 2020** *20-SP-00393_LET_HArruda_PDG_DSP_DSPublique_tests_sérologiques* Position ministérielle quant à l'utilisation des tests sérologiques pour la COVID-19. Au fait des connaissances scientifiques actuelles et jusqu'à

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020
	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-02908-92_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	nouvel ordre, les tests sérologiques pour la COVID-19 dans le RSSS du Québec devraient uniquement être utilisés dans un contexte de recherche ou pour des études de séroprévalence.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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. **28 mai 2020** *20-MS-03823-54_LET_PDG-DSP_urgences dentaires_COVID-19_22 mai et COVID-19 - PROCÉDURES DENTAIRES* Nouvelles orientations concernant la reprise des services buccodentaires non-urgents (voir p.j.).	
ASSURER LA MISE EN PLACE DES MESURES DE PCI DANS LES MILIEUX DE SOINS	• Mise à disposition des orientations nécessaires pour le milieu de soins et suivi de leurs applications. **24 mars 2020** *20-MS-00496-72_LET_PDG-DSP_Zones de traitement d'urgence, 20-MS-00496-72_PJ1_Zonage hospitaliers_fin, 20-MS-00496-72_PJ2_Aires de traitement Urgence et 20-MS-00496-72_PJ3_Consignes pour zones* Directives détaillées pour mettre en place des mesures de zonage et de confinement pour l'urgence et l'hospitalisation (incluant les unités de réadaptation intensives DI-TSA et DP et les cliniques ambulatoires). La terminologie retenue est : • Zone froide : clientèle sans COVID-19. • Zone tiède : clientèle avec COVID-19 suspectée. • Zone chaude : clientèle avec COVID-19 confirmée. Pour les CHSLD et les NSA, directives pour mettre en place des zones de confinement de manière à isoler les personnes testées COVID-19 positives (zone chaude) des personnes testées COVID-19 négatives (zone froide). **25 mars 2020** *20-MS-00496-83_PDG_Équipement de protection individuel* Milieux de 1re ligne : Les usagers infectieux devront mettre un masque de procédure et appliquer du désinfectant à base d'alcool. Ces équipements doivent être disponibles à la réception seulement. Les intervenants de santé et de services sociaux ne doivent pas porter de masque de procédure. CDD et CDÉ : Les usagers doivent appliquer les mêmes mesures (voir milieu de 1re ligne). Pour ce qui est des intervenants, l'équipement suivant doit être utilisé : masque de procédure, protection oculaire, blouse à manches longues jetable et gants non stériles jetables. Bloc opératoire : directives concernant la disponibilité des 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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	• 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. **25 mai 2020** *20-MS-03823-34_LET_PDG_Port du masque de procédure et 20-MS-03823-34_PJ_Port du masque de protection* 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. • Il est maintenant recommandé, pour l'ensemble du personnel du RSSS, (incluant les médecins et les personnes proches aidantes) en CH, CHSLD, RPA et RI/RTF de porter une protection oculaire (lunette de protection ou visière) en plus du masque de procédure dès l'entrée dans le bâtiment. Personnel administratif : 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 déplacement dans l'établissement ou lors d'interaction avec d'autres personnes à moins de deux mètres. La protection oculaire utilisée devra 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. • En ce qui concerne les milieux de vie (CHSLD, RPA, RI/RTF), le port des équipements de	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	protection individuelle s'applique à toutes les personnes qui ont à y entrer (bénévoles, personne embauchée par les familles, etc.). • Pour les régions à l'extérieur de la Communauté métropolitaine de Montréal, vous référez au tableau en p. j. Les mesures de prévention et de contrôles des infections concernant le port du masque N95 demeurent, quant à elles, en vigueur selon les recommandations de l'INSPQ.	
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* 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.	

COVID-19

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020
CONSEILLER LA POPULATION ET LES PARTENAIRES ET OFFRIR LES SERVICES ADAPTÉS À LA SITUATION	• Information aux partenaires sur les impacts psychosociaux de la pandémie, de leurs décisions et de leurs actions et des services psychosociaux visant à soutenir les personnes et les divers milieux de vie dans la prise en charge des besoins psychosociaux de leurs membres. • Information à la population sur l'auto-évaluation et l'auto-intervention, et encouragement de la mobilisation sociale et de la solidarité parmi les citoyens. **18 mars 2020** *20-MS-00496-34_Organismes communautaires* Rappel à tous les **organismes communautaires de suivre les directives énoncées par la santé publique** et de prendre les dispositions appropriées afin de protéger la santé et le bien-être de leurs travailleurs et de leur clientèle en cohérence avec les orientations gouvernementales. Les organismes communautaires dont les activités favorisent des rassemblements devraient réduire au maximum leurs activités et même les suspendre temporairement. Toutefois, les organismes communautaires qui offrent des services essentiels à la population, dont les milieux d'hébergement en itinérance et en violence conjugale, les banques alimentaires et les services d'intervention de crise, devraient poursuivent leurs activités tout en respectant les consignes sanitaires. **20 avril 2020** *Nouvelle publication de l'INSPQ* Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires, version 7.0 du 19 avril 2020 Cette fiche présente les mesures recommandées en présence d'une personne sous investigation, d'un cas confirmé d'infection COVID-19, d'un cas suspect ou d'un contact dans la communauté. **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 masque de procédure pour les patients asymptomatiques qui doit être maintenue.	
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*	

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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 **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*	

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020
	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 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**	**4 juin 2020** *20-MS-03823-58_LET_PDG CIUSSS_Reprise des activités de première ligne, 20-MS-03823-58_Plan provincial de reprise et Gabarit-Plan territorial de reprise des activités cliniques* Nouvelles orientations, en date du 4 juin 2020, concernant la reprise des activités de première ligne médicale. Dans les PJ, vous trouverez les informations permettant de déterminer le niveau d'activités souhaité en fonction de l'état de la pandémie de chaque région. Nous attirons votre attention sur les consignes complémentaires en annexe du Plan provincial de reprise des activités cliniques, qui fournit des indications sur l'application spécifique des mesures pour les cliniques de

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	• Ouverture graduelle et en séquence des cliniques désignées d'évaluation.	première ligne. Un plan de reprise des activités de première ligne, détaillant les activités prévues pour votre territoire pour chaque secteur, doit obligatoirement être autorisé par le MSSS. Compléter le gabarit avant le 19 juin prochain.
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 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.	

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020
	9 avril 2020 *20-MS-02502-66_LET_PDG_Cliniques désignées d'évaluation, 20-MS-02502-66_PJ1_Utilisation optimale des ÉPI 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. • 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	**2 juin 2020** *20-MS-03823-80_LET_PDG-DSP_MÀJ Directives proches aidants en CH et PJ_Directives_Proches aidants en CH_v4* Mise à jour des directives en regard de la venue des proches aidants et accompagnateurs en centres hospitaliers (voir PJ).

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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 : ○ 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. ○ Les patients COVID-19 positifs et nécessitant une hospitalisation avec des symptômes pulmonaires doivent obligatoirement être transférés en installation désignée. ○ 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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, 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-*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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 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.	

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**

	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 p. j.
	• 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.
	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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**

	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.
	~~**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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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 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	
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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**

	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.
	• 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	• 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 p. j. • 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 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. **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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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 : conserver et identifier l'expertise des ressources et prévoir un plan de suppléance de ressources	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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.* Considérant l'impératif de protection des patients et du personnel soignant, que la prise en charge de	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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 29 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 29 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 29 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 p. j.
	• 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 29 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	**29 mai 2020** *20-MS-03823-54_LET_PDG-DSP_Endoscopie-gynécologique et 20-MS-03823-54_PJ_Endoscopie-gynécologique* Directives pour l'endoscopie dans le secteur de la gynécologie en complément des directives générales sur la reprise des activités spécialisées pour l'endoscopie dans les secteurs de la gastro-entérologie, de la pneumologie et de l'urologie (voir PJ), **4 juin 2020** *20-MS-03823-80_LET_PDG-DSP_Cancérologie-PQDCS, PJ1_Tableau_synoptique_plan_reprise_dépistage_sein, PJ2_Cancérologie_recommandations_imagerie_mammaire et PJ3_Reprise_Dépistage cancer du sein-plan et indicateurs* Les activités de dépistage du cancer du sein reprendront graduellement dans les régions. Voir PJ : • Tableau synoptique des étapes du plan de reprise du dépistage du cancer du sein; • Recommandation concernant l'impact de la COVID-19 et les activités de dépistage et d'investigation du cancer du sein; • Plan de reprise du dépistage du cancer du sein – éléments essentiels et indicateurs du plan de reprise du dépistage du cancer du sein. Le plan de reprise doit être complété, entériné par votre établissement et transmis au plus tard le 12 juin prochain au MSSS. Les activités pourront reprendre après autorisation du MSSS. Il est attendu de la direction responsable du programme de cancérologie de chacun des établissements de : • Mettre en place un comité de surveillance de la reprise du dépistage du cancer du sein; • Rapatrier les ressources humaines qui ont été réaffectées pendant la pandémie (coordonnateur du CCSR, technologues en imagerie médicale, etc.); • Débuter les démarches auprès des CDD-LIM pour cartographier la trajectoire des femmes qui souhaiteront participer au dépistage (LIM chaud/froid/tiède, CRID de référence, trajectoire intrarégionale pour éviter le voyagement des patientes); • Estimer le nombre d'examens de dépistage et d'investigation à reprendre ainsi que le nombre de lettres d'invitation, de relances et de rappels à transmettre pour chacun des groupes de femmes priorisé.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 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 :	• Prévoir une date officielle de redémarrage des activités pour la région; • Soumettre pour approbation, au MSSS, le plan de reprise de la région.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 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 p. j. • 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. **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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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.	
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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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 **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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**

	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 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.	**4 juin 2020** *20-MS-03823-76_LET_PDG Reprise des activité SSS SM D* Certaines activités des programmes-services sociaux généraux en santé mentale et en dépendance ont été maintenus au cours des dernières semaines, alors que d'autres ont été délestés. Au cours des prochains jours, le MSSS transmettra, aux directeurs des programmes-services concernés, ses orientations et des consignes cliniques prioritaires afin de guider les équipes quant aux actions à mettre en place en vue de la reprise de l'ensemble des services de ces programmes. Il est attendu que l'ensemble des services délestés ou réduits soit repris d'ici le 1er septembre 2020, et ce, en prenant toutefois en considération la

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	• 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 p. j. • 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.	capacité des équipes et la situation épidémiologique. L'intensité et les modalités des services devront être modulées afin de respecter les consignes de santé publique.
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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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).	
LABORATOIRE	**19 mars 2020 – Montérégie** *matériel Dépistage COVID*	**4 juin 2020** *20-MS-02502-41_LET_PDG_DSP Priorité laboratoire, 20-MS-02502-*

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**

	• 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.
		41_Aide à la décision et 20-MS-02502-41_Priorités TAAN COVID_2020-06-03
		L'INESSS a reçu le mandat de baliser l'utilisation des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) selon les évidences scientifiques, les différentes stratégies de santé publique et les besoins des différents milieux de soins et d'hébergement. Dans l'attente des recommandations de l'INESSS, le MSSS dépose des orientations intérimaires pour baliser l'utilisation de ces tests. En fonction de ces recommandations, le MSSS propose également une nouvelle classification dans l'accès au TAAN. (voir PJ)

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 :	1er **juin 2020** *20-MS-03823-68_LET_PDG_Sorties milieux d'hébergement* Cette correspondance remplace celle du 11 mai dernier sur les sorties dans les différents milieux d'hébergement et est complémentaire aux directives relatives aux programmes-services en DP, DI et TSA transmises le 21 mai et aux centres de réadaptation en dépendance et aux ressources

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	• 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 place concernant, plus spécifiquement, l'activité repas; l'animation et le support dans le milieu de vie;	communautaires ou privées d'hébergement en dépendance transmises le 22 mai dernier. En cohérence avec l'assouplissement progressif des mesures de confinement, les personnes vivant dans une ressource intermédiaire ou en ressource de type familial des programmes-services santé mentale et dépendance sont dorénavant autorisées à : • Travailler dans les secteurs autorisés par le gouvernement du Québec; • Sortir à proximité du milieu de vie (ex. : marche) supervisées ou non; • Séjourner temporairement 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 (SAD) s'avèrent nécessaires lors d'un séjour temporaire, l'établissement pourrait refuser la sortie de la personne pour sa sécurité.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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 présente des symptômes durant son hébergement (voir PJ1).	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**

	• 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, s'il est impossible de tester le patient avant le transfert, procéder au test à l'admission (voir	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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 centre d'hébergement et de soins de longue durée. Elles peuvent également s'appliquer aux	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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 p. j. 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. **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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	Mise à jour des directives concernant les grandes orientations à suivre dans les RPA. Cette mise à jour remplace la directive transmise par 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; (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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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. **25 mai 2020** *20-MS-03823-44_Lettre PDG-MAJ Directives_CHSLD et 20-MS-03823-44_PJ_Directives_CHSLD* Mise à jour des directives qui remplace celles transmises par l'intermédiaire de la Sécurité civile le 11 avril dernier. Nouvelles informations et balises concernant les visites et les sorties de 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 et l'admission en CHSLD (voir PJ.).	
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.	**29 mai 2020** *20-MS-03823-66_LET_PDG_DP-DI-TSA et 20-MS-03823-66_PJ FicheDPDITSA* En vue d'une éventuelle reprise de l'ensemble des services des programmes-services en DP, DI et TSA, voir les orientations pour les prochains mois (PJ). Dès maintenant, et d'ici le 1er septembre 2020, les trois priorités cliniques suivantes doivent impérativement être mises en œuvre : • Intensifier ou rependre 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 2020. • 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. • 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 et le retour ou l'intégration en emploi.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**

	• 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.
	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.
	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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	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 autorités 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 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 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	**4 juin 2020** *20-MS-03823-70_LET_PDG-DG_Adoption internationale et 20-MS-03823-70_PJ_Étapes de reprise des activités* Un plan de reprise des activités (voir PJ) prévoit une reprise très graduelle des activités d'adoption internationale s'échelonnant en quatre phases. Centré sur les enfants, il vise, entre autres, à permettre à ces derniers d'être réunis avec leurs parents adoptifs ou d'assurer la meilleure intégration possible au sein de leur nouvelle famille. Cette reprise s'effectuera avec souplesse compte tenu de différents facteurs à considérer, dont la situation observée dans le pays d'origine, la situation régionales ainsi que l'ouverture des frontières du Canada et du pays concerné. Par conséquent, la mobilisation des ressources humaines se fera de façon très graduelle. Il est toutefois attendu que vous souteniez vos directions de la protection de la jeunesse afin qu'elles puissent être en mesure d'initier la réalisation des activités prévues aux phases 1 et 2 d'ici la fin de juin 2020. Les activités prévues aux phases 3 et 4 pourraient reprendre d'ici le 1er septembre 2020.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 29 MAI 2020**
	garde actuellement. En PJ1 et PJ2, procédure abrégée définissant les mesures visées par cette stratégie. **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. • 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 8 juin 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

La présente vise à vous informer des orientations relatives à la reprise des services mère-enfant et à l'accompagnement aux soins et services de ces secteurs.

La majorité des services destinés aux femmes enceintes et aux enfants ont été maintenus pendant la pandémie, mais certains services ont été ralentis ou adaptés. Ainsi, avec la mise en place de mesures de protection et de prévention des infections pour protéger le personnel et les usagers, et en cohérence avec le plan de déconfinement graduel du gouvernement, il appert que lorsque les conditions sont remplies, les suivis prénataux, pernataux et postnataux en présence peuvent redevenir la norme. Afin de répondre aux besoins de la clientèle et dans la mesure où les installations ne le permettraient pas ou que les mesures de protection et de prévention des infections ne pourraient pas être appliquées, la téléconsultation demeure une option à privilégier pour maintenir le calendrier des rendez-vous.

L'ensemble des activités obstétricales peuvent également reprendre, incluant l'accouchement à domicile en suivant les nouvelles directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour ce service. Afin de limiter les transferts, l'accouchement dans un centre hospitalier non désigné est possible, incluant le séjour sur place jusqu'au congé postnatal, pour les femmes enceintes COVID-19 positives qui se présenteraient en travail actif (naissance imminente) ou pour celles qui s'avèreraient positives au cours de l'hospitalisation. La décision de transférer dans un centre désigné doit être prise en fonction de la condition de la mère et du nouveau-né et de leurs besoins de soins supplémentaires, de la capacité à les isoler dans une chambre unique fermée et de la capacité à appliquer les mesures de prévention des infections requises.

… 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

Compte tenu des variables particulières de la pédiatrie (taux d'occupation, disponibilité du personnel, hospitalisation COVID-19 en centre désigné tertiaire seulement), il peut être envisagé de reprendre entièrement ces activités dans la mesure où les services complémentaires sont disponibles (ex. : bloc opératoire, imagerie médicale) et que l'organisation physique des lieux respecte le Guide de reprise des activités spécialisées. Des modalités de rattrapage devraient être mises en place s'il y a lieu, par exemple, en utilisant des modalités de relance ou de rappel.

Finalement, il importe de rappeler que le conjoint, le parent ou la personne significative qui accompagne la femme enceinte ou l'enfant lors de ses soins n'est pas considéré comme un visiteur. Ainsi, dans la mesure où les conditions le permettent, la présence de l'accompagnant(e) pourra être permise pendant les rendez-vous de suivi prénatal, lors des échographies obstétricales, à l'accouchement (incluant lors de césariennes), lors du séjour postnatal, ou lors de l'hospitalisation d'un enfant. L'accompagnant(e) doit être soumis aux mêmes mesures de triage que la femme enceinte ou l'enfant et porter un masque.

Par ailleurs, afin d'améliorer la confiance et l'assiduité, nous invitons les professionnels et intervenants à se faire rassurants lors de la prise de rendez-vous ou lors des consultations téléphoniques, à l'effet que les soins et services sont sécuritaires grâce aux mesures mises en place.

Les directives pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, de même que les directives pour la prise en charge des enfants et les directives sur la pratique sage-femme ont été mises à jour en ce sens. Vous les trouverez en pièces jointes.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 3

c. c. Comité de direction du MSSS
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-03823-91

Directives pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés

Version du 5 juin 2020

Les orientations émises dans ce document sont rédigées en collaboration avec le Comité d'experts COVID-19 Mère-enfant et la santé publique. Elles sont adaptées en fonction de l'évolution des connaissances sur l'épidémiologie de la maladie à coronavirus COVID-19. Consulter également :

- Les directives cliniques du MSSS;
- Les recommandations de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada;
- Les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie;
- Les mesures de prévention et de contrôle des infections pour les milieux de soins aigus;
- Les interventions médicales générant des aérosols (IMGA);
- Les recommandations de l'Agence de la Santé publique du Canada.

De manière générale pour les femmes enceintes atteintes de la COVID-19 :

- Les accouchements des femmes enceintes atteintes de la COVID-19 doivent être planifiés et pris en charge dans un centre désigné en obstétrique.
- Les femmes enceintes atteintes de la COVID-19, nécessitant une hospitalisation prénatale (ex : GARE) ou une intervention obstétricale planifiée (ex : induction et césarienne élective) doivent être prises en charge dans un centre désigné en obstétrique, selon le niveau de soins requis par la condition maternelle et fœtale.
- Par ailleurs, l'accouchement dans un centre hospitalier non désigné est possible, incluant le séjour sur place jusqu'au congé postnatal, dans les cas où :
  - Femme enceinte COVID-19 positive qui se présente en travail actif (naissance imminente);
  - Femme enceinte dont le test de la COVID-19 se serait avéré positif au cours de l'hospitalisation.
- La décision de transférer dans un centre désigné doit être prise notamment en fonction de la condition de la mère et du nouveau-né, de la capacité à les isoler dans une chambre unique fermée et de la capacité à appliquer les mesures de PCI requises.
- Dans tous les cas de transferts réalisés, informer le Centre de coordination en périnatalogie du Québec (CCPQ).
- Les mesures de prévention et de contrôle des infections et de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire (ci-après « PCI gouttelettes-contact-oculaire») doivent s'appliquer pour les cas probables ou confirmés de COVID-19[1] ne nécessitant pas d'interventions médicales générant des aérosols (IMGA).

[1] Les cas confirmés incluent les cas confirmés par laboratoire ou par lien épidémiologique. Les cas probables incluent les cas cliniques et les patientes en attente de résultat. Pour plus d'information sur les définition, consultez les définitions nosologiques de cas COVID-19 - Québec.

Votre gouvernement

Québec

De manière générale (suite) :

- Les mesures de prévention et de contrôle des infections et de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire (ci-après « PCI aérienne-contact-oculaire ») doivent s'appliquer pour les cas probables ou confirmés de COVID-19 nécessitant la réalisation d'IMGA.
- Les critères de décision spécifiques aux femmes enceintes pour le transfert vers un centre désigné en obstétrique pour des soins intensifs adultes[2], sont :
  - Détresse respiratoire
  - RR ≥ 22
  - Saturation O2 < 95 %
  - Patiente nécessitant de l'O_2
  - Altération de l'état de conscience
  - Instabilité hémodynamique
  - Toute autre cause d'hospitalisation aux soins intensifs
- La conduite à tenir doit être guidée par une discussion centrée sur le patient et en considérant les données disponibles et leurs limites.

Prénatal

Suivi de grossesse

Les rendez-vous de suivi de grossesse sont considérés essentiels et doivent être maintenus ou repris en présence et selon le calendrier habituel dans la mesure du possible. Cependant, afin de limiter les déplacements et les risques de contamination, l'appel téléphonique ou vidéo est encouragé. Il est recommandé de regrouper les activités qui nécessitent des prélèvements ou des interventions lors des rendez-vous en personne.

Lorsqu'une femme enceinte est atteinte de la COVID-19 ou en isolement à domicile, si possible reporter les visites et examens médicaux à la fin de cette période. Pour les rendez-vous qui ne peuvent être reportés, établir un protocole pour la prestation sécuritaire de soins qui permet de limiter les risques de contamination des lieux et des personnes ou envisager de diriger la femme vers un centre désigné.

Test COVID-19

Le dépistage n'est pas obligatoire et peut varier selon les régions et l'intensité de la transmission communautaire. Les femmes enceintes présentant des symptômes compatibles[3] avec la COVID-19 peuvent être dépistées pour la COVID-19, conformément aux directives de priorisation des tests.

De plus, les femmes enceintes sans symptômes compatibles avec la COVID-19 admises ou qui seront admises dans les 48 prochaines heures dans les unités de soins aigus, notamment en obstétrique peuvent aussi être dépistées[4].

Il est préférable d'attendre 48 heures après le début des symptômes avant de faire le prélèvement afin d'éviter les résultats faussement négatifs.

Vérifier si des résultats de test à la COVID-19 sont disponibles au dossier médical ou dans le Dossier santé Québec (DSQ).

[2] Proposés par le Comité d'experts de médecine fœto-maternelle-COVID-19

[3] Les principaux symptômes sont la fièvre, l'apparition ou l'aggravation d'une toux et une difficulté à respirer ou une perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte du goût. D'autres symptômes peuvent aussi apparaître : mal de gorge, mal de tête, douleur musculaire, fatigue intense, perte importante de l'appétit et diarrhée.

[4] Inclus les transferts entre établissements.

Vaccination

Les priorités de vaccination sont établies par le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) et le MSSS. La vaccination des femmes enceintes fait partie du suivi prénatal et devrait être maintenue ou remise en place dans la mesure du possible. La vaccination peut se faire dans le cadre d'une visite déjà planifiée 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.

Échographies obstétricales

1er trimestre	Prioriser l'échographie complète entre 11 et 13 semaines. Ne pas prioriser l'échographie précoce (≤ 10 semaines), sauf si indication médicale.
2e trimestre	Prioriser entre 20 et 22 semaines.
3e trimestre	Prioriser si indication médicale.
Échographie mensuelle	Pour les cas confirmés de COVID-19, et ce, jusqu'à l'accouchement ou jusqu'à indication contraire.

Retrait préventif

Les travailleuses enceintes peuvent se prévaloir d'une affectation préventive en regard du programme Pour une maternité sans danger dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Rencontres prénatales

Il est recommandé d'éviter la tenue des rencontres prénatales de groupe. Diriger les femmes enceintes vers des outils d'information disponibles en ligne et validés scientifiquement, comme le guide Mieux-vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans. Une ligne téléphonique pour les femmes enceintes pourrait être offerte par le centre local de services communautaires (CLSC), afin de répondre aux questions et aux inquiétudes des femmes enceintes et de leurs familles.

Parents, accompagnant(e)s et visiteurs

Les parents d'un nouveau-né hospitalisé et la personne accompagnant la femme enceinte ne sont pas considérés comme des visiteurs.

Les mesures de triage développées pour le virus de la COVID-19 doivent s'appliquer en tout temps à la femme enceinte et à la personne qui l'accompagne dans tous les milieux de soins. L'organisation physique des lieux doit respecter le *Guide de reprise des activités spécialisées*.

Toutes les mesures raisonnables doivent être mises en place afin de favoriser la présence du second parent ou d'une personne significative à l'accouchement (incluant la césarienne) et lors du séjour postnatal. L'accompagnant(e) doit porter un masque et être confiné(e) dans la chambre. Une deuxième personne significative pourrait être présente en fonction des politiques de l'établissement. Aucun autre visiteur ou enfant n'est admis.

L'accès à l'unité d'obstétrique, à la salle de césarienne ou à l'unité néonatale n'est pas permis à la personne accompagnante qui présente des symptômes compatibles avec la COVID-19. Cependant, si la femme enceinte est connue positive à la COVID-19, il pourrait être envisagé que l'accompagnant(e) aussi atteint de la COVID-19 puisse être présent(e) à l'accouchement. L'accompagnant(e) devra arriver et se déplacer en même temps que la femme enceinte et porter un masque en tout temps.

Pour les visites prénatales :

- La présence de l'accompagnant(e) pendant les rendez-vous, incluant l'échographie obstétricale, pourrait être permise à moins que les mesures de distanciation ne puissent être appliquées conformément au *Guide de reprise des activités spécialisées*. Le port du masque est obligatoire.
- L'utilisation de technologies de communication devrait être encouragée lorsque l'accompagnement n'est pas possible.

Pour les accouchements et les séjours pré et postnataux :

- Une seule personne accompagnante est permise et aucun enfant n'est autorisé.
- Aucune sortie de la chambre n'est permise.
- Prévoir des mesures pour limiter les déplacements (ex. : fournir les repas et les timbres de nicotine).
- Port du masque en présence du personnel.

Pour les césariennes :

- L'accès à la salle d'opération pour une césarienne d'extrême urgence (P1) est restreint, aucun(e) accompagnant(e) ne peut être présent.
- La présence d'un(e) accompagnant(e) à la salle d'opération pour une césarienne élective ou dans les autres cas de césarienne (P2, P3) doit continuer à être autorisée.
- Les mesures de protection de la salle d'opération s'appliquent, incluant pour l'accompagnant(e).

Pour l'unité néonatale :

- Un seul parent à la fois peut visiter son bébé. Le port du masque est obligatoire en tout temps.
- Le parent doit être confiné dans la chambre de l'unité néonatale, lorsqu'applicable.
- Le parent ne peut pas circuler librement ni sortir de l'hôpital. Par ailleurs, lorsque la période d'hospitalisation est prolongée (ex. : au-delà du congé de la mère), les parents pourraient être autorisés à sortir de l'hôpital et revenir visiter leur bébé, si des mesures de prévention et de contrôle des infections strictes sont appliquées. Il est suggéré que le parent communique en néonatalogie avant sa visite afin que le personnel valide la présence ou non de symptômes.
- Prévoir des mesures pour encourager la présence des parents en limitant leurs déplacements (ex. : chambre d'accommodement).
- Les parents confirmés positifs ou probables à la COVID-19 ne peuvent pas visiter leur bébé, sauf lors de circonstances exceptionnelles. Afin que les parents demeurent en contact avec leur bébé, encourager l'utilisation de la technologie vidéo.

Transfert de soins antepartum pour les cas confirmés COVID-19

- En fin de grossesse, devant un résultat positif de test de la COVID-19, il est recommandé d'organiser un transfert de soins vers un centre désigné.
- Pour les cas confirmés en fin de grossesse qui requièrent un déclenchement du travail ou une césarienne élective, planifier les interventions dans un centre désigné.
- Les communications entre médecins sont encouragées pour organiser les soins et transmettre le dossier de la patiente.

Hospitalisations (GARE, accouchement, postpartum, COVID-19)

Identification du centre hospitalier : voir Algorithme femme enceinte COVID-19.

- Les cas confirmés ou probables de COVID-19 avec critères d'admission aux soins intensifs doivent être pris en charge dans un centre désigné offrant des soins intensifs.
- Les cas confirmés de COVID-19 sans critères d'admission aux soins intensifs doivent être pris en charge, dans la mesure du possible dans un centre désigné du bon niveau de soins (niveau 2 ou 3).
- Les cas sous investigation sans critères d'admission aux soins intensifs doivent rester dans l'hôpital local, en attente du résultat du test de la COVID-19. Selon le résultat du test, la décision de transférer sera prise en fonction notamment de la condition de la mère et de l'enfant, de la capacité à les isoler dans une chambre unique fermée, de la capacité à appliquer les mesures de PCI requises ainsi que de l'imminence du congé.
- Les femmes enceintes rétablies de la COVID-19, selon les recommandations de la santé publique peuvent accoucher dans l'installation de leur choix.

Transferts interhospitaliers

Le CCPQ coordonne les transferts des femmes enceintes, des nouveau-nés et des enfants confirmés positifs à la COVID-19 et qui nécessiteraient un changement d'installation en raison de besoins d'hospitalisation, selon le niveau de soins requis. Lorsqu'un corridor de services est bien établi, les procédures habituelles de communication entre le médecin référent et le centre receveur lors de transferts doivent se poursuivre afin d'éviter d'engendrer des délais.

La décision de transférer doit être évaluée en fonction de la condition de la mère et de l'enfant. En plus de l'équipe d'obstétrique ou de néonatalogie, impliquer les équipes de soins intensifs ou d'urgence, s'il y a lieu. Dans tous les cas, le jugement clinique prévaut. Le CCPQ doit obligatoirement être informé du transfert, afin d'assumer son rôle de coordination (1 877 675-4992).

Transport ambulancier de la dyade mère COVID-19 confirmée/bébé:
Lorsque la mère et le bébé vont bien, une seule ambulance est requise et les mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire » doivent s'appliquer. Il est proposé que la mère soit transportée sur une civière et que le nouveau-né soit installé dans un siège d'auto, dans la même ambulance. L'alternative serait de transférer le nouveau-né dans un incubateur et la maman sur le siège.

Le transport d'un nouveau-né ayant besoin d'une assistance respiratoire, doit être effectué dans un incubateur fermé et les mesures de PCI « aérienne-contact-oculaire » (incluant le port du masque N95) doivent être appliquées, et ce, quel que soit le temps écoulé depuis la naissance. Le recours à une équipe spécialisée pour le transport néonatal doit être limité aux situations qui nécessitent son expertise.

Accouchement

Pour les cas confirmés et probables de COVID-19 :

- La décision de transférer dans un centre désigné doit être prise en fonction de la condition de la mère et du nouveau-né ainsi que de la capacité du centre à offrir une chambre unique fermée et à appliquer les mesures de précaution additionnelles requises.
- Favoriser les accouchements en chambre « TARP » (travail, accouchement, récupération, post-partum) lorsque disponible ou dans une chambre fermée pour limiter les déplacements et offrir le maximum de soins à la dyade mère-enfant ensemble.
- Les mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire » doivent être appliquées pour le travail et l'accouchement en l'absence d'IMGA.
- Considérant le risque très faible de transmission verticale mère-bébé, la réanimation néonatale initiale devrait être effectuée avec des mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire », et ce, même si une équipe de réanimation du nouveau-né est appelée en renfort. Si le nouveau-né requiert des IMGA ou présente des critères d'admission aux soins intensifs néonataux, des mesures de « PCI aérienne-contact-oculaire » devront être mises en place éventuellement.
- Il pourrait être acceptable que la parturiente ne porte pas le masque de procédure pendant le travail que si elle ne le tolère pas.
- Interventions obstétricales :
    - La date de l'induction ou de la césarienne élective doit être retardée afin de permettre la guérison, selon le jugement clinique;
    - La surveillance électronique fœtale continue est recommandée;
    - L'accouchement par césarienne doit être réservé pour les indications obstétricales habituelles.
- Consulter les mesures de protection applicables à la salle d'opération pour les cas probables ou confirmés COVID-19, notamment pour les césariennes.
- La présence d'une sage-femme est autorisée selon les procédures habituelles, afin que celle-ci soit en mesure de poursuivre ses responsabilités professionnelles auprès de la femme et de l'enfant.
- Il n'y a pas d'évidence qui suggère de couper le cordon ombilical plus rapidement ou de nettoyer le bébé plus rapidement.
- Le peau à peau est recommandé pour un accouchement par voie vaginale ou par césarienne. Les parents doivent porter un masque et se laver les mains avant et après les contacts avec le nouveau-né.

Postnatal immédiat et soins néonataux

De manière générale pour la mère atteinte de la COVID-19 :

- La mère atteinte de la COVID-19 ou probable, de même que l'accompagnant, doivent se laver les mains, porter un masque en tout temps lorsqu'ils sont en contact avec le nouveau-né, en plus d'appliquer des mesures d'hygiène strictes.
- En période de pandémie, il est recommandé d'allaiter. Lorsque toutes les précautions requises sont mises en place de façon stricte, l'allaitement maternel présente des bénéfices, même chez la mère atteinte de la COVID-19. Selon les connaissances actuelles, le virus de la COVID-19 n'est pas transmis par le lait maternel, incluant le colostrum. Il est reconnu que le lait maternel contient de nombreux facteurs immunitaires pour combattre les infections.
- Il est recommandé de réaliser le maximum de tests (ex. dépistages néonataux) pendant le séjour hospitalier pour éviter les déplacements subséquents. Il est important de reprendre ou de maintenir les activités d'enseignement aux parents (ex : allaitement) avant le congé de l'hôpital, et d'offrir le soutien durant et après l'hospitalisation, particulièrement dans le contexte de la pandémie où les inquiétudes des parents peuvent être exacerbées.
- Les soins au nouveau-né doivent être réalisés dans la chambre de la mère. Les mesures de PCI utilisées pour l'accouchement sont les mêmes pour offrir les soins au nouveau-né.
- Considérant le risque très faible de transmission verticale mère-bébé, le nouveau-né d'une mère atteinte de la COVID-19 n'est pas considéré atteint, mais il est considéré comme une personne exposée à une personne atteinte (contact étroit). Des mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire » sont recommandées, et ce, même lorsque le nouveau-né nécessite des IMGA à la naissance dans la chambre de la mère (ex : manœuvres de réanimation initiale).
- La conduite à tenir doit être guidée par une discussion centrée sur le patient et en considérant les données disponibles et leurs limites.

Nouveau-né qui ne requiert pas de soins additionnels à l'unité néonatale et dont la mère est confirmée ou probable COVID-19 :

- Le nouveau-né doit être isolé à l'intérieur de la chambre de la mère, en prenant les mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire ».
- Effectuer tous les soins du nouveau-né dans la chambre de la mère.
- Poursuivre les mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire » pour la dyade mère-enfant avec hygiène des mains et port du masque par la mère lors de l'allaitement et en présence de l'enfant.
- Il peut être envisagé de garder le berceau à 2 mètres de la mère particulièrement lorsque la mère dort ou ne peut pas respecter les mesures de protection.
- Si un déplacement est requis, transférer en peau à peau sur la mère qui porte un masque et qui a lavé ses mains. Protection du personnel selon les mesures de « PCI gouttelettes-contact-oculaire »
- Il est recommandé de garder la mère et le nouveau-né ensemble.
- Il est recommandé d'hospitaliser la mère et l'enfant pendant au moins 48 heures après l'accouchement, selon les considérations logistiques, sauf si la mère présente des critères d'hospitalisation prolongée.

Nouveau-né qui requiert des soins additionnels à l'unité néonatale et dont la mère est confirmée ou probable COVID-19 :

- La réalisation d'IMGA requiert la mise en place de mesures de « PCI aérienne-contact-oculaire » dans une chambre à pression négative ou, si non disponible, dans une chambre fermée individuelle avec masque N95. Par exemple, la ventilation à pression positive est une IMGA.
- Isoler le nouveau-né dans une chambre fermée individuelle à l'unité néonatale (soins intensifs, soins intermédiaires ou « pouponnière ») et assigner, lorsque possible, à du personnel dédié.
- Les IMGA devraient être effectuées dans une chambre individuelle fermée.
- Les lieux physiques devraient être réorganisés afin que les bébés symptomatiques confirmés COVID-19 sans IMGA soient regroupés par cohorte dans une pièce différente des nouveau-nés asymptomatiques nés d'une mère atteinte de la COVID-19.
- Les déplacements doivent se faire dans un incubateur fermé et avec mesures de « PCI aérienne-contact-oculaire » si le bébé nécessite une IMGA (ex. CPAP).

Test de la COVID-19 chez le nouveau-né

- Le nouveau-né d'une mère atteinte de la COVID-19 est considéré comme une personne exposée à une personne atteinte (contact étroit). Il est recommandé de surveiller quotidiennement les signes cliniques d'une infection potentielle à la COVID-19 pendant les 14 jours suivant la dernière exposition, selon les directives en vigueur de la santé publique.
- Il ne semble pas recommandé de dépister systématiquement les nouveau-nés asymptomatiques nés de mères atteintes de la COVID-19.
- Les nouveau-nés de mères confirmées ou probables de la COVID-19 qui sont hospitalisés à l'unité néonatale ou qui présentent des symptômes compatibles avec la COVID-19 sont priorisés pour le test de dépistage.
- Pour limiter les faux négatifs, il est recommandé de faire le test après 48 heures de vie ou au début des symptômes. Un test par PCR oropharyngé et nasopharyngé fait sur le même écouvillon est recommandé.

Rebours

Les parents asymptomatiques et à faible risque d'infection à la COVID-19 d'un enfant qui a séjourné dans une unité néonatale et qui reviennent dans leur région, ne seraient pas en isolement. Il n'y a pas de consignes supplémentaires d'isolement pour le nouveau-né et sa famille.

Retour à domicile

La mère ayant la COVID-19 ou qui en présente les symptômes doit suivre les consignes d'isolement déposées sur le site du MSSS.

Visites postnatales à domicile

L'équipe de périnatalité du CLSC poursuit son offre de services en assurant :

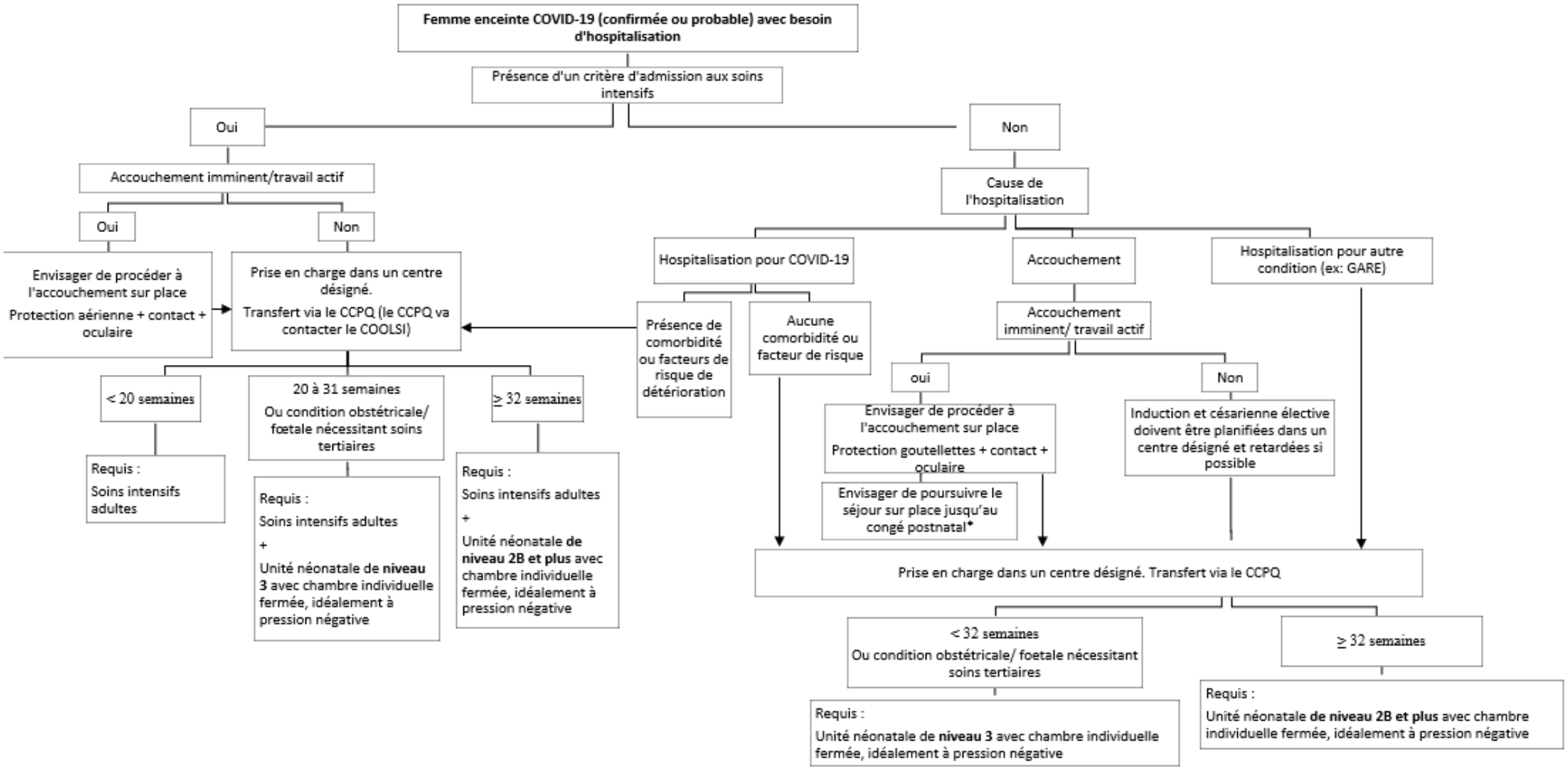
- Un contact téléphonique systématique prioritaire dans les 24 à 48 heures après la sortie du lieu de naissance;
- Des visites à domicile ou en clinique (après une évaluation téléphonique) et en respectant les consignes présentées dans le document intitulé *Mesures pour les travailleurs de la santé lors de la prestation de soins à domicile* dans la section Autres milieux de vie, soins et services.

Pour les mères atteintes de la COVID-19 :

- Assurer le suivi usuel par l'équipe de périnatalité du CLSC, avec la mise en place des mesures de prévention des infections requises. Le suivi est adapté selon la situation clinique et en collaboration avec l'équipe médicale.
- En plus du suivi à domicile par le CLSC, il est suggéré d'effectuer un suivi médical en présence (ex : clinique externe d'un centre désigné pour l'obstétrique ou pour la pédiatrie), entre jour 5 et jour 7 ou plus tôt si la condition médicale l'exige. L'objectif de ce suivi est d'identifier les symptômes et les complications de la COVID-19 chez les nouveau-nés exposés dans la période où ils sont le plus à risque et offrir des soins adaptés en conséquence.
- Une rencontre entre la troisième et la quatrième semaine postnatale devrait aussi être ajoutée au suivi régulier.
- Un suivi par téléconsultation peut être effectué, mais ne doit pas remplacer l'ensemble des rendez-vous en personne.
- Assurer une bonne communication entre l'équipe médicale et l'équipe de périnatalité du CLSC.

PROJET

Algorithme femme enceinte COVID-19 (confirmée ou probable)



* La décision de transférer dans un centre désigné doit être prise notamment en fonction de la condition de la mère et du nouveau-né, de la capacité à appliquer les mesures de PCI requises et de les isoler dans une chambre unique fermée.

Résumé des mesures spécifiques aux femmes enceintes

		Cas confirmé COVID-19			Cas probable (en attente de résultat) COVID-19		Asymptomatique (normale)
		Avec critères d'admission aux soins intensifs	**Sans critère d'admission aux soins intensifs**	**Guérie**	**Avec critères d'admission aux soins intensifs**	**Sans critère d'admission aux soins intensifs**	
Période	**Intervention**	Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'INSPQ recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles, selon la situation clinique et le diagnostic de l'usager. La seule admission aux soins intensifs n'est pas une indication suffisante, mais souvent associée à des cas nécessitant une IMGA.					
En tout temps	**Mesures de précaution additionnelles**	Aérienne-contact-oculaire	Gouttelettes-contact-oculaire ou Aérienne-contact-oculaire si IMGA	À confirmer	Aérienne-contact-oculaire.	Gouttelettes-contact-oculaire ou Aérienne-contact-oculaire : si IMGA	Non requis
Prénatal	**Consultation en obstétrique-gynécologie**	Oui	Selon le jugement clinique	Selon condition clinique	Oui	Selon le jugement clinique	Non requis
	Hospitalisation pour COVID-19	Centre désigné	Centre désigné	Non requis	Selon le niveau de soins requis	Hospitalisation au cas par cas, selon le niveau de soins requis	Non requis
	Hospitalisation pour autre condition clinique (ex. : GARE)	Centre désigné	Centre désigné	Sans particularité	Centre désigné	Hospitalisation selon le niveau de soins requis	Sans particularité
	Échographie	Une fois par mois, jusqu'à l'accouchement	Une fois par mois, jusqu'à l'accouchement	Une fois par mois, jusqu'à l'accouchement	(Selon le résultat du test COVID-19)	Échographie du 3e trimestre, selon le jugement clinique	Suivi régulier
Accouchement	**Lieu de l'accouchement**	Centre désigné	Centre désigné Envisager la prise en charge locale jusqu'au congé lors d'un accouchement imminent ou après test COVID-19 positif en cours d'hospitalisation	Sans particularité (CH, MDN, domicile[1])	Centre désigné	Hôpital local, selon le niveau de soins requis.	Sans particularité (CH, MDN, domicile[1])
	Surveillance fœtale continue	Oui	Oui	Non requis, sauf si indication clinique	Oui	Sans particularité	Sans particularité
	Durée de séjour	Selon condition clinique	48 h mère/bébé	Sans particularité	Selon condition clinique	Sans particularité	Sans particularité

[1] Se référer à la Directive pratique sage-femme

Coronavirus (COVID-19)

Version du 3 juin 2020

Directives pour la prise en charge des enfants

Les orientations émises dans ce document sont rédigées en collaboration avec le Comité d'experts COVID-19 Mère-enfant et la santé publique. Elles sont adaptées en fonction de l'évolution des connaissances sur l'épidémiologie de la maladie à coronavirus COVID-19. Consulter également :

- Les directives cliniques du MSSS;
- Les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie;
- Les mesures de prévention et de contrôle des infections pour les milieux de soins aigus ;
- Les interventions médicales générant des aérosols (IMGA);
- Les orientations du MSSS pour le retour des enfants présentant des maladies chroniques en milieu scolaire primaire et en milieu de garde;
- Réponse rapide INESSS :
  - COVID-19 et maladie de Kawasaki et syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants;
  - COVID-19 : manifestations cutanées (lésions de type perniose, lésions associées à des dommages vasculaires et autres types de lésions);
- Les activités de vaccination en période de pandémie de COVID-2019 : Version 2.0 du 6 mai 2020.

De manière générale

- Selon les données disponibles au Québec, les enfants et les adolescents (0 à 19 ans) représentent moins de 5 % des cas confirmés et moins de 1 % des hospitalisations. Aucun décès n'a été rapporté.
- Une très faible proportion des infections touche de jeunes nourrissons, mais ce groupe semble plus à risque de développer des symptômes sévères que les enfants plus âgés.
- Chez l'enfant, les symptômes les plus fréquemment rapportés sont la toux, la rhinorrhée, la céphalée et la fièvre. Des manifestations cutanées peuvent aussi être observées[1].
- Maintenir un niveau approprié de prudence et de vigilance pour le diagnostic des enfants présentant des manifestations inflammatoires. Certains de ces cas évoquent la possibilité d'un choc toxique ou encore d'une forme atypique de la maladie de Kawasaki.
- Les critères d'admission en soins intensifs chez les enfants sont[2] :
  - FIO2 ≥ 30 % pour saturation > 90 %
  - Détresse respiratoire significative
  - Instabilité hémodynamique persistante malgré une réanimation volémique adéquate
  - Altération de l'état de conscience
  - Tout patient intubé ou nécessitant une ventilation non-invasive
- Tous les cas confirmés COVID-19 qui nécessitent une hospitalisation doivent être pris en charge dans un centre désigné pour la pédiatrie.
- Les centres désignés pour la pédiatrie sont : CHU Sainte-Justine, CHUQ-CMES et CHUS.

[1] Pour information supplémentaire sur les symptômes de la COVID-19 chez les enfants, consulter : https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6914e4-H.pdf

[2] Ces critères sont à moduler selon l'évolution de la situation.

De manière générale (suite)

- Si un transfert est requis sans corridor de service défini, contacter le Centre de coordination en périnatalogie du Québec (CCPQ) au 1 877 675-4992. Dans tous les cas de transferts réalisés, informer le CCPQ.
- La décision de transférer doit être évaluée en fonction de la condition de l'enfant. Impliquer les équipes de soins intensifs ou d'urgence, s'il y a lieu. Dans tous les cas, le jugement clinique prévaut.
- Le transfert est effectué après discussion entre le médecin référent et le spécialiste du centre désigné.
- La conduite à tenir doit être guidée par une discussion centrée sur le patient et en considérant les données disponibles et leurs limites.

Consultations et activités en pédiatrie

- Les rendez-vous médicaux des enfants sont considérés essentiels et doivent être maintenus en présence dans la mesure du possible. Cependant, afin de limiter les déplacements et les risques de contamination, l'appel téléphonique ou vidéo peut être envisagé.
- Lorsqu'un enfant est atteint de la COVID-19 ou est en isolement à domicile, si possible reporter les visites et examens médicaux à la fin de cette période.
- Pour les rendez-vous qui ne peuvent être reportés, établir un protocole pour la prestation sécuritaire de soins qui permet de limiter les risques de contamination des lieux et des personnes ou envisager de référer l'enfant vers un centre désigné en pédiatrie.
- Il pourrait être envisagé de reprendre entièrement les activités en pédiatrie dans la mesure où les services complémentaires sont disponibles (ex. bloc opératoire, imagerie médicale) et que l'organisation physique des lieux respecte le *Guide de reprise des activités spécialisées*.
- Les priorités de vaccination sont établies par le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) et le MSSS. La vaccination des enfants de moins de 2 ans devrait être maintenue (visites de 2, 4, 12 et 18 mois) ou remise en place, de même pour la vaccination des enfants d'âge préscolaire entre 4 et 6 ans. Si certaines visites ont été reportées, un rattrapage aussi rapide que possible devrait être fait pour les enfants concernés.

Si l'enfant présente des critères d'admission en soins intensifs :

- Référer à l'urgence.

Si l'enfant présente des symptômes d'allure grippale et qu'il a besoin de consultation immédiate :

- Référer au centre désigné d'évaluation (prise de rendez-vous en contactant le 1 877 644-4545).
- Utiliser les services de prélèvements des corridors chauds identifiés pour la clientèle pédiatrique par l'établissement.
- Utiliser les corridors de services de l'établissement pour les références prioritaires en pédiatrie ou autres spécialités.
- Favoriser l'utilisation du CRDS pour les autres références en pédiatrie.

Test de dépistage de la COVID-19 chez l'enfant :

- En présence des symptômes compatibles avec la COVID -19.
- Avec ou sans symptômes :
  - lors d'une admission dans les unités de soins aiguës;
  - en vue d'être admis dans les 48 prochaines heures dans les unités de soins aiguës;
  - en cas d'intubation dans les 48 prochaines heures.

Hospitalisations

En présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 :

- Les enfants de moins d'un mois avec fièvre devraient être évalués immédiatement à l'urgence.
- Pour les enfants âgés de plus d'un mois, une consultation médicale est requise et l'hospitalisation est à évaluer selon la condition clinique.

➢ **Pour les cas confirmés ou probables de COVID-19 avec critères d'admission en soins intensifs :**

- Transférer dans un centre tertiaire désigné pour la pédiatrie.
- Les mesures de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire doivent s'appliquer si IMGA.

➢ **Pour les cas confirmés COVID-19 sans critères d'admission en soins intensifs :**

- Les cas confirmés COVID-19 nécessitant une hospitalisation pour une autre condition doivent être transférés dans un centre désigné pour la pédiatrie.
- La décision de transférer doit être prise au cas par cas, après discussion avec le centre désigné, selon le jugement clinique et les considérations logistiques, particulièrement pour les situations nécessitant un transport aéroporté.
- Les mesures de précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire doivent s'appliquer.
- Toutefois, l'apparition des critères d'admission en soins intensifs et la réalisation d'IMGA requièrent la mise en place de mesures de précautions additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire et une consultation avec le spécialiste d'un centre tertiaire est indiquée.

Parents et visiteurs

- Les parents ne sont pas considérés comme étant des visiteurs.
- Toutes les mesures raisonnables doivent être mises en place afin de favoriser la présence d'un parent, s'il ne présente pas de symptômes à la COVID-19.
- Aucun visiteur n'est admis, ni aucun autre enfant.
- Si l'enfant est atteint de la COVID-19, il pourrait être envisagé qu'un parent confirmé ou probable qui réside sous le même toit soit présent, si ce parent se déplace uniquement en même temps que l'enfant dans l'hôpital (pour l'arrivée entre autres), et en portant un masque.
- Un seul parent à la fois peut être présent avec son enfant.
- Le parent doit porter un masque et être confiné dans la chambre de l'enfant pendant son séjour.
- Le parent ne peut pas circuler librement dans l'hôpital.
- Prévoir des mesures pour limiter les déplacements (ex. : fournir les repas au parent et les timbres de nicotine).
- Afin que les parents demeurent en contact avec leur enfant, encourager l'utilisation de la technologie vidéo.

Résumé des mesures spécifiques aux enfants (0-17 ans)

	Cas confirmé COVID-19			Cas probable COVID-19	
	Avec critères d'admission en soins intensifs	**Sans critères d'admission en soins intensifs**	**Guéri**	**Avec critères d'admission en soins intensifs**	**Sans critères d'admission en soins intensifs**
Intervention	Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'INSPQ recommande une différenciation et une gradation des mesures dans l'application des précautions additionnelles selon la situation clinique et le diagnostic de l'usager. La seule admission aux soins intensifs n'est pas une indication suffisante, mais souvent associée à des cas nécessitant une IMGA.				
Mesure de précaution additionnelles	Aérienne-contact avec protection oculaire	Gouttelettes-contact avec protection oculaire ou Aérienne-contact avec protection oculaire si IMGA	À confirmer	Aérienne-contact avec protection oculaire.	Gouttelettes-contact avec protection oculaire ou Aérienne-contact avec protection oculaire si IMGA
Hospitalisation pour symptômes compatibles avec la COVID-19	Transfert dans un centre désigné pour la pédiatrie	Transfert et hospitalisation dans un centre désigné pour la pédiatrie Isolement à domicile, si hospitalisation non requise.	Non requis	Transfert et hospitalisation dans un centre désigné pour la pédiatrie	Hospitalisation selon jugement clinique dans l'hôpital de sa région correspondant au niveau de soins requis. Isolement à domicile, si hospitalisation non requise.
Hospitalisation pour autre condition clinique	Transfert dans un centre désigné pour la pédiatrie, après discussion entre le médecin traitant et le spécialiste au CH désigné pédiatrie	Transfert dans un centre désigné pour la pédiatrie, après discussion entre le médecin traitant et le spécialiste au CH désigné pédiatrie.	Hospitalisation dans l'hôpital de sa région correspondant au niveau de soins requis.	Transfert dans un centre désigné pour la pédiatrie, après discussion entre le médecin traitant et le spécialiste au CH désigné en pédiatrie	Prise en charge dans l'hôpital de sa région correspondant au niveau de soins requis et transfert dans un centre désigné pour la pédiatrie à la réception d'un résultat positif à la COVID-19, après discussion entre le médecin traitant et le spécialiste au CH désigné en pédiatrie.

Directives sur la pratique sage-femme[1]

Version du 2 juin 2020

- Les directives suivantes sont complémentaires aux Directives pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés. Ce document est disponible dans la rubrique Périnatalité et enfants 0 à 17 ans du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/outils-d-information-sur-la-covid-19/#mere-enfant.

- Pour la conduite à tenir lors des contacts avec la clientèle, les sages-femmes doivent se référer aux documents de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) :

  - *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires* : https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19

  - *COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement dans la population générale* https://www.inspq.qc.ca/publications/2986-tableau-levee-isolement-covid19

  - *Prévention et contrôle des infections :* https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections

- Les recommandations des sociétés savantes peuvent inspirer la pratique des sages-femmes, mais ne peuvent pas se substituer à celles émises par le MSSS.

LES MAISONS DE NAISSANCE DOIVENT DEMEURER DES ESPACES SAINS OÙ LES RISQUES DE CONTAMINATION SONT MINIMAUX.

[1] Ce document est préparé en collaboration avec l'Ordre des sages-femmes du Québec et le Regroupement Les Sages-femmes du Québec.

AVANT CHAQUE CONTACT EN PRÉSENCE, toujours effectuer les mesures de triage
Évaluation par téléphone, à l'entrée de la maison de naissance ou à l'entrée du centre hospitalier afin de poser les questions suivantes :

1. Présentez-vous, ou une personne vivant avec vous, l'un des symptômes compatibles avec la COVID-19 soit de la fièvre, une toux récente ou aggravée, de la difficulté à respirer ou une perte d'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte de goût, ou d'autres symptômes comme un mal de gorge, de la diarrhée ou des symptômes généraux tels que douleurs musculaires, céphalées, fatigue intense ou perte importante d'appétit ?
2. Avez-vous été en contact étroit avec un cas confirmé ou un cas suspecté ou en attente de résultat de la COVID-19 ?
3. Avez-vous reçu la consigne de demeurer en isolement volontaire à domicile ?

Si la réponse est **oui** à l'une de ces questions, se référer aux consignes pour l'accouchement et les visites pré, per et postnatales du présent document.

DÉPISTAGE
En vertu de l'arrêté 2020-039, les sages-femmes peuvent effectuer le test de dépistage de la COVID-19. Le dépistage peut être effectué auprès de la clientèle des sages-femmes, qui est alors réputée « admise dans une unité de soins » aux fins des directives de priorisation.

ACCOUCHEMENT :
Femmes symptomatiques et asymptomatiques avec exposition à risque élevé ou modéré avec un cas confirmé

- Transférer les soins.

Femmes asymptomatiques sans exposition à risque élevé ou modéré avec un cas confirmé et femmes asymptomatiques rétablies dont les critères pour la levée de l'isolement ont été satisfaits :

- Accouchement en centre hospitalier, en maison de naissance ou à domicile (sous certaines conditions).
- Le service d'accouchement à domicile (AAD) peut être proposé si toutes les conditions suivantes sont réunies :
    - La femme enceinte et les personnes domiciliées au même endroit sont asymptomatiques, sans exposition à risque élevé ou modéré avec un cas confirmé et ne sont pas des cas suspectés ou en attente de résultat au moment de l'accouchement;
    - La femme enceinte et les personnes domiciliées au même endroit auront choisi d'éviter les déplacements non essentiels, de porter un masque lors des sorties essentielles et de s'isoler autant que possible à partir de la 35^{e} semaine de grossesse;

- La femme enceinte et les personnes domiciliées au même endroit qui auraient déjà été des cas confirmés ou été en contact domiciliaire avec des cas confirmés satisfont tous les critères de levée de l'isolement de l'INSPQ applicables à la situation clinique;
- En plus de l'application des mesures pour assurer la sécurité de l'AAD telles que décrites dans le document « *L'accouchement à domicile : un libre-choix éclairé* » de l'Ordre des sages-femmes du Québec, les mesures pour les travailleurs de la santé lors de la prestation de soins à domicile de l'INSPQ sont respectées;
- Des mesures de prévention des infections supplémentaires sont en place :
  - nettoyage et désinfection des surfaces de contact effectué avant la venue de la sage-femme et régulièrement par la suite;
  - ventilation naturelle des lieux effectuée adéquatement;
  - aménagement d'une pièce afin de permettre à la sage-femme de s'isoler au besoin (manger, dormir, retrait/changement d'équipement de protection);
  - lorsque possible, salle d'eau disponible à l'usage unique de la sage-femme; sinon, désinfection de la salle de bain par la personne accompagnatrice après chaque utilisation;
- Les effectifs sages-femmes sont suffisants et le contexte régional le permet.

- Dans tous les lieux de naissance, un seul accompagnateur asymptomatique, sans exposition à risque élevé ou modéré avec un cas confirmé ou étant un cas confirmé rétabli satisfaisant les critères de levée de l'isolement est présent à l'accouchement.

VISITES DE SUIVI PRÉ, PER ET POSTNATAL EN MAISON DE NAISSANCE OU À DOMICILE

Femmes symptomatiques ou asymptomatiques avec exposition à risque élevé ou modéré avec un cas confirmé

- Aucune visite à la maison de naissance ou à domicile jusqu'à satisfaction des critères de levée de l'isolement;
- Consulter le gynécologue-obstétricien et/ou le pédiatre et évaluer le besoin de transférer les soins durant la période d'infection.

Femmes asymptomatiques sans risque d'exposition élevé ou modéré avec un cas confirmé et femmes asymptomatiques rétablies satisfaisant les critères de levée de l'isolement

- Effectuer les suivis recommandés en présence autant que possible;
- Une partie du suivi peut être effectué par téléconsultation afin de recueillir les informations en vue de limiter le temps en présence aux examens et autres interventions physiques;
- Si une personne domiciliée au même endroit que la femme enceinte a été en contact étroit avec un cas confirmé ou un cas suspecté, est en attente de résultat de la COVID-19 ou a reçu la consigne de demeurer en isolement volontaire à domicile, celle-ci ne devrait pas se trouver dans la même pièce que la sage-femme lors d'une visite à domicile.

19-210-36W

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 8 juin 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

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES RESSOURCES HUMAINES DES COMMUNICATIONS ET DES AFFAIRES JURIDIQUES DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Le 18 mai dernier commençait la première phase d'une opération de dépistage des employés asymptomatiques des installations hébergeant des clientèles particulièrement vulnérables à la COVID-19. Cette intervention nous permettra d'obtenir un portrait d'ensemble de la situation épidémiologique, d'intervenir de façon ciblée auprès des milieux où l'incidence de la maladie est plus importante et de déterminer la nécessité de répéter le dépistage dans certaines installations.

Nous vous transmettons donc, par la présente, des instructions portant sur la poursuite de cette opération, ainsi que sur votre contribution à une étude épidémiologique connexe à celle-ci.

Poursuite de l'opération

Nous attendons de votre part, pour le vendredi 12 juin 2020, une liste des installations pour lesquelles le dépistage sera réalisé avant le mois de juillet. Durant cette période, devront être couverts en priorité :

… 2

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

- les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) où le dépistage n'aurait pas été complété dans la première phase;
- les ressources intermédiaires et de type familial du programme-services de soutien à l'autonomie des personnes âgées et celles où vivent des personnes ayant des vulnérabilités à la COVID-19;
- les résidences pour personnes aînées avec unité de soins ou unité prothétique;
- les centres de détention;
- les unités psychiatriques en centre hospitalier;
- les ressources à assistance continue, les internats et les foyers de groupe en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme;
- les communautés religieuses.

Les milieux suivants devront aussi procéder au dépistage de leurs employés avant juillet : Institut de psychiatrie légale Philippe-Pinel, l'Hôpital Marie-Clarac, l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (Capitale-Nationale), l'Hôpital de réadaptation Villa Medica, l'Unité de réadaptation respiratoire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, l'URFI de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et l'URFI Marie-Enfant du Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine.

Un fichier GESTRED sera transmis aux établissements pour rapporter au ministère de la Santé et des Services sociaux l'évolution des dépistages et les résultats obtenus dans chaque installation. Pour les milieux hors des centres intégrés et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, les établissements devront être en soutien pour le dépistage et le suivi des résultats.

Un document présentant certains paramètres de l'opération est placé en annexe de cette lettre.

Étude épidémiologique

À la faveur de cette opération de dépistage, nous souhaitons tenir une étude sur certains facteurs ayant pu influencer le risque de contracter l'infection chez ces travailleurs. Ces informations permettront une meilleure prise de décision pour la phase actuelle de l'épidémie et pour une éventuelle deuxième vague épidémique.

… 3

Cette étude sera menée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). À cet effet, nous aurons besoin que vous nous transmettiez les noms, prénoms et numéros de téléphone de chacun des employés ayant obtenu un résultat positif à ce dépistage et que vous appariez, pour chaque cas positif, deux employés de la même installation dont le résultat a été négatif.

Les informations doivent être transmises par courriel à l'adresse suivante : gaston.deserres@inspq.qc.ca. Un fichier GESTRED vous sera fourni à cette fin.

Notez que cette demande vaut aussi pour les travailleurs des CHSLD qui ont été dépistés dans les dernières semaines.

Ces informations nous permettront de réaliser l'enquête épidémiologique du directeur national de santé publique (DNSP) que nous avons confiée par mandat à l'INSPQ. En raison de l'urgence sanitaire, le DNSP peut : « ordonner à toute personne, ministère ou organisme de lui communiquer ou de lui donner accès immédiatement à tout document ou à tout renseignement en sa possession, même s'il s'agit d'un renseignement personnel, d'un document ou d'un renseignement confidentiel ».

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

c. c. M^me^ Nicole Damestoy, INSPQ
M. Gaston De Serres, INSPQ
Membres du CODIR, MSSS
PDGA des établissements publics du RSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-99

Directives au réseau pour l'enquête de prévalence des employés du réseau de la santé et des services sociaux

1. Admissibilité :

- **Tous les quarts** de travail sont couverts.
- Tous **les types de métiers** sont couverts (administratif, sécurité, entretien ménager, cuisine, soutien technique, personnel soignant, bénévole, personnel embauché par les familles, etc.).
- Les médecins sont aussi visés par l'enquête.
- Les proches aidants ne sont pas visés.
- **Tous les liens d'emploi** (agence, occasionnel, contractuel, régulier, « jecontribue », etc.) sont couverts.
- **Les établissements privés ou privés conventionnés sont couverts.**
- Seuls ceux qui ont travaillé **dans** (présence physique) le milieu ciblé **durant les deux semaines précédant le dépistage** sont couverts.
- Les travailleurs qui ont reçu une consigne d'isolement (cas confirmé ou contact étroit d'un cas) ne sont pas ciblés et ne doivent pas être dépistés dans le cadre de l'opération de dépistage de masse.
- Les travailleurs qui sont rétablis de la COVID-19, c'est-à-dire ceux qui ont atteint les critères de levée de l'isolement après avoir contracté l'infection au cours des trois derniers mois, ne doivent pas être dépistés dans le cadre de l'opération de dépistage de masse.
- Les travailleurs de la Croix-Rouge, de l'Ambulance St-Jean et des Forces armées canadiennes (FAC) sont couverts par les établissements qui les accueillent pour les modalités de dépistage. Pour les FAC, ce sont eux qui assurent le suivi avec leurs membres à la suite du résultat.
- Les établissements doivent encourager les travailleurs à se faire dépister, bien que le dépistage demeure volontaire.
- Un rappel est effectué auprès des travailleurs qui n'ont pas participé au dépistage et qui ont fourni une prestation de travail durant la période ciblée.
- Le nombre de refus doit être comptabilisé par l'établissement.

2. Organisation du dépistage :

Modalité d'accès facilité aux tests pour les travailleurs invités. :

- L'offre de dépistage ne doit pas restreindre (ou limiter) l'accès aux tests pour les **personnes symptomatiques.**
- Des plages horaires réservées aux travailleurs doivent être mises en place et être adaptées à la réalité du travail (horaires atypiques).
- Il est recommandé, dans la mesure du possible, d'éviter le déplacement des équipes responsables des prélèvements d'une installation à l'autre et à l'intérieur d'une installation. Le prélèvement pourrait être organisé dans une tente à l'extérieur, par exemple.

- Les installations physiques doivent permettre d'éviter les contacts entre la clientèle symptomatique dans les lieux de dépistages et les travailleurs asymptomatiques.

L'accès au matériel de dépistage est assuré :
- Les écouvillons, les équipements de protection individuelle, le personnel sont disponibles pour procéder aux prélèvements.
- L'établissement responsable des laboratoires du territoire doit être prévenu et organisé pour soutenir l'opération de dépistage.

L'offre de dépistage est sécuritaire et accessible :
- Des modalités de type « sur place », en CDD, en CDÉ ou via des cliniques de santé au travail doivent être énoncées et proposées pour assurer l'accès à tous les travailleurs testés, incluant selon des horaires atypiques et dans les régions de résidence des travailleurs.
- Il y a suffisamment de **ressources humaines** pour effectuer les prélèvements. Ces personnes sont formées sur le mode de prélèvement et elles reconnaissent l'importance de vérifier l'exactitude des **informations personnelles** du travailleur, de l'identification et de l'**encodage du prélèvement** (préanalytique).
- Les modalités doivent être diversifiées et être accessibles pour tous les travailleurs.
- Tenir compte des restrictions d'horaire, de distance (lieux de travail versus domicile), de mobilité des employés.
- Pour les modalités « sur place », un mécanisme de transport des écouvillons jusqu'au laboratoire est en place.

Les dépistages prescrits dans le cadre de cette campagne sont suivis par les établissements. :
- Les modalités de suivi des dépistages et de prélèvements appartiennent aux établissements. Il est demandé de vous assurer que les résultats soient transmis aux travailleurs.

Les équipes de gestion d'éclosion gèrent les nouvelles situations découvertes via le dépistage
- L'approche de gestion de risque en vigueur s'applique pour les travailleurs asymptomatiques positifs. Ces travailleurs devraient être en isolement sauf en situation de bris de service.

Des processus existent pour intervenir dans les sites où une éclosion est dépistée (tests des contacts, dépistage des unités concernées)

SECTION pour les établissements publics seulement
- Un plan de contingence existe pour faire face aux isolements chez les travailleurs positifs.
- Les équipes de prévention et contrôle des infections (PCI) interviennent selon les protocoles d'éclosion dans les lieux où un nouveau cas non connu ou non isolé est rapporté.
- Mise en place d'un plan d'action avec un responsable pour chacune des mesures retenues.
- Un suivi statutaire auprès des services et des directions touchés.

- Mise en place d'une procédure de suivi des cas et contacts par les ressources humaines en collaboration avec l'équipe PCI et de la DSPublique régionale.
- Isolement des employés selon les directives en vigueur et les particularités locales.

SECTION pour les établissements privés et privés conventionnés seulement *(*des cellules de crise gèrent les éclosions découvertes par le dépistage) :

- Un plan de contingence existe en cas de dépistage positif chez les travailleurs.
- Des listes de remplacement pour les travailleurs positifs sont disponibles et prêtes, dans la mesure du possible.
- Dans la mesure où l'établissement prévoit que le dépistage de masse engendrera des bris de services, il est recommandé de communiquer avec le directeur de soutien à l'autonomie des personnes âgées.
- Les contacts étroits des travailleurs positifs sont placés en isolement – des tests pourront leur être offerts éventuellement selon la prescription du directeur de santé publique du territoire.

3. Reddition de compte

- Le tableau de suivi du ministère de la Santé et des Services sociaux doit être complété et acheminé via le formulaire GESTRED développé à cet effet.
- Les milieux sont en mesure de connaître le nombre d'invitations aux tests offertes.

4. Actions à entreprendre en cas de découverte d'un cas chez un travailleur de la santé

Nous souhaitons aussi vous rappeler toute l'importance de mettre en place des plans d'intervention adaptés à la découverte d'éclosions potentielles, tels que fait dans les CHSLD depuis le début de la pandémie :

- Communiquer avec la santé publique pour délimiter l'unité de soins qui serait aux prises avec une possible éclosion.
- Impliquer une équipe PCI pour le suivi des mesures de contrôle et évaluer le port des équipements de protection.
- Revoir les processus d'hygiène et salubrité.
- Prévoir retourner faire des dépistages récurrents dans les 5 à 7 jours suivant la découverte du cas pour déterminer si l'éclosion se confirme et de façon répétitive jusqu'à la fin de l'éclosion.
- Prévoir le dépistage des usagers liés à l'éclosion.

Québec

Gouvernement du Québec
Le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 9 juin 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,

Depuis le début de la pandémie, le ministère de la Santé et des Services sociaux a établi des directives concernant l'offre de services sociaux destinée aux jeunes suivis en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1) (LPJ). Ces directives ont requis de votre part des efforts importants afin de préserver la sécurité des personnes les plus vulnérables pour lesquelles nous avons une responsabilité particulière.

Dans le contexte actuel de la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19), les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation et en famille d'accueil qui font le passage à la vie adulte se trouvent dans un état de fragilité accru. En effet, les démarches pour une recherche d'emploi ou de logement comportent une complexité additionnelle et peuvent accentuer les risques que des jeunes se retrouvent à la rue. De plus, certains jeunes ont manifesté des craintes face aux défis que présente leur départ du milieu d'hébergement. Enfin, la fermeture temporaire d'organismes communautaires fait en sorte que certains services d'accompagnement des jeunes dans la communauté ne sont pas disponibles présentement.

... 2

Québec
Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 15e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-7181
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

Aussi, la LPJ prévoit qu'une ordonnance confiant un enfant à un milieu de vie substitut cesse d'avoir effet lorsque l'enfant atteint l'âge de 18 ans. Cependant, la loi prévoit aussi la possibilité de poursuivre l'hébergement de cet enfant si celui-ci y consent et si son état ne permet pas son retour ou son intégration à domicile (article 64.1 de la LPJ).

J'ai eu récemment l'occasion d'échanger sur ce sujet avec les directrices et directeurs de la protection de la jeunesse (DPJ). Un rappel a été fait sur l'importance de permettre, lorsque le jeune y consent et selon les modalités prévues par le cadre législatif actuel, la prolongation des services de soutien et d'hébergement. Bien que les dispositions le prévoient déjà, et afin de rassurer tous les jeunes qui atteignent la majorité durant la pandémie de la COVID-19, je demande aux DPJ et aux directrices et directeurs du programme jeunesse d'offrir systématiquement à ces jeunes la possibilité de maintenir leur hébergement et les services qu'ils requièrent.

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

Le ministre délégué,

Lionel Carmant

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

N/Réf. : 20-MS-03823-87

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 9 juin 2020

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

AUX DIRECTRICES GÉNÉRALES ET DIRECTEURS GÉNÉRAUX DE TOUS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS CONVENTIONNÉS

Mesdames,
Messieurs,

En cohérence avec l'actualisation du plan de déconfinement du gouvernement du Québec dans le contexte de la pandémie de la maladie à coronavirus, nous vous informons de la reprise graduelle des activités du programme Agir tôt. Dès maintenant, et au plus tard le 1er septembre 2020, l'ensemble des professionnels embauchés dans les programmes-services jeunes en difficultés, déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme doivent avoir repris leurs fonctions associées à la mise en œuvre d'Agir tôt. À terme, il est attendu que l'ensemble des services soient en place selon l'intensité et les modalités de services habituelles.

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-03823-89

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 9 juin 2020

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

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

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

Mesdames,
Messieurs,

Les recommandations sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé ont été mises à jour par l'Institut national de santé publique du Québec, le 4 juin dernier. Dans ce contexte, de nouvelles directives ministérielles vous sont transmises. Ces nouvelles orientations remplacent celles qui vous ont été communiquées le 27 mai dernier. Les modifications apportées portent sur les analyses à réaliser pour lever l'isolement des travailleurs de la santé et l'aide à la décision en cas de risque de bris de services.

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

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

N/Réf. : 20-MS-03823-92

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

5 juin 2020

Ces directives remplacent les directives émises le 27 mai 2020 et tiennent compte des nouvelles recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ, INSPQ) concernant la levée de l'isolement des travailleurs de la santé (TdS).

Recommandations du CINQ (INSPQ) pour la levée de l'isolement des TdS

Selon les recommandations du CINQ (INSPQ) mises à jour le 4 juin 2020, les TdS infectés doivent respecter les conditions suivantes avant de retourner au travail :

- 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 toux, anosmie ou agueusie résiduelle).

Ainsi, le CINQ (INSPQ) ne recommande plus d'effectuer des tests PCR pour lever les mesures d'isolement chez les TdS[2], à l'exception des TdS immunosupprimés. Les TdS immunosupprimés, selon la définition de l'INESSS, doivent toujours obtenir 2 PCR négatifs à au moins 24 heures d'intervalle avant de retourner au travail. Ces tests devraient être obtenus après 21 jours d'isolement. Les TdS immunosupprimés ne devraient pas être affectés aux soins des cas COVID-19.

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.

---

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.

2 Si un résultat positif est tout de même obtenu pour un TdS rétabli et asymptomatique, aucun isolement ni aucune recherche des contacts ne sont requis. Dans cette situation, il est recommandé de vérifier l'indication du test PCR et de vérifier si la personne a présenté ou non des symptômes avec un questionnaire exhaustif.

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. Ainsi, les travailleurs qui respectent les critères de levée de l'isolement selon les nouveaux critères du CINQ énoncés ci-haut devraient être rappelés de façon prioritaire, avant de faire appel à du personnel en isolement.

S'il n'est pas possible d'assurer la prestation de services malgré la mise en place de solutions alternatives et malgré le recours aux travailleurs rétablis selon les critères énoncés ci-haut, les établissements doivent utiliser une approche de gestion des risques.

Dans une telle situation, les établissements devraient faire appel aux TdS dans l'ordre suivant :

1- TdS qui ont été exposés de façon significative[3] à un cas confirmé dans le milieu de travail, au domicile ou dans la communauté, mais qui sont demeurés asymptomatiques jusqu'à maintenant[4]

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[5]. Ces TdS peuvent retourner au travail en zone froide.

2- TdS dont le test est positif pour la COVID-19 et qui ne respectent pas les critères de rétablissement[6], mais qui sont demeurés asymptomatiques jusqu'à maintenant

[3] 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.

[4] 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.

[5] En date du 5 juin, 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.

[6] Moins de 14 jours se sont écoulés depuis la date du 1er prélèvement positif.

Les établissements pourraient faire appel à ces travailleurs en dernier recours. La nécessité de faire appel à ces TdS devrait être réévaluée régulièrement[7]. 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 doit être retiré immédiatement du lieu de travail.

3- TdS qui ont fait une infection symptomatique à la COVID-19, dont les symptômes ont débuté 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[8]. 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 et 3) 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 soins;
- **Présence en zones chaudes uniquement**[9];
- Distanciation physique de 2 mètres avec les autres travailleurs, à l'exception de soins qui requièrent plusieurs personnes. Porter une attention particulière au respect de la distanciation dans les salles de repos;
- 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;

[7] La réévaluation doit avoir lieu aussi souvent que possible dans le contexte de l'établissement.

[8] La réévaluation doit avoir lieu aussi souvent que possible dans le contexte de l'établissement.

[9] 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.

- 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. Idéalement, les travailleurs COVID-19 positifs devraient utiliser une zone de repos différente des travailleurs COVID-19 négatifs;
- 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 les équipements et les médicaments requis sans contact avec le personnel de la zone chaude.
- Lorsque toute l'unité est en zone chaude, il est nécessaire de procéder à l'hygiène des mains avant d'entrer dans un lieu commun, de toucher seulement le matériel nécessaire et de désinfecter les objets et les surfaces plusieurs fois par quart de travail.

- Encouragement par l'établissement à respecter les consignes d'isolement à l'extérieur du milieu de soins[10] aux TdS qui n'atteignent pas les critères de levée de l'isolement[11].

DGSP, 5 juin 2020

[10] 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.

[11] 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 9 juin 2020

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

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

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

Mesdames,
Messieurs,

La question de la protection des travailleurs contre le SARS-CoV-2 a fait et continue de faire l'objet de nombreuses études à travers le monde. La nécessité d'une protection respiratoire contre la transmission opportuniste par les aérosols (précautions aériennes) en sus de celles visant les contacts et gouttelettes demeure un sujet d'intérêt. Un important consensus des autorités mondiales de santé publique s'est cependant établi en faveur de limiter l'utilisation des précautions aériennes (en sus des mesures de circulation de l'air dans les établissements) aux circonstances où des interventions médicales générant des aérosols sont réalisées.

Compte tenu de l'importance de prendre toutes les mesures nécessaires pour s'assurer que les travailleurs de la santé disposent en toute circonstance de la meilleure protection disponible, le Directeur national de la santé publique, docteur Horacio Arruda, a émis une ordonnance portant sur le port des masques chirurgicaux ou de procédures et des respirateurs N95. Cette ordonnance devrait assurer une application uniforme des mesures de protection et une équité dans les pratiques de toutes les installations du réseau public autant que du privé.

… 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 faire appliquer cette ordonnance dans toutes les installations du réseau. Il faudra aussi la faire parvenir aux centres d'hébergement de soins de longue durée privés-conventionnés et conventionnés, ressources intermédiaires et résidences privées pour aînés de votre territoire.

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. Ordonnance DNSP

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

N/Réf. : 20-MS-05553-02

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Direction générale de la santé publique

Québec, le 8 juin 2020

Ordonnance du directeur national de santé publique concernant le port des équipements de protection respiratoires et oculaires

Considérant :

- que le 13 mars 2020, le gouvernement du Québec a adopté le décret numéro 177-2020 par lequel il a déclaré l'état d'urgence sanitaire dans tout le territoire québécois;

- que l'état d'urgence sanitaire dans le tout le territoire québécois a, depuis cette date, été renouvelé pour des périodes consécutives de dix jours par différents décrets, le plus récent étant le décret numéro 572-2020 du 3 juin 2020;

- que les données scientifiques et épidémiologiques actuelles indiquent que le mode prédominant de transmission du SARS-CoV-2 semble impliquer les gouttelettes lors d'un contact étroit prolongé ou le contact direct avec les gouttelettes des sécrétions respiratoires lors de toux ou d'éternuements de la personne malade;

- que la transmission semble se faire via le contact direct avec les muqueuses des voies respiratoires supérieures et des conjonctives;

- que dans un contexte de soins, les masques chirurgicaux ou de procédure jouent le rôle d'écran de protection contre les projections provenant du bénéficiaire et qui pourraient atteindre les muqueuses du nez ou de la bouche du soignant;

- que les appareils de protection oculaire (lunettes ou visière) protègent les conjonctives du soignant de ces mêmes projections;

- que la transmission par de fines gouttelettes de sécrétions respiratoires infectées aérosolisées 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;

… 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 12e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-6700
Télécopieur : 418 266-6707
www.msss.gouv.qc.ca

- que 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;

- que l'Institut national de santé publique (INSPQ) a publié une recommandation[1] voulant que l'équipement de protection individuelle doive comprendre un respirateur N95 lors de la réalisation d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA);

- que la liste des IMGA requérant le port d'un respirateur N95 est aussi décrite dans des recommandations émises par l'INSPQ[2];

- les positions prises à cet effet par l'Agence de santé publique du Canada et les Centers for Disease Control des États-Unis .

En ma qualité de directeur national de santé publique et en vertu du deuxième alinéa de l'article 124 de la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2), j'ordonne que :

- lorsqu'une protection respiratoire est requise de la part d'un travailleur œuvrant dans un établissement ou une installation du réseau de la santé et des services sociaux, incluant les centres d'hébergement et de soins de longue durée privés et privés conventionnés, les ressources intermédiaires et de type familial, de même que les résidences privées pour aînés, selon les recommandations émises par l'INSPQ et les directives transmises à ce réseau par le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'usage du respirateur N95 soit réservé aux situations où une intervention médicale générant des aérosols est réalisée;

- dans toutes autres circonstances, la protection respiratoire soit assurée par l'utilisation d'un masque chirurgical ou de procédure.

Le directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint,

Horacio Arruda, M.D., FRCPC

N/Réf. : 20-SP-00422

[1] https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2906-mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.pdf

[2] https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2960-intervention-medicale-generant-aerosol-covid19.pdf

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 9 juin 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 complémentaire aux directives portant sur les sorties et les visites dans les différents milieux d'hébergement relatives aux :

- programmes-services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, transmises le 21 mai 2020 (N/Réf. : 20-MS-03823-37);
- centres de réadaptation en dépendance et aux ressources communautaires ou privées d'hébergement en dépendance, transmises le 22 mai 2020 (N/Réf. : 20-MS-03823-19);
- usagers des programmes-services santé mentale et dépendance vivant dans une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial, transmises le 1er juin 2020 (N/Réf. : 20-MS-03823-68);
- aux visites de proches-aidants et accompagnateurs en centres hospitaliers, transmises le 2 juin 2020 (N/Réf. : 20-MS-03823-80).

En cohérence avec l'assouplissement progressif des mesures de confinement établies par le gouvernement du Québec en cette période de pandémie de la COVID-19, chaque établissement peut désormais, en respectant les orientations régionales applicables en matière de prévention et contrôle des infections et de santé publique, autoriser les personnes séjournant en unité de soins psychiatriques :

- à travailler dans les secteurs autorisés par le gouvernement du Québec;
- à sortir à proximité du milieu de vie (ex : marche) supervisées ou non. La nécessité ou non de superviser ou d'accompagner l'usager lors d'une sortie à l'extérieur doit être déterminée en fonction d'une appréciation clinique de la situation de l'usager par un professionnel de l'établissement responsable du suivi de l'usager, notamment en considérant que l'état de celui-ci est susceptible d'avoir changé en raison du contexte de 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

- à séjourner temporairement 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 s'avèrent nécessaires pour soutenir la réalisation d'une sortie temporaire, l'établissement pourrait refuser la sortie de l'usager dans l'intérêt de sa sécurité, compte tenu de la limite de capacité actuelle des équipes cliniques concernées en cette période exceptionnelle.

Considérant le facteur évolutif de la situation, ces directives pourront être amenées à évoluer au cours des prochaines semaines.

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-05553-04

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

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 10 juin 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Plusieurs communications vous ont été transmises concernant l'importance du suivi des données pour faire face à la pandémie de la COVID-19, notamment celles concernant les décès. Considérant que des lacunes sont toujours présentes dans le processus établi pour transmettre les informations sur les décès en lien avec la COVID-19 aux directions de santé publique (DSPublique) régionales, il devenait nécessaire de le réviser.

À cet effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) rend disponible, ce jour, un formulaire électronique de déclaration des décès dus à la COVID-19. Ce dernier permettra la transmission des renseignements de manière sécuritaire et rapide aux DSPublique, afin de permettre le suivi des enquêtes épidémiologiques nécessaires. Veuillez faire cheminer le lien de ce formulaire uniquement aux personnes clairement identifiées et autorisées dans vos installations. Ce formulaire ainsi qu'un guide de saisie sont disponibles à l'adresse indiquée dans l'annexe.

Le MSSS souhaite toutefois rappeler qu'il est impératif que :

- L'original du bulletin de décès (SP-3) soit transmis immédiatement (dans la même journée) à l'Institut de la statistique du Québec ([ISQ] 200, chemin Sainte-Foy, 3e étage, Québec (Québec) G1R 5T4) pour tous les décès liés à la COVID-19, en utilisant le service de courrier régulier. S'il y a des délais inhérents à la complétion de l'ensemble des informations demandées sur le SP-3, il doit être transmis dès que possible.

... 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 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.2.1).
- Toutes les informations présentes sur le SP-3 doivent être adéquatement complétées pour tous les décès. À cet effet, le Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19 qui a été publié par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) contient plusieurs informations importantes à considérer lors de la complétion de SP-3. Ce guide se retrouve à l'adresse courriel mentionnée dans l'annexe.
- Utiliser les définitions appropriées pour les décès confirmés COVID-19 et ceux suspects, selon ce même guide.

Nous vous demandons de faire suivre ses consignes à l'ensemble des installations de votre territoire afin que soient pris en charge adéquatement les décès dus de la COVID-19.

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez communiquer par courriel au Centre de service du MSSS nommer en annexe.

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 du RSSS
Directrices et directeurs des programmes SAPA
DSP des établissements publics du RSSS
DSPublique des établissements publics du RSSS
Responsables des ressources informationnelles

N/Réf. : 20-MS-05553-03

ANNEXE

Formulaire électronique de déclaration des décès dus à la COVID-19 ainsi que le Guide de saisie.
https://k27.pub.msss.rtss.qc.ca/

Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19
https://www.inspq.qc.ca/publications/2975-guide-gestion-deces-covid19

Centre de Service du MSSS
00_sog_centre_de_services@ssss.gouv.qc.ca

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 10 juin 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 lutte à la COVID-19, nous souhaitons rappeler aux établissements que la stratégie d'approvisionnement en équipement de protection individuelle (ÉPI) qui prévaut actuellement est toujours en vigueur.

Ainsi, l'approvisionnement en ÉPI des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privés, CHSLD privés conventionnés, des résidences privées pour aînés ainsi que des ressources intermédiaires et de type familial demeure sous la responsabilité des établissements, et ce, jusqu'à nouvel ordre, selon la priorité P2. Les proches aidants qui visitent ces milieux doivent également obtenir les ÉPI requis.

Nous vous demandons donc de vous assurer que ces installations soient approvisionnées en fonction de leurs besoins et des capacités des établissements.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. M^me^ Martine Alfonso, CUSM
PDGA des CISSS et des CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-05553-08
Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 14^e^ étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-8989
Télécopieur : 418 266-8990
www.msss.gouv.qc.ca

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 10 juin 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Comme discuté lors de nos rencontres des 4 et 5 juin dernier, nous vous acheminons la confirmation de la procédure pour l'accès aux indicateurs qui seront produits à l'Infocentre de santé publique de l'Institut national de santé publique du Québec, afin de vous permettre d'effectuer le suivi des cas de COVID-19 et des décès associés dans les milieux de vie, sous la responsabilité du réseau de la santé.

Pour ce faire, vous devez effectuer les démarches suivantes au préalable, décrites en pièces jointes :

- Transmettre à la directrice de santé publique régionale le nom de la personne désignée dans votre établissement, qui pourra avoir accès aux informations issues des indicateurs de COVID-19 des milieux de vie.
- Faire signer le serment de confidentialité ci-joint à la personne désignée et le retourner à la directrice de santé publique régionale dans les meilleurs délais possibles.
- Remplir le formulaire d'accès aux indicateurs à l'Infocentre et le retourner à la directrice de santé publique régionale, qui assurera les autorisations d'accès.

Vous pourrez, par la suite, d'ici le jeudi 11 juin, avoir accès aux indicateurs du portail sécurisé de l'Infocentre à l'adresse indiquée en annexe. La personne désignée recevra une confirmation et elle sera invitée à confirmer son nom d'utilisateur et son mot de passe (confidentiel).

... 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 indicateurs pourront, ensuite, vous permettre de confirmer les informations inscrites au fichier V10, à la suite des enquêtes épidémiologiques menées par la direction de santé publique de votre territoire. Les écarts pourront être discutés avec ces derniers afin que les correctifs puissent être apportés au fichier V10.

Pour tout renseignement complémentaire, nous vous invitons à communiquer par courriel avec madame Marlène Mercier, directrice de la vigie sanitaire à la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'adresse suivante : marlene.mercier@msss.gouv.qc.ca.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 4

c. c. PDGA des établissements publics de la Montérégie et de Montréal
M^me^ Mylène Drouin, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
M^me^ Julie Loslier, CISSS de la Montérégie-Centre

N/Réf. : 20-MS-05553-09

Serment de confidentialité

ACCÈS Indicateurs COVID-19 – Données nominales

Madame la Directrice

En vertu de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2, article 131 sur la protection des renseignements), je m'engage à préserver le caractère confidentiel des informations nominatives dont j'aurai connaissance dans le cadre des accès mentionnés en titre.

Je m'engage aussi à ne pas partager ni communiquer ces informations avec d'autres personnes de mon établissement, à moins d'autorisation contraire de la part de la Directrice de santé publique.

J'ai pris connaissance du libellé du mandat et je m'engage à en respecter les termes.

Fait à:_____

Date:_____

_____
Nom et prénom en lettres moulées

_____
CISSS/CIUSSS

_____
Signature

ANNEXE

Accès aux indicateurs du portail sécurisé de l'Infocentre
https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/

FORMULAIRE DE DROIT D'ACCÈS AUX DONNÉES
COVID-19 - MILIEUX DE VIE - CISSS-CIUSSS

Nom de l'organisme (caractères d'imprimerie) : _____

	Coordonnées des détenteurs des droits d'accès							
	Nom (en caractères d'imprimerie)	Prénom (en caractères d'imprimerie)	Fonction[1]	CISSS, CIUSSS	Courriel	Téléphone et no du poste	Supérieur immédiat	Courriel sup. immédiat
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
17								
18								
19								
20								
21								
22								

Nom et prénom (caractères d'imprimerie)
Directeur de santé publique [2] : _____

Signature du responsable autorisé de l'organisme[2] : _____ **Date :** _____

[1] :La fonction identifiée est la plus haute fonction que possède l'individu (infirmière, médecin, APPR, etc).

[2] le directeur de santé publique de la région

Le formulaire signé original doit être retourné par COURRIEL OU PAR FAX
Infocentre de santé publique du Québec
Vice-présidence aux affaires scientifiques
Institut national de santé publique du Québec

télécopieur : 1-418-654-3132
courriel : infocentre@inspq.qc.ca

PROCÉDURE POUR L'ACCÈS ET LE TRAITEMENT DES INDICATEURS DES MILIEUX DE VIE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ – COVID-19 (CAS CONFIRMÉS ET DÉCÈS)

Cette procédure s'adresse aux personnes des établissements CISSS/CIUSSS mandatées par les directions de santé publique (DSPublique) régionales afin d'assurer les suivis des cas confirmés et des décès de la maladie à coronavirus (COVID-19), tout en protégeant la protection des renseignements personnels des personnes atteintes de la COVID-19.

La première vague de la pandémie de COVID-19 a démontré que des liens étroits entre les DSPublique et les établissements du réseau de la santé doivent être tissés afin que le suivi des cas confirmés et des décès de COVID-19 associés à cette pandémie puissent être répertoriés adéquatement et ainsi permettre la mise en place des interventions de protection adéquate.

La direction de la vigie sanitaire du MSSS avec la collaboration des DSPublique régionales a développé une procédure pour assurer les accès sécuritaires aux informations issues des enquêtes des cas confirmés et des décès dans les milieux de vie, réalisées par les DSPublique et inscrites au fichier V10. Les indicateurs sont disponibles à l'Infocentre de santé publique de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

A) DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE RESPONSABLE DU SUIVI DES INDICATEURS

- Afin d'assurer le suivi des cas confirmés et des décès de COVID-19 dans les installations du réseau de la santé, une personne du CISSS/CIUSSS doit être désignée et ses coordonnées doivent être transmises au directeur de santé publique régional.

B) DÉLÉGATION DE POUVOIR ET ASSERMENTATION DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU SUIVI DES INDICATEURS

- Après avoir reçu du directeur de santé publique régional la confirmation de la délégation de pouvoir dûment signé, un serment de confidentialité doit être complété, signé et retourné au directeur de santé publique régional. Le document a utilisé est : «**Serment_de_confidentialité.docx**».

C) ACCÈS AUX INDICATEURS

Les accès aux indicateurs du portail sécurisé de l'Infocentre sont disponibles à l'adresse suivante : https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/. Le portail est disponible seulement pour les ordinateurs branchés au réseau de télécommunication sociosanitaire.

- Compléter le formulaire d'accès aux indicateurs à l'Infocentre et le retourner au directeur de santé publique régional, qui assurera les autorisations d'accès.
- Le document est «**FormInscrCISSS-CIUSSS_COVID_ACCES.xlsx**».
- Un courriel sera ensuite envoyé à la personne désignée par l'Infocentre afin de confirmer son nom d'utilisateur et son mot de passe.

D) INDICATEURS PRODUITS POUR LES CAS CONFIRMÉS ET DÉCÈS COVID-19

Les différentes variables qui seront accessibles sont les suivantes :

NOM DE LA VARIABLE	DÉFINITION	EXPLICATION
Type de personne	Statut de la personne	Cas confirmé par laboratoire et cas confirmé par lien épidémiologique
Date de déclaration	Date	Date de la déclaration du cas à la Direction de santé publique régionale.
Identifiant de la personne (v10)	Numéro du V10	
Nom (v10)		Nom de la personne
Prénom (v10)		Prénom de la personne
Sexe (v10)		Sexe de la personne
NAM (v10)		NAM de la personne
Date de naissance (v10)	Date	Date de naissance de la personne

NOM DE LA VARIABLE	DÉFINITION	EXPLICATION
Date de décès (v10)	Date	Date du décès de la personne
Âge (à la date de décès)	Âge de la personne	Calcul par l'infocentre
RSS_résidence	Région sociosanitaire de résidence	La région sociosanitaire de résidence de la personne
RSS_PEC	Région sociosanitaire de prise en charge	La région sociosanitaire de prise en charge de la personne par la Direction de la santé publique régionale.
CISSS/CIUSS ou RTS _Milieu de vie fermé (V10)	CISSS ou CIUSSS	Le nom du CISSS ou du CIUSSS ou le réseau territorial de services de santé et de services sociaux
Évolution clinique	Épisode en cours, Décédé, Rétabli	Évolution clinique du cas confirmés. Il y a une sous-estimation des cas rétablis. Seulement les cas décédés de la Covid-19 doivent être mis à « Décédé ».
Conditions préexistantes et facteurs de risque	Oui, Non ou inconnu	Indication si des conditions ou facteurs de risque sont présents
RSS du milieu de vie fermé (V10)	Région du milieu de vie	La région sociosanitaire où le milieu de vie est situé
Réside en milieu de vie fermé (V10)	Oui, Non ou inconnu	Indication si c'est un milieu de vie fermé
Milieu de vie fermé (V10)	CHSLD, RPA, RI, RTF, etc.	Indication le type de milieu de vie
Nom du milieu de vie (V10)	Nom du milieu de vie	Nom du milieu de vie selon la liste des milieux de vie
Précision – milieu de vie fermé (V10)	No d'installation, autres noms du milieu de vie	No d'installation et nom du milieu de vie ne se retrouvant pas dans la variable Nom du milieu de vie (V10)
Lieu du décès	CH, CHSLD, RPA, RTF, etc.	Indication du type de milieu où a eu lieu le décès
Nom du lieu du décès	Nom du lieu de décès	Nom du lieu où le décès a eu lieu selon une liste de lieu
Précision sur le lieu de décès	Information sur les autres lieux de décès	Nom du milieu de vie ne se retrouvant pas dans la variable Nom du milieu de vie (V10)

E) SUIVIS ATTENDUS DE LA PART DES CISSS/CIUSSS AUPRÈS DES DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Les suivis concernant les décès détaillés ci-dessous, devront être faits à partir des extractions effectuées par les CISSS/CIUSSS :

- Extraction une fois par semaine des indicateurs à l'Infocentre
- Comparaisons avec les informations dans les milieux de vie (nombre de cas et nombre de décès par milieu de vie)
- Identification des écarts, en utilisant les définitions de cas (en annexe)
- Si un décès d'un cas confirmé ou cas par lien épidémiologique (qui a des symptômes sans test positif de laboratoire au préalable) non présent au V10, déclaration à la DSPublique du territoire
- Si décès d'un cas confirmés ou cas par lien épidémiologique non présents au V10, assurer la déclaration du décès via le formulaire de déclaration en ligne (https://k27.pub.msss.rtss.qc.ca/)

Procedure_Indicateurs_MilieuxVie_CISSS_CIUSSS_V2.docx

ANNEXE – DÉFINITION DE CAS DE COVID-19

Cas confirmé[1]

Détection d'acides nucléiques du SARS-CoV-2

Décès : manifestations cliniques compatibles[i] observées avant le décès **ET** détection d'acides nucléiques du SARS-CoV-2

Cas confirmé par lien épidémiologique

Symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19[1] **ET** exposition à risque élevé[**] avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité, **ET** aucune autre cause apparente

Décès : manifestations cliniques compatibles[1] observés avant le décès **ET** exposition à risque élevé[**] avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité, **et** aucune autre cause apparente

[i] **Manifestation cliniques compatibles (symptômes ou signes cliniques) suivants :**

Symptômes cliniques d'un cas de COVID-19 :

- Fièvre (plus de 38^0 C); **OU**
- toux (récente ou chronique exacerbée); **OU**
- Difficulté respiratoire; **OU**
- Anosmie brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie.

Signes cliniques d'un cas de COVID-19 :

- signes radiologiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie; **OU**
- syndrome de détresse respiratoire; **OU**
- examen pathologique compatible

Définition nosologique COVID-19 - 2020-04-08.docx

[1] Lorsque le résultat de laboratoire est «équivoque», la personne doit être considérée sous investigation et ne pas être saisie comme un cas confirmé, si le patient est en milieu de soin. Si le patient est dans la communauté, il pourrait être considéré comme un cas clinique ou un cas confirmé par lien épidémiologique, si la définition s'applique.

[**] L'exposition à risque élevé est définie dans le document de l'Institut national de santé publique : COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté (https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19)

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 11 juin 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 11 juin 2020 et qui remplace celle transmise le 25 mai dernier, concernant le port obligatoire du masque de procédure et de la protection oculaire (lunette de protection ou visière) dans le contexte de la pandémie COVID-19.

Cette directive devra être mise en place à partir de maintenant, dans les milieux de soins et de vie de la Communauté métropolitaine de Montréal (CMM), soit pour les régions de Montréal, Montérégie, Laval, Lanaudière et des Laurentides.

Dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires/ressources de type familial (RI/RTF) où vivent des usagers du programme-services de soutien à l'autonomie des personnes âgées, dans les milieux de réadaptation en déficience physique et en santé physique ainsi que dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), il est recommandé de porter une protection oculaire (lunette de protection ou visière) en plus du masque de procédure lors de situation de soins à moins de deux mètres.

… 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 recommandation s'applique à l'ensemble du personnel et des bénévoles (incluant les médecins, le personnel embauché par les familles, les personnes proches aidantes, les accompagnateurs, etc.). Lorsque le personnel administratif effectue son travail dans un bureau fermé à plus de deux mètres de ses collègues, le port du masque de procédure et de la visière n'est pas requis. Le masque de procédure devra toutefois être porté si le personnel administratif se déplace dans l'établissement ou entre en interaction avec d'autres personnes à moins de deux mètres.

Dans tous les milieux, la protection oculaire utilisée devra être conservée et désinfectée pour un usage multiple.

Un tableau fourni en pièce jointe résume les différentes recommandations en vigueur dans la CMM et les autres régions.

Les mesures de prévention et de contrôle des infections concernant le port du masque N95, en lien avec les interventions médicales générant des aérosols, demeurent quant à elles en vigueur, selon les recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec.

Nous vous saurions gré de transmettre cette directive aux organisations concernées de votre territoire.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M. Martin Arata, ACMDPQ
M[me] Diane Francoeur, FMSQ
M. Louis Godin, FMOQ
M. Yves Robert, CMQ
Membres du CODIR
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux
Directeurs de santé publique des établissements publics de santé et de services sociaux
M[me] Jocelyne Sauvé, INSPQ

N/Réf. : 20-MS-03823-34

TABLEAU 1. PORT DU MASQUE MÉDICAL[1] ET DE LA PROTECTION OCULAIRE[2] DANS LES CHSLD, RI-RTF, RPA et CENTRES HOSPITALIERS

<table>
<tr><td colspan="8">Une attention scrupuleuse de tous les instants doit être portée au lavage des mains et aux mesures d’hygiène et de salubrité
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[3]/</td><td colspan="2">RPA</td><td colspan="2">CENTRE HOSPITALIER (CHSGS)/
Centre de réadaptation (déficience physique ou santé physique)</td></tr>
<tr><td>PERSONNEL</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</td><td colspan="6" rowspan="2">Masque médical +
Protection oculaire en contexte de soins uniquement, si moins de 2 m d’un patient
Les autres équipements de protection individuelles (ÉPI) recommandés par l’INSPQ doivent être revêtis lors de soins aux patients dans ces zones[4]</td></tr>
<tr><td>ZONE TIÈDE</td></tr>
<tr><td>ZONE FROIDE</td><td colspan="6">Masque médical</td></tr>
<tr><td rowspan="3">CMM</td><td>ZONE CHAUDE</td><td colspan="6" rowspan="2">Masque médical +
Protection oculaire en contexte de soins uniquement, si moins de 2 m d’un patient
Les autres équipements de protection individuelles (ÉPI) recommandés par l’INSPQ doivent être revêtis lors de soins aux patients dans ces zones[4]</td></tr>
<tr><td>ZONE TIÈDE</td></tr>
<tr><td>ZONE FROIDE</td><td colspan="6">Masque médical +
Protection oculaire en contexte de soins uniquement, si moins de 2 m d’un patient.</td></tr>
</table>

[1] Masque médical = masque de procédure.
[2] Lunette de protection OU visière
[3] RI-RTF du programme-services de soutien à l’autonomie des personnes âgées.
[4] https://www.inspq.qc.ca/publications/2906-pci-soins-aigus-covid19

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 12 juin 2020

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

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

Mesdames,
Messieurs,

Vous trouverez en pièce jointe un tableau préparé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et validé par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) sur des recommandations pour le transfert de patients entre établissements d'une région froide vers une région chaude et inversement.

Ce dernier sera intégré dans le document de l'INSPQ sur les milieux de soins dans sept à dix jours, mais nous avons reçu l'autorisation de vous le diffuser en avance.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. COVID-19 Directives_SPFV_2020-06-04

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

N/Réf. : 20-MS-05553-01

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

Institut national de santé publique Québec
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Tableau pour le transfert inter-régions, inter-établissements ou inter-installations et test COVID-19[1]

Discuté au CINQ le 9 juin 2020, mis à jour le 11 juin 2020

Situation de l'usager hospitalisé[2]	Transfert froid vers chaud[3]	Transfert chaud vers froid[3]
A) USAGER SANS RISQUE • PCR COVID-19 négatif testé à l'admission • Pas de symptômes • Pas de contact à risque	• Admission en zone froide • Surveillance des symptômes • Pas d'isolement	• Admission en zone froide ou zone tiède selon épidémiologie • Surveillance des symptômes • Pas d'isolement
B) USAGER RÉTABLI[4] AVEC TESTS DE CONTRÔLE • > 14 jours suivant le début des symptômes (> 21 jours si immunosupprimé[5]) • Pas de symptômes aigus depuis 24 heures • Pas de fièvre depuis 48 heures • PCR COVID-19 de contrôle négatifs x 2	• Admission en zone froide • Pas d'isolement	• Admission en zone froide • Pas d'isolement
C) USAGER RÉTABLI[4] SANS TESTS DE CONTRÔLE • > 28 jours suivant le début des symptômes (sauf immunosupprimé[5]) • Pas de symptômes aigus depuis 24 heures • Pas de fièvre depuis 48 heures	• Admission en zone froide • Pas d'isolement	• Admission en zone froide • Pas d'isolement
D) USAGER SYMPTOMATIQUE AVEC TEST NÉGATIF • PCR COVID-19 négatif au moment des symptômes compatibles avec COVID-19 • Pas de contact à risque (pas un contact étroit, pas un contact domiciliaire, …)	• Admission en zone tiède • Surveillance des symptômes • Répéter test 48 heures après (si négatif, référer à usager sans risque)	• Admission en zone tiède • Surveillance des symptômes • Répéter test 48 heures après (si négatif, référer à usager sans risque)
E) USAGER SYMPTOMATIQUE AVEC TEST NÉGATIF À L'ADMISSION • PCR COVID-19 négatif testé à l'admission ou 48 heures avant admission • Nouveaux symptômes compatibles avec COVID et sans test de suivi	• Refaire le test avant le transfert • Si transfert urgent, admission en zone tiède en attendant les résultats du test	• Refaire le test avant le transfert • Si transfert urgent, admission en zone tiède en attendant les résultats du test
F) USAGER AVEC CONTACT À RISQUE • Pas de symptômes • Contact à risque (contact étroit lors d'éclosion, contact domiciliaire, …)	• Admission en zone froide ou zone tiède selon modalités locales • Compléter isolement ad 14 jours post dernier contact	• Admission en zone froide ou zone tiède selon modalités locales • Compléter isolement ad 14 jours post dernier contact
G) USAGER NON RÉTABLI AVEC TEST(S) DE CONTRÔLE • > 14 jours suivant le début des symptômes mais ≤ 28 jours • Pas de symptômes aigus depuis 24 heures • Pas de fièvre depuis 48 heures • PCR COVID-19 contrôle positif ou n'ayant pas 2 PCR de contrôle négatifs	• Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement	• Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement
H) USAGER NON RÉTABLI SANS TEST DE CONTRÔLE • ≤ 14 jours suivant le début des symptômes ou date du test si asymptomatique	• Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement	• Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement

DOCUMENT D

Tableau pour le transfert inter-régions, inter-établissements ou inter-installations et test COVID-19[1]

Notes explicatives

1. Le Test COVID-19 :

   1.1. Installation d'origine : le test fait à l'installation d'origine à l'admission n'a pas besoin d'être répété par l'installation d'origine avant le transfert (sauf pour usager symptomatique avec test négatif à l'admission) vers l'installation receveur.

   1.2. Installation receveur : le test à l'admission n'est pas requis si le cas est évalué « vert » (voir note 3). Si le cas est évalué « tiède » ou « rouge », refaire le test 48 heures après l'admission selon les modalités locales.

2. Il faut prendre en considération un séjour hospitalier si celui-ci a été d'une durée de plus de 24 heures. Si moins de 24 heures, aucune mesure à prendre.

3. L'évaluation de l'épidémiologie locale au niveau de la région, de l'établissement, de l'installation ou de l'unité de soins doit être fait en collaboration avec l'équipe de PCI afin de déterminer le « chaud » ou « froid ». Une adaptation locale de la grille est possible selon cette évaluation. La notion de « chaud » réfère soit à une région, un établissement, une installation ou une unité de soins avec transmission communautaire active ou éclosion dans le milieu de soins (ou l'unité de soins). Alors que « froid » réfère à pas de transmission communautaire active ni aucune éclosion en cours dans le milieu de soins (ou l'unité de soins).

4. L'usager rétabli est celui ayant eu la COVID-19 il y a 3 mois et moins. Si plus de 3 mois se sont écoulés depuis l'épisode de la COVID-19, ne plus le considérer comme un usager rétabli et référer aux autres situations de l'usager du tableau.

5. Pour le travailleur de la santé immunosupprimé, référer à : Covid-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés

DOCUMENT DE TRAVAIL V1.0

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 13 juin 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 communiquer les orientations concernant la reprise des activités en chirurgie. Ces orientations font suite aux travaux de la Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux et du sous-comité clinique COVID-19 – Blocs opératoires.

Vous trouverez dans le document ci-joint les informations concernant le niveau d'activités en fonction de l'état de la pandémie de chaque région. Nous attirons votre attention sur les consignes complémentaires en annexe du Plan provincial - Reprise des activités chirurgicales qui fournit des indications concernant l'application spécifique des mesures.

Nous comptons sur votre habituel soutien afin de vous assurer que ces orientations soient diffusées auprès de vos équipes et nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. Plan provincial - Reprise des activités chirurgicales

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

N/Réf. : 20-MS-05553-01

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

Coronavirus COVID-19

PLAN PROVINCIAL

REPRISE DES ACTIVITÉS CHIRURGICALES

ESTIMATION DU *BACKLOG* ET DES RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR LE RÉSORBER

DIRECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES

MISE À JOUR DU 11 JUIN 2020

Auteurs principaux

Dre Lucie Opatrny
Sous-ministre adjointe
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Danièle Hubert
Conseillère experte clinique
Direction des services de proximité en santé physique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Coordination

M. Martin Forgues
Directeur général adjoint
Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Véronique Bernard Laliberté
Adjointe exécutive
Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaborateurs à la rédaction

M. Patrice Senécal
Conseiller expert en planification chirurgicale
Direction des services de proximité en santé physique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Mireille Longtin
Experte clinique
Direction des services de proximité en santé physique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Stéphanie Nadeau
Conseillère clinique
Direction des services de proximité en santé physique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Amine Tarib
Analyste et expert en amélioration continue
Direction des services de proximité en santé physique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Dominic Bélanger
Pharmacien
Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Sous-comité clinique COVID-19 – Blocs opératoires

Dr Serge Legault
Président du comité
Association québécoise de chirurgie

Dr Jean-Denis Roy
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Dre Louise Provencher
CHU de Québec – Université Laval

M. Philippe Lottin
Centre intégré universitaire de santé
et de services sociaux de la Mauricie-et-du Centre-du-Québec

M. Patrice Senécal
Centre universitaire de santé McGill

Dr Pierre Nicole
CHU de Québec – Université Laval

Dr Jean-François Courval
Association des anesthésiologistes du Québec

Dr Jean-Pierre Gagné
CHU de Québec – Université Laval

Dr Nikola Joly
Association des anesthésiologistes du Québec et Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Dre Nancy Robitaille
Héma-Québec

Mme Sara Vaillancourt
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Mireille Longtin
Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Mélanie Morneau
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Christian-Marc Lanouette
Direction des services de proximité en santé physique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Marie-Frédérique Fournier
CHU de Québec – Université Laval

Table des matières

Faits saillants 1

Sommaire exécutif 2

Contexte 3

But et objectif 5

Principes 5

Préalables 5

Enjeux 6

Backlog et scénarios de reprise des activités 6

Scénarios 11

Outil de triage des chirurgies électives (Diagramme de GANTT) 13

Plan de suivi ministériel 15

Ressources humaines 17

Disponibilité des lits d'hospitalisation et de soins intensifs 18

Annexe 1 : Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie 20

Annexe 2 : Reprise des activités spécialisées - modalités à mettre en place 21

Annexe 3 : Comité de coordination COVID-19 – chirurgie 24

Annexe 4 : Niveaux de reprise des activités en chirurgie 25

Annexe 5 : Évaluation quotidienne de la production chirurgicale et des patients en attente 26

Faits saillants

Backlog	**72 229** **Évalué quotidiennement**
Stratégies potentielles	1. Augmentation des heures d'ouverture des salles d'opération (en tout ou en partie) 2. Ouverture d'une ou de plusieurs salles le samedi, le dimanche ou le samedi/dimanche 3. Ententes avec les centres médicaux spécialisés (CMS) 4. Utilisation des plateaux techniques; intra et interrégionaux du réseau
Conditions gagnantes	1. Comité chirurgical COVID-19 2. Disponibilité des ressources humaines et médicales 3. Système de priorisation des chirurgies
Responsabilités du Comité chirurgical COVID-19	Mandat confié par le Comité directeur clinique COVID-19, effectue la répartition du temps opératoire en s'assurant que le bon patient obtient son service en temps opportun
Principes	1. Maintien de la qualité des soins 2. Sécurité des patients 3. Sécurité du personnel professionnel et médical 4. Priorisation des cas selon : a) Délais d'attente (hors délais) b) Priorisation médicale
Scénarios **(p. 8-9)**	Utilisation d'un outil prédictif de la résorption du *backlog* et des échéanciers, basé sur plusieurs paramètres : a) Nombre de salles d'opération b) Niveau d'activité estimé (impacts des mesures de prévention des infections) c) Choix des stratégies
GANTT (p.12)	Outil servant à établir l'espace/temps durant lequel le patient doit être opéré
Personnel professionnel et médical (p.15)	Suivi de la disponibilité des ressources dans les blocs opératoires : fréquence bimensuelle
Vigie	À l'aide d'un plan d'action détaillé, la vigie est assurée par la Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux, en collaboration avec les médecins-conseil et les partenaires ministériels

Sommaire exécutif

Dès le début de la pandémie de COVID-19, vers le 15 mars 2020, la réduction des ressources disponibles (humaines, médicales, matérielles), induite par la réponse aux impératifs de la pandémie (disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI), des lits d'hospitalisation et de soins intensifs, besoins en personnel dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée CHSLD), etc.), a eu un impact significatif sur l'accessibilité aux services chirurgicaux. Les délais d'accès à la chirurgie élective non urgente se sont allongés.

De même, le volume de chirurgies fût considérablement réduit pour conserver la capacité des établissements à répondre aux besoins de lits d'hospitalisation et de soins intensifs requis par les patients atteints de la COVID-19.

Compte tenu de l'amélioration de la situation épidémiologique à la mi-mai 2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) demandait aux établissements un plan de retour aux activités régulières de même que l'identification de mesures permettant de résorber le *backlog* [1] résultant de la réduction de la production chirurgicale.

La Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux (DGAASPEM) du MSSS a développé un outil de suivi du *backlog* dans chacun des établissements, permettant également d'estimer l'échéancier de résorption, paramétrable selon la capacité des blocs opératoires et la mise en place d'autres mesures (conclusions d'ententes avec des cliniques privées par exemple).

1 Dans le cadre de ce document, le *backlog* représente l'écart entre la production chirurgicale moyenne des deux dernières années et celle depuis le début de la pandémie, aux mêmes périodes administratives.

Contexte

Dès le début de la pandémie de COVID-19, les établissements du Québec ont été invités à adopter une approche planifiée et structurée pour répondre aux besoins de la population. La réduction des ressources disponibles (humaines, médicales, matérielles), induite par la réponse aux impératifs de la pandémie (disponibilité des lits d'hospitalisation et de soins intensifs, besoins en personnel dans les CHSLD, etc.), a eu un impact significatif sur l'accessibilité aux services chirurgicaux. Les délais d'accès à la chirurgie élective, non urgente, se sont allongés.

De même, le volume de chirurgies fut considérablement réduit pour conserver la capacité des établissements à répondre aux besoins de lits d'hospitalisation et de soins intensifs requis par les patients atteints de la COVID-19.

Le 20 avril 2020, les établissements du Québec ont été invités à adopter une approche planifiée pour répondre aux besoins cliniques qu'exigeait la réduction des activités. Pour ce faire, plusieurs éléments ont été considérés :

- Les enjeux de disponibilité de ressources et la possibilité de partager ou pas les équipements et les professionnels entre établissements et régions ;
- Les divers risques pour les patients face à la pénurie de ressources ;
- La nécessité de considérer l'ensemble des besoins de la population, c'est-à-dire des patients atteints de toute condition clinique (COVID-19 ou non), et les risques pour leur santé ou leur survie ;
- La difficulté de comparer entre elles des conditions cliniques différentes nécessitant des traitements chirurgicaux à intensité variable et consommant des ressources inégales ;
- Le défi d'établir des pronostics et l'incertitude qui en découle ;
- Le besoin d'une orientation nationale respectée par tous les établissements et adaptée à la situation de chaque région.

Un système de priorisation des chirurgies[2] cohérent et applicable à tous a été proposé et visait une allocation des ressources équitables et garantissait que les personnes, dans des conditions similaires, reçoivent un traitement approprié. Le système mis en place considérait également la planification de la reprise des activités de façon graduelle et structurée comme prioritaire. En date du 24 avril 2020, le MSSS demandait la mise en place d'un plan de reprise des activités coordonné et supervisé par un comité de coordination décisionnel au sein de chaque établissement, composé idéalement des personnes suivantes :

- Un représentant de la haute direction de l'établissement ;
- Le directeur des services professionnels ;
- Le président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ;

2 MSSS, Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie, 20 avril 2020. (Annexe 1) https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/PJ1-Systeme-priorisation-acces-chirurgie-pandemie-v4-4.pdf

- 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.

En date du 13 mai dernier, le MSSS maintient qu'il est important de reprendre les activités de façon structurée. Les jours suivants, le MSSS met à la disposition du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) un guide[3] qui résume les modalités à mettre en place afin d'assurer une reprise des activités de façon sécuritaire dans les milieux de soins.

À partir du 21 mai dernier, compte tenu de la situation épidémiologique propre à chaque région et de la résolution des problématiques d'approvisionnement des anesthésiants, les niveaux d'activités pourront différer et même être rehaussés jusqu'à 70 à 80 % du niveau habituel de chaque établissement.

Afin d'assurer un suivi de la reprise des activités chirurgicales, mais également de soutenir les établissements tout en tenant compte de leurs enjeux, le MSSS demande à ces derniers de lui acheminer dès le 23 mai dernier:

1. Leur plan de reprise détaillé incluant le niveau d'activités actuel et visé (date) ;
2. Leurs stratégies et échéanciers privilégiés pour le rattrapage des cas accumulés, incluant en tout ou en partie, les éléments suivants :
   a. Élargissement des heures d'ouverture ;
   b. Prolongement du travail les fins de semaine ;
   c. Mise en place d'entente 108 avec des CMS[4] ;
   d. Élaboration de trajectoires intra et interrégionales ;
   e. Toute autre proposition jugée pertinente.

La reprise des activités, qui avaient été mises sur pause depuis le début de l'urgence sanitaire en mars 2020, se déroulera de façon progressive et structurée, afin d'assurer la sécurité tant des usagers que du personnel. Quel que soit le scénario envisagé pour y parvenir, la prévention et le contrôle des infections demeureront une priorité.

3 MSSS, Guide pour la reprise des activités spécialisées, 21 mai 2020.
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/COVID19_Guide-reprise-activites-specialisees_2020-05-21.pdf

4 Centres médicaux spécialisés (CMS) agréées par Agrément Canada

L'équipe de la DGAASPEM s'assurera de la mise en place de conditions gagnantes pour soutenir le RSSS afin de maintenir sa capacité à offrir tous les soins nécessaires à la population.

But et objectif

Le présent document vise à informer le MSSS et les établissements de l'ampleur du *backlog* généré par la réduction des chirurgies avec l'objectif d'illustrer le potentiel des mesures en termes de volume et d'échéancier, qui peuvent soutenir les établissements dans la reprise des activités.

Principes

Les principes soutenant les décisions prises par les établissements pour retrouver les niveaux d'activités antérieurs à la pandémie doivent respecter, en tout temps :

- Le maintien de la qualité des soins ;
- La sécurité des patients ;
- La sécurité du personnel professionnel et médical ;
- La priorisation des cas selon :
    - Les délais d'attente (hors délais) ;
    - La priorisation médicale.

Préalables

Un des plus grands défis est d'adapter la situation locale afin de préserver l'équilibre entre les centres COVID-19 et ceux qui ne le sont pas. Pour ce faire, ils doivent être en mesure de :

1. Connaître le statut COVID-19 de la clientèle (guéri, à risque, déjà testé, asymptomatique) ;
2. S'assurer d'un dépistage pré-op obligatoire ;
3. Obtenir les résultats ≤ 24 heures pré-op ;
4. Identifier les régions administratives en zones, soit la capacité de retour aux activités régulières :
    a. Niveau 1 : plus de 70 % ;
    b. Niveau 2 : entre 40 et 70 % ;
    c. Niveau 3 : moins de 40 % ;
5. Déterminer les critères d'appartenance aux différentes zones (présence/absence zones froides dans les installations, disponibilité des lits d'hospitalisation, des lits de soins intensifs, des places de réadaptation) ;
6. Évaluer le potentiel de mobilité du personnel et de certaines équipes médicales (intra établissement, intrarégional, interrégional) ;
7. Évaluer le potentiel de transfert des patients d'une région à l'autre.

Enjeux

Le succès de la mise en place des différents scénarios qui peuvent influencer la capacité de production chirurgicale est tributaire de plusieurs facteurs dont :

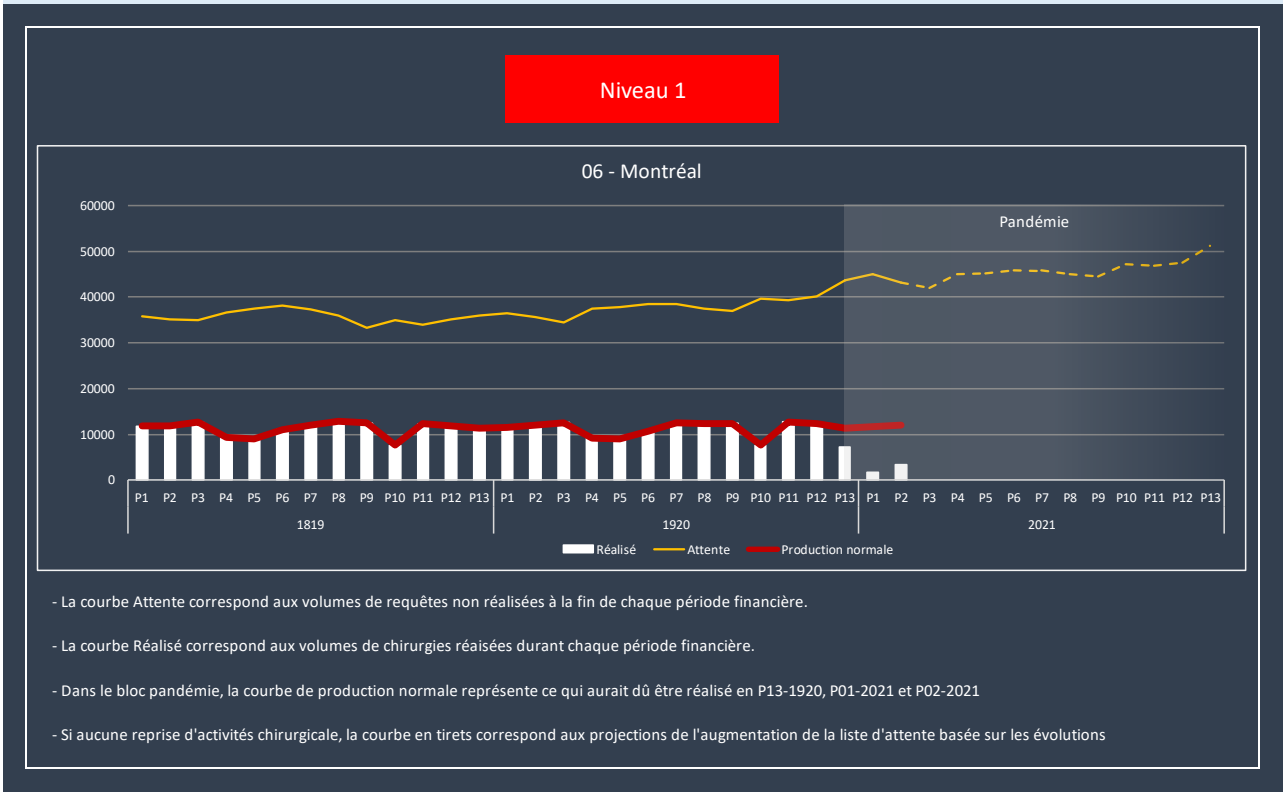
1. Gouvernance : légitimité du comité chirurgical COVID-19 régional et de son coordonnateur ;
2. Ressources humaines : équilibre de la charge de travail des équipes médicales et du personnel (temps supplémentaire vs épuisement); rapatriement du personnel chirurgical; disponibilité (absences maladies, vacances estivales, etc.) ;
3. Allongement de la durée totale des cas en raison des mesures de protection requises pour le personnel ;
4. Disponibilité des lits : réserver les lits d'hospitalisation en chirurgie ;
5. Prise en charge au congé : capacité de libérer les patients ;
6. Priorisation des patients : comité ou instance qui décident (et non les individus) ;
7. Équipement : impacts des déplacements (bris, délais vs stérilisation et installation/désinstallation) ;
8. Communications : importance de la cohérence des messages à la population et aux équipes soignantes ;
9. Accès aux CMS : critères (types d'établissement, nature des cas, ouverture aux régions environnantes, etc.).

Backlog et scénarios de reprise des activités

L'estimation du *backlog* est calculée par l'écart de production des périodes 13 2018-2019, des périodes 01 et 02 de l'année dernière et la production réelle des périodes 13 2019-2020 et de P 01 et 02 de l'année en cours. Il peut être réajusté quotidiennement selon les besoins d'analyses requises pour le suivi de l'efficacité des mesures prises par les établissements pour le résorber.

À titre d'exemple, voici le portrait de la région de Montréal à la fin de la période 02 – 2020-2021.

État des chirurgies réalisées et projections de la baisse de production



Source des données : SIMASS

Un outil de modélisation[5] a été développé par l'équipe de la DGAASPEM du MSSS pour permettre une réévaluation dynamique des impacts liés à la modification des moyens utilisés par les établissements pour reprendre leurs activités et résorber leur *backlog*.

Les images suivantes des scénarios A, B et C illustrent les résultats obtenus par la modification de quelques paramètres.

5 Stratégies de reprise des activités de chirurgie

Scénario A : Région de Montréal, aucune entente avec des partenaires, selon un niveau d'activité de 70 % durant les heures normales, avec augmentation de deux heures par jour ouvrable de 30 salles (sur un potentiel de 193), niveau d'activité correspond à 50 % pré COVID-19.

Production durant les heures normales (par période)

Production moyenne par période	*Nb salles*	*Nb salles opérationnelles*	*Niveau d'activité*	*Production réelle par période*
1 211	193	193	70%	848

Augmentation de la production (par période)

Nb CMS 108	*Nb de cas*		*Nb de cliniques privées*	*Nb de cas*
Nb de blocs en zone franche itra-régionale	*Nb de cas*		*Nb de blocs en zone franche itra-régionale*	*Nb de cas*
Heures supplémentaires	*Nb de salles opérationnelles*		*Niveau d'activité*	*Production supplémentaire par région*
Semaine	30		50%	19

Production totale par période

Backlog	*Production réelle par période*	*Production supplémentaire par région*	*Production totale par période*	*Périodes pour résorber le Backlog*
22 305	848	19	866	26

Scénario B : Région de Montréal, ententes avec cinq CMS pouvant réaliser 100 cas chacun, augmentation des heures d'ouverture de 50 salles (deux heures par jour, quatre jours par semaine), niveau d'activités dans les heures normales ainsi que lors de l'augmentation de production correspond à 70 % pré-COVID-19.

Production durant les heures normales (par période)

Production moyenne par période	*Nb salles*	*Nb salles opérationnelles*	*Niveau d'activité*	*Production réelle par période*
1 211	193	193	70%	848

Augmentation de la production (par période)

Nb CMS 108	*Nb de cas*		*Nb de cliniques privées*	*Nb de cas*
5	100			
Nb de blocs en zone franche itra-régionale	*Nb de cas*		*Nb de blocs en zone franche itra-régionale*	*Nb de cas*
Heures supplémentaires	*Nb de salles opérationnelles*		*Niveau d'activité*	*Production supplémentaire par région*
Semaine	50		70%	544

Production totale par période

Backlog	*Production réelle par période*	*Production supplémentaire par région*	*Production totale par période*	*Périodes pour résorber le Backlog*
22 305	848	544	1 391	17

Sources de données : SIMASS ET GESTRED (capacité des blocs opératoires)

Scénario C : Région de Montréal, ententes avec cinq CMS pouvant réaliser 100 cas chacun, augmentation des heures d'ouverture de 75 salles (deux heures par jour, quatre jours par semaine de même que huit heures le samedi), niveau d'activités à 70 % dans les heures normales ainsi que lors de l'augmentation de production pré-COVID-19.

Production durant les heures normales (par période)

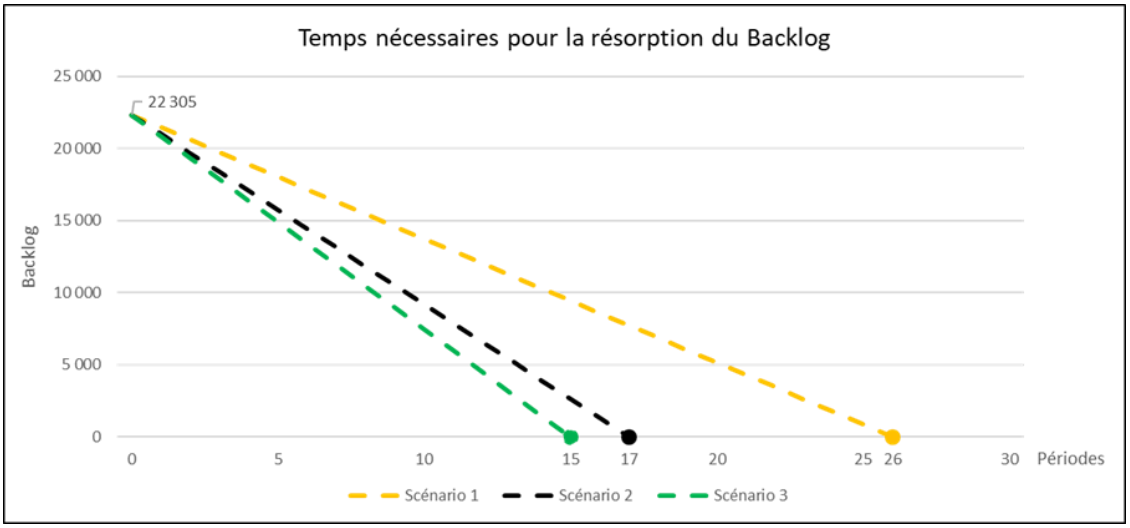
Production moyenne par période	*Nb salles*	*Nb salles opérationnelles*	*Niveau d'activité*	*Production réelle par période*
1 211	193	193	70%	848

Augmentation de la production (par période)

Nb CMS 108	*Nb de cas*		*Nb de cliniques privées*	*Nb de cas*
5	100		2	50
Nb de blocs en zone franche itra-régionale	*Nb de cas*		*Nb de blocs en zone franche itra-régionale*	*Nb de cas*
Heures supplémentaires	*Nb de salles opérationnelles*		*Niveau d'activité*	*Production supplémentaire par région*
Semaine - Samedi	75		70%	732

Production totale par période

Backlog	*Production réelle par période*	*Production supplémentaire par région*	*Production totale par période*	*Périodes pour résorber le Backlog*
22 305	848	732	1 579	15



À l'analyse de ces trois scénarios, on constate que la modification de l'utilisation des salles de l'ensemble des blocs opératoires de la région ainsi que le recours à des partenaires externes (CMS) permettrait de résorber de façon significative le même *backlog* (entre 15 et 26 périodes administratives de 28 jours de calendrier).

Scénarios

En date du 14 mai dernier, l'écart du nombre de procédures chirurgicales réalisées depuis le début de la pandémie, comparativement à la moyenne de celles des deux dernières années, sur les mêmes périodes, s'élevait à 68 808 chirurgies électives.

Compte tenu de la situation épidémiologique, les niveaux d'activités varieront d'une région à l'autre selon la zone d'appartenance :

- Niveau 3 (Montréal, Laval, Laurentides, Lanaudière, Montérégie) ;
- Niveau 2 (Capitale-Nationale, Mauricie-et-Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais) ;
- Niveau 1 (Chaudière-Appalaches, Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec (Baie-James, Nunavik), Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine).

REPRISE DES ACTIVITÉS CHIRURGICALES :
ESTIMATION DU *BACKLOG* ET DES RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR LE RÉSORBER

BACKLOG DU 15 MARS AU 14 MAI 2020: 68 808 CHIRURGIES ÉLECTIVES

	Zone rouge (Niveau 3) CIRCULATION ACTIVE DU VIRUS 30 à 40 % du volume d'activités régulières	Zone jaune (Niveau 2) TRANSMISSION COMMUNAUTAIRE : NOMBRE DE CAS EN DIMINUTION 40 à 70 % du volume d'activités régulières	Zone verte (Niveau 1) TRANSMISSION COMMUNAUTAIRE LIMITÉE Plus de 70 % du volume d'activités régulières
Régions – Backlog (nb d'interventions)	**06** - Montréal 21 464 **13** - Laval 1 831 **14** - Lanaudière 2 713 **15** - Laurentides 3 538 **16** - Montérégie 9 162	**03** - Capitale-Nationale 8 038 **04** - Mauricie et Centre-du-Québec 4 759 **05** - Estrie 4 043 **07** - Outaouais 2 412	01 - Bas-Saint-Laurent 1 956 02 - Saguenay - Lac-Saint-Jean 2 970 08 - Abitibi-Témiscamingue 1 045 09 - Côte-Nord 691 10 - Nord-du-Québec 91 11 - Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine 934 12 - Chaudière-Appalaches 3 161
Backlog - Total	**38 708**	**15 209**	**14 891**
Pourcentage de la production (P01-2020-2021)/ Pourcentage de la production projeté	Région — % effectué P01 — % projeté P03 **06** - Montréal **22%** 40% **13** - Laval **20%** 40% **14** - Lanaudière **32%** 40% **15** - Laurentides **20%** 40% **16** - Montérégie **22%** 40%	Région — % actuel — % projetté **03** - Capitale-Nationale **17%** 70% **04** - Mauricie et Centre-du-Québec **16%** 70% **07** - Outaouais **13%** 70% **05** - Estrie **36%** 100%	Région — % actuel — % projetté **01** - Bas-Saint-Laurent **12%** 100% **02** - Saguenay - Lac-Saint-Jean **21%** 100% **08** - Abitibi-Témiscamingue **34%** 100% **09** - Côte-Nord **11%** 100% **10** - Nord-du-Québec **3%** 100% **11** - Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine **32%** 100% **12** - Chaudière-Appalaches **23%** 100%
Prérequis pour activer la phase	• **Disponibilité du personnel (70%/75%)** • **Disponibilité des équipements de protection et des médicaments** • **Disponibilité de l'imagerie et de l'endoscopie** • **Disponibilité des lits d'hospitalisation , de soins intensifs et de réadaptation, en cohérence avec les activités planifiées** • **Dépistage COVID pré-op selon recommandations du Comité sur l'accès aux tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN), 29 mai 2020** • **Trajectoire dédiée en zones froides pour les patients et le personnel en chirurgie** • **Plan de communication: cohérence des messages**	• **Disponibilité du personnel (80%-85%)** • **Disponibilité des équipements de protection et des médicaments** • **Disponibilité de l'imagerie et de l'endoscopie** • **Disponibilité des lits d'hospitalisation , de soins intensifs et de réadaptation, en cohérence avec les activités planifiées** • **Dépistage COVID pré-op selon recommandations du Comité sur l'accès aux tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN), 29 mai 2020** • **Trajectoire dédiée en zones froides pour les patients et le personnel en chirurgie** • **Plan de communication: cohérence des messages**	• **Disponibilité du personnel (+ de 90%)** • **Disponibilité des équipements de protection et des médicaments** • **Disponibilité de l'imagerie et de l'endoscopie** • **Disponibilité des lits d'hospitalisation , de soins intensifs et de réadaptation, en cohérence avec les activités planifiées** • **Dépistage COVID pré-op selon recommandations du Comité sur l'accès aux tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN), 29 mai 2020** • **Trajectoire dédiée en zones froides pour les patients et le personnel en chirurgie** • **Plan de communication: cohérence des messages**
Scénarios	**Gouvernance: comité chirurgical COVID pour la priorisation des patients (Par établissement)**		
	CMS – Entente 108	**Zones franches**	**Augmentation de la capacité actuelle des blocs**
	CMS – Entente 108	**Zones franches**	

	• **Prérequis : (Évaluation du nombre de cas et de la capacité)**
	  • **Coordination par l'établissement**
	  • **Prioriser les types de cas usuels**
	  • **Disponibilité du personnel**
	  • **Disponibilité des équipements de protection et des médicaments**
	  • **Dépistage COVID pré-op et résultats ≤ 24 heures**
	  • **Trajectoire dédiée en zones froides pour les patients et le personnel en chirurgie**
		• **Intra régionale**
		• **Inter régionale**
			Selon la capacité des blocs:
			• **Nombre d'heures d'ouverture par jour**
			• **Ouverture la fin de semaine si possible**

Outil de triage des chirurgies électives (Diagramme de GANTT)

La priorisation des patients qui auront accès à une chirurgie est un processus dynamique et continu, qui s'adapte aux changements dans le RSSS et à la capacité du moment. La condition de chaque patient pouvant changer et la disponibilité des ressources nécessaires à la chirurgie pouvant varier dans le temps, il est nécessaire d'établir un programme opératoire assez à l'avance pour avertir les patients et préparer les ressources, mais également agile pour s'ajuster rapidement aux conditions qui peuvent fluctuer à tout moment.

La priorisation des patients se fait en deux temps réalisés séquentiellement, soit :

- Par spécialité chirurgicale ;
- Toutes spécialités confondues en créant une seule liste à partir des listes par spécialité.

L'étape de triage vise à choisir les patients qui auront leur chirurgie parmi un grand nombre de cas prioritaires retenus au prétriage et pour qui un traitement alternatif équivalant ou ayant des résultats similaires n'est pas une solution possible ou ne peut que faire gagner un peu de temps.

L'évaluation des critères cliniques, dont l'évaluation des dates acceptables et maximales de chirurgie pour chaque spécialité, doit se baser sur des données probantes et sur l'avis de sociétés savantes.

Ces critères plus restrictifs sont appliqués quand les ressources nécessaires à la chirurgie sont les plus réduites. Ces critères deviennent plus ouverts au fur et à mesure que les ressources redeviennent disponibles, et ce, jusqu'au retour à la normale.

Un diagramme de Gantt est un outil permettant de présenter simplement et de visualiser facilement l'ensemble des données afin de prioriser les patients (par spécialité d'abord et toutes spécialités confondues par la suite) selon sa condition clinique. Chacun des critères est à évaluer et la décision est laissée au jugement clinique du/des chirurgiens (voir rôles et responsabilités ci-bas).

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Québec

Triage chirurgie élective en contexte extrême de pandémie

Dernière mise à jour : V1 10 avril 2020

Dossier	Âge du patient	Diagnostic	Onco	Réception requête opératoire	Date acceptable	Date maximale	Temps opératoire prévu	Type de chirurgie	Traitement alternatif en cours	Quel traitemnt alternatif	ASA	Chirurgie effectuée
523124	72	?	oui	2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non		I	
126549	58	?		2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non		II	
365592	47	?	oui	2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non		III	
652258	63	?		2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui		II	
235124	68	?		2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui		III	
122366	86	?	oui	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non		I	
452254	78	?	oui	2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non		IV	
225963	69	?	oui	2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non		II	
523124	56	?		2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non		I	
126549	59	?		2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non		II	
365592	72	?	oui	2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non		III	
652258	58	?		2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui		II	
235124	47	?	oui	2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui		III	
122366	63	?	oui	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non		I	
452254	68	?		2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non		IV	
225963	86	?		2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non		II	
523124	78	?		2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non		I	
126549	69	?	oui	2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non		II	
365592	56	?		2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non		III	
652258	59	?		2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui		II	
235124	68	?	oui	2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui		III	
122366	86	?	oui	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non		I	oui
452254	78	?		2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non		IV	oui
225963	46	?	oui	2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non		II	oui

Échéancier

Mars 2020 : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Avril 2020 : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Mai 2020 : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Légende:
Inscrire date sous forme de AAAA-MM-JJ

Lorsque les ressources en chirurgie sont les plus restreintes, les choix se basent sur le principe de maximisation des bénéfices pour la population. Plus les ressources allouées à la chirurgie augmenteront, plus les choix se baseront sur des critères cliniques plus larges, et plus il deviendra important de considérer progressivement le retour à la normale et de soigner les plus malades dans un souci d'équité.

Plan de suivi ministériel

Dès la réception des plans de chaque établissement, l'équipe de la direction adjointe des services de proximité et des effectifs médicaux assurera la vigie de leur mise en œuvre et des résultats escomptés. L'outil suivant permet d'évaluer systématiquement l'état de réalisation des actions, selon le calendrier convenu entre les parties.

De plus, d'autres outils permettent le suivi spécifique des niveaux de reprise des activités des blocs opératoires[6] et de la production quotidienne[7].

REPRISE DES ACTIVITÉS CHIRURGICALES

Priorités et livrables

Coordonnateur DGAUMIP		Moyenne de réalisation	28,3%	Avancement							
Date:				Action connue et approuvée	En cours de planification	En cours de réalisation	Travaux terminés	Mise en place et essais complétés	Solution fonctionnelle		
Priorités	**Livrables**	**Porteur / associé**	**Échéancier**	**20%**	**30%**	**50%**	**75%**	**90%**	**100%**	**Total**	**Moyenne étape**
Reprise des activités chirurgicales	**Plans d'action des établissements**										20%
	Réception			1						20%	
	Analyse			1						20%	
	Validation du plan et des objectifs			1						20%	
	Accompagnement si requis										20%
	Identification des établissements visés par l'accompagnement			1						20%	
	Plan de suivi des enjeux			1						20%	
	SIMASS (validation des données)			1						20%	
	GESTRED taux utilisation bloc (Guide de saisie)			1						20%	
	Escalade des problématiques										20%
	Élaboration de l'algorithme			1						20%	
	CMS										20%
	Analyse des demandes			1						20%	
	Coordination des demandes			1						20%	
	Priorisation des interventions			1						20%	
	Comité de reprise des activités										20%
	Mise sur pied comité vigie (MSSS: équipe DGAASPEM et médecins conseils du comité reprise)			1						20%	
	Calendrier des rencontres			1						20%	
	Communications										50%
	Statutaires avec RSSS (hebdomadaires)					1				50%	
	Requête web (création)										30%
	Élaboration				1					30%	
	Plan de déploiement				1					30%	
	Mise en place de l'outil				1					30%	
	SIMASS 2 - priorisation et échéancier à revoir										25%
	Analyse des besoins du réseau				1					30%	
	Plan d'action			1						20%	
	Indicateurs de reprise										50%
	Identification					1				50%	
	Suivi					1				50%	

6 Annexe 4 : Niveaux de reprise des activités chirurgicales

7 Annexe 5 : Évaluation quotidienne de la production chirurgicale et des patients en attente

REPRISE DES ACTIVITÉS CHIRURGICALES :
ESTIMATION DU *BACKLOG* ET DES RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR LE RÉSORBER

Coordonnateur DGAUMIP		Moyenne de réalisation	28,9%	Avancement							
Date:				Action connue et	En cours de planification	En cours de réalisation	Travaux terminés	Mise en place et	Solution fonctionnelle		
Établissements	**Livrables**	**Porteur**	**Échéancier**	20%	30%	50%	75%	90%	100%	**Total**	**Moyenne étape**
	Plan d'action										17%
	Réception et analyse					1				50%	
	Comité chirurgical COVID (incluant un coordonnateur)									0%	
	Outil de priorisation									0%	
	Backlog										50%
	Identification du nb de chirurgies					1				50%	
CISSS xxxx	Échéancier de résorption					1				50%	
	Scénarios										20%
	Disponibilité des RH			1						20%	
	Disponibilité des médecins			1						20%	
	Capacité des blocs (Identification % activités)			1						20%	
	Disponibilité des lits de chirurgie et de S. Intensifs			1						20%	
	Évaluation globale										29%

Ressources humaines

Chaque établissement devra consigner, toutes les deux semaines, le nombre de ressources humaines et médicales disponibles au bloc opératoire de chacune de ses installations. L'information servira à évaluer le déficit en ressources; enjeu important pour un retour à la normale des activités chirurgicales.

À compléter aux 2 semaines

Complété par:

Date:

Total du Québec	**Registre de postes (avant COVID)**		**Déficit en ressources humaines (ETC)**					
Titre d'emploi	**ETC total au registre de poste**	**Postes non comblés**	**Relocalisés à l'interne (unité dans l'hôpital)**	**Relocalisés à l'externe (autre établissement ou CHSLD)**	**Personnel ayant quitté pour travailler en CMS**	**Congé de maladie ou isolement relié à la COVID**	**Congé de maladie long terme non relié à la COVID, (maternité, étude, congé parental ou autre)**	**Déficit total**
Préposés aux bénéficiaires								
Infirmières auxilliaires								
Infirmières et infirmières cliniciennes								
Infirmières premières assistantes en chirurgie								
Inhalothérapeutes								
Préposés à la stérilisation								
Perfusionnistes								
Autres								
Total								
Commentaires								

	PEM Totals	Non-comblés
Anesthesiologistes		
Commentaires		

Disponibilité des lits d'hospitalisation et de soins intensifs

Le niveau d'activité de chaque établissement est tributaire de la qualité de ses installations. Pour plusieurs d'entre eux, des locaux vétustes auront un impact significatif sur le niveau de reprise des activités. Mentionnons seulement l'absence de chambres individuelles par exemple. Les établissements devront aménager les espaces pour répondre aux exigences de la prévention des infections. Les installations récentes n'auront pas à composer avec ces restrictions (Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Centre universitaire de santé McGill).

Les établissements aux prises avec la vétusté de ses installations devront déposer leurs demandes d'améliorations et leur plan d'immobilisation à cet égard dans les prochains mois. Le RSSS ne peut éluder la possibilité d'une deuxième vague de pandémie et doit s'y préparer adéquatement.

Utilisation des plateaux techniques

La DGAASPEM assurera une vigie régulière sur le taux d'utilisation des blocs opératoires. Une analyse de la situation pré, per et post COVID-19 permettra d'identifier les enjeux de capacité des installations et de soutenir les établissements dans la recherche de solutions.

Disponibilité des équipements de protection individuelle

Dès le début de la pandémie, la disponibilité des ÉPI pour les travailleurs de la santé est identifiée comme un des enjeux majeurs pour contenir la propagation du virus. Dès le 17 mars 2020, le MSSS demande à tous les établissements munis d'un bloc opératoire de réduire leur niveau d'activités et de n'utiliser que les équipes minimales requises pour les interventions maintenues dans un souci d'économies de matériel et d'équipement de protection.

À compter du 6 avril dernier, les établissements ont été autorisés à reprendre graduellement un niveau d'activités tout en maintenant une vigie continue sur l'utilisation judicieuse des équipements.

Les plans de reprise des activités chirurgicales déposés par les établissements devront poursuivre cette vigie et s'assurer que le personnel œuvrant dans les blocs opératoires puisse avoir accès à l'équipement de protection requis, lié à la nature de leurs interventions proches des voies aériennes.

Disponibilité des médicaments

La pandémie de la COVID-19 crée une pression importante sur les approvisionnements en médicaments nécessaires aux soins intensifs et aux soins de fin de vie. Les produits visés, nécessaires à la sédation des patients, sont souvent les mêmes qui sont nécessaires à la réalisation de chirurgies.

Toutes les juridictions à travers le monde sont en demande forte pour ces produits, ce qui complique leur acquisition dans un marché international où opèrent un nombre relativement limité de fabricants.

Pour faire face à cette problématique, le MSSS, de concert avec les chefs de département de pharmacie et les groupes d'approvisionnement en commun ont évalué les besoins (quantités) en médicaments critiques des établissements de santé dans le contexte de la pandémie de COVID-19 jusqu'au 31 mars 2021. Cette évaluation considère les besoins usuels du RSSS auxquels s'ajoutent des besoins estimés directement reliés à la demande de soins accrus pour les patients atteints de la COVID-19. Les besoins reliés aux retards accumulés dans la réalisation de chirurgies ont aussi été considérés dans l'évaluation.

À partir de ces besoins, le MSSS a interpellé les fabricants pharmaceutiques pour déterminer dans quelle mesure chacun d'entre eux est capable de répondre à chacune des quantités estimées de médicaments pour faire face à la demande de soins accrus. Une première vague d'achats fermes a été réalisée pour couvrir les besoins jusqu'à la fin août 2020. Un deuxième processus d'acquisition pour couvrir la période de septembre 2020 à mars 2021 est en cours.

Conclusions et recommandations

La reprise des activités, qui avaient été mises sur pause depuis le début de l'urgence sanitaire en mars 2020, se déroulera de façon progressive et structurée, afin d'assurer la sécurité tant des usagers que du personnel. Quel que soit le scénario envisagé pour y parvenir, la prévention et le contrôle des infections demeureront une priorité.

L'équipe de la DGAASPEM s'assurera de la mise en place de conditions gagnantes pour soutenir le RSSS afin de maintenir sa capacité à offrir tous les soins nécessaires à la population.

Un suivi quotidien de la production chirurgicale permettra d'apprécier l'impact des mesures mises en place par les établissements pour un retour à une production chirurgicale d'avant la pandémie de même que leur efficacité pour résorber le *backlog* qui s'en suivit.

Annexe 1 : Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie

SYSTÈME DE PRIORISATION POUR L'ACCÈS À UNE CHIRURGIE EN SITUATION DE PANDÉMIE

Présenté à

Dre Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe
Présidente du Comité directeur clinique COVID-19

Direction générale des affaires universitaires,
médicales, infirmières et pharmaceutiques

Par

Mme Marie-Eve Bouthillier

Dernière mise à jour : 20 avril 2020

Document déposé pour adoption au
Sous-comité clinique COVID-19 – Blocs opératoires Présidé par Dr Serge Legault

Auteurs principaux

M. Michel Lorange
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Mme Marie-Ève Bouthillier
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Coordination

Mme Marie-Ève Bouthillier
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Dr Serge Legault Chirurgien
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Collaborateurs à la rédaction

Mme Isabelle Ganache
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Dre Isabelle Germain
CHU de Québec – Université Laval

Dr Serge Legault
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Dr Patrick Montpetit
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Mme Geneviève Plamondon
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Dre Catherine Prady
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-

Mme Lucie Wade
Centre universitaire de santé McGill

Revue de littérature

Mme Geneviève Plamondon
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Personnes et groupes consultés

Dr Joseph Dahine
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

M. Vincent Dumez
Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Avec la collaboration de cinq patients-partenaires

Dr Roger Grégoire
CHU de Québec – Université Laval

Dr Jean Latreille
Directeur national du Programme québécois de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dre Élise Thibault
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Dr Philippe Walsh
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Relecture externe du document

Mme Isabel Gauthier

Sommaire exécutif

Le système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie vise à soutenir l'orientation de chaque patient dans un contexte exceptionnel. Les principes qui guident l'orientation sont la maximisation des bénéfices, la proportionnalité, la non-malfaisance, l'équité, la réciprocité, l'agilité ainsi que la protection des intervenants et de la population.

Le système est divisé en quatre étapes séquentielles, soit (1) la détermination de la capacité du bloc opératoire, (2) le prétriage des patients, (3) le triage et (4) la détermination du programme opératoire et des suites à donner à tous les patients, qu'ils aient accès ou non à la chirurgie. Chacune de ces étapes d'orientation des patients est soutenue par des critères cliniques. La complexité est très grande pour déterminer les cas les plus prioritaires qui peuvent être opérés avec les ressources disponibles du moment, en considérant toutes les spécialités chirurgicales et la condition de chaque patient. Les critères cliniques doivent guider les cliniciens dans ces choix, et leur jugement clinique demeure la seule façon d'embrasser cette complexité. Les rôles et responsabilités décrits spécifiquement à l'étape de prétriage et la détermination du programme opératoire et d ses mécanismes visent à soutenir ce travail, réalisé dans un contexte exceptionnel, et porté par un groupe de personnes dans chaque organisation.

Une nécessité transcende ce système, soit la communication en continu entre le chirurgien et le patient. L'évolution clinique de chaque patient peut être anticipée, mais ne peut être prédite, et chaque patient doit être informé s'il aura bientôt sa chirurgie ou non. Ce suivi en continu offre aussi l'occasion de répondre aux questions et préoccupations du patient ou de ses proches, et de le rassurer. Cette communication en continu favorise le développement d'une relation de partenariat patient-soignant dans laquelle chacun tente de comprendre et de rejoindre l'autre. Cette communication doit se faire dans les deux sens, soit que le chirurgien garde contact avec le patient, et que ce dernier puisse rejoindre le chirurgien au besoin. De plus, chaque patient doit avoir accès à des soins, quels qu'ils soient, selon ce qui est disponible et possible à chaque moment.

Dans le contexte actuel de la pandémie à COVID-19, alors que l'accès aux services cliniques spécialisés et à la chirurgie est grandement réduit, les conséquences de cette réduction se feront ressentir longtemps après le retour à la normale dans plusieurs autres secteurs d'activité clinique. Les auteurs et les collaborateurs à la rédaction sont d'avis que le système de priorisation de l'accès à une chirurgie en situation de pandémie ne fera sens qu'en appliquant les recommandations suivantes :

- Appliquer dès maintenant ce système de priorisation par décret ministériel et uniformément à travers le Québec; vu les retards accumulés, ce système de priorisation sera utilisé pendant une longue période alors que les autres secteurs d'activité clinique seront quant à eux revenus à la normale ;

- Par solidarité à l'ensemble de la population, équilibrer dès maintenant (sur une base interétablissement, intra régionale et interrégionale) l'allocation des ressources de l'ensemble du réseau (humaines, matérielles, équipement de protection individuelle, médicaments); dans une perspective de maximisation des bénéfices et d'équité, l'équilibrage des ressources vise à ce que les patients ayant une condition clinique requérant des soins spécialisés critiques (COVID-19 ou non) y aient accès en évitant de ne prioriser que les résultats et les impacts sur les patients mesurables à court terme ;

    - Par exemple, conserver des lits de soins intensifs non utilisés en cas d'augmentation de la demande de patients COVID-19 et en ne restreignant pas l'accès aux soins intensifs, résulte en des retards d'accès à la chirurgie; les patients sous respirateurs sont aussi de grands consommateurs d'anesthésiants, restreignant beaucoup l'accès à la chirurgie; à cet effet, la communication en continu et la concertation dynamique entre les intensivistes et les chirurgiens sont nécessaires pour discuter des besoins des patients et trouver l'équilibre entre les ressources allouées à la chirurgie et aux soins intensifs ;

    - Autre exemple, la situation ponctuelle dans chaque installation peut faire que des patients ont un retard significatif d'accès à la chirurgie avec des impacts importants sur leur espérance de survie à long terme avec une morbidité accrue, tandis que dans un autre établissement, des patients beaucoup moins à risque auront accès à une chirurgie ;

- Planifier le plus tôt possible le retour à la normale en chirurgie afin d'arrêter de cumuler des retards dans l'accès à la chirurgie qui auront des conséquences à long terme sur ces patients ;
- Planifier le plus tôt possible un accroissement temporaire de la production en chirurgie pour tenter de rattraper le retard en considérant les limites humaines pour ne pas épuiser les chirurgiens, anesthésistes, infirmières, inhalothérapeutes, ainsi que tout le personnel de soutien.

Table des matières

Sommaire exécutif i

Introduction 1

Buts et objectifs 2

Méthodologie 5

Application du système de priorisation 5

Discussion clinique en continu et niveau d'intervention médicale (NIM) 7

Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie 10

- Déterminer la capacité de production du bloc opératoire 11
- Prétriage 13
- Triage 16
- Déterminer un programme opératoire 20
- Retour à la normale 23

Soutien psychosocial et moral à offrir en contexte de pandémie 23

- Soutien moral et psychosocial aux intervenants, aux professionnels et au personnel lié au plan de pandémie 23
- Soutien psychosocial aux usagers et familles lié au plan de pandémie 24

Conclusion et recommandations 25

Références 27

Annexe A : Littérature grise et sites web consultés 28

Annexe B : Classification ASA 29

Annexe C : Exemple de diagramme de Gantt 30

Introduction

Dans le cadre de la préparation et de la réponse à la pandémie à COVID-19, les établissements du Québec ont été invités à adopter une approche planifiée pour répondre aux besoins cliniques. Les circonstances actuelles exigent que notre système de santé agisse de manière responsable et équitable face à la gestion des ressources disponibles. L'objectif est de fournir des soins optimaux à l'ensemble des Québécois en identifiant et préservant les programmes ou services prioritaires, et en surveillant l'utilisation et la distribution efficiente des ressources de santé. Lorsque les ressources sont réduites ou manquantes (équipement de protection, analgésiants, sédatifs, etc.) et que le volume de chirurgie est réduit, la distribution de ces ressources doit se faire selon un processus équitable guidé par des principes éthiques. Il y aura des délais d'accès à la chirurgie et des choix à faire entre plusieurs patients et des types de chirurgies. Le présent document vise à soutenir la prise de décision avec l'objectif de maximiser les bénéfices et réduire les risques.

Plusieurs éléments sont à considérer dans un contexte de réduction de la capacité opératoire en temps de pandémie :

- Les enjeux de disponibilité de ressources (humaines, matérielles, soins intensifs (SI), lits, équipements de protection individuelle (ÉPI), médicaments, etc.) et la possibilité de partager ou pas les équipements et professionnels entre établissements et régions dans le but de traiter le plus grand nombre de personnes et assurer l'équité d'accès à l'ensemble de la population.
- Les divers risques pour les patients face à la pénurie de ressources :
    - L'accès en temps opportun ou l'absence d'accès : par exemple, ne pas être opéré, ne pas l'être en temps opportun (délai raisonnable), ne pas avoir accès à un lit de soins intensifs si nécessaire.
    - Le risque nosocomial : par exemple, contracter la COVID-19 en milieu hospitalier.
- La nécessité de considérer **l'ensemble des besoins de la population**, c'est-à-dire des patients atteints de toute condition clinique (COVID-19 ou non), et les risques pour leur santé ou leur survie. Les chirurgies touchent des groupes de patients pour lesquels l'impact du retard de chirurgie, tout comme le non-accès aux SI, ne se fera pas sentir à court terme. À long terme toutefois, il est possible que l'attente de chirurgie résulte en une progression de stade, une espérance de survie à long terme réduite et de la morbidité accrue, causant alors une demande supplémentaire sur le système de santé.
- La difficulté de comparer entre elles des conditions cliniques différentes nécessitant des traitements chirurgicaux à intensité variable et consommant des ressources inégales.
- Le défi d'établir des pronostics et l'incertitude qui en découle.
- Le non-respect des consignes de délestage et leur application à géométrie variable, ce qui engendre de l'iniquité et des décisions arbitraires de priorisation. Il en résulte le besoin d'une orientation nationale respectée par tous les établissements et adaptée à la situation de chaque région afin d'éviter de pénaliser inutilement certaines personnes qui pourraient se voir désavantager.

Un système de priorisation des chirurgies cohérent et applicable à tous vise une allocation des ressources équitable et garantit que les personnes, dans des conditions similaires, reçoivent un traitement approprié.

Le système de priorisation de l'accès à la chirurgie est proposé en considérant l'incapacité de prévoir, à ce jour, quand et comment les activités normales pourront reprendre. La mise en place le plus rapidement possible d'une transition planifiée est nécessaire pour soigner les patients en attente de soins spécialisés, dont la chirurgie. Plus les délais s'allongent, plus ces patients risquent des conséquences graves du retard d'accès à la chirurgie. Les conséquences possibles sont :

- Menace à la survie immédiate du patient si la chirurgie n'est pas effectuée ;
- Menace d'une dysfonction permanente d'un membre ou d'un organe ;
- Néoplasie rapidement évolutive ;
- Risque de progression de la maladie (réduction de la possibilité de guérison, ou intervention plus importante plus tard, traitement plus morbide, risque d'inopérabilité) ;
- Risque d'aggravation vers des symptômes plus sévères de consommer plus d'analgésique ou de développer de la douleur chronique dus au retard de traitement.

Buts et objectifs

L'objectif général d'un système de priorisation des chirurgies en temps de pandémie est de minimiser la mortalité et la morbidité pour l'ensemble d'une population, par opposition au risque de mortalité et de morbidité individuel, et de veiller à ce que les décisions de priorisation soient guidées par des valeurs éthiques et soient empreintes d'une légitimité procédurale.

Ce système de priorisation a été élaboré pour une application spécifique à une situation de pandémie, qui entraîne une diminution importante de la capacité opératoire malgré une constance dans les besoins de la population en termes de chirurgie.

Remarque : ce système de priorisation s'applique à tous les patients évalués pour chirurgie, quelle que soit le domaine de leur maladie (cancérologie, cardiologie, orthopédie, etc.) et peu importe leur exposition ou facteurs de risque liés à la COVID-19.

Ce protocole est basé sur les prémisses suivantes :

- Pendant une pandémie, la disponibilité des prestataires de soins de santé pourrait être réduite en raison de maladies personnelles, d'absentéisme et de responsabilités familiales. Une pénurie de prestataires de soins de santé entraînera une diminution des services habituels.
- Tous les patients, quel que soit leur état clinique et qu'ils soient atteints de la COVID-19 ou non, méritent d'avoir accès aux soins requis, y compris aux traitements médicaux appropriés pour maximiser les résultats, et à un soutien pour le confort et la gestion des symptômes.
- Tous les efforts seront faits pour soutenir une communication claire et transparente aux patients et leurs proches ainsi qu'aux décideurs en matière de chirurgie sur leur statut de triage, et pour aligner les plans de soins sur les souhaits et les valeurs connus des patients.

Principes directeurs guidant les décisions de priorisation

Les décisions pour répondre aux besoins cliniques des patients en contexte de pandémie doivent être guidées par des principes. Ces principes sont tous importants et leur présentation ci-après ne présume pas d'une hiérarchie selon une importance relative. Pris ensemble, ils visent un équilibre dans les discussions et les choix qui résulteront du système de priorisation. Ces principes sont :

- **Maximisation des bénéfices** : viser à tirer le maximum d'avantages pour une communauté en allouant les ressources de préférence à ceux qui en tirent le plus grand bénéfice supplémentaire.
- **Équité :** des critères pertinents sur le plan clinique doivent être utilisés en premier lieu pour l'allocation des ressources. Ils doivent être suffisamment objectifs pour pouvoir être appliqués équitablement à une grande variété de patients, par une grande variété de prestataires, dans une grande variété de situations (Berlinger 2020, Emanuel et coll. 2020). Un système de priorisation exige un équilibre délicat entre le jugement du clinicien (qui peut être biaisé et faillible) et les systèmes de notation (qui exigent également du jugement, mais qui peuvent manquer de nuance à l'égard des subtilités cliniques). Dans le cas où les considérations cliniques ne peuvent pas être utilisées pour classer un patient par ordre de priorité par rapport à un autre, des critères supplémentaires de priorisation sont alors utilisés en dernier recours.
- **Proportionnalité :** le nombre de personnes qui sont affectées négativement par le système de priorisation que ce qui est nécessaire pour s'ajuster à la baisse de disponibilité des ressources. En d'autres termes, la réponse ne devrait pas affecter négativement plus de personnes que celles qui auraient été affectées si nous avions utilisé une approche « premier arrivé, premier servi ». Les systèmes de priorisation ont nécessairement un effet disproportionné sur les personnes appartenant à des groupes vulnérables, la proportionnalité est donc le meilleur moyen de minimiser cet effet.
- **Non-malfaisance :** les décisions doivent s'efforcer de limiter les préjudices dans la mesure du possible. La réduction ou l'annulation des activités qui ont moins de conséquences sur la morbidité/mortalité si elles sont retardées trop longtemps doit être privilégiée par rapport à celles qui ont des conséquences plus importantes sur la morbidité/mortalité si elles sont retardées trop longtemps. Il faut pour cela tenir compte des avantages et des inconvénients à plus ou moins long terme pour les patients et les populations de patients, des traitements alternatifs qui pourraient réduire le risque de ne pas avoir accès en temps opportun à une chirurgie, ainsi que des solutions de rechange disponibles pour soulager la douleur et la souffrance. La communication constante entre le chirurgien et son patient est importante pour réduire le stress de ce dernier.
- **Réciprocité :** certains patients et certaines populations de patients vulnérables seront particulièrement visés en raison des efforts de notre système de santé pour préserver la capacité de traiter le plus grand nombre en contexte de pandémie à COVID-19. Par réciprocité, notre système de santé a l'obligation de veiller à ce que toutes les personnes concernées par ces décisions continuent de faire l'objet d'un suivi de santé, reçoivent des soins appropriés et puissent être réévaluées pour un accès éventuel à des chirurgies si elles en ont besoin.

- **Protection des intervenants et de la population :** dans un contexte de pandémie, lorsque la population est à risque pour sa santé et que le fonctionnement de la société est altéré, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sont centraux dans la capacité de soutenir les personnes malades, atteintes du COVID-19 ou de toute autre affection.
- **Agilité :** dans un contexte nouveau, avec des conditions qui évoluent continuellement et où l'apprentissage se fait au quotidien, tous doivent démontrer la capacité de s'adapter à ces changements, d'adapter les processus et de gérer stratégiquement les choix, les risques et les ressources. Les personnes et l'organisation doivent démontrer une ouverture à modifier leurs comportements à la suite d'une information nouvelle, d'une situation ou d'un environnement qui évolue afin de travailler de façon plus efficace et efficiente dans le but de rejoindre un maximum de patients.

Création du système de priorisation de l'accès à une chirurgie en situation de pandémie

Le système de priorisation de l'accès à une chirurgie en situation de pandémie est proposé afin que l'orientation de chaque patient soit transparente (communiquée à chaque patient et à la communauté), cohérente et équitable (que tous les patients soient traités de la même manière), inclusive (tenant compte des points de vue des parties prenantes), responsable (que chaque personne impliquée puisse justifier ses décisions), et que le système engendre un sentiment de confiance.

Méthodologie

Revue de littérature

Une revue de la littérature scientifique et grise a été effectuée afin de soutenir la réalisation des travaux menant à l'élaboration du protocole.

Repérage des publications

Un repérage de la littérature a été effectué le 7 avril 2020 en ciblant les publications de langues française ou anglaise publiées en 2010 ou après. Une littérature restreinte était anticipée, et le repérage a ainsi ciblé d'autres contextes apparentés pour lesquels une priorisation des chirurgies est également possible. La base de données MEDLINE a été consultée, ainsi que Google et Google Scholar, en utilisant des mots clés incluant notamment : *pandemic*; *ÉPIdemic*; *outbreak*; *crisis*; *emergency*; *warfare and armed conflicts*; *disasters*; *priorization of surgeries*; *priorization of care*; *triage*; *triage protocol*; *criteria*.

Sélection des publications, extraction des données et synthèse

Cette recension a permis d'identifier 719 articles scientifiques, et la lecture des titres et des résumés a mené à la sélection de 33 articles. Une recherche de la littérature grise a également été effectuée sur les sites web des organisations nationales et internationales d'intérêt (ministères de la Santé, agences de santé publique, agences d'évaluation, sociétés savantes, etc.). La liste se retrouve à l'annexe A. L'extraction des données et la synthèse de l'information ont été effectuées par une personne.

Élaboration du protocole

Un comité d'experts a été formé à la demande du MSSS afin de proposer une stratégie de priorisation des chirurgies dans le contexte de la pandémie actuelle, et celui-ci s'est rencontré à six reprises. La revue de littérature a servi de base aux discussions, et les concepts constituant le protocole ont été dégagés par consensus.

Processus de participation

Outre les auteurs, sept personnes ont participé à la définition des processus décisionnels proposés et ont validé le système de priorisation. Ces personnes sont des chirurgiens, une radiooncologue, une hémato-oncologue, et plusieurs ont des responsabilités au MSSS ou dans des associations professionnelles. Cinq autres personnes ont révisé le document, provenant aussi des milieux cliniques et ayant des responsabilités au MSSS ou dans des associations professionnelles. Enfin, le document a été révisé et commenté par cinq patients-partenaires.

Application du système de priorisation

Deux éléments importants sont à définir préalablement à l'élaboration de tout système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie, soit 1) le type de chirurgies visé par le système, et 2) les ressources allouées à la chirurgie au regard de tous les besoins et de l'accès aux ressources professionnelles et matérielles en contexte de rareté.

Un système de classification des chirurgies aide à déterminer la priorisation des patients. Il permet également de favoriser des définitions communes. Le système présenté ici est basé sur une classification développée en Ontario[8]. Il est à noter qu'un système de priorisation applicable à tout type de chirurgie est actuellement en développement au Québec.

Ce système est :

Code de priorité clinique	Cibles d'accès, de la décision d'opérer à la date réelle d'opération
A	≤ 24 heures
B	≤ 14 jours
C	≤ 28 jours
D	≤ 90 jours
E	≤ 6 mois

Il est à noter que ce qui n'est pas une priorité élevée maintenant peut le devenir dans un avenir rapproché, obligeant les chirurgiens à établir un monitorage continu de leurs patients qui voient leur chirurgie reportée. La fréquence des suivis est déterminée par la condition de chaque patient.

Le présent système de priorisation vise à discerner, quand les ressources sont restreintes, la priorité relative de chaque patient en attente de chirurgie.

8 Cancer Care Ontario, « Target Wait Times for Cancer Surgery in Ontario », Avril 2006. https://www.cancercareontario.ca/en/content/target-wait-times-cancer-surgery-ontario

Discussion clinique en continu et niveau d'intervention médicale (NIM)[9]

Dans le contexte de la pandémie, la communication continue avec le patient affecté par le report de sa chirurgie revêt une importance encore plus grande qu'à l'habitude. Le présent chapitre rappelle les éléments jugés les plus importants dans les circonstances.

La communication continue entre le patient, les médecins, les soignants et les intervenants

En temps normal, comme en contexte de pandémie, il est important que le patient et ses proches demeurent informés en continu de l'évolution de leur condition, des interventions qui leur sont proposées selon leur condition, et que la discussion demeure ouverte. Même si la capacité d'adaptation aux volontés de chaque patient peut se trouver très limitée en contexte de pandémie, la transparence dans la communication est toujours centrale afin de conserver le lien de confiance entre le patient, ses proches et les soignants, et les intervenants dans une relation de partenariat, de même qu'avec l'ensemble du réseau. Cette pratique vise à réduire les effets psychologiques négatifs sur les patients et leurs proches liés au contexte de pandémie.

Un certain nombre de pistes de communications[10] peut être envisagé. Elles doivent chercher à :

- Réduire les effets psychologiques négatifs et des comportements contre-productifs liés à l'isolement en prenant en compte les besoins et les pratiques de socialisation du patient qui doivent être sécuritaires ;
- Augmenter l'efficacité clinique des interventions notamment en impliquant le patient dans les interventions ;
- Contribuer au bien-être des soignants en humanisant certaines des tâches des intervenants et soignants, et en optimisant leurs impacts ;
- Améliorer les soins offerts aux patients en allégeant la charge de travail des intervenants et soignants, et en diminuant les risques de contamination.

9 https://www.inesss.qc.ca/publications/consulter-une-publication/publication/les-niveaux-dintervention- medicale-niveaux-de-soins.html

10 Extrait de "Continuer à soutenir le partenariat patient dans le cadre de la crise sanitaire du COVID-19 au CHUM", Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public et Centre hospitalier universitaire de Montréal, 27 mars 2020.

Discussion avec le patient et/ou ses proches du niveau d'intervention médicale

Même en contexte de pandémie, la discussion avec le patient sur ses volontés demeure primordiale. Cette discussion doit, comme en temps normal, se faire pour arrimer les volontés du patient (et de ses proches ou de son représentant légal quand le patient n'a plus la capacité de décider pour elle/lui-même) en utilisant le jugement clinique du médecin qui offrira ce qui est médicalement requis selon la condition clinique du patient. Cette discussion tient toujours compte des ressources du réseau de la santé et des services sociaux disponibles et accessibles.

Les volontés des patients, l'obligation d'intervention et le consentement

Le NIM est indicatif. Il ne dispense pas le médecin de l'exercice de son jugement professionnel et du respect des normes cliniques. Chaque soin qu'il juge requis et qu'il propose nécessite l'obtention du consentement du patient ou de son représentant s'il est inapte à consentir aux soins. Un soin qui ne serait pas indiqué médicalement ne devrait pas être prodigué.

Les NIM ne sont pas l'offre d'un soin en particulier. Si aucun soin n'est proposé, aucun consentement n'est requis. L'abstention ou la non-initiation d'un traitement ne requiert pas en principe de consentement. Elle doit certes se justifier en regard de certains critères davantage cliniques, mais ne requiert pas l'aval du patient ou de sa famille.

Sur le processus décisionnel entre le patient et le médecin, à la recherche du soin le plus approprié pour ce patient, à un moment de sa vie, et de l'évolution de sa maladie :

http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2008-10-01-fr-pour-des-soins-appropries-au- debut-tout-au-long-et-en-fin-de-vie.pdf

Sur le consentement, les NIM, les DMA et les autres outils d'expression des volontés concernant les soins :

http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux- soins.pdf

Suivi en continu avec le patient

Dans le contexte de la pandémie où la priorité chirurgicale est perturbée par le manque de ressources humaines et matérielles, une communication en continu avec les patients est essentielle. La communication en continu entre le chirurgien et le patient est cruciale parce que l'évolution clinique de chaque patient peut être anticipée, mais ne peut être prédite, et que chaque patient doit être informé s'il aura bientôt sa chirurgie ou non. Les patients doivent aussi obtenir l'information pertinente concernant leur condition de santé et les risques associés au report de leur chirurgie ou d'attraper la COVID-19 en se présentant à l'hôpital. Ils doivent aussi comprendre les bénéfices et risques associés à l'offre d'un traitement alternatif le cas échéant.

Une vigilance accrue et faite sur une base régulière est indispensable dans les circonstances afin de ne pas échapper un cas qui deviendrait urgent, où un patient n'aurait pas osé signaler l'aggravation de sa condition. D'où l'importance que la communication se fasse dans les deux sens, soit que le chirurgien garde contact avec le patient, et que ce dernier puisse rejoindre le chirurgien au besoin. Chaque chirurgien est responsable de la communication continue avec ses patients et d'être joignable.

Ce suivi en continu offre aussi l'occasion de répondre aux questions et préoccupations du patient ou de ses proches, et de le rassurer. Cette communication en continu favorise le développement d'une relation de partenariat patient-soignant dans laquelle chacun tente de comprendre et de rejoindre l'autre. De plus, chaque patient doit avoir accès à des soins appropriés selon ce qui est disponible et possible à chaque moment.

Quelle que soit la condition clinique d'un patient en attente de chirurgie, un NIM[11] doit toujours être établi avant une chirurgie. De plus, le NIM doit être réévalué avec le patient ou ses proches lorsque la condition clinique du patient change afin que les interventions demeurent toujours celles qui sont appropriées dans les circonstances après discussion avec le patient. La question de la réanimation cardio-respiratoire doit aussi être évaluée dans le contexte de la condition actuelle du patient.

11 https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Formulaire_NiveauxdeSoins_RCR.pdf
Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires
Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités
Objectif C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie
Objectif D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie

Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie

Le système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en contexte de pandémie est découpé en quatre grandes étapes avant le retour à la normale, tel que résumé dans le tableau suivant :

Étape	Système de priorisation	Principes
Capacité de production		
1	Objectif : déterminer le maximum de ressources qui peuvent être à l'œuvre en chirurgie en respectant les directives ministérielles et la situation régionale et nationale liée à la COVID-19	Maximisation des bénéfices pour la population Protection du personnel
Prétriage		
2	Objectif : ne prioriser, à l'étape suivante, que les patients qui devraient avoir une chirurgie en contexte de pandémie et orienter les autres patients vers les soins appropriés tout en les réévaluant régulièrement	Efficience Proportionnalité Non-malfaisance Équité
Triage		
3	Objectif : dans le contexte où les ressources chirurgicales sont réduites, prioriser les patients (toute spécialité confondue) devant être opérés selon des critères cliniques : • Les plus à risque pour leur survie ; • Les patients approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus ; • Requérant le moins de temps opératoire et de ressources possibles ; • Ayant le plus de chances de récupérer rapidement. Ces critères deviennent moins restreignants quand les ressources du bloc opératoire augmentent	Maximisation des bénéfices Équité
Programme opératoire		
4	Objectif : construire le programme du bloc opératoire en joignant la capacité quotidienne du bloc opératoire avec la liste priorisée de patients (toute spécialité confondue) pour déterminer quelles salles seront ouvertes et les patients opérés	Maximisation des bénéfices Efficience Proportionnalité Non-malfaisance
Retour à la normale		
5	Au retour à la normale, poursuivre l'application de ce système de priorisation, en incluant 10 % des cas moins prioritaires dans le programme opératoire, jusqu'à ce que la liste d'attente soit similaire à celle d'avant la pandémie	Efficience Proportionnalité Non-malfaisance Équité

Les sections suivantes présentent un processus pour chacune de ces étapes.

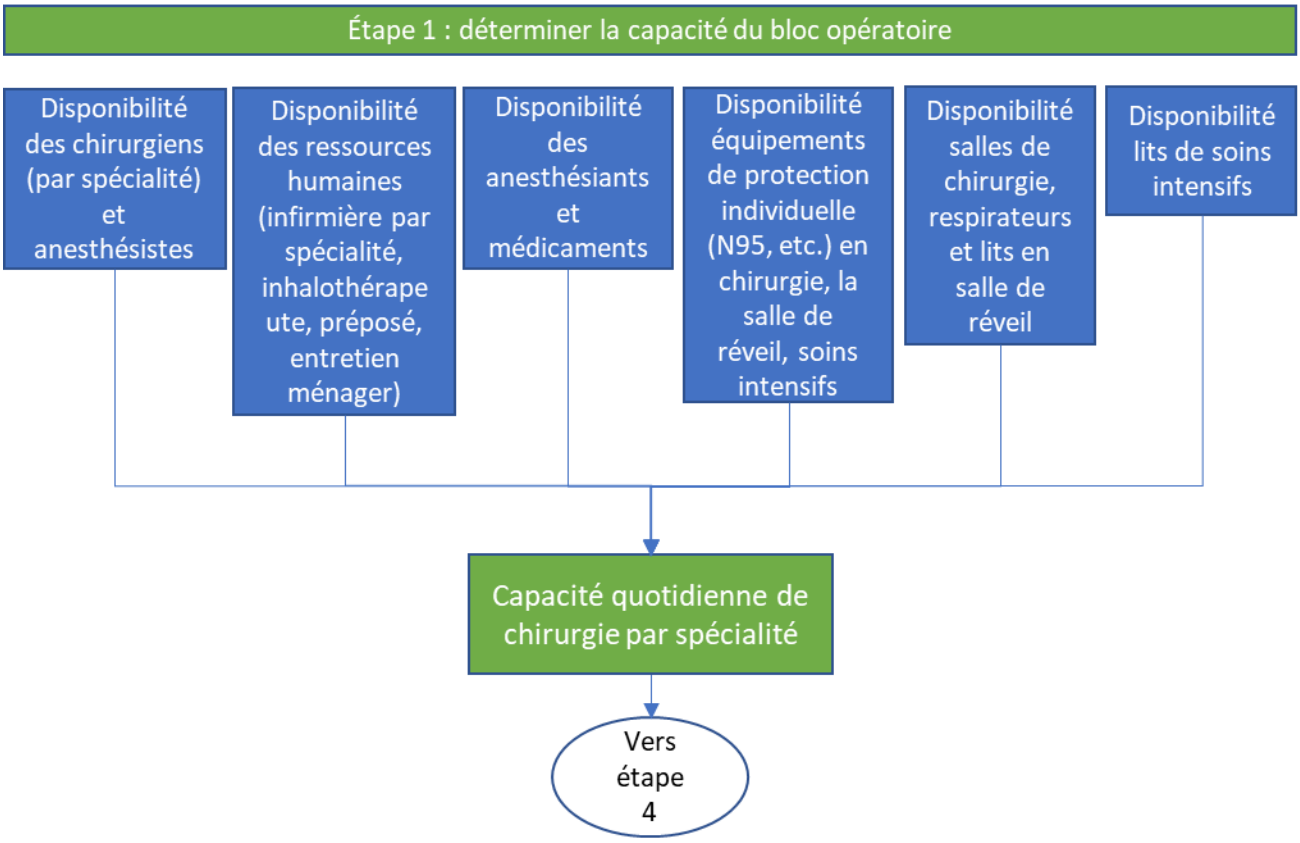
Déterminer la capacité de production du bloc opératoire

L'objectif de cette étape est de déterminer pour chaque jour le maximum de ressources qui peuvent être mises en œuvre en chirurgie en respectant les directives ministérielles et la situation régionale et nationale liée à la COVID-19.

La capacité quotidienne du bloc est établie en fonction des ressources humaines et matérielles spécifiques au bloc. Il est entendu qu'un programme chirurgical doit normalement être déterminé quelques jours à l'avance afin d'avertir les patients et de les préparer adéquatement. Dans un contexte de pandémie, les principes de maximisation des bénéfices et d'efficience demandent de réaliser le maximum d'interventions avec les ressources disponibles. Les conséquences négatives sont que le programme opératoire peut être déterminé en laissant beaucoup moins de temps de préparation aux patients, et qu'il doive être modifié à la dernière minute suite à des contraintes imprévues de ressources. Les patients subiront ces conséquences négatives qui seront une source supplémentaire de stress si leur chirurgie est à nouveau annulée. Ces risques de conséquences négatives pour les patients peuvent être acceptables au regard du bénéfice de tenter de traiter le plus grand nombre avec les ressources disponibles. Les conséquences négatives peuvent être limitées par une communication transparente telle que présentée précédemment.

Il est aussi à considérer qu'un travail d'optimisation des ressources humaines et matérielles disponibles au bloc opératoire est nécessaire en continu. De même, la communication en continu et la concertation dynamique entre les intensivistes et les chirurgiens sont nécessaires pour discuter des besoins des patients et trouver l'équilibre entre les ressources allouées à la chirurgie et aux soins intensifs.

L'utilisation de la salle d'opération réservée aux urgences doit aussi être questionnée. Une telle salle est nécessaire pour sauver la vie de patients quand le temps de réaction est de moins d'une heure, que ce soit pour une césarienne ou pour toute autre condition clinique d'urgence. Cependant, il faut déterminer l'équilibre entre le bénéfice de réaliser de courtes interventions dans cette salle et le risque qu'elle ne soit pas disponible en temps si une urgence advient.



La détermination de la capacité du bloc opératoire doit se faire en considérant les ressources disponibles et en les optimisant. Ces ressources sont le matériel, les équipements de protection individuelle, les médicaments et l'accès aux ressources d'établissements voisins ou d'autres régions qui pourraient être moins affectées par la pandémie. Tout en considérant le risque de transférer un patient d'une région affectée vers une région moins touchée, il est important de considérer l'équilibre entre les conséquences pour les patients de ne pas avoir accès à la chirurgie et le risque de propagation du virus. Dans ce contexte, le transfert de ressources matérielles d'une région à l'autre est plus facilement réalisable. Le transfert de ressources humaines est aussi une possibilité à considérer afin de maintenir une équité d'accès aux soins pour l'ensemble de la population.

La capacité quotidienne de chirurgie par spécialité sert par la suite à déterminer le programme opératoire (étape 4) après avoir réalisé les étapes de prétriage et triage des patients

Rôles et responsabilités

La gestionnaire du bloc opératoire, de concert avec le Directeur des services professionnels et du chef du département de chirurgie, a la responsabilité de déterminer cette capacité quotidienne du bloc opératoire.

Prétriage

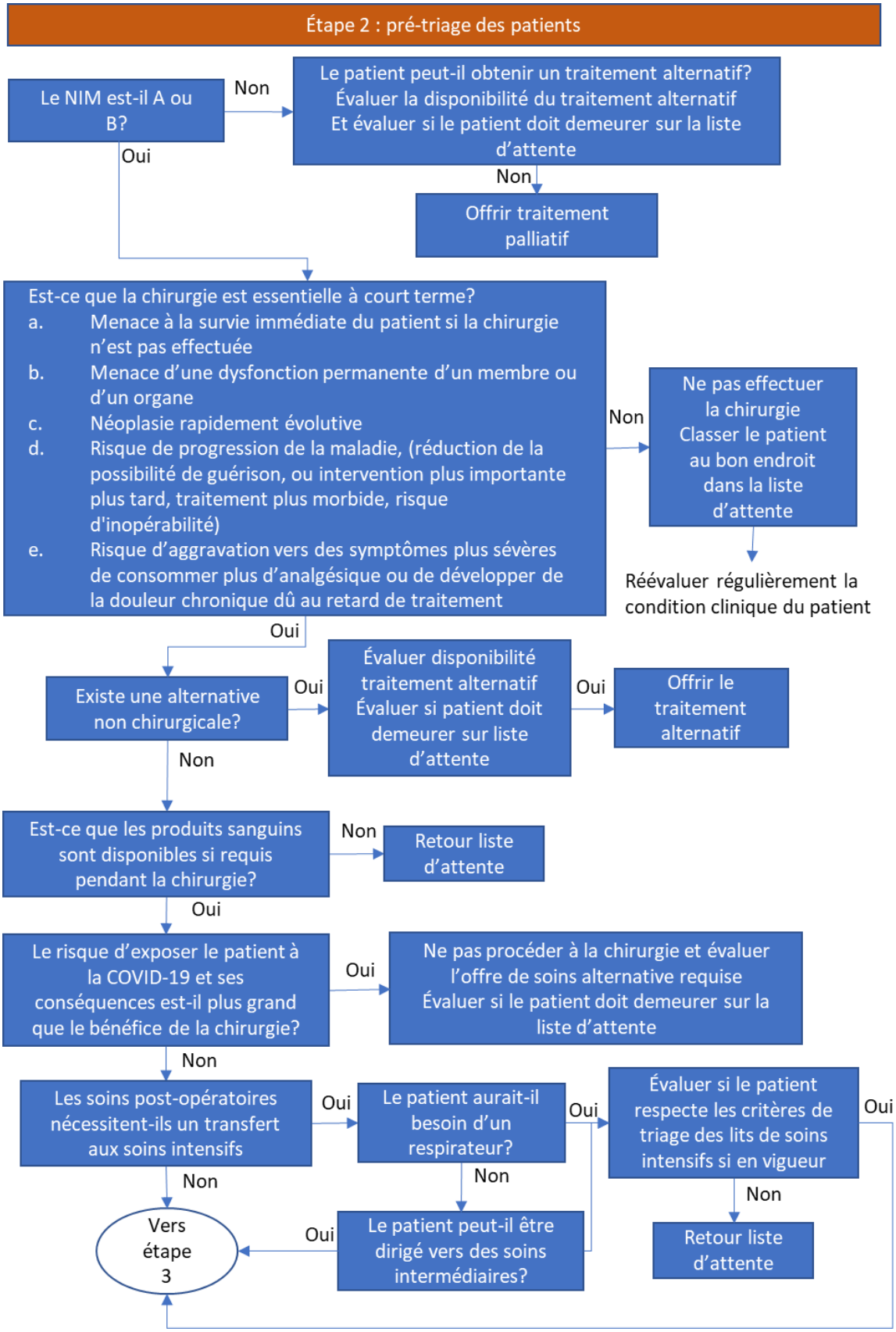
L'objectif du prétriage est de ne prioriser, à l'étape suivante, que les patients qui devraient avoir une chirurgie en contexte de pandémie et orienter les autres patients vers d'autres soins les plus appropriés dans les circonstances tout en les réévaluant régulièrement.

- La séquence du prétriage, durant la phase de pandémie et lors du retour aux activités normales, est : Selon le principe de maximisation des bénéfices pour la population, offrir une chirurgie aux patients dont le NIM est A ou B12 ;
- Selon le même principe, en plus des chirurgies urgentes, offrir une chirurgie aux patients dont la condition clinique tombe dans les catégories A (< 24 h), B (< 14 j) et C (< 28 j) ;
- Offrir une chirurgie quand :
    - Aucun autre traitement alternatif n'est possible ou disponible ;
    - Le risque d'exposer le patient à la COVID-19 et ses conséquences est plus faible que le bénéfice de la chirurgie ;
    - Un lit de soins intensifs est disponible s'il est possible que le patient en requière un, et que, si le protocole de triage des soins intensifs est en vigueur, ce patient respecte les critères de triage pour l'accès aux lits de soins intensifs appliqués au moment de la chirurgie ;
    - L'accès aux produits sanguins est possible si requis.

Pour les choix faits dans cette séquence, il est important de s'assurer que chaque patient :

- Reçoive des soins appropriés dans les circonstances ;
- Soit suivi régulièrement, au moins par téléphone, par le chirurgien afin de pouvoir rassurer le patient et répondre à ses questions, de même que pour déterminer si sa condition clinique se maintient ou s'aggrave; l'intervalle entre chacun de ces appels doit être déterminé pour chaque patient selon sa condition ;
- Dans le même sens, le moyen de joindre le chirurgien doit être précisé et ce dernier doit être joignable afin que le patient puisse l'aviser si sa condition clinique change, et s'il a des inquiétudes.

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


Étape 2 : pré-triage des patients
Le NIM est-il A ou B?
Non
Le patient peut-il obtenir un traitement alternatif? Évaluer la disponibilité du traitement alternatif Et évaluer si le patient doit demeurer sur la liste d'attente
Oui
Non
Offrir traitement palliatif
Est-ce que la chirurgie est essentielle à court terme?
a. Menace à la survie immédiate du patient si la chirurgie n'est pas effectuée
b. Menace d'une dysfonction permanente d'un membre ou d'un organe
c. Néoplasie rapidement évolutive
d. Risque de progression de la maladie, (réduction de la possibilité de guérison, ou intervention plus importante plus tard, traitement plus morbide, risque d'inopérabilité)
e. Risque d'aggravation vers des symptômes plus sévères de consommer plus d'analgésique ou de développer de la douleur chronique dû au retard de traitement
Non
Ne pas effectuer la chirurgie Classer le patient au bon endroit dans la liste d'attente
Réévaluer régulièrement la condition clinique du patient
Oui
Existe une alternative non chirurgicale?
Oui
Évaluer disponibilité traitement alternatif Évaluer si patient doit demeurer sur liste d'attente
Oui
Offrir le traitement alternatif
Non
Est-ce que les produits sanguins sont disponibles si requis pendant la chirurgie?
Non
Retour liste d'attente
Oui
Le risque d'exposer le patient à la COVID-19 et ses conséquences est-il plus grand que le bénéfice de la chirurgie?
Oui
Ne pas procéder à la chirurgie et évaluer l'offre de soins alternative requise Évaluer si le patient doit demeurer sur la liste d'attente
Non
Les soins post-opératoires nécessitent-ils un transfert aux soins intensifs
Oui
Le patient aurait-il besoin d'un respirateur?
Oui
Évaluer si le patient respecte les critères de triage des lits de soins intensifs si en vigueur
Oui
Non
Vers étape 3
Oui
Le patient peut-il être dirigé vers des soins intermédiaires?
Non
Retour liste d'attente

Rôles et responsabilités

Plusieurs personnes sont impliquées dans cette étape de prétriage et ont des responsabilités qui s'appliquent séquentiellement.

Chaque chirurgien avec la collaboration de ses collègues médecins spécialistes

Le prétriage est, dans un premier temps, la responsabilité du chirurgien avec la collaboration de ses collègues médecins spécialistes. Le premier point à déterminer est le NIM du patient. Si cette discussion n'a pas eu lieu, le chirurgien doit l'entreprendre. Le NIM doit aussi être réévalué avec le patient et ses proches si le chirurgien considère que le NIM ne semble pas correspondre à la condition clinique du patient.

Dans un second temps, le chirurgien, avec la collaboration de ses collègues médecins spécialistes, doit colliger les informations cliniques nécessaires pour répondre aux questions du processus décisionnel du prétriage et du triage. Chaque chirurgien doit pouvoir justifier[13] les raisons qui le guident dans la priorisation de ses patients en attente.

Tout au long de cette évaluation, il est primordial de maintenir un lien étroit avec chaque patient et ses proches vu le contexte extraordinaire.

Chaque chirurgien, en concertation avec ses collègues médecins spécialistes, doit établir la priorisation de ses patients et évaluer si un traitement alternatif est disponible, le risque que présente une chirurgie en contexte de pandémie pour chaque patient, et la capacité de réaliser cette chirurgie dans les conditions du moment (accès à un lit de soins intensifs ou intermédiaires, aux produits sanguins envisagés, et à tout matériel et équipement requis). Dans le cas des patients ayant un cancer, chaque cas complexe devrait être discuté au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) [14] afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices. Les chirurgiens peuvent aussi se référer aux :

« Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 »[15] produites en collaboration avec l'INESSS.

Chef de service d'une spécialité chirurgicale

Un des rôles du chef de service de chaque spécialité chirurgicale est de soutenir les chirurgiens à travers ces évaluations et décisions prises en contexte de pandémie, sachant que celles-ci interpellent les valeurs de chaque clinicien.

13 Une approche éthique ne se limite pas à choisir comment faire pour bien faire, il faut aussi pouvoir justifier le choix fait.

14 https ://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

15 Ibid

Il est de la responsabilité du chef de service d'établir, au préalable à l'étape de prétriage et avec ses collègues et médecins spécialistes, l'offre de services alternative à offrir dans les cas où un patient ne se verrait pas offrir la chirurgie dans le contexte de pandémie. La détermination de cette offre est importante afin qu'elle soit accessible rapidement et que ces services soient déjà arrimés avant de les proposer aux patients.

Triage

La priorisation des patients qui auront accès à une chirurgie est un processus dynamique et continu qui s'adapte aux changements dans le réseau et à la capacité du moment. La condition de chaque patient pouvant changer et la disponibilité des ressources nécessaires à la chirurgie pouvant varier dans le temps, il est nécessaire d'établir un programme opératoire assez à l'avance pour avertir les patients et préparer les ressources, mais également agile pour s'ajuster rapidement aux conditions qui peuvent fluctuer à tout moment.

La priorisation des patients se fait en deux temps réalisés séquentiellement, soit :

- Par spécialité chirurgicale ;
- Toutes spécialités confondues en créant une seule liste à partir des listes par spécialité.

Critères cliniques

L'étape de prétriage retient les patients pour qui la chirurgie est essentielle à court terme en respectant les critères cliniques suivants :

1. Menace à la survie immédiate du patient si la chirurgie n'est pas effectuée ;
2. Menace d'une dysfonction permanente d'un membre ou d'un organe ;
3. Néoplasie rapidement évolutive ;
4. Risque de progression de la maladie (réduction de la possibilité de guérison, ou intervention plus importante plus tard, traitement plus morbide, risque d'inopérabilité) ;
5. Risque d'aggravation vers des symptômes plus sévères de consommer plus d'analgésique ou de développer de la douleur chronique dus au retard de traitement.

L'étape de triage vise à choisir les patients qui auront leur chirurgie parmi un grand nombre de cas prioritaires retenus au prétriage et pour qui un traitement alternatif équivalant ou ayant des résultats similaires n'est pas une solution possible ou ne peut que faire gagner un peu de temps.

Après s'être assuré que la liste des patients à la fin du prétriage considère la capacité des autres services cliniques dans l'offre globale de soins (p.ex. radiothérapie, réadaptation, etc.), le triage se base sur des critères suivants :

- Les plus à risque pour leur survie ;
- Approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus ;

- Requérant le moins de temps opératoire et de ressources possibles :
    - Lorsque les ressources chirurgicales sont les plus restreintes, et en vue de maximiser les bénéfices pour le plus grand nombre, les cas requérant lemoins de temps opératoire et de ressources sont d'abord priorisés sans négliger les cas les plus à risque et requérant plus de temps et de ressources; quand les ressources chirurgicales deviennent plus disponibles, ce critère devient plus ouvert dans la priorisation des patients, ce qui permet l'équité ;
- Ayant le plus de chances de récupérer rapidement :
    - Lorsque les ressources chirurgicales sont les plus restreintes, les patients ayant plus de chances de récupérer rapidement sont priorisés (classification ASA[16] basse); quand les ressources chirurgicales deviennent plus disponibles, les cas priorisés sont ceux qui ont de bonnes chances de récupérer (classification ASA basse à moyenne).

L'évaluation des critères cliniques, dont l'évaluation des dates acceptables et maximales de chirurgie pour chaque spécialité, doit se baser sur des données probantes et sur l'avis de sociétés savantes.

Jugement clinique pour appliquer les critères et diagramme de Gantt

Ces critères plus restrictifs sont appliqués quand les ressources nécessaires à la chirurgie sont les plus réduites. Ces critères deviennent plus ouverts au fur et à mesure que les ressources redeviennent disponibles, et ce jusqu'au retour à la normale. Un diagramme de Gantt (exemple à l'annexe C) est un outil permettant de présenter simplement et de visualiser facilement l'ensemble des données afin de prioriser les patients (par spécialité d'abord et toutes spécialités confondues par la suite). Chacun des critères est à évaluer et la décision est laissée au jugement clinique du/des chirurgiens (voir rôles et responsabilités ci-bas).

Lorsque les ressources en chirurgie sont les plus restreintes, les choix se basent sur le principe de maximisation des bénéfices pour la population. Plus les ressources allouées à la chirurgie augmenteront, plus les choix se baseront sur des critères cliniques plus larges, et plus il deviendra important de considérer progressivement le retour à la normale et de soigner les plus malades dans un souci d'équité.

Critères supplémentaires

Lorsque des patients présentent des conditions cliniques similaires, il peut être nécessaire d'appliquer des critères de priorisation secondaires. Ces critères répondent à différents raisonnements éthiques. À chance de survie égale, on peut suivre une logique basée sur les principes suivants :

- **Le cycle de vie** : ce critère permet de favoriser le traitement de personnes présentant un plus grand nombre d'étapes de vie devant elles. Ce critère permet de considérer à la fois l'âge et l'espérance de vie (Biddison 2018). Le critère du cycle de vie est d'un intérêt particulier dans le contexte de pandémie. Il permet de prioriser les personnes présentant un plus grand nombre d'années de vie devant elles avec leur condition clinique actuelle dans le cas où l'âge ne serait pas déterminant pour la survie. Ce principe ne favorise pas

16 Classification détaillée à l'annexe B.

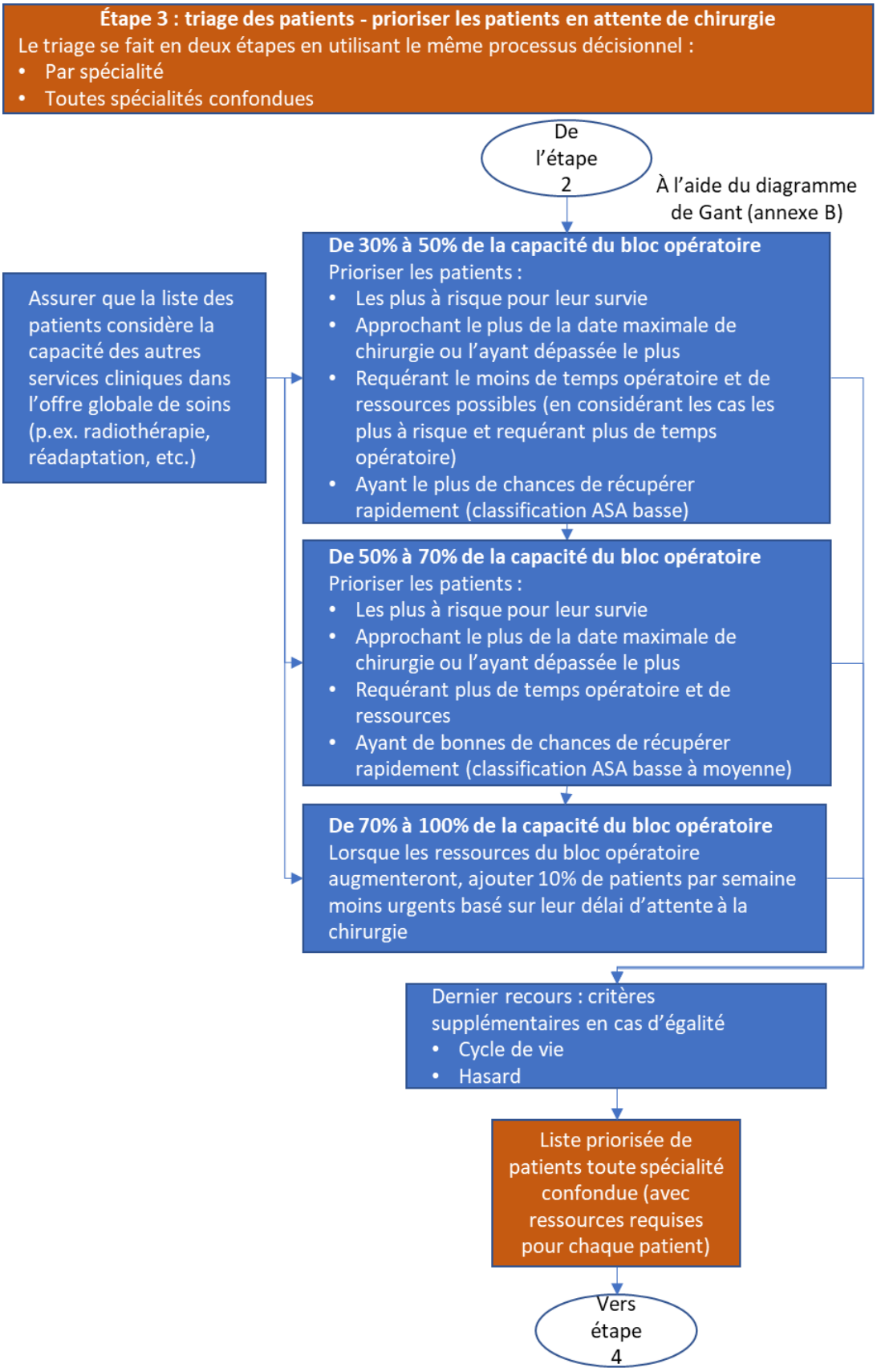
les plus jeunes par rapport aux plus vieux en terme absolu, mais, entre deux personnes ayant un même pronostic clinique, il donne plutôt priorité à la personne qui se trouve à un stade de vie moins avancé ou qui présente moins de risques de mortalité dans le contexte pandémique.

- **Le hasard :** lorsque tous les autres critères de priorisation ne permettent pas de déterminer qu'une personne puisse être favorisée sur une autre, le principe de justice nous recommande d'appliquer la randomisation. Cette approche permet de respecter l'égalité des chances entre individus (Winsor &al 2015; Farmer 2012).

Dans ce contexte, l'âge du patient est inscrit dans le diagramme de Gantt. Ce critère sert d'abord à des fins cliniques, l'âge du patient étant un facteur prédictif de sa capacité de récupérer rapidement. De plus, si le critère supplémentaire de cycle de vie était utilisé, l'âge du patient deviendrait un facteur à considérer pour l'établir.

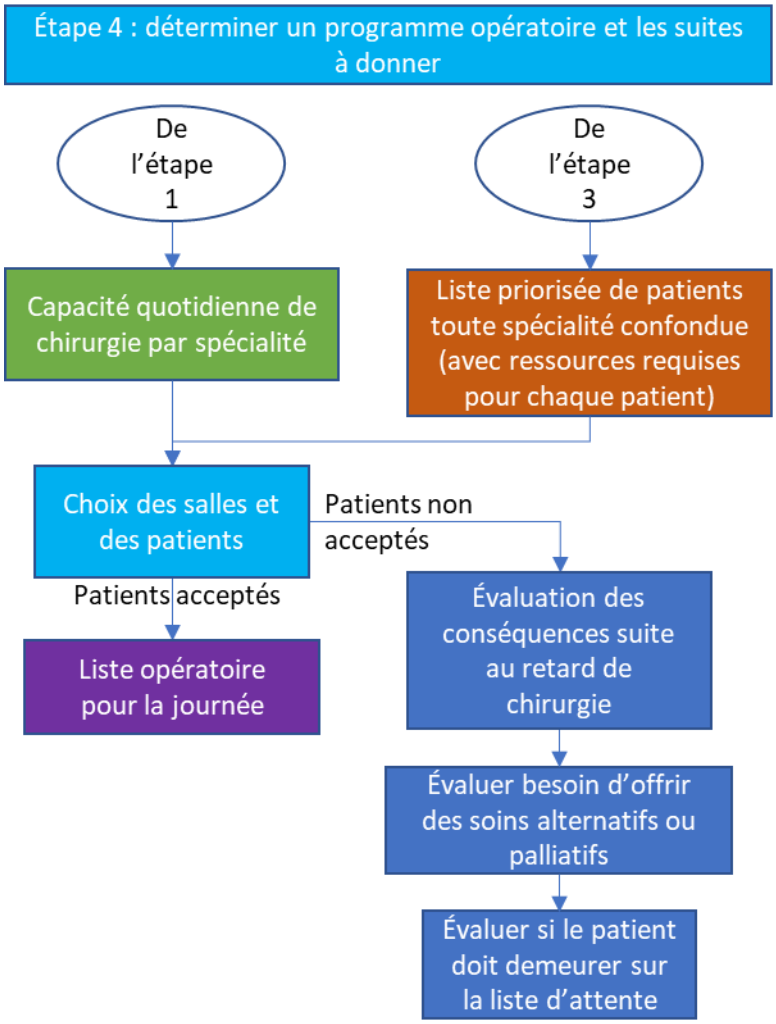
Rôles et responsabilités

Pour la priorisation des patients par spécialité et globalement, de même que pour établir le programme opératoire, les rôles et responsabilités sont les mêmes et décrits à la section suivante.


Étape 3 : triage des patients - prioriser les patients en attente de chirurgie
Le triage se fait en deux étapes en utilisant le même processus décisionnel :
• Par spécialité
• Toutes spécialités confondues
De l'étape 2
À l'aide du diagramme de Gant (annexe B)
Assurer que la liste des patients considère la capacité des autres services cliniques dans l'offre globale de soins (p.ex. radiothérapie, réadaptation, etc.)
De 30% à 50% de la capacité du bloc opératoire
Prioriser les patients :
• Les plus à risque pour leur survie
• Approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus
• Requérant le moins de temps opératoire et de ressources possibles (en considérant les cas les plus à risque et requérant plus de temps opératoire)
• Ayant le plus de chances de récupérer rapidement (classification ASA basse)
De 50% à 70% de la capacité du bloc opératoire
Prioriser les patients :
• Les plus à risque pour leur survie
• Approchant le plus de la date maximale de chirurgie ou l'ayant dépassée le plus
• Requérant plus de temps opératoire et de ressources
• Ayant de bonnes de chances de récupérer rapidement (classification ASA basse à moyenne)
De 70% à 100% de la capacité du bloc opératoire
Lorsque les ressources du bloc opératoire augmenteront, ajouter 10% de patients par semaine moins urgents basé sur leur délai d'attente à la chirurgie
Dernier recours : critères supplémentaires en cas d'égalité
• Cycle de vie
• Hasard
Liste priorisée de patients toute spécialité confondue (avec ressources requises pour chaque patient)
Vers étape 4

Déterminer un programme opératoire

Le programme opératoire est construit pour chaque jour en joignant la capacité quotidienne de chirurgie par spécialité et la liste priorisée de patients (toute spécialité confondue) tout en considérant les ressources requises pour chaque patient. Le jugement clinique est utilisé pour faire des choix éclairés à cette étape et rendre efficientes les ressources investies en chirurgie chaque jour.



À cette étape, nombre de patients ne seront pas sélectionnés et continueront d'attendre leur chirurgie, fort probablement avec une inquiétude et un stress grandissant avec le temps. Pour chacune de ces personnes, le maintien d'un lien est important pour évaluer avec eux les conséquences tant cliniques qu'émotionnelles du retard qui se cumule. C'est la responsabilité de chaque chirurgien d'avoir un contact régulier avec chaque patient.

Rôles et responsabilités

Chaque chirurgien avec la collaboration de ses collègues médecins spécialistes

Chaque chirurgien ayant établi la liste des cas prioritaires de sa liste d'attente, le triage par spécialité chirurgicale doit être déterminé par les chirurgiens de cette spécialité pour constituer la liste de patients à opérer pour cette spécialité. Le consensus entre chirurgiens de cette spécialité est visé à cette étape et chacun doit pouvoir justifier les choix qu'il propose. L'évaluation des critères cliniques, dont l'évaluation des dates acceptables et maximales de chirurgie pour chaque spécialité, doit se baser sur des données probantes, sur l'avis de sociétés savantes, et sur les recommandations du programme de cancérologie du MSSS[17]. Dans le cas des patients oncologiques, la priorisation peut se baser sur les recommandations du Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

De même que lors du prétriage, quelle que soit la priorité accordée à un patient, il est primordial de maintenir un lien étroit avec chaque patient et ses proches tout au long du processus d'orientation dans ce contexte extraordinaire. C'est la responsabilité de chaque chirurgien (voir *Suivi en continu avec le patient* au chapitre 5 pour plus de détails).

Chef de service d'une spécialité chirurgicale et arbitrage

Le rôle du chef de service de chaque spécialité chirurgicale est de soutenir les chirurgiens à travers ces évaluations et décisions prises en contexte de pandémie et qui interpellent les valeurs de chacun. En privilégiant le consensus, il peut avoir à arbitrer la priorité accordée à un patient quand les collègues n'arrivent pas à un consensus. Cet arbitrage se fait d'abord en tentant de concilier les points de vue en se basant sur les critères cliniques et en les justifiant. Si une solution ne peut ainsi être trouvée ou que plusieurs patients présentent des conditions semblables, les critères supplémentaires, soit le cycle de vie et le hasard, sont utilisés pour déterminer le choix final. Pour soutenir l'équipe de chirurgiens pour faire ces choix difficiles, la participation d'une ou d'un éthicien, ou d'une personne ne provenant pas du bloc opératoire et ayant des compétences en matière de raisonnement éthique peut soutenir le processus décisionnel et la justification des décisions.

L'offre de services alternative, dont l'identification préalable incombe au chef de service et aux chirurgiens de chaque spécialité, peut avoir à être offerte aux patients qui ne se voient pas offrir une chirurgie. L'équipe de chirurgiens d'une spécialité, de concert avec leurs collègues médecins spécialistes, doit s'assurer que tout patient ait accès à des soins.

17 https : //www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Comité de surveillance des activités chirurgicales

Selon la directive du MSSS[18], chaque établissement a mis en place un comité de surveillance des activités chirurgicales. Ce comité doit être décisionnel sur la production d'un programme opératoire restreint en cohérence avec les autres directives et il doit se rencontrer de façon quotidienne. La composition du comité doit, au minimum, comprendre les personnes suivantes et se rapporter à la Direction des services professionnels de l'établissement :

- Un chirurgien ;
- Un anesthésiologiste ;
- Un gestionnaire du bloc opératoire ;
- Un obstétricien-gynécologue ;
- Un gestionnaire de la planification chirurgicale ;
- Un coordonnateur médical du bloc, si applicable.

La participation d'une ou d'un éthicien, ou d'une personne ne provenant pas du bloc opératoire et ayant des compétences en matière de raisonnement éthique peut soutenir le processus décisionnel.

Le présent système d'orientation de l'accès à la chirurgie identifie à ce comité la responsabilité de créer la liste opératoire, pour chaque jour, en jumelant les listes opératoires de chaque spécialité selon les critères de triage. En cas d'égalité, les critères supplémentaires peuvent être utilisés, soit le cycle de vie et le hasard.

Ce comité a aussi la responsabilité, afin de planifier un retour à la normale le plus rapidement possible quand les ressources seront rendues plus disponibles, et d'établir un plan de l'établissement pour traiter les patients qui ont vu l'accès à leur chirurgie retardé.

Participation des ressources en éthique clinique

Les chirurgiens, le chef de chaque service chirurgical, ou le comité de surveillance des activités chirurgicales peuvent faire appel au comité d'éthique clinique ou toute autre instance en éthique de leur établissement. L'éthicien (si présent) et les personnes ressources en éthique peuvent soutenir la prise de décision dans des situations où les choix et décisions sont difficiles, voire impossibles, à prendre.

18 Bloc opératoire, recommandations du 23 mars 2020. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/bloc-operatoire

Planification du congé du patient

Après la chirurgie, le patient retournera dans son milieu de vie. Afin d'assurer l'efficience de ce congé en contexte de pandémie, il doit être planifié en misant d'abord sur la capacité d'auto-soin du patient et de son entourage. Un programme d'éducation thérapeutique a en ce sens des bénéfices importants en minimisant le recours aux professionnels de la santé débordés dans les circonstances, et réduisant d'autant le risque de propagation du virus. De plus, un suivi du patient par télémédecine est efficient et minimise les risques pour tous.

Retour à la normale

Le retour vers la normale dans les activités cliniques sera décidé par le MSSS. La priorisation présentée ici tient compte de ces ajustements. Il est raisonnable de penser que le retour à la normale se fera sur une période dépassant largement la diminution du nombre de nouveaux atteints de la COVID-19. En effet, les retards accumulés en chirurgie seront importants et les conséquences sur les patients qui n'auront pas eu encore accès à leur chirurgie risquent d'avoir un impact sur le niveau de complexité de la chirurgie à effectuer et sur leur survie à long terme. Dans cette perspective, il est important de planifier la transition bien avant la fin de la pandémie afin de minimiser les conséquences négatives sur ces personnes.

Soutien psychosocial et moral à offrir en contexte de pandémie[19]

Le contexte extrême de pandémie crée des situations dans lesquelles les intervenants, mais aussi les usagers et leurs proches seront confrontés à des situations imprévues, hors de leur contrôle, et sortant de ce qui est normalement attendu. Parce que ces situations peuvent causer un stress allant jusqu'à la détresse morale, un soutien doit être organisé au préalable.

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

De telles expériences cliniques et l'application de tels processus décisionnels complexes, déchirants et répétés sont à proprement parler des événements à potentiel traumatique (EPT) pour les intervenants et soignants. Il est primordial que ceux-ci soient soutenus et qu'ils reçoivent un soutien adéquat en regard de leurs réactions psychologiques possibles à court, moyen et long terme.

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

19 Adapté de « Protocole de triage pour l'accès aux soins intensifs (adultes et pédiatriques) et l'allocation des ressources telles que les respirateurs en situation extrême de pandémie », MSSS, avril 2020.

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

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

1. Impliquer les services de consultation en éthique clinique et le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS soutenant les demandes d'aide médicale à mourir) de l'établissement ;
2. Impliquer des équipes psychosociales en soutien, que ce soit en CLSC ou à l'hôpital.

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

Soutien psychosocial aux usagers et familles lié au plan de pandémie

Le contexte de la pandémie crée la crainte de contracter la COVID-19 en se rendant à l'hôpital, et il est possible que le patient voie sa chirurgie retardée (sans même savoir quand elle pourrait avoir lieu) ou qu'un traitement alternatif lui soit offert. Ces sources d'inquiétudes et de stress s'ajoutent à celle que sa condition clinique s'aggrave avec le temps. Un patient peut même se voir offrir un traitement palliatif. Ces inquiétudes et les sentiments négatifs qui peuvent en découler touchent aussi les proches dans ce contexte non souhaitable en temps normal.

Suggestions de stratégie d'accompagnement des patients et des proches

Le premier niveau de soutien en attente de la chirurgie est offert par le chirurgien, tel que décrit dans le présent document. Ce dernier contacte régulièrement le patient et il est joignable si ce dernier a des questions ou des inquiétudes.

Le second niveau d'intervention est la référence vers les services psychosociaux de première ligne qui devront répondre dans un délai raisonnable à ce type de demande de consultation.

Le troisième niveau est la mise en place des mesures pour alléger la souffrance et le fardeau des proches lorsque le patient est hospitalisé pour sa chirurgie, soit :

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

2. Un soutien psychologique aux proches. Mettre en place un numéro de téléphone pour le soutien psychosocial aux proches avec des professionnels formés en la matière (pendant l'épisode de soins, mais aussi après l'annonce éventuelle d'un décès le cas échéant). La possibilité de discuter avec un intervenant spirituel devrait aussi être offerte lorsqu'en établissement. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour accompagner les proches dans leur détresse psychologique.
3. Une capacité de communication avec le patient. Fournir au patient un accès internet vidéo portable (téléphone intelligent, tablette, etc.) pour qu'il puisse voir ses proches, ou minimalement lui donner accès à un téléphone s'il n'a pas de téléphone cellulaire (fréquent chez les personnes âgées). Et si la mort est imminente, il faut favoriser la présence d'un proche en assurant sa sécurité ou minimalement donner la possibilité d'une dernière vidéo ou discussion par téléphone dans une atmosphère sereine. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser une personne (enfant ou adulte) mourir seule.
4. Une page web dynamique d'informations spécifiques à la situation. Offrir un support informationnel web à l'intention des proches pour leur communiquer des informations valides relatives aux types de soins prodigués, l'état des services, les procédures et protocoles en place, le développement général de la situation, des messages de réconfort, des liens vers des services connexes pouvant aller du commissaire aux plaintes à des services de soutien complémentaires pertinents, etc.

Dans tous les cas trouver les moyens nécessaires pour que les proches aient accès en tout temps à de l'information pertinente sur les services cliniques offerts.

Conclusion et recommandations

Le système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie vise à soutenir l'orientation de chaque patient dans un contexte exceptionnel. Les principes qui guident l'orientation sont : la maximisation des bénéfices, la proportionnalité, la non-malfaisance, l'équité, la réciprocité, l'agilité ainsi que la protection des intervenants et de la population.

Le système est divisé en quatre étapes séquentielles, soit (1) la détermination de la capacité du bloc opératoire, (2) le prétriage des patients, (3) le triage, et (4) la détermination du programme opératoire et des suites à donner à tous les patients, qu'ils aient accès ou non à la chirurgie. Chacune de ces étapes d'orientation des patients est soutenue par des critères cliniques. La complexité est très grande pour déterminer les cas les plus prioritaires qui peuvent être opérés avec les ressources disponibles du moment, en considérant toutes les spécialités chirurgicales et la condition de chaque patient. Les critères cliniques doivent guider les cliniciens dans ces choix, et leur jugement clinique demeure la seule façon d'embrasser cette complexité. Les rôles et responsabilités décrits spécifiquement à l'étape de prétriage et la détermination du programme opératoire et de ses mécanismes visent à soutenir ce travail, réalisé dans un contexte exceptionnel, et porté par un groupe de personnes dans chaque organisation.

Une nécessité transcende ce système, soit la communication en continu entre le chirurgien et le patient. L'évolution clinique de chaque patient peut être anticipée, mais ne peut être prédite, et chaque patient doit être informé s'il aura bientôt sa chirurgie ou non. Ce suivi en continu offre aussi l'occasion de répondre aux questions et préoccupations du patient ou de ses proches, et de le rassurer. Cette communication en continu favorise le développement d'une relation de

partenariat patient-soignant dans laquelle chacun tente de comprendre et de rejoindre l'autre. Cette communication doit se faire dans les deux sens, soit que le chirurgien garde contact avec le patient, et que ce dernier puisse rejoindre le chirurgien au besoin. De plus, chaque patient doit avoir accès à des soins, quels qu'ils soient, selon ce qui est disponible et possible à chaque moment.

Dans le contexte actuel de la pandémie à COVID-19, alors que l'accès aux services cliniques spécialisés et à la chirurgie est grandement réduit, les conséquences de cette réduction se feront ressentir longtemps après le retour à la normale dans plusieurs autres secteurs d'activité clinique. Les auteurs et les collaborateurs à la rédaction sont d'avis que le système de priorisation de l'accès à une chirurgie en situation de pandémie ne fera sens qu'en appliquant les recommandations suivantes :

- Appliquer dès maintenant ce système de priorisation par décret ministériel et uniformément à travers le Québec; vu les retards accumulés, ce système de priorisation sera utilisé pendant une longue période alors que les autres secteurs d'activité clinique seront quant à eux revenus à la normale ;
- Par solidarité à l'ensemble de la population, équilibrer dès maintenant (sur une base interétablissement, intra régionale et interrégionale) l'allocation des ressources de l'ensemble du réseau (humaines, matérielles, équipement de protection individuelle, médicaments); dans une perspective de maximisation des bénéfices et d'équité, l'équilibrage des ressources vise à ce que les patients ayant une condition clinique requérant des soins spécialisés critiques (COVID-19 ou non) y aient accès en évitant de ne prioriser que les résultats et les impacts sur les patients mesurables à court terme ;
    - Par exemple, conserver des lits de soins intensifs non utilisés en cas d'augmentation de la demande de patients COVID-19 et en ne restreignant pas l'accès aux soins intensifs, résulte en des retards d'accès à la chirurgie; les patients sous respirateurs sont aussi de grands consommateurs d'anesthésiants, restreignant beaucoup l'accès à la chirurgie; à cet effet, la communication en continu et la concertation dynamique entre les intensivistes et les chirurgiens sont nécessaires pour discuter des besoins des patients et trouver l'équilibre entre les ressources allouées à la chirurgie et aux soins intensifs ;
    - Autre exemple, la situation ponctuelle dans chaque installation peut faire que des patients ont un retard significatif d'accès à la chirurgie avec des impacts importants sur leur espérance de survie à long terme avec une morbidité accrue, tandis que dans un autre établissement, des patients beaucoup moins à risque auront accès à une chirurgie ;
- Planifier le plus tôt possible le retour à la normale en chirurgie afin d'arrêter de cumuler des retards dans l'accès à la chirurgie qui auront des conséquences à long terme sur ces patients ;
- Planifier le plus tôt possible un accroissement temporaire de la production en chirurgie pour tenter de rattraper le retard en considérant les limites humaines pour ne pas épuiser les chirurgiens, anesthésistes, infirmières, inhalothérapeutes, ainsi que tout le personnel de soutien.

Références

Assistance Secretary for Preparedness and response- Tracie. Mass Casualty Trauma Triage: Paradigms and Pitfalls. U.S Department of Health& Human Services,; 2019. Disponible à : https://asprtracie.hhs.gov/technical-resources/resource/7082/mass-casualty-trauma-triage-paradigms-and-pitfalls.

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

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

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

Ohio Depertment of Health. Essential Versus Non-Essential Surgeries COVID-19 Checklist. 2020. Disponible à : https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/checklists/english-checklists/essential-versus-non-essential-surgeries-covid-19-checklist (consulté le 7 avril).

Stahel, P.F., (2020), « How to risk-stratify elective surgery durint the COVID019 pandemic? », Patient Safety in Surgery, 14 :8, https://doi.org/10.1186/s13037-020-00235-9.

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

Annexe A : Littérature grise et sites web consultés

Littérature grise

Canada

- Santé Canada (https://www.canada.ca/fr/sante-canada.html)
- Agence de la santé publique du Canada (https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html)
- Sites web des ministères provinciaux de la santé

Australie

- Australian Government- Department of Health (https://www.health.gov.au/)

États-Unis

- Agency for Healthcare Research and Quality (https://www.ahrq.gov/)
- American College of Surgeons (https://www.facs.org/)
- Centres for Disease Control and Prevention-CDC (https://www.cdc.gov/)
- Centres for Medicare and Medicaid Services – CMS (https://www.cms.gov/)
- U.S. Department of Health & Human Services Healthcare Emergency Preparedness Information Gateway (https://asprtracie.hhs.gov/)

France

- Haute autorité de santé-HAS (https://www.has-sante.fr/portail/)
- Haut Conseil de la santé publique (https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Accueil)
- Ministère des Solidarités et de la Santé (https://solidarites-sante.gouv.fr/)

Grande-Bretagne

- National Institute for Health and Care Excellence-NICE (https://www.nice.org.uk/)
- National Health Services England- NHS ENGLAND (https://www.england.nhs.uk/)

Nouvelle-Zélande

- New Zealand Ministry of Health (https://www.health.govt.nz/)

Autres

- Journal of Medical Ethics-blog (http://blogs.bmj.com/medical-ethics/)
- International Severe Acute Respiratory and emerging Infection Consortium- ISARIC (https://isaric.tghn.org/)
- Nuffield Council on Bioethics (https://www.nuffieldbioethics.org/)
- The Hastings Center (https://www.thehastingscenter.org/)

Annexe B : Classification ASA[20]

Classification ASA	Définition	Exemples chez l'adulte, incluant, mais ne se limitant pas à :
ASA I	Un patient normal et en bonne santé	En santé, non-fumeur, pas ou peu de consommation d'alcool
ASA II	Un patient atteint d'une maladie systémique légère	Maladies légères seulement, sans limitations fonctionnelles importantes. Exemples : fumeur actuel, buveur d'alcool social, grossesse, obésité (30 < IMC < 40), DM/HTN bien contrôlé, maladie pulmonaire légère
ASA III	Un patient atteint d'une maladie systémique grave	Limitations fonctionnelles importantes ; une ou plusieurs maladies modérées à graves. Exemples : DM ou HTN mal contrôlé, BPCO, obésité morbide (IMC ≥40), hépatite active, dépendance ou abus d'alcool, stimulateur cardiaque implanté, réduction modérée de la fraction d'éjection, IRT soumis à une dialyse régulière, PCA du nourrisson prématuré < 60 semaines, antécédents (> trois mois) d'IM, AVC, IAT ou CAD/stents.
ASA IV	Un patient atteint d'une maladie systémique grave qui constitue une menace constante pour la vie	Exemples (non limitatifs) : infarctus récent (< trois mois), AVC, IAT, ou CAD/stents, ischémie cardiaque en cours ou dysfonctionnement valvulaire grave, réduction importante de la fraction d'éjection, septicémie, CIVD, DRA ou DSE ne faisant pas l'objet d'une dialyse régulière
ASA V	Un patient moribond qui ne devrait pas survivre sans l'opération	Exemples : rupture d'anévrisme abdominal/thoracique, traumatisme massif, hémorragie intracrânienne avec effet de masse, intestin ischémique en cas de pathologie cardiaque importante ou de dysfonctionnement de plusieurs organes/systèmes
ASA VI	Un patient déclaré en état de mort cérébrale dont les organes sont prélevés à des fins de don	

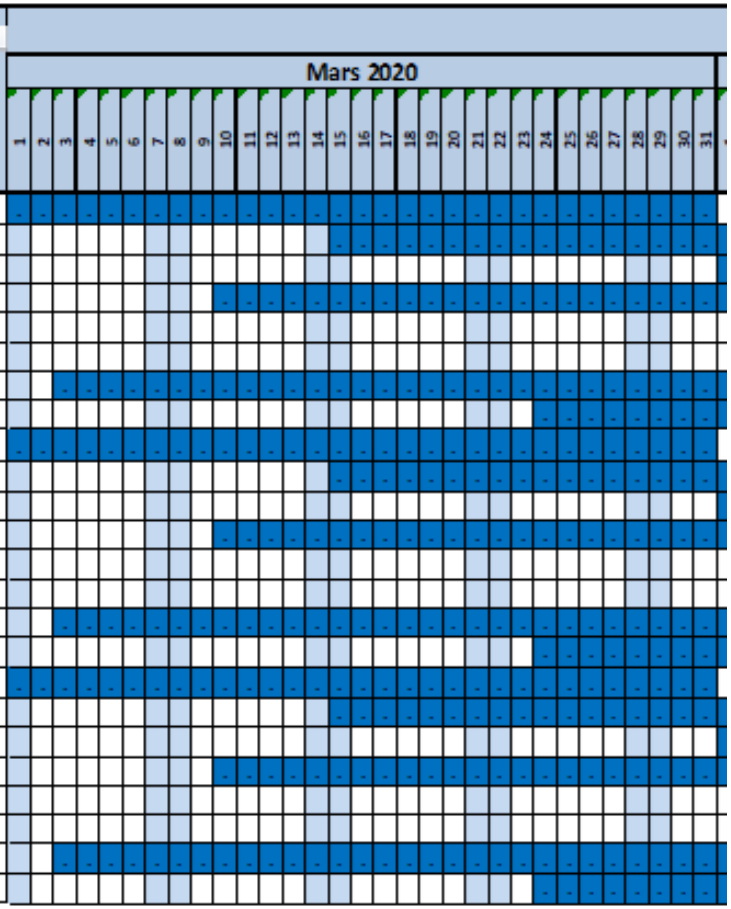
20 Traduit de https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system

Annexe C : Exemple de diagramme de Gantt

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Québec

Triage chirurgie élective en contexte extrême de pandémie

Dossier	Age du patient	Diagnostic	Onco	Réception requête opératoire	Date acceptable	Date maximale	Temps opératoire prévu	Type de chirurgie	Traitement alternatif en cours	Quel traitemnt alternatif	ASA	Chirurgie effectuée
523124	72	?	oui	2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non		I	
126549	58	?		2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non		II	
365592	47	?	oui	2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non		III	
652258	63	?		2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui		II	
235124	68	?		2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui		III	
122366	86	?	oui	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non		I	
452254	78	?	oui	2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non		IV	
225963	69	?	oui	2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non		II	
523124	56	?		2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non		I	
126549	59	?		2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non		II	
365592	72	?	oui	2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non		III	
652258	58	?		2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui		II	
235124	47	?	oui	2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui		III	
122366	63	?	oui	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non		I	
452254	68	?		2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non		IV	
225963	86	?		2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non		II	
523124	78	?		2020-01-26	2020-03-01	2020-03-31	1 h 30	?	non		I	
126549	69	?	oui	2019-12-30	2020-03-15	2020-04-30	4 h 00	?	non		II	
365592	56	?		2020-02-26	2020-04-01	2020-04-30	3 h 00	?	non		III	
652258	59	?		2020-03-28	2020-03-10	2020-04-28	2 h 00	?	oui		II	
235124	68	?	oui	2019-12-26	2020-04-03	2020-05-06	1 h 30	?	oui		III	
122366	86	?	oui	2019-12-28	2020-04-08	2020-05-18	5 h 00	?	non		I	oui
452254	78	?		2020-02-25	2020-03-05	2020-04-18	3 h 00	?	non		IV	oui
225963	46	?	oui	2020-04-01	2020-03-24	2020-04-26	2 h 00	?	non		II	oui



Légende:
Inscrire date sous forme de AAAA-MM-JJ

Annexe 2 : Reprise des activités spécialisées - modalités à mettre

2020-05-21

Ce document résume les modalités à mettre en place afin d'assurer une reprise des activités de façon sécuritaire dans les milieux de soins.

Volet Santé publique

Toutes les mesures mises en place depuis le début de la pandémie restent appropriées dans le contexte du déconfinement et de la reprise des activités afin de limiter la contamination des milieux et des personnes.
Un questionnaire doit être réalisé la veille du rendez-vous (si confirmation des rendez-vous) et lors de l'inscription du patient afin d'identifier les patients symptomatiques ou ayant eu un contact avec un cas confirmé.

1. POUR LES PATIENTS SYMPTOMATIQUES OU AYANT EU UN CONTACT AVEC UN CAS CONFIRMÉ :

- Les recommandations actuellement en place doivent demeurer (ÉPI, zones chaudes, report d'examen, etc.) ;
- Port du masque de procédure obligatoire ;
- Aucun accompagnateur, sauf en cas de situation exceptionnelle, par exemple un soutien essentiel ;
- Les examens ou consultations non urgents doivent être reportés; privilégier les téléconsultations ;
- Planifier les rendez-vous en présentiel en fin de journée ;
- Toute personne qui a des symptômes s'apparentant à ceux de la COVID-19 devra appeler la ligne 1 877 644-4545, où l'on procédera à une évaluation de sa condition afin de lui octroyer un rendez-vous dans une clinique désignée de dépistage (CDD), s'il y a lieu, ou dans une clinique désignée d'évaluation (CDÉ).

2. POUR LES PATIENTS ASYMPTOMATIQUES ET SANS CONTACT AVEC UN CAS CONFIRMÉ :

- Planifier les rendez-vous de ces patients en début de journée ;
- Il est important de faire le rappel des pratiques de base avec étiquette respiratoire et hygiène des mains; tout au long de la trajectoire des patients, des affiches doivent être visibles ;
- L'élément important est le respect de la distanciation physique (deux mètres) et l'on doit organiser les services en conséquence. La trajectoire du patient doit être revue pour toutes les étapes du parcours et les mesures de mitigation doivent être mises en place, par exemple :
    - Limiter le nombre d'accompagnateurs; identifier la distance à respecter par un marquage au sol, par des cônes ou autres, à l'extérieur de l'établissement ainsi qu'à l'accueil ;

- Planifier un nombre limite de patients dans les espaces d'attente en fonction des aménagements de l'installation (espaces de salles d'attente) et dans la planification des rendez-vous afin de respecter en tout temps la distance de deux mètres ;
- Favoriser les téléconsultations, lorsque possibles ;
- Limiter le nombre de rendez-vous préalables pour les examens diagnostiques en optimisant chaque visite à l'hôpital ;

- Si les infrastructures ne permettent pas la distanciation physique de deux mètres, prévoir des séparations physiques (ex. : paravent, rideaux, plexiglas, etc.) et en assurer le nettoyage ;
- De façon exceptionnelle, si le parcours du patient ne permet pas la distanciation physique ou les barrières physiques, le port du masque de procédure est recommandé pour le patient ;
- **Le port du masque de procédure ne doit pas remplacer le respect de la distanciation physique ou le besoin d'aménagement des lieux physiques ;**
- 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, le port du masque artisanal ou couvre visage est fortement recommandé ;
- Cependant, si le masque de procédure est indiqué pour un patient, lui demander de retirer son couvre-visage de façon sécuritaire, 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 ;
- Lors du retrait du masque de procédure, prévoir des poubelles pour disposer du masque et un poste d'hygiène des mains.

3. RAPPEL :

- Pour les travailleurs de la santé, porter les ÉPI recommandés selon la situation clinique et les retirer sécuritairement au moment opportun ;
- Pour les travailleurs de la santé, porter le masque de procédure lorsqu'à moins de deux mètres des patients et de leurs collègues. De plus, la distanciation physique entre les collègues en dehors des activités de soins (ex. : repas, pauses, etc.) doit, elle aussi, être respectée ;
- L'hygiène et la salubrité doivent être renforcées dans tous les milieux de soins pour éviter une transmission par contact avec les surfaces. Pour le nettoyage des instruments et des espaces physiques, se référer à :

  https://www.inspq.qc.ca/publications/2970-nettoyage-desinfection-cliniques-covid19 ;

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002507/ ;

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002509/ ;

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002508/ ;

  https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002510/ ;
- Tous les services doivent prévoir des espaces pour les zones froides et chaudes afin de diriger la clientèle selon leurs conditions infectieuses.

Volet Organisation des services

- Instaurer lorsque possible l'attente dans le stationnement avec texto ou appel lorsqu'il est temps d'entrer pour le rendez-vous ;
- Prolonger les heures de cliniques externes en soirée ;
- Rediriger vers les bureaux privés des médecins, lorsque possible ;
- Assurer une utilisation judicieuse de la téléconsultation : cible d'environ 30 % ;
- Prioriser les A B C hors délai et si complétés, aller vers les D et E, de préférence en téléconsultations ;
- Assurer une adéquation avec les disponibilités en imagerie pour les cliniques externes exigeant de l'imagerie médicale ;
- Assurer une équité d'accès entre les spécialités, exemple prioriser la cancérologie, mais ne pas oublier l'orthopédie, la cardiologie, etc. ;
- Monitorer les taux d'occupation pour éviter un encombrement des hôpitaux ;
- Monitorer les priorisations et les délais.

Toutes ces mesures s'appliquent à l'ensemble des services dans les milieux de soins.

Annexe 3 : Comité de coordination COVID-19 – chirurgie

En date du 24 avril 2020, le MSSS demandait la mise en place d'un plan de reprise des activités coordonné et supervisé par un comité de coordination décisionnel au sein de chaque établissement, composé idéalement des personnes suivantes :

- 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.

Annexe 4 : Niveaux de reprise des activités en chirurgie

Plans de reprise des activités en chirurgie : Suivi par région

LÉGENDE

NIVEAU 3 = Moins de 30-40% des activités usuelles
NIVEAU 2 = 40-70% des activités usuelles
NIVEAU 1 = Plus de 70% des activités usuelles
Plan de reprise reçu

RÉGION/ÉTABLISSEMENT	ACTIVITÉS	NIVEAU DE REPRISE ET DATE												Commentaires	Date de fin	Terminé
		2020-04-29	2020-05-01	2020-05-04	2020-05-07	2020-05-11	2020-05-13	2020-05-14	2020-05-20 ou état actuel	Juin	Septembre	Objectif sans échéancier				
Région 01: CISSS du Bas Saint-Laurent	Bloc opératoire	3							1					Répartition des chx sur plusieurs sites (nouveaux)		
Région 02: CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	Bloc opératoire				3				2	1				Enjeu de RH mais vise une surcapacité en 2021		
Région 03: IUCPQ	Bloc opératoire		2						1					Demande 70-75% (Niv. 1) salle hybride à 55 à 36%. Hémo et EE à 80%		
Région 03: CHUQ	Bloc opératoire				3					1				Demande 50% (Niv 2) - obj: 70-80 en sept		
Région 04: CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	Bloc opératoire				3			2						70 % sauf HSC et CHAUR entre 40-55%		
Région 05: CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Bloc opératoire							2		1				50%, vise 70%, enjeux identifiés		
Région 06: CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Bloc opératoire				3			3			1			Plan de reprise visant un retour à + de 70% mais pas de balise temporelle		
Région 06: CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Bloc opératoire					3								15% : cancers urgents, 1 chir, cardiaque/jour, besoin de CMS, doivent diminuer les lits covid avant de reprendre la CHX		
Région 06: CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Bloc opératoire				3					1				Augmenter progressivement au niveau 2 et 1, CMS		
Région 06: CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Bloc opératoire				3					2				Cible 70% pour 2020. enjeux: maind'œuvre, lits, temps de salle		
Région 06: CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Bloc opératoire						2		2	1				50% à HMR et 60% à Santa Cabrini - besoin des CMS		
Région 06: CHUM	Bloc opératoire	2	2							1				18 salles actuellement - 24 salles et 20 pour l'été		
Région 06: CUSM	Bloc à 30%						3				1			30% global, P0 et P1 en onco sont faits. Plan fait en visant 70% mais beaucoup d'enjeux: RH, environnement,..., pas d'échéancier pour atteindre cet objectif		
Région 06: CHU Sainte-Justine	Bloc opératoire	3	2						1					Inclusion - l'endoscopie		
Région 06: ICM	Bloc opératoire													Tend vers un objectif de 2500 cas annuel, aurait besoin d'une entente pour faciliter la réadaptation. Autre proposition: liste d'attente pour la région de Mtl		
Région 07: CISSS de l'Outaouais	Bloc opératoire				3			2		1				Demande vers le 70% -		
Région 08: CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Bloc opératoire	3				2		2			1			Enjeux: RH et anesthésistes, Vise 70%		
Région 09: CISSS de la Côte-Nord	Bloc opératoire		3				3							50%, demande à 70%		
Région 10: CRSSS de la Baie-James	Bloc opératoire	3														
Région 11: CISSS de la Gaspésie	Bloc opératoires	3		3					1					Enjeu: manque de personnel infirmier		
Région 11: CISSS des Îles	Bloc opératoire	1							1					Au max 75-80% - enjeux de RH		
Région 12: CISSS de Chaudière-Appalaches	Bloc opératoire			3		2			1					Entre 40-70% selon les installations		
Région 13: CISSS de Laval	Bloc opératoire							3								
Région 14: CISSS de Lanaudière	Bloc opératoire							3	2	1				Enjeu de RH pour reprise en sept		
Région 15: CISSS des Laurentides	Bloc opératoire					3			2	1				40% le 15 mai - toutes installations		
Région 16: CISSS de la Montérégie-Est	Bloc opératoire (collaboraiton HHM et HPB)					3								Global: 40-50 % de fait et travaille sur un plan à 70%		
	Bloc opératoire					3			2	1				Pas de date précise mais mentionne d'ici quelques semaines		
Région 16: CISSS de la Montérégie-Centre	Bloc opératoire								2					Cible 70% pour hclm pas de dates précises et 75% pour HHR		
Région 16: CISSS de la Montérégie-Ouest	Bloc opératoire							3						Enjeux: RH, incendie à Suroit, résultats de dépistage délais		

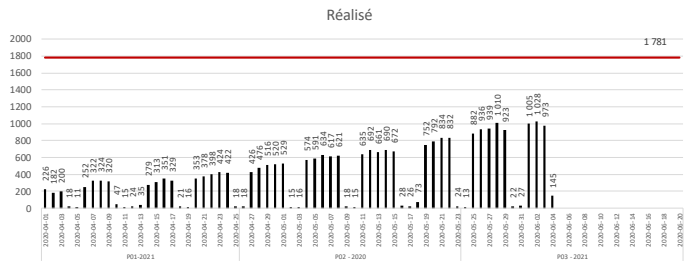
**Les échéanciers sont sujets à changement (dans le cas d'une seconde vague ou que toute autre condition venait à changer).

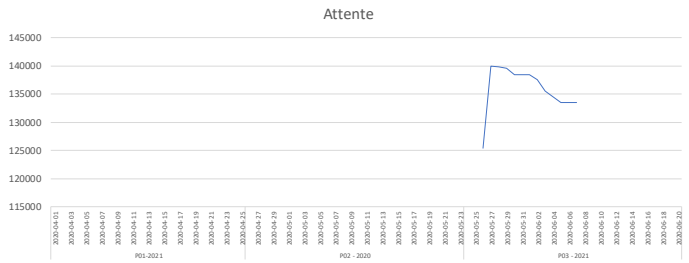
Annexe 5 : Évaluation quotidienne de la production chirurgicale et des patients en attente

La reprise des activités chirurgicales fait l'objet d'un suivi quotidien. Comme en fait foi le tableau suivant, la progression démontre une tendance vers une activité moyenne des dernières années (1 781 chirurgies par période de 28 jours). Parallèlement, le nombre de personnes en attente d'une chirurgie diminue progressivement.

Mise à jour : 8 juin 2020.

Suivi quotidien des activités de chirurgie	Total Province





Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 14 juin 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 ET AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

Mesdames,
Messieurs,

La présente donne suite à l'arrêté numéro 2020-044 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 12 juin 2020 223-2020 qui prévoit, notamment, que la suspension applicable aux activités effectuées en milieux de travail en vertu du décret numéro 223-2020 du 24 mars 2020 soit levée à l'égard de tout organisme communautaire qui n'est pas visé à l'annexe dudit décret.

Soulignons que cet arrêté vise l'ensemble des organismes communautaires, tout secteur confondu. Le gouvernement souhaite ainsi reconnaître l'apport essentiel de ces organismes afin de maintenir un filet social pour répondre aux besoins de la population en cette situation exceptionnelle.

Cette décision s'inscrit dans le contexte actuel d'assouplissement progressif des mesures de confinement établies par le gouvernement du Québec. Il est toutefois important de préciser que la reprise des activités doit tenir compte de la capacité des organismes communautaires à respecter les consignes des autorités de santé publique en ce qui concerne, entre autres, les consignes d'isolement et les mesures de prévention comme la distanciation physique et le nombre maximal de personnes pouvant se rassembler.

… 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 organismes doivent également 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, vous trouverez, ci-joint, un document d'orientation en soutien à la reprise des activités que nous vous invitons à partager auprès de vos partenaires respectifs.

De plus, les organismes communautaires peuvent consulter le site quebec.ca, la section Professionnels du site Internet du MSSS, les recommandations intérimaires concernant les organismes communautaires de l'Institut national de santé publique du Québec et la trousse COVID-19 de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

Enfin, nous vous encourageons à poursuivre, dans le respect des directives de la santé publique, les initiatives de soutien des organismes communautaires déjà mises en place, notamment les rencontres d'information réunissant des responsables du programme de soutien aux organismes communautaires et de la santé publique, en collaboration avec des représentants des programmes-services spécifiques, le cas échéant, et les coalitions d'organismes communautaires de votre région.

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
Membres du CODIR

N/Réf. : 20-MS-03823-61

Mesures de prévention pour la reprise ou la poursuite des activités des organismes communautaires

Strict respect des consignes d'isolement

Les personnes (employés, bénévoles, usagers) qui devraient être en isolement en raison de la COVID-19 ne doivent en aucun cas fréquenter les locaux de l'organisme communautaire ni offrir ou recevoir de services au domicile. Il s'agit :

- des cas confirmés de la COVID-19;
- des personnes ayant été en contact étroit avec un cas confirmé de COVID-19;
- des personnes en attente de résultat d'un test de COVID-19;
- des personnes présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 (ex. : fièvre, apparition ou aggravation d'une toux, difficultés respiratoires, perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale).

Dans les trois premiers cas, la personne a reçu de la santé publique une consigne d'isolement, elle ne doit pas quitter son domicile. Toutefois, une personne qui présente des symptômes compatibles avec la COVID-19 pourrait ne pas avoir été contactée par la santé publique. Avant de recevoir un usager ou d'offrir une prestation de service à domicile, s'assurer que la personne n'a pas reçu une consigne d'isolement et qu'elle ne présente aucun des symptômes compatibles avec la COVID-19.

Lorsqu'un usager hébergé par l'organisme communautaire (pour situation de violence conjugale, d'itinérance ou autre) est ou devrait être sous une consigne d'isolement, des mesures particulières s'appliquent. Les services à l'usager ou à proximité de l'usager (moins de 2 mètres) ne doivent être offerts que par des personnes formées à cet effet, notamment sur le port des équipements de protection individuelle requis chez l'usager et chez le prestataire de service ainsi que sur les précautions additionnelles à prendre. Si une personne hébergée développe des symptômes compatibles avec la COVID-19, isoler la personne, lui demander de porter un masque de procédure et appeler au 1 877 644-4545.

Mesures de prévention de base pour le tout le personnel, les bénévoles et les usagers :

- Maintenir en tout temps et en tout lieu une distance minimale de deux mètres entre les personnes. Lorsque la distanciation physique ne peut être maintenue en tout temps par les employés et les bénévoles, le port du masque de procédure est exigé, sauf en présence de barrières physiques comme un panneau transparent à un poste de travail.
- Se laver les mains fréquemment à l'eau tiède et au savon (20 secondes) ou avec une solution désinfectante à base d'alcool à 60 % et plus (ex. : Purell).
- Éviter de porter les mains au visage.
- Tousser ou éternuer dans le coude.
- Encourager les usagers à porter selon tolérance un masque de procédure (si disponible) ou un couvre visage.

Mesures de prévention ciblées s'appliquant aux activités des organismes communautaires* :

- Prioriser des interventions à distance dans la mesure du possible (appels téléphoniques ou vidéos), que ce soit pour des activités de groupe ou individuelles.
- Lorsqu'une intervention requise n'est pas possible à distance, autoriser les activités individuelles en respectant la distanciation physique.
- Aucune intervention en personne ne devrait être faite au site de l'organisme ou au domicile pour un usager qui devrait être en isolement, sauf en cas de force majeure ou la santé / sécurité de l'usager serait menacée advenant que l'intervention soit repoussée jusqu'à la fin de la consigne d'isolement. Dans un tel cas de force majeure, seul un intervenant formé pour offrir l'aide ou les soins à une personne atteinte de la COVID-19 peut offrir la prestation de service auprès de l'usager.

- Éviter toutes activités de groupe en présence. Si une activité de groupe en présence ne peut être évitée, privilégier l'extérieur et ne pas dépasser dix personnes, idéalement d'au maximum trois ménages différents. Conserver en tout temps une distance minimale de deux mètres entre les personnes de ménages différents. Encourager tous les participants qui le tolèrent à porter le masque/couvre-visage. Si l'activité ne peut se tenir à l'extérieur, utiliser un local bien ventilé suffisamment vaste pour permettre la distanciation physique entre les personnes.
- Limiter le nombre total de personnes présentes à l'intérieur de l'organisme en fonction de la taille des locaux, afin de maintenir une distance de 2m entre les individus. Pour ce faire, il est recommandé de contrôler les entrées des personnes dans l'organisme. Si une file d'attente survient, il est préférable de la faire à l'extérieur du bâtiment et de maintenir une distance de 2 m entre les personnes (possibilité d'effectuer un marquage au sol).
- Éviter le partage de matériel ou de postes de travail (feuilles de papier, stylos, ustensiles de vaisselle, chaise et ordinateur de travail, etc.). Si du matériel doit être partagé, livré ou récupéré, procéder à l'hygiène des mains avant et après l'utilisation du matériel et si possible, désinfecter le matériel avant et après qu'il ait été manipulé.
- Les personnes de plus de 70 ans, les personnes avec un déficit immunitaire et celles qui ont des maladies chroniques sévères sont plus à risque de subir de graves conséquences liées à la COVID-19. Le gouvernement recommande qu'elles ne se déplacent pas aux organismes communautaires à moins que ce soit pour un service essentiel. Il sera d'autant plus important d'adhérer aux mesures de santé publique.

*Ces consignes s'appliquent aux activités habituelles de l'organisme, notamment les activités de groupe et individuelles, les services de distribution ou de ramassage de matériel ou de denrées alimentaires, les activités liées à la vie associative de l'organisme et les activités sur un site extérieur comme un jardin communautaire.

Mesures proposées pour adapter les locaux de l'organisme :

- Poser des affiches pour rappeler les consignes de santé publique;
- Installer un distributeur de solution désinfectante à l'entrée et la sortie de l'organisme;
- Installation des barrières physiques aux endroits où la distanciation ne peut être respectée (accueil, bureaux, etc.);
- Possibilité de faire un marquage au sol pour indiquer le 2m (à l'intérieur ou à l'extérieur si des files d'attente surviennent);
- Possibilité de faire des corridors de circulation pour éviter que des personnes ne se croisent de près;
- Désinfecter régulièrement les installations sanitaires, les aires communes et les surfaces avec un contact répété (poignées de porte, sonnettes, etc.);
- Adapter les espaces pour limiter les contacts répétés sur certaines surfaces (ex. : possibilité de laisser les portes ouvertes ou qu'une personne soit désignée pour l'ouvrir);
- Restreindre l'usage d'installations communes non essentielles (machines à café, etc.).

Ces mesures doivent être respectées dans la mesure du possible lorsque l'organisme utilise des locaux autres que ses propres locaux. Des adaptations peuvent être nécessaires selon les contraintes qui pourraient être imposées par le propriétaire de ces locaux et dans le respect des mesures prévues dans le cadre de l'urgence sanitaire

Proposition élaborée à partir d'un document de la Direction de santé publique de Montréal-Centre à l'attention des organismes communautaires.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 15 juin 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 l'évolution actuelle de la COVID-19 au Québec, et dans un souci de cohérence entre les différents milieux de soins, nous vous transmettons une mise à jour des directives en regard de la venue de proches aidants et accompagnateurs en centres hospitaliers, de même que des visites faites dans le cadre des soins palliatifs et de fin de vie.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. COVID-19 Directives Proches aidants en CH
COVID-19 Directives SPFV

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

N/Réf. : 20-MS-05553-01

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

2020-06-15

En raison de l'évolution actuelle de la COVID-19 au Québec, nous vous transmettons des directives en regard de la venue de proches aidants et accompagnateurs en centres hospitaliers (CH).

Les personnes proches aidantes qui sont autorisées en CH sont les personnes proches aidantes qui offraient ou doivent offrir une aide ou un soutien significatif pour répondre à des besoins et contribuer à l'intégrité et au bien-être d'un proche.

Un accompagnateur est une personne significative qui offre un soutien ponctuel à un proche durant sa visite ou son séjour en CH.

DIRECTIVES POUR LA VENUE DES PERSONNES PROCHES AIDANTES EN CENTRES HOSPITALIERS

Les visites non essentielles dans les 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 et d'accompagnement locale basée sur la situation épidémiologique dans l'installation, ainsi que les spécificités de leur clientèle et de leurs infrastructures.*** Les centres doivent cependant faciliter les communications virtuelles du patient 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 ou présenter un profil d'autonomie qui nécessite une aide et soutien significatifs à la suite de l'épisode de santé aigu. Le patient hospitalisé pourrait avoir été autonome antérieurement, mais vivre une perte d'autonomie fonctionnelle importante nécessitant la présence d'une personne proche aidante pour assurer son intégrité physique et psychologique (p.ex. : séquelle d'AVC, délirium, besoin de surveillance aux transferts et déplacements, besoin d'aide à l'alimentation). Par ailleurs, à compter de ce jour, sous réserve du respect de conditions spécifiques, le soutien par un accompagnateur est également permis pour les patients en CH qui ont des besoins.

DIRECTIVES GÉNÉRALES

- Aucun proche aidant ou accompagnateur ayant reçu un diagnostic de COVID-19 confirmé, en investigation ou symptomatique avec de la fièvre OU de la toux OU des difficultés respiratoires OU la perte d'odorat OU de goût n'est admis dans les CH, tout secteur confondu.

  Les critères de dépistage des personnes proches aidantes ou accompagnateurs 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 de personnes proches aidantes ou d'accompagnateurs n'est permise que lorsque le séjour se prolonge au-delà de sept jours d'hospitalisation, sauf dans les cas où la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, c. P-38.001) doit être appliquée et que la personne requiert un accompagnement extérieur à l'établissement, tel que la présence d'un avocat, pour l'aider à faire valoir et respecter ses droits et recours.
- L'aide et le soutien significatifs peuvent être offerts par plus d'une personne proche aidante auprès d'une même personne en CH. Toutefois, une seule personne proche aidante à la fois pour une même plage horaire est autorisée, pour un maximum de 4 personnes par période de 24 heures. Un assouplissement pourrait être fait pour la clientèle très vulnérable, telle la clientèle gériatrique ou en situation de handicap. Il en revient au jugement des établissements de déterminer si la venue d'un accompagnateur est sécuritaire et appropriée.
- Chirurgie : Aucune personne proche aidante ou accompagnateur 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.
- Une personne proche aidante ou un accompagnateur 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 : aucune personne proche aidante ni aucun accompagnateur 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 proche aidante qui apporte une aide et un soutien significatifs 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

Veuillez vous référer aux directives spécifiques aux soins palliatifs et de fin de vie disponibles sur le site https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/.

DIRECTIVES POUR L'IMAGERIE MÉDICALE

- En date du 18 mars 2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux indique que les établissements et les laboratoires d'imagerie médicale devraient se munir d'une politique visant à limiter le nombre d'accompagnateurs. Cette politique devrait limiter le nombre et la présence d'accompagnateurs aux cas le nécessitant uniquement, par exemple **:**
    1. Échographie obstétrique
    2. Clientèle pédiatrique
    3. Clientèle en perte d'autonomie
    4. Clientèle présentant des troubles mentaux
    5. Etc.
- À noter que tout accompagnateur devrait être soumis au même questionnaire de triage que les patients concernant les facteurs de risque de la COVID-19.

Coronavirus COVID-19

2020-03-27
Mise à jour 2020-04-14
Mise à jour 2020-06-15

En raison de l'évolution actuelle de la COVID 19 au Québec, nous vous transmettons des directives en regard de la gestion de la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV). Par décret 223-2020 du 24 mars 2020, les SPFV sont identifiés comme des services de santé et de services sociaux prioritaires.

DIRECTIVES POUR LES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Assurez-vous d'appliquer les directives suivantes pour l'ensemble de la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie

NIVEAU DE SOINS

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

PARCOURS DE L'USAGER EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Tout au long de son parcours dans les différents milieux de vie ou de soins, l'usager peut avoir la présence de proches aidants afin de lui apporter un soutien significatif selon les directives disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en suivant le lien suivant : https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/proches-aidants/.

Lorsque la condition de l'usager nécessite des SPFV, des mesures d'assouplissement sont présentées afin que ce dernier ait accès à un plus grand nombre de visiteurs à la fois, et ce, dans tous les milieux de vie ou de soins. Ceci, en respect de certaines précautions afin d'assurer un équilibre favorable entre les risques et les bénéfices associés.

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 OU la perte d'odorat OU de goût n'est admis dans les unités de soins palliatifs afin de maintenir ces unités en zone froide (CH, CHSLD, MSP, SNT). 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.

Pour les personnes en SPFV admises à l'extérieur d'une unité de SPFV, les mêmes directives de visites s'appliquent pour tous les milieux.

VISITEURS

Pour des raisons humanitaires, les visites sont permises pour les personnes en SPFV dans les milieux suivants : centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), résidence privée pour ainés (RPA), ressource intermédiaire et de type familial (RI-RTF), centre hospitalier (CH), maison de soins palliatifs (MSP) et site non traditionnel (SNT).

Les directives suivantes sont à appliquer :

- Autoriser une à deux personnes à la fois, pour un maximum de quatre 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.
- Les enfants de moins de 14 ans sont autorisés à visiter les personnes en SPFV. Ils doivent être accompagnés d'un adulte lors de la visite. La mesure précédente s'applique alors.
- Effectuer un triage des visiteurs afin de s'assurer qu'aucun ne présente de symptômes d'infection respiratoire. Aucun visiteur symptomatique n'est admis dans les milieux de soins.
- Les visiteurs asymptomatiques doivent porter un masque de procédure en tout temps pendant la visite.
- Un accompagnement individualisé des visiteurs doit être fait afin de s'assurer qu'ils respectent les mesures de prévention et de contrôle des infections. De plus, ces personnes ne doivent pas être autorisées à circuler dans le milieu de soins à d'autres endroits que ceux où se trouve leur proche qui est en fin de vie.

Concernant le domicile il est important de rappeler à l'usager et les proches les directives de prévention et contrôle des infections émises par la santé publique. Ces dernières sont d'éviter les rassemblements de plusieurs personnes en même temps et de s'assurer du respect de la distanciation physique pour les visiteurs de l'usager ainsi que pendant la visite d'un intervenant des soins à domicile (SAD).

Poursuivre l'accès aux appels téléphoniques et l'utilisation des différentes technologies de communication afin de maintenir le contact entre l'usager et ses proches.

Appliquer les mesures de protection de la santé publique selon le milieu de soins.

- CHSLD – RPA -RI- RTF- MSP : https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19
- CH : https://www.inspq.qc.ca/publications/2906-pci-soins-aigus-covid19
- Domicile : Suivre les directives transmises sur le site Web du MSSS en suivant les liens suivants :https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/sad/ et https://www.inspq.qc.ca/publications/2917-mesures-soins-domicile-covid19

- **Identifier un intervenant du CISSS/CIUSSS pour le contact avec les MSP**. Les MSP sont considérées comme un **service prioritaire** et doivent être intégrées dans la ligne de communication du CISSS/CIUSSS afin de clarifier les trajectoires d'admission des clientèles.

- Ce service **prioritaire** implique :
    - Un accès aux garderies pour les soignants selon les modalités présentées sur le site web du ministère de la Famille : https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/services-de-garde-durgence/liste-emplois-et-services-essentiels/. Si vous avez des difficultés d'accès, communiquez avec l'intervenant de contact du CISSS ou CIUSSS assigné à la MSP;
    - Une accessibilité au matériel de protection – lunette - masque – gants – blouse de protection;
    - Une accessibilité au matériel nécessaire pour la gestion des symptômes des usagers ayant des maladies chroniques notamment pour le matériel à oxygène et à succion.

ADMISSION

- Priorité d'admission
    1. Admission des cas du domicile, de RPA et de RI-RTF;
    2. Admission des cas des centres hospitaliers selon le Plan provincial de contingence COVID-19. Selon les besoins territoriaux, la priorité des admissions peut être inversée.

- Clarifier la trajectoire d'admission avec le CISSS/CIUSSS du territoire de la MSP en s'arrimant avec la gestion des lits du territoire :
    - La MSP doit aviser l'intervenant de contact lorsqu'un lit se libère en MSP. La priorité d'admission est pour l'usager provenant du domicile, d'une RPA ou d'une RI-RTF. Si toutefois il n'y a pas d'usager en provenance de la communauté, admettre un usager en provenance de CH répondant aux critères d'admission.
- Appliquer les **mesures de protection** de la santé publique disponibles à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19.
- Favoriser l'admission pour toute clientèle adulte: personnes ayant des maladies oncologiques ou les maladies non oncologiques (maladies chroniques).
- Si besoin de personnel, travailler en collaboration avec le CISSS/CIUSSS les possibilités de recruter :
    - Les infirmières retraitées – infirmières auxiliaires et les préposés déjà formés;
    - Si besoin de bénévoles : examiner les possibilités de bénévolat chez les étudiants ou autres personnes disponibles.
- Si apparition des symptômes de la COVID-19 chez un patient admis, appliquer les consignes suivantes :
    - Aviser l'intervenant de contact du CISSS/CIUSSS afin de faire le dépistage de la COVID- 19 selon les directives de la santé publique;

        - https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/depistage/
    - Appliquer les mesures de protection de la santé publique
        - Blouse – gants – masque et lunette pour le personnel de soins et d'entretien; https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19.
    - Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre de l'usager pendant l'attente du résultat;
    - Si résultat positif de COVID-19 :
        - si mort imminente appliquer le confinement de zone chaude dans la chambre de l'usager;
        - si l'usager n'est pas en mort imminente : appeler le mécanisme d'accès aux lits de votre territoire pour transférer l'usager vers un aire de confinement zone chaude d'un CHSLD.

DIRECTIVES POUR LES SPFV À DOMICILE

- Les usagers en SPFV sont maintenus à domicile : Suivre les consignes transmises dans les documents suivants :
    - https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/sad/
    - https://www.inspq.qc.ca/publications/2917-mesures-soins-domicile-covid19
- Rappeler à l'usager et les proches les directives de prévention et contrôle des infections émises par la santé publique. Ces directives sont d'éviter les rassemblements de plusieurs personnes en même temps et de s'assurer du respect de la distanciation physique pour les visiteurs de l'usager ainsi que pendant la visite d'un intervenant du SAD.
- Favoriser les suivis téléphoniques entre les visites.
- Si détérioration de l'usager (signes d'une détresse respiratoire difficile à gérer par les équipes SAD – accès difficile à une équipe de soins palliatifs et fin de vie) et épuisement des proches aidants– transférer vers les lits de SPFV du territoire :
    - si COVID-19 confirmée ou suspecté ou en investigation– appeler le mécanisme d'accès aux lits de votre territoire pour transférer l'usager vers une aire de confinement zone chaude d'un CHSLD;
    - si COVID-19 négative ou asymptomatique – transférer vers les MSP ou les unités de soins palliatifs CHSLD selon la disponibilité des lits.

DIRECTIVES POUR LES SPFV EN RPA - RI - RTF

- Suivre les consignes transmises dans les documents suivants :
    - RPA : https://msss.gou-v.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/residences-privees-pour-aines/
    - RI-RTF : https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/ri-rtf/
    -

- Si détérioration de l'usager connu en SPFV :
    - Aviser immédiatement le CISSS/CIUSSS
    - Transférer vers les lits de SPFV du territoire :
        - si COVID-19 confirmée ou suspecté ou en investigation – appeler le mécanisme d'accès aux lits de votre territoire pour transférer l'usager vers une aire de confinement zone chaude d'un CHSLD;
        - si COVID-19 négative ou asymptomatique – transférer vers les MSP ou les unités de soins palliatifs CHSLD.

DIRECTIVES POUR LES SPFV EN CENTRE HOSPITALIER

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

DIRECTIVES POUR LES SPFV EN CHSLD

Suivre les consignes transmises dans le document : https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/

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 suivante : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections.

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

Notes explicatives

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

Description des niveaux de soins

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

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

Réanimation cardiorespiratoire (RCR)

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

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

AH-000 DT0000 (2016-01)

NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

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

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 15 juin 2020

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

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

Mesdames,
Messieurs,

Le 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 9 juin, 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/.

… 2

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

Nous espérons que cette compilation vous sera utile et nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

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

N/Réf. : 20-MS-05553-01

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 5 JUIN 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.	**9 juin 2020** *20-MS-03823-92_LET_PDG_Travailleurs_santé et 20-MS-03823-92_Directive - Levée de l'isolement TdS 5 juin* Mise à jour des recommandations sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé par l'INSPQ. Les nouvelles directives du MSSS (voir PJ) remplacent celles communiquées le 27 mai dernier. Les modifications apportées portent sur les analyses à réaliser pour lever l'isolement des travailleurs de la santé et l'aide à la décision en cas de risque de bris de services. **9 juin 2020** *20-MS-05553-02_LET_PDG_DSP_DSPub_Ordonnance DNSP et 20-MS-05553-02_PJ_Ordonnance_DNSP_port_protection_respiratoire_oculaire* Un consensus des autorités mondiales de santé publique s'est établi en faveur de limiter l'utilisation des précautions aériennes (en sus des mesures de circulation de l'air dans les établissements) aux circonstances où des interventions médicales générant des aérosols sont réalisées. Émission d'une ordonnance portant sur le port de masques chirurgicaux ou de procédures et des respirateurs N95 (voir PJ). Cette ordonnance devrait assurer une application uniforme des mesures de protection et une équité dans les pratiques de toutes les installations du réseau public autant que privé.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 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 réaffectatations 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 sociosanitaire du RSSS de faible endémicité du virus après avoir travaillé dans un CHSLD d'une région sociosanitaire 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 5 JUIN 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 requise 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.~~ **25 mai 2020** *20-MS-03823-34_LET_PDG_Port du masque de procédure et 20-MS-03823-34_PJ_Port du*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	masque de protection 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. • Il est maintenant recommandé, pour l'ensemble du personnel du RSSS, (incluant les médecins et les personnes proches aidantes) en CH, CHSLD, RPA et RI/RTF de porter une protection oculaire (lunette de protection ou visière) en plus du masque de procédure dès l'entrée dans le bâtiment. Personnel administratif : 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 déplacement dans l'établissement ou lors d'interaction avec d'autres personnes à moins de deux mètres. La protection oculaire utilisée devra 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. • 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, personne embauchée par les familles, etc.). • Pour les régions à l'extérieur de la Communauté métropolitaine de Montréal, vous référez au tableau en p. j. • Les mesures de prévention et de contrôles des infections concernant le port du masque N95 demeurent, quant à elles, en vigueur selon les recommandations de l'INSPQ. ~~**27 mai 2020** *20-MS-03823-63_LET_PDG_Levée e l'isolement et 20-MS-03823-63 PJ_Levée de l'isolement TdS 27 mai_*~~ ~~Nouveaux documents de soutien à la décision pour la gestion des ressources humaines. En p. j., précisions sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé. Ces nouvelles orientations remplacent celles communiquées le 12 mai dernier.~~	
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.	

COVID-19

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020
	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-02908-92_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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	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. **28 mai 2020** *20-MS-03823-54_LET_PDG-DSP_urgences dentaires_COVID-19_22 mai et COVID-19 - PROCÉDURES DENTAIRES* Nouvelles orientations concernant la reprise des services buccodentaires non-urgents (voir p.j.). **29 mai 2020** *20-MS-03823-54_LET_PDG-DSP_Réanimation simplifié et 20-MS-03823-54_PJ_Protocole de réanimation simplifié* Mise à jour du Protocole de réanimation simplifiée de la COVID-19 à l'intention des milieux de vie et de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux (voir PJ) **29 mai 2020** *20-SP-00393_LET_HArruda_PDG_DSP_DSPublique_tests_sérologiques* Position ministérielle quant à l'utilisation des tests sérologiques pour la COVID-19. Au fait des connaissances scientifiques actuelles et jusqu'à nouvel ordre, les tests sérologiques pour la COVID-19 dans le RSSS du Québec devraient uniquement être utilisés dans un contexte de recherche ou pour des études de séroprévalence.	
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 5 JUIN 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. **25 mai 2020** *20-MS-03823-34_LET_PDG_Port du masque de procédure et 20-MS-03823-34_PJ_Port du masque de protection* 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. • Il est maintenant recommandé, pour l'ensemble du personnel du RSSS, (incluant les médecins et les personnes proches aidantes) en CH, CHSLD, RPA et RI/RTF de porter une protection oculaire (lunette de protection ou visière) en plus du masque de procédure dès l'entrée dans le bâtiment.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	Personnel administratif : 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 déplacement dans l'établissement ou lors d'interaction avec d'autres personnes à moins de deux mètres. La protection oculaire utilisée devra 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. • 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, personne embauchée par les familles, etc.). • Pour les régions à l'extérieur de la Communauté métropolitaine de Montréal, vous référez au tableau en p. j. Les mesures de prévention et de contrôles des infections concernant le port du masque N95 demeurent, quant à elles, en vigueur selon les recommandations de l'INSPQ.	
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* 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	domicile aux familles d'enfants ayant une DP, une DI ou un TSA (voir PJ).	
ASSURER L'ACCÈS À INFO-SANTÉ ET À INFO-SOCIAL	•Évaluation quant à la mise à la disposition d'autres services téléphoniques gouvernementaux pour : Éviter un débordement d'appels, exercer un premier filtre des questions de la population et orienter le plus rapidement possible les personnes vers les ressources appropriées. **19 mars 2020** *20-MS-00496-41_LET_INFO 811* Info santé 811 : Les infirmières sont autorisées à ne plus faire l'évaluation de l'état de santé lors d'appel lié au dépistage de la COVID-19.	
CONSEILLER LA POPULATION ET LES PARTENAIRES ET OFFRIR LES SERVICES ADAPTÉS À LA SITUATION	• Information aux partenaires sur les impacts psychosociaux de la pandémie, de leurs décisions et de leurs actions et des services psychosociaux visant à soutenir les personnes et les divers milieux de vie dans la prise en charge des besoins psychosociaux de leurs membres. • Information à la population sur l'auto-évaluation et l'auto-intervention, et encouragement de la mobilisation sociale et de la solidarité parmi les citoyens. **18 mars 2020** *20-MS-00496-34_Organismes communautaires* Rappel à tous les **organismes communautaires de suivre les directives énoncées par la santé publique** et de prendre les dispositions appropriées afin de protéger la santé et le bien-être de leurs travailleurs et de leur clientèle en cohérence avec les orientations gouvernementales. Les organismes communautaires dont les activités favorisent des rassemblements devraient réduire au maximum leurs activités et même les suspendre temporairement. Toutefois, les organismes communautaires qui offrent des services essentiels à la population, dont les milieux d'hébergement en itinérance et en violence conjugale, les banques alimentaires et les services d'intervention de crise, devraient poursuivent leurs activités tout en respectant les consignes sanitaires. **20 avril 2020** *Nouvelle publication de l'INSPQ* Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires, version 7.0 du 19 avril 2020 Cette fiche présente les mesures recommandées en présence d'une personne sous investigation, d'un cas confirmé d'infection COVID-19, d'un cas suspect ou d'un contact dans la communauté. **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 masque 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 5 JUIN 2020
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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	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 collaboration avec les partenaires SPU.	

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020
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. **4 juin 2020** *20-MS-03823-58_LET_PDG CIUSSS_Reprise des activités de première ligne, 20-MS-03823-58_Plan provincial de reprise et Gabarit-Plan territorial de reprise des activités cliniques* Nouvelles orientations, en date du 4 juin 2020, concernant la reprise des activités de première ligne médicale. Dans les PJ, vous trouverez les informations permettant de déterminer le niveau d'activités souhaité en fonction de l'état de la pandémie de chaque région. Nous attirons votre attention sur les consignes complémentaires en annexe du Plan provincial de reprise des activités cliniques, qui fournit des indications sur l'application spécifique des mesures pour les cliniques de première ligne. • Un plan de reprise des activités de première ligne, détaillant les activités prévues pour votre territoire pour chaque secteur, doit obligatoirement être autorisé par le MSSS. Compléter le gabarit avant le 19 juin prochain.	
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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	des milieux de vie hébergeant des personnes âgées (plus de 70 ans) sur recommandation du directeur régional de santé publique. P4 : Les personnes symptomatiques vivant dans les régions éloignées, les communautés isolées et venant des Premières Nations/Inuit qui ont un accès limité à un hôpital. Sauf en cas d'indication contraire de la Direction de la Santé publique, ceci inclut les régions ou secteurs placés sous cordon sanitaire. P5 : Les premiers répondants ou travailleurs du système de sécurité publique (ex. : policiers et pompiers, agents des services correctionnels) et autres travailleurs symptomatiques fournissant des services jugés critiques/essentiels. P6 : Les personnes symptomatiques de la communauté sur autorisation du Directeur de la santé publique.	
CLINIQUE DÉSIGNÉE D'ÉVALUATION (CDE)	**20 mars 2020** *20-MS-00496-36_LET_Cliniques désignées d'évaluation.pdf* Évaluation médicale de tout patient qui présente des SAG et les patients COVID-19 positifs qui sont dirigés vers ces cliniques pour tout besoin de santé. Les cliniques désignées d'évaluation (CDE) peuvent procéder au dépistage avec corridor de services spécifiques. La désignation est faite par le MSSS selon le seuil épidémiologique et la pénurie de matériel de protection. **9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_Cliniques désignées d'évaluation, 20-MS-02502-66_PJ1_Utilisation optimale des ÉPI 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*	

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020
	• Maintenir toutes les consultations et suivis urgents et semi-urgents. • Maintenir tous les suivis non-urgents de clientèle chronique, incluant la santé mentale. • Toutes les priorités des centres de répartition des demandes de services spécialisées (CRDS) de niveau A et B doivent être prises en charge. Les demandes de niveau C doivent être priorisées pour la nécessité de prise en charge. • Privilégier les priorisations et rendez-vous par téléconsultation ou téléphone. **24 mars 2020** *20-ms-00496-72PJ1_Zonage hospitalier_fin* • Recommandations pour le zonage en cliniques ambulatoires et en soins et services hospitaliers.	
HOSPITALISATION	**18 mars 2020** *20-MS-00496-35_LET_PDG-DSP_Hospitalisation* Mêmes directives que pour les cliniques spécialisées. **19 mars 2020** • Les CH non désignés COVID-19 doivent reprendre dans leur établissement les patients testés COVID-19 négatifs actuellement hospitalisés en CH désigné. • Les patients hospitalisés suspectés d'avoir contracté la COVID-19 doivent demeurer dans leur CH jusqu'à confirmation du résultat positif. Les protocoles de prévention des infections appropriés doivent donc être mis en place. • Les patients hospitalisés recevant un résultat COVID-19 positif nécessitant une hospitalisation doivent être transférés au CH désigné le plus près après communication de transfert avec l'établissement. À partir de lundi le 23 mars, tout transfert se fera par le 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-	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	19_Depistage-CH-designe_vf.pdf • Les patients COVID-19 trop instables pour envisager un transfert vers le CD doivent être pris en charge dans leur CH, si l'usager est trop instable pour l'installation dans laquelle il se trouve et ne peut se rendre au centre désigné, il faut le transférer au centre de niveau supérieur le plus proche. • Au moment de la mise en tension du niveau d'alerte 3, les directives suivantes doivent être mises en place dès ce jour, et ce, pour une période indéterminée : o Les installations désignées au niveau d'alerte 3 doivent hospitaliser eux-mêmes les patients COVID-19 positifs ne présentant aucun symptôme pulmonaire, mais nécessitant des soins d'une autre nature. o Les patients COVID-19 positifs et nécessitant une hospitalisation avec des symptômes pulmonaires doivent obligatoirement être transférés en installation désignée. o Toutes les installations doivent avoir leurs protocoles d'isolement et de prévention et de contrôle des infections à jour. **24 mars 2020** *20-ms-00496-72PJ1_Zonage hospitalier_fin et 20-ms-00496-72-PJ3-consigne pour zones* Recommandations pour le zonage en cliniques ambulatoires et soins et services hospitaliers. **2 avril 2020** *2-20-MS-02502-20_LET_PDG-DSP_Transferts vers centres désignés* Dès maintenant, tous les patients COVID-19 confirmés doivent être transférés en centres désignés, à l'exception d'une indication contraire mentionnée pour les clientèles spécifiques qui suivent : • Patients instables : à transférer en centre désigné aussitôt stabilisé pour transfert • Refus de transfert : doivent être transférés malgré le refus. • Obstétrique, psychiatrie, soins palliatifs (voir ligne appropriée dans le tableau) Nous vous rappellerons que : • Les centres désignés ont l'obligation d'accepter le transfert, et ce, cohérence avec le décret d'état d'urgence sanitaire. • Tous les transferts de patients testés COVID-19 positifs sont coordonnés par le système de coordination des lits de soins intensifs (COOLSI), à l'exception de l'obstétrique, la pédiatrie et de la néonatalogie qui coordonnés par le centre de coordination en périnatalogie au Québec (CCPQ). Une communication avec l'installation désignée doit obligatoirement avoir lieu avant tout transfert d'une personne testée COVID-19 positive. **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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	interprétées selon les définitions suivantes : • Centre désigné COVID-19 : centre de prise en charge hospitalière de patients confirmés à la COVID-19, tant au niveau local qu'à la suite des transferts d'autres CH; • Centre sous tension en vue d'être désigné : préparation à la prise en charge hospitalière de patients confirmés à la COVID-19 au niveau local, ne sont pas ouverts aux transferts d'autres CH; • CH « froid » : CH conservé pour la prise en charge de patients hospitalisés non COVID-19. Transfère ses patients positifs vers les centres désignés. En contexte de transmission communautaire, il est nécessaire de désigner des zones tièdes pour les patients suspectés d'avoir contracté la COVID-19. Comme indiqué dans le plan de contingence (voir PJ2), au niveau d'alerte 4, toutes les installations pourront être interpellées pour hospitaliser des patients COVID-19 positifs. Tous les établissements doivent se préparer en ce sens. Les centres désignés ou non désignés hospitalisant des patients COVID-19 positifs doivent avoir un protocole en vigueur pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et le personnel soignant, notamment pas la création de zones dédiées aux patients positifs. **9 avril 2020** *20-MS-02502-66_LET_PDG_DSP_Hospitalisation, 20-MS-02502-66_PJ1_Lignes directrices_Hospitalisation, 20-MS-02502-66_PJ1Classification CH par région_2020-04-11, 20-MS-02502-66_PJ2_Femmes enceintes et nouveau-nés_Professionnels_COVID-19 et 20-MS-02502-66_PJ3_Enfant_Professionnels_COVID-19 et PJ4 COVID_Classification CH par région_2020-04-09* • Rassemblement de toutes les directives des différents milieux et clientèles spécifiques mises à jour (voir PJ1). Les directives d'hospitalisation en santé mentale demeurent à venir. • Guide complet relativement à la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés (voir PJ2), et des enfants (voir PJ3). • Tableau de classification des centres désignés, incluant maintenant les centres de réadaptation désignés connus à ce jour (voir PJ4). Cette liste demeure évolutive et une mise à jour vous sera transmise au moment opportun. **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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**

	Ces orientations apportent une <u>modification temporaire</u> 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.
	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 **<u>graduelle et structurée</u>** 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 p. j.	

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020

	• 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.
	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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	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. **~~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 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	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 juin 2020** *20-MS-03823-80_LET_PDG-DSP_MÀJ Directives proches aidants en CH et PJ_Directives_Proches aidants en CH_v4* Mise à jour des directives en regard de la venue des proches aidants et accompagnateurs en centres hospitaliers (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 l'évaluation des patients pour ne pas les diriger en IM pour recherche d'embolie pulmonaire. LIM désignés : Les LIM pourraient servir de corridors de services aux hôpitaux ou aux GMF désignés (centre désigné d'évaluation). Dans ces cas-ci, des mesures devraient être mises en place de manière à assurer	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**

	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 p. j.
	• 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	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. **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.	
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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**

	• 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 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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	• Mise en place, dans chaque établissement, d'un comité décisionnel de surveillance des activités chirurgicales. La composition du comité est définie. • Pour les cas suspectés ou confirmés de COVID-19, il est demandé d'établir un protocole pour la prestation sécuritaire de soins chirurgicaux pour les patients et le personnel soignant. • De reporter toutes procédures électives pour pathologies bénignes. • De continuer à opérer les urgences chirurgicales et obstétricales. • De limiter au maximum la prestation chirurgicale pour les cas jugés semi-urgents, incluant l'oncologie. • De cesser toutes activités dans les centres de chirurgies hors établissements en lien avec des ententes. • Il est demandé à tous les blocs d'utiliser les équipes minimales requises pour les interventions qui sont maintenues et de diminuer autant que possible la rotation du personnel pendant les interventions pour l'économie de matériel et équipements de protection. **23 mars 2020** *20-MS-00496-30_PDG_Bloc opératoire* Précision des éléments transmis les 17 et 20 mars 2020. • Chaque établissement doit mettre en place un comité de vigie pour gérer les patients oncologiques qui ne pourront être opérés et identifier les alternatives thérapeutiques. Ce mécanisme listera les patients, et transmettra cette liste au directeur du programme de cancérologie qui en assurera le suivi. • Maintenir un niveau de service chirurgie essentiel – éviter la morbidité et la mortalité secondaire : conserver et identifier l'expertise des ressources et prévoir un plan de suppléance de ressources critiques médicales (infirmières, inhalothérapeutes) qui ne peuvent pas toutes être transférées dans les secteurs d'hospitalisation. **24 mars 2020** *20-MS-00496-72_LET_PDG_Chirurgie cardiaque - Copie* Directives pour les patients qui nécessitent une chirurgie cardiaque urgente : • ~~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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	cas. **25 mars 2020** *20-MS-00496-83_PDG_Bloc opératoire, 20-MS-00496-83_PJ1_Recommandations pour intubation et 20-MS-00496-83_PJ2_USherbrooke_trajectoire-bloc-covid-final1* Recommandations pour intubation sécuritaire au bloc opératoire et détail de la trajectoire du patient et précautions selon le type d'anesthésie. **1er avril 2020** *20-MS-02502-04_LET_PDG-DSP_Bloc opératoire_Direct_COVID-19* Il est demandé à tous les établissements : • D'adopter un programme de fin de semaine pour la semaine à venir (à compter du jeudi 2 avril) en inscrivant seulement les chirurgies urgentes. Réserver les chirurgies semi-urgentes aux cas sans alternative thérapeutique approuvées par le comité du bloc avec appui de comité de cancérologie au besoin. • Tenir un registre des dérogations pour les cas semi-urgents qui doit être déposé au DSP, qui pourra le fournir au MSSS dur demande. • De poursuivre la tenue du registre des patients reportés pour en assurer un suivi clinique et une réévaluation. Les directives précédentes concernant l'intubation sont maintenues et rappelées. Il est recommandé d'appliquer l'avis de Comité sur les infections nosocomiales du Québec publié par l'INSPQ pour l'utilisation des salles d'opération et des équipements de protection. *20-MS-02502-04_PJ_AVIS INSPQ_2020-03-27* **3 avril 2020** *20-MS-02502-33_LET_PDG_Directive bloc opératoire 3 avril, PJ1_20-MS-00496-30_PDG_Bloc opératoire et PJ2_20-MS-00496-30_LET_PDG-DSP Comité Bloc opératoire-COVID-19_17-03-2020.* Considérant l'impératif de protection des patients et du personnel soignant, que la prise en charge de la pandémie demande un équilibre entre les capacités de traitement assignées pour la COVID-19 et les capacités de traitement pour les autres pathologies; que le contexte de pénurie d'équipements de protection individuelle se poursuit, mais qu'une certaine disponibilité permet un rehaussement partiel du niveau d'activités chirurgicales et une pénurie mondiale des médicaments anesthésiques : • Les établissements sont autorisés à reprendre un niveau d'activités selon les consignes qui étaient prescrites dans la correspondance du 17 mars et des précisions apportées le 23 mars (voir les pièces jointes). • Ce fonctionnement doit permettre de couvrir les besoins chirurgicaux des patients urgents et semi-urgents, particulièrement ceux atteints de cancer, tout en tenant compte de l'impact des activités chirurgicales sur les plans de pandémie. • Le niveau d'activités chirurgicales que réalise chaque installation doit lui permettre, selon sa situation, de passer à son niveau d'alerte supérieur à l'intérieur de 24 heures. • Ces directives doivent être appliquées avec grande vigilance et l'applicabilité de celles-ci doit s'ajuster en fonction des régions, de l'épidémiologie et des recommandations publiées par le Comité	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	sur les infections nosocomiales du Québec. Une vigie doit être maintenue pour assurer une utilisation judicieuse des équipements. • Rappel sur l'importance d'analyser les cas qui étaient annulés depuis le 17 mars, de manière à valider si leur statut a pu changer de semi-électif à semi-urgent. • Ces consignes sont validées du 6 au 10 avril 2020; d'autres consignes suivront pour les semaines suivantes. **3 avril 2020** *20-MS-02502-33_LET_PDG_DSP_Programme opératoire* En suivi des directives transmises précédemment, fournir les programmes opératoires pour le lundi 6 avril. Les consignes qui doivent être suivies sont celles du comité directeur clinique COVID-19 et non pas celles des associations chirurgicales. Transmettre le tout au plus tard le dimanche 5 avril à 8 h. **7 avril 2020** *20-MS-02502-52_LET_PDG_Bloc opératoire* Mettre en place des mesures de précaution additionnelles pour l'évacuation des fumées chirurgicales et lors de l'exsufflation du pneumopéritoine. Il est recommandé : • De retarder toute procédure jugée non urgente, en accord avec les recommandations déjà émises; • D'évaluer, selon la prévalence de la COVID-19 dans la communauté, les risques et bénéfices de toute intervention chirurgicale; • D'utiliser un système de filtration durant les procédures laparoscopiques et lors de l'évacuation du pneumopéritoine; • D'utiliser la pression d'insufflation la plus basse possible; • D'utiliser les réglages d'électrocautères les plus bas possible; • De s'assurer de l'étanchéité des trocarts durant la procédure; • De ne pas considérer, dans l'état actuel des connaissances, l'approche ouverte comme une option plus sécuritaire que l'approche laparoscopique dans les cas confirmés de COVID-19; • D'envisager, dans les cas jugés à haut risque de transmission de la COVID-19, une approche alternative ou un traitement médical seul; • De mettre à jour l'ensemble de ces recommandations en fonction de l'évolution des connaissances et de la prévalence de la COVID-19 dans la communauté. À venir : Recommandations concernant les risques associés aux liquides biologiques et ceux associés à la chirurgie ouverte. **16 avril 2020** *20-MS-02502-94_LET_PDG_Chirurgie cardiaque* Mise à jour sur les interventions de chirurgie cardiaque pour les bassins de desserte des RUIS de l'Université de Montréal (UdM) et de l'Université McGill Les directives doivent être mises en place dès ce jour, et ce, pour une période indéterminée pour les patients pour lesquels une chirurgie cardiaque urgente et semi-urgente est nécessaire pour les	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	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 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020

	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 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	• 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 p. j. • 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.	
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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	pour la COVID19 et la protection des personnes touchées par le cancer et des professionnels. **27 mars 2020** *4-20-MS-00496-92_P.J.1_Endoscopie-Cancérologie délestage* Recommandations pour le délestage des activités endoscopiques. **1er avril 2020** *4-20-MS-02502-04_LET_PDG-DSP_Cancérologie Lettre 4_COVID-19, 4-20-MS-02502-04_PJ1_Cancérologie_Délestage et niveaux d'activités, 4-20-MS-02502-04_PJ2_Cancérologie_Radio-oncologie-COVID-19 et 4-20-MS-02502-04_PJ3_Cancérologie_MAJ PQDCS* • Plan de délestage et niveaux d'activité en cancérologie : voir la PJ1 qui est complémentaire aux indications fournies dans les autres secteurs. • Activités en radio-oncologie : recommandations spécifiques au secteur de la radio-oncologie en PJ2 qui précise l'échelle de priorité applicable jusqu'à nouvel ordre et les indications cliniques associées. Activités de dépistage et d'investigation du cancer du sein (mise à jour) : recommandations en PJ3 concernant le programme de dépistage du cancer du sein. **7 avril 2020** *20-MS-02502-52_LET_PDG_Cancérologie_Zone froide et 20-MS-02502-52_PJ_Cancérologie_Zone froide Lettre 6* Recommandations pour l'application du concept de zone froide aux secteurs de la cancérologie (voir PJ) : • Il est conseillé de créer une zone froide dans le centre de cancérologie, d'aménager une zone tiède dans le centre de cancérologie pour accueillir les usagers qui ont des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou chez qui une infection est suspectée, et d'aménager une zone chaude pour admettre la clientèle atteinte de la COVID-19 dans l'hôpital (pas dans le centre de cancérologie). Précision sur le niveau d'activités en radio-oncologie • Le niveau d'activités de délestage en cancérologie et en radio-oncologie devrait être en lien avec le niveau d'activités global COVID-19 de votre établissement, mais également en fonction du niveau de ressources humaines en place dans les secteurs visés par la cancérologie. Le niveau d'activités réalisé au centre de cancérologie devrait toutefois permettre, selon la situation, de passer à un niveau d'alerte supérieur dans une période de 24 à 48 heures. **14 avril 2020** *20-MS-02502-84_LET_PDG_Cancérologie - Lettre numéro 7, PJ1_Cancérologie_Recommandations Cancer du sein et PJ2_Cancérologie_Recommandations Onco-Pédiatrie* Recommandations pour le secteur de l'oncologie pédiatrique : • Voir PJ2 le document « Recommandations concernant la prise en charge de la clientèle en oncologie pédiatrique dans le contexte de la COVID-19 ». Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet cancer du sein : • Voir PJ1 le document « Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en 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.	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**

	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 :
	  • 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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	spécifiques en p. j. • 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. **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. **29 mai 2020** *20-MS-03823-54_LET_PDG-DSP_Endoscopie-gynécologique et 20-MS-03823-54_PJ_Endoscopie-gynécologique* Directives pour l'endoscopie dans le secteur de la gynécologie en complément des directives générales sur la reprise des activités spécialisées pour l'endoscopie dans les secteurs de la gastro-entérologie, de la pneumologie et de l'urologie (voir PJ), **4 juin 2020** *20-MS-03823-80_LET_PDG-DSP_Cancérologie-PQDCS,*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	PJ1_Tableau_synoptique_plan_reprise_dépistage_sein, PJ2_Cancérologie_recommandations_imagerie_mammaire et PJ3_Reprise_Dépistage cancer du sein-plan et indicateurs Les activités de dépistage du cancer du sein reprendront graduellement dans les régions. Voir PJ : • Tableau synoptique des étapes du plan de reprise du dépistage du cancer du sein; • Recommandation concernant l'impact de la COVID-19 et les activités de dépistage et d'investigation du cancer du sein; • Plan de reprise du dépistage du cancer du sein – éléments essentiels et indicateurs du plan de reprise du dépistage du cancer du sein. Le plan de reprise doit être complété, entériné par votre établissement et transmis au plus tard le 12 juin prochain au MSSS. Les activités pourront reprendre après autorisation du MSSS. Il est attendu de la direction responsable du programme de cancérologie de chacun des établissements de : • Mettre en place un comité de surveillance de la reprise du dépistage du cancer du sein; • Rapatrier les ressources humaines qui ont été réaffectées pendant la pandémie (coordonnateur du CCSR, technologues en imagerie médicale, etc.); • Débuter les démarches auprès des CDD-LIM pour cartographier la trajectoire des femmes qui souhaiteront participer au dépistage (LIM chaud/froid/tiède, CRID de référence, trajectoire intrarégionale pour éviter le voyagement des patientes); • Estimer le nombre d'examens de dépistage et d'investigation à reprendre ainsi que le nombre de lettres d'invitation, de relances et de rappels à transmettre pour chacun des groupes de femmes priorisé. • Prévoir une date officielle de redémarrage des activités pour la région; Soumettre pour approbation, au MSSS, le plan de reprise de la région.	
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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	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. **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 :	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	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 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 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 :	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	• 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 centres désignés comme présenté dans le tableau en p. j. • En centre désigné de psychiatrie : installer des zones chaudes/tièdes et froides dans les unités dédiées. Des mesures de distanciation sociale doivent être établies.	**9 juin 2020** *20-MS-05553-04_LET_PDG_Visites et sorties* Autorisation pour les personnes séjournant en unité de soins psychiatriques : • De travailler dans les secteurs autorisés par le gouvernement du Québec; • De sortir à proximité du milieu de vie (ex. : marche) supervisées ou non. La nécessité ou non de superviser ou d'accompagner l'usager lors d'une sortie à l'extérieur doit être déterminée en fonction d'une appréciation clinique de la situation de l'usager par un professionnel de l'établissement responsable du suivi de l'usager, notamment en considérant que l'état de celui-ci est susceptible d'avoir changé en raison du contexte de la pandémie; • De séjourner temporairement 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 s'avèrent nécessaires pour soutenir la réalisation d'une sortie temporaire, l'établissement pourrait refuser la sortie de l'usager dans l'intérêt de sa sécurité, compte tenu de la limite de capacité actuelle des équipes cliniques concernées en cette période exceptionnelle.

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	• 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. **4 juin 2020** *20-MS-03823-76_LET_PDG Reprise des activité SSS SM D* Certaines activités des programmes-services sociaux généraux en santé mentale et en dépendance ont été maintenus au cours des dernières semaines, alors que d'autres ont été délestés. Au cours des prochains jours, le MSSS transmettra, aux directeurs des programmes-services concernés, ses orientations et des consignes cliniques prioritaires afin de guider les équipes quant aux actions à mettre en place en vue de la reprise de l'ensemble des services de ces programmes. Il est attendu que l'ensemble des services délestés ou réduits soit repris d'ici le 1er septembre 2020, et ce, en prenant toutefois en considération la capacité des équipes et la situation épidémiologique. L'intensité et les modalités des services devront être modulées afin de respecter les consignes de santé publique.	
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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	~~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).	
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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**

	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.
	4 juin 2020 *20-MS-02502-41_LET_PDG_DSP Priorité laboratoire, 20-MS-02502-41_Aide à la décision et 20-MS-02502-41_Priorités TAAN COVID_2020-06-03*
	L'INESSS a reçu le mandat de baliser l'utilisation des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) selon les évidences scientifiques, les différentes stratégies de santé publique et les besoins des différents milieux de soins et d'hébergement. Dans l'attente des recommandations de l'INESSS, le MSSS dépose des orientations intérimaires pour baliser l'utilisation de ces tests. En fonction de ces recommandations, le MSSS propose également une nouvelle classification dans l'accès au TAAN. (voir PJ)	

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 :	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	• 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 place concernant, plus spécifiquement, l'activité repas; l'animation et le support dans le milieu de vie;	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	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 présente des symptômes durant son hébergement (voir PJ1).	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**

	• 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, s'il est impossible de tester le patient avant le transfert, procéder au test à l'admission (voir	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	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 centre d'hébergement et de soins de longue durée. Elles peuvent également s'appliquer aux	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	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 p. j. 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. **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*	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	Mise à jour des directives concernant les grandes orientations à suivre dans les RPA. Cette mise à jour remplace la directive transmise par 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; (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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	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. **25 mai 2020** *20-MS-03823-44_Lettre PDG-MAJ Directives_CHSLD et 20-MS-03823-44_PJ_Directives_CHSLD* Mise à jour des directives qui remplace celles transmises par l'intermédiaire de la Sécurité civile le 11 avril dernier. Nouvelles informations et balises concernant les visites et les sorties de 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 et l'admission en CHSLD (voir PJ.). 1er **juin 2020** *20-MS-03823-68_LET_PDG_Sorties milieux d'hébergement* Cette correspondance remplace celle du 11 mai dernier sur les sorties dans les différents milieux d'hébergement et est complémentaire aux directives relatives aux programmes-services en DP, DI et TSA transmises le 21 mai et aux centres de réadaptation en dépendance et aux ressources communautaires ou privées d'hébergement en dépendance transmises le 22 mai dernier. En cohérence avec l'assouplissement progressif des mesures de confinement, les personnes vivant dans une ressource intermédiaire ou en ressource de type familial des programmes-services santé mentale et dépendance sont dorénavant autorisées à : • Travailler dans les secteurs autorisés par le gouvernement du Québec; • Sortir à proximité du milieu de vie (ex. : marche) supervisées ou non; • Séjourner temporairement 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 (SAD) s'avèrent nécessaires lors d'un séjour temporaire, l'établissement pourrait refuser la sortie de la personne pour sa sécurité.	
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).	

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020

	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 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.	

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

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020
	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 autorités 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 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. **29 mai 2020** *20-MS-03823-66_LET_PDG_DP-DI-TSA et 20-MS-03823-66_PJ FicheDPDITSA* En vue d'une éventuelle reprise de l'ensemble des services des programmes-services en DP, DI et TSA, voir les orientations pour les prochains mois (PJ). 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 2020. • Offrir des activités estivales stimulantes pour le développement, la participation et l'intégration des	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	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. 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 et le retour ou l'intégration en emploi.	
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. **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	

Stratégies	ACTIONS	
	COMMUNICATIONS ANTÉRIEURES	**COMMUNICATION À PARTIR DU 5 JUIN 2020**
	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. • 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. **4 juin 2020** *20-MS-03823-70_LET_PDG-DG_Adoption internationale et 20-MS-03823-70_PJ_Étapes de reprise des activités* Un plan de reprise des activités (voir PJ) prévoit une reprise très graduelle des activités d'adoption internationale s'échelonnant en quatre phases. Centré sur les enfants, il vise, entre autres, à permettre à ces derniers d'être réunis avec leurs parents adoptifs ou d'assurer la meilleure intégration possible au sein de leur nouvelle famille. Cette reprise s'effectuera avec souplesse compte tenu de différents facteurs à considérer, dont la situation observée dans le pays d'origine, la situation régionales ainsi que l'ouverture des frontières du Canada et du pays concerné. Par conséquent, la mobilisation des ressources humaines se fera de façon très graduelle. Il est toutefois attendu que vous souteniez vos directions de la protection de la jeunesse afin qu'elles puissent être en mesure d'initier la réalisation des activités prévues aux phases 1 et 2 d'ici la fin de juin 2020. Les activités prévues aux phases 3 et 4 pourraient reprendre d'ici le 1er septembre 2020.	
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 17 juin 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Comme mentionné dans la lettre transmise le 29 mai dernier sur le sujet, nous avons pris soin de rappeler aux partenaires des milieux de vie privés toute l'importance de collaborer et de communiquer régulièrement avec leur centre intégré ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CISSS ou CIUSSS) de référence. Dans le contexte actuel de la pandémie, la collaboration entre ceux-ci et les CISSS et CIUSSS est primordiale pour assurer la sécurité des personnes hébergées et offrir une réponse appropriée à leurs besoins.

Il est notamment prévu, pour les partenaires privés bénéficiant actuellement de l'apport de ressources humaines provenant du CISSS ou du CIUSSS, qu'un plan de rétablissement soit établi, permettant une reprise de la gestion du milieu. À cet effet, il était envisagé que le personnel du CISSS ou du CIUSSS présent dans ces milieux en date du 15 juin soit progressivement retiré, 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 public pourront être facturés au partenaire privé.

... 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

Tout en vous invitant à poursuivre votre accompagnement et votre soutien habituel à ces milieux de vie, soutien déjà présent avant la pandémie de la COVID-19, nous tenons à vous apporter les précisions suivantes sur les modalités de facturation éventuelle, survenant à défaut d'une entente de collaboration entre le partenaire privé et le CISSS ou le CIUSSS :

- Cette facturation devrait être envisagée uniquement dès lors que la transmission de la COVID-19 dans le milieu de vie privé concerné est sous contrôle, et notamment que le nombre de nouveaux cas de COVID-19 ainsi que le nombre total de résidents atteints de la COVID-19 sont en baisse;

- Il convient également de s'assurer que le niveau de présence du personnel à l'emploi de l'établissement est en hausse;

- Advenant que votre établissement soit amené à recourir à la facturation auprès d'un milieu de vie privé, les taux horaires suivants sont applicables :
  - Aide de service : 24 $ par heure travaillée;
  - Préposé(e) aux bénéficiaires : 27 $ par heure travaillée;
  - Infirmier(ère) auxiliaire : 36 $ par heure travaillée;
  - Infirmier(ère) : 47 $ par heure travaillée.

Nous vous remercions pour votre appui à la gestion d'un partenariat efficace avec les milieux de vie privés, dans l'intérêt premier des personnes hébergées et de leurs proches.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

c. c. PDGA des CISSS et CIUSSS
DRF 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 18 juin 2020

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

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

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES RESSOURCES HUMAINES DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Mesdames,
Messieurs,

Avec le déconfinement de la société québécoise qui est présentement en cours et la saison estivale qui arrive, nous sommes davantage exposés à des risques d'éclosion de la COVID-19. Nous devons également anticiper la deuxième vague qui pourrait survenir cet automne. Il est nécessaire de capter la transmission des infections de façon précoce pour protéger la société québécoise.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a déployé de nouvelles indications d'accès aux TAAN, par le biais de 22 nouvelles priorités qui ont été diffusées au réseau de la santé le 3 juin dernier[1]. En guise de rappel, un tableau présentant les nouvelles indications est aussi disponible en ligne à l'adresse suivante : https ://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/20-MS-02502-41_priorites_taan_covid_2020-06-03.pdf.

Par la présente, nous vous demandons désormais d'appliquer systématiquement à vos milieux les priorités qui les concernent.

… 2

[1] https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-193W.pdf

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 faudra donc vous assurer que le test soit offert dans toutes les situations nommées ci-après :

- toute personne ayant des symptômes compatibles de la COVID-19, que ce soit des patients (M1), des usagers (M2), des travailleurs de la santé (M3) ou autre (M7);
- dans le contexte d'une éclosion : le personnel (M5) et les usagers (M6);
- les patients asymptomatiques de COVID-19 admis ou qui seront admis dans les 48 heures dans les unités de soins aigus (chirurgie (incluant la chirurgie d'un jour), médecine, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, obstétrique, etc.) (M8);
- les patients asymptomatiques de COVID-19 à l'urgence, afin de rehausser le nombre de tests populationnels; patients pour lesquels il n'est donc pas requis d'attendre le résultat avant une admission ou un congé;
- les usagers asymptomatiques à l'admission ou à l'intégration dans certains milieux (CHSLD, RPA, Ri-RTF, soins de longue durée, palliatifs ou psychiatriques, réadaptation en santé physique ou en déficience physique) (M9);
- les personnes asymptomatiques qui subiront certaines interventions : greffe (incluant les donneurs) (M4), procédure immunosuppressive (M10), intubation dans les 48 heures (M11), bronchoscopie dans les 48 heures (sans N95) (M12);
- les personnes sans symptômes compatibles de la COVID-19 à l'admission ou à l'intégration en milieu de vie collectif avec hébergement (ex. : refuge pour personnes en situation de vulnérabilité sociale, milieu carcéral, centre jeunesse, RI-RTF, RAC, foyers de groupe, etc.) (M16);
- travailleur de la santé asymptomatique dans le cadre d'un dépistage systématique (M17);
- personnes considérées guéries de la COVID, mais pour lesquelles des analyses pourraient être nécessaires (M19);
- travailleurs de la santé asymptomatiques quittant une région chaude pour revenir dans une froide (M20).

Il faut noter que les directeurs de santé publique ont reçu de leur côté, des orientations visant le rehaussement de l'offre de dépistage populationnel, de même que les interventions chez les contacts étroits des cas confirmés.

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

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

N/Réf. : 20-MS-02502-41

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 18 juin 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 l'évolution favorable de la COVID-19 au Québec, et dans un souci de cohérence entre les différents milieux de soins, nous vous transmettons une mise à jour des directives en regard de la venue de proches aidants et des accompagnateurs 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. 1

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

N/Réf. : 20-MS-05553-16

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

Coronavirus COVID-19

2020-06-18

En raison de l'évolution favorable actuelle de la COVID-19 au Québec, nous vous transmettons de nouvelles directives en regard de la venue de proches aidants ou d'accompagnateurs, et de visiteurs en centres hospitaliers (CH).

Les personnes proches aidantes qui sont autorisées en CH sont les personnes proches aidantes qui offraient ou doivent offrir une aide ou un soutien significatif pour répondre à des besoins et contribuer à l'intégrité et au bien-être d'un proche.

Un accompagnateur est une personne significative qui offre un soutien ponctuel à un proche durant sa visite ou son séjour en CH.

DIRECTIVES POUR LA VENUE DES PERSONNES PROCHES AIDANTES EN CENTRES HOSPITALIERS

Les visites dans les CH seront permises **à compter du 26 juin prochain**, sous certaines conditions.

Chaque CH du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) peut moduler ces directives de façon exceptionnelle advenant une éclosion ou lors d'un fort achalandage du milieu.

Les centres doivent continuer de faciliter les communications virtuelles du patient avec ses proches**.**

DIRECTIVES GÉNÉRALES

- Aucun proche aidant ou accompagnateur ayant reçu un diagnostic de COVID-19 confirmé, en investigation ou symptomatique avec de la fièvre OU de la toux OU des difficultés respiratoires OU la perte d'odorat OU de goût n'est admis dans les CH; tous secteurs confondus.

  Les critères de dépistage des personnes proches aidantes ou accompagnateurs 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.

  Les recommandations de la santé publique relatives au port d'équipement de protection individuelle (ÉPI) sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à l'adresse suivante : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/.

- La venue de personnes proches aidantes ou d'accompagnateurs est maintenant permise à n'importe quel moment du séjour et pour tous les secteurs.
- L'aide et le soutien significatifs peuvent être offerts par plus d'une personne proche aidante ou accompagnatrice auprès d'une même personne en CH. Toutefois, **une seule personne proche aidante ou accompagnatrice à la fois pour une même plage horaire est autorisée, pour un maximum de 4 personnes par période de 24 heures.** Un assouplissement pourrait être fait pour la clientèle très vulnérable, telle la clientèle gériatrique ou en situation de handicap. Il en revient au jugement des établissements de déterminer si la venue d'un accompagnateur est sécuritaire et appropriée.
- Les heures de visite des établissements doivent être respectées.
- Ces directives peuvent être modulées pour des raisons humanitaires, par exemple si le patient est en fin de vie ou s'il s'agit d'une urgence.

DIRECTIVES POUR LES SALLES D'URGENCE

Les accompagnateurs sont limités à une personne par patient lors de visite à une salle d'urgence, à moins que cela ne soit requis médicalement ou lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Les accompagnateurs en salle d'urgence peuvent être temporairement interdits sen cas d'un fort achalandage. Cette décision est laissée au jugement de chaque équipe locale.

DIRECTIVES POUR LA CANCÉROLOGIE

Dans le contexte où les secteurs de la cancérologie, tant en clinique externe qu'en unités d'hospitalisation, demeurent des zones froides où un triage des patients, du personnel, et des visiteurs est en vigueur afin d'assurer la protection des patients atteints de cancer, les éléments suivants s'appliquent à ces secteurs :

- 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, selon le jugement de l'équipe clinique, lors de visites où seraient discutés des résultats ou éléments importants sur la suite du parcours clinique du patient.
- Greffe de moelle osseuse et thérapie cellulaire: aucune personne proche aidante ni aucun accompagnateur ne seront admis en clinique ambulatoire de greffe et thérapie cellulaire. À l'unité de soins pour ces patients, sous réserve de la situation de l'établissement ou de l'avis clinique, les visites d'un proche aidant ou d'un accompagnateur pourraient être autorisées, à condition qu'il se soumette aux procédures de triage ou de tests applicables sur l'unité. Un maximum d'une personne par patient s'applique pour la durée de l'hospitalisation.
- En oncologie pédiatrique : de façon générale, il est recommandé qu'une personne proche aidante qui apporte une aide et un soutien significatifs 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 OBSTÉTRICAUX, NÉONATAUX ET PÉDIATRIQUES

Obstétrique

- Toutes les mesures raisonnables doivent être mises en place afin de favoriser la présence du second parent ou d'un accompagnateur à l'accouchement (incluant la césarienne) et lors du séjour postnatal.
- Cependant, pour les femmes enceintes atteintes de la COVID-19, il pourrait être envisagé que le second parent ou l'accompagnateur atteint de la COVID-19 soit présent, s'il se déplace uniquement en même temps que la femme enceinte dans l'hôpital (pour l'arrivée entre autres), et en portant un masque.

Néonatalogie

- Toutes les mesures raisonnables doivent être mises en place afin de favoriser la présence des parents, s'ils ne présentent pas de symptômes à la COVID-19.
- Les parents atteints de la COVID-19 ne peuvent être présents, sauf lors de circonstances exceptionnelles.

Pédiatrie

- Toutes les mesures raisonnables doivent être mises en place afin de favoriser la présence des parents, s'ils ne présentent pas de symptômes à la COVID-19.
- Cependant, pour les enfants atteints de la COVID-19, il pourrait être envisagé que les parents atteints de la COVID-19 soient présents, s'ils se déplacent uniquement en même temps que l'enfant dans l'hôpital (pour l'arrivée entre autres), et en portant un masque.

Pour plus d'information, veuillez vous référer aux directives spécifiques disponibles sur le site Web du MSSS 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/services-mere-enfant/.

DIRECTIVES POUR LES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Veuillez vous référer aux directives spécifiques aux soins palliatifs et de fin de vie disponibles sur le site Web du MSSS à l'adresse suivante : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/.

DIRECTIVES POUR L'IMAGERIE MÉDICALE

- En date du 18 mars 2020, le MSSS indique que les établissements et les laboratoires d'imagerie médicale devraient se munir d'une politique visant à limiter le nombre d'accompagnateurs. Cette politique devrait limiter le nombre et la présence d'accompagnateurs aux cas le nécessitant uniquement, par exemple **:**

    1. Échographie obstétricale
    2. Clientèle pédiatrique
    3. Clientèle en perte d'autonomie

4. Clientèle présentant des troubles mentaux
5. Etc.

- À noter que tout accompagnateur devrait être soumis au même questionnaire de triage que les patients concernant les facteurs de risque de la COVID-19.

Pour plus de détails, veuillez vous référer aux recommandations spécifiques à chaque secteur, déposé sur le site Web du MSSS à l'adresse suivante : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 18 juin 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 le plan de déconfinement qui devra s'appliquer à l'ensemble des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec, et ce, à partir du 18 juin prochain.

Le document ci-joint présente pour chaque élément abordé dans le plan de déconfinement, le moment précis où la mesure devra être appliquée et dans quel contexte (CHSLD sans éclosion ou CHSLD avec éclosion).

Des précisions additionnelles sur les mesures de prévention et de contrôle des infections seront apportées dans la mise à jour des directives CHSLD qui vous sera transmise au cours des prochains jours.

... 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 au sein de votre établissement et auprès de vos partenaires conventionnés et non conventionnés sur votre territoire et qu'elles soient mises en place de façon efficace en fonction des dates précisées dans le plan de déconfinement.

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

p. j. 1

c. c. M[me] Martine Alfonso, CUSM
Membres du CODIR, MSSS
PDGA des CISSS et des CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-05553-20

Santé et Services sociaux Québec

COVID-19

Plan de déconfinement CHSLD

Éléments visés	Plan de déconfinement des CHSLD Mise en vigueur à compter du 18 juin à travers le Québec[1] Ces mesures pourraient être resserrées si une recrudescence de la COVID-19 survenait au Québec	
	Sans éclosion	**Avec éclosion**
➢ Sortie sans supervision du CHSLD[2]	Oui **À compter du 18 juin**	Non Toutefois, dans le cas d'une éclosion localisée dans le CHSLD, les résidents asymptomatiques de la zone non touchée pourraient être autorisés à sortir du CHSLD (selon recommandation équipe PCI ou DSPublique)
➢ Sortie de résidents actuels pour un séjour à l'extérieur de plus de 24 h dans la communauté[2]	Oui **À compter du 18 juin**	Non Toutefois, dans le cas d'une éclosion localisée dans le CHSLD, pour les résidents asymptomatiques de la zone non touchée pourraient être autorisés à sortir du CHSLD pour un séjour à l'extérieur de plus de 24 h (selon recommandation équipe PCI ou DSPublique)
➢ Visites	Oui[3] **À compter du 18 juin**	Non
➢ Rencontre extérieure[2]	Oui **À compter du 18 juin**	Non Toutefois, dans le cas d'une éclosion localisée dans le CHSLD, les résidents asymptomatiques de la zone non touchée pourraient

[1] Des précisions seront apportées dans les directives CHSLD.

[2] À l'extérieur du CHSLD, les mesures de PCI qui s'appliquent sont les pratiques PCI de base, l'hygiène des mains avant et après la sortie, la distanciation physique et le port du masque.

[3] Accompagnement nécessaire pour valider l'absence de critères d'exclusion parmi les visiteurs et pour superviser l'application des mesures PCI requises (hygiène des mains, port des ÉPI recommandés selon la situation clinique, etc). Les ressources humaines pour la formation et les masques de procédures doivent être disponibles en quantité suffisante pour que les visites soient permises.

Éléments visés	Plan de déconfinement des CHSLD Mise en vigueur à compter du 18 juin à travers le Québec[1] Ces mesures pourraient être resserrées si une recrudescence de la COVID-19 survenait au Québec	
	Sans éclosion	**Avec éclosion**
		être autorisés à sortir du CHSLD (selon recommandation équipe PCI ou DSPublique)
➢ Comités des usagers et des résidents[4]	Oui **À compter du 18 juin**	Oui **À compter du 18 juin**
➢ Personnel offrant des soins (dentiste, hygiéniste dentaire, audioprothésiste, etc)[5]	Oui **À compter du 18 juin**	Oui, seulement dans les zones qui ne sont pas en éclosion **À compter du 18 juin**
➢ Personnel embauché par le résident ou la famille peu importe le service ou le soin offert (coiffeuse, dame de compagnie, etc.)[5]	Oui **À compter du 26 juin**	Non
➢ Bénévoles et activités pour les loisirs rémunérés par l'installation (zoothérapie, chansonnier, etc.)	Oui[6] **À compter du 26 juin**	Non
➢ Admission de nouveaux résidents	Oui Se référer à la trajectoire d'admission en vigueur	Oui Se référer à la trajectoire en vigueur
➢ Activité repas à la salle à manger	Oui avec le concept de bulle[7] ou en respectant la distanciation physique	Possible avec le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique sur les unités qui ne sont pas en éclosion si les unités sont indépendantes les unes des autres Non pour les unités en éclosion

[4] Il est recommandé de continuer à favoriser les méthodes de rencontre virtuelles pour toutes les situations où cela est possible.

[5] Il est recommandé de limiter la mobilité de personnel d'une installation à une autre. Des précautions additionnelles doivent être prises. Les CHSLD devraient avoir une liste du personnel pour que ce dernier soit isolé rapidement en cas d'éclosion.

[6] Accompagnement nécessaire pour valider l'absence de critères d'exclusion parmi les bénévoles et pour superviser l'application des mesures PCI requises (hygiène des mains, port des ÉPI recommandés selon la situation clinique, etc). Les ressources humaines pour la formation et les masques de procédures doivent être disponibles en quantité suffisante pour que les visites soient permises.

[7] Concept de bulle : regroupement de personnes (maximum 10 à 12 personnes) qui est alors considéré comme une cellule de vie et dans laquelle il y a un assouplissement de certaines mesures, notamment celle de la distanciation physique. **Le groupe de résidents doit toujours être le même** et participe aux différentes activités ensemble (ex : repas, loisirs). Ainsi, chaque bulle contient un nombre limité de résidents bien identifiés. Cela permet de circonscrire les interventions en cas d'éclosion. Pour que le concept de bulles soit efficace, il faut une équipe dédiée à la bulle. Le personnel ne peut pas se déplacer d'une bulle à l'autre dans un quart de travail. Il faut également que les visiteurs appliquent rigoureusement les mesures PCI recommandées pour éviter l'introduction de l'infection dans une bulle. Ce concept ne s'applique pas en zone tiède.

Éléments visés	Plan de déconfinement des CHSLD Mise en vigueur à compter du 18 juin à travers le Québec[1] Ces mesures pourraient être resserrées si une recrudescence de la COVID-19 survenait au Québec	
	Sans éclosion	**Avec éclosion**
➢ Activité repas à la chambre privilégiée	Non	Oui pour les unités en éclosion
➢ Isolement à la chambre	Non	Oui Toutefois, dans le cas d'une éclosion localisée dans le CHSLD, les résidents de la zone non touchée pourraient être autorisés à sortir de leur chambre selon recommandation équipe PCI ou DSPublique
➢ Activités de groupe intérieur pour éviter déconditionnement	Oui possibilité d'activité avec le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique	Non
➢ Activités de groupe intérieur de loisir	Oui possibilité d'activité avec le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique	Non
➢ Activités de groupe extérieur[2]	Oui possibilité d'activité avec le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique	Non

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 18 juin 2020

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

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

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS CONVENTIONNÉS

Mesdames,
Messieurs,

Les candidats au programme de bourses pour l'attestation d'études professionnelles (AEP) en soutien aux soins d'assistance en établissement de santé ont débuté leur formation dans les différents centres de formation professionnelle (CFP) le 15 juin dernier. Rappelons que ce programme permet aux candidats de bénéficier d'une bourse d'études à titre de soutien financier pendant qu'ils participent au programme de formation en alternance travail-études d'une durée de 375 heures afin d'intégrer, au cours des prochaines semaines, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

La présente vise à vous rappeler les directives à l'intention des stagiaires et des étudiants dans les milieux de soins et à vous présenter une nouvelle directive concernant le dépistage des candidats et des enseignants des CFP qui intégreront les milieux de vie pour leur stage à compter du 6 juillet prochain. Cette intervention est en cohérence avec la stratégie de dépistage massif des employés lancée en mai dernier et nous permettra de réduire les risques que de nouvelles éclosions soient engendrées par l'arrivée massive de nouvelles personnes dans les installations qui hébergent des clientèles particulièrement vulnérables à la COVID-19.

… 2

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

Directives concernant les stagiaires et les étudiants dans les milieux de soins

Le 12 mai 2020, des directives à l'intention des stagiaires et des étudiants dans les milieux de soins ont été émises[1][2]. Ces instructions reposent, entre autres, sur le respect des principes suivants :

- l'interdiction de l'accès aux stages pour tout étudiant présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou qui est ou devrait être sous une consigne d'isolement, par exemple, en raison d'une exposition étroite à des cas de COVID-19;

- le respect des mesures de distanciation physique à toutes les occasions où cela est possible (pendant les pauses, les repas, l'enseignement théorique, etc.);

- le respect de l'hygiène des mains toutes les fois où cela est indiqué;

- une politique d'encadrement qui fait part des mesures et du soutien qui seront offerts aux apprenants advenant un résultat de dépistage positif à la COVID-19, incluant des mesures pour rattraper le retard en cas d'absentéisme prolongé;

- le port des équipements de protection appropriés en toutes circonstances;

- la surveillance étroite et régulière des symptômes compatibles de la COVID-19 auprès des apprenants, doublée d'une politique claire d'accompagnement sécuritaire et d'isolement de tout apprenant qui présenterait ou développerait de tels symptômes;

- l'accès rapide à des tests de détection de la COVID-19 en cas de symptômes.

Dépistage systématique des candidats et enseignants au programme de bourses pour l'attestation d'études professionnelles (AEP) en soutien aux soins d'assistance en établissement de santé

- Tous les candidats et les enseignants des CFP devront systématiquement avoir été dépistés d'ici le 26 juin 2020 et avoir reçu leur résultat de test de dépistage avant d'intégrer les milieux de vie des établissements du RSSS dans le cadre de la formation en alternance travail-études, à compter du 6 juillet prochain. Le dépistage est obligatoire pour tous.

- Les établissements devront compléter au plus tard le 6 juillet 2020, le formulaire de reddition de comptes disponible à l'adresse suivante : https://fr.surveymonkey.com/r/Depistage_Candidats_enseignants_PAB;

… 3

[1] 20-MS-02908-55_LET_PDG_Recommandations reprise des stages

[2] 20-MS-02908-55_Mesures_Santé publique Stages en santé v6.3

- Pour les étudiants rattachés aux établissements de santé privés conventionnés, les CISSS et CIUSSS assurent les mêmes responsabilités que celles appliquées lors du dépistage massif des employés en centre d'hébergement et de soins de longue durée.

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. Directrices et directeurs des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques des établissements publics de santé et services sociaux
Membres du CODIR, MSSS
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-05553-24

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 18 juin 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 ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF) diffusées le 2 mai dernier. Vous trouverez, à l'*Annexe 6* de ce document, un plan de déconfinement qui doit s'appliquer à l'ensemble des RI-RTF adultes, quel que soit le programme-services dont relèvent les usagers qui leur sont confiés, et ce, à partir du 18 juin 2020.

Ce plan présente, pour chaque élément, le moment précis où la mesure devra être appliquée et dans quel contexte (RI-RTF sans éclosion ou RI-RTF avec éclosion).

… 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 au sein de votre établissement et auprès des RI-RTF adultes de votre territoire. Il est important que ces mesures soient mises en place de manière efficace et en fonction des dates précisées dans le plan de déconfinement.

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-05553-30

Coronavirus COVID-19

2020-05-02
Mise à jour le 2020-06-18

En raison du déconfinement progressif en cours au Québec, nous souhaitons vous transmettre de nouvelles informations et des consignes pour les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF).

Les assouplissements sont proposés en tenant compte de la situation épidémiologique qui prévaut au Québec en date du 12 juin 2020. Ces mesures pourraient être resserrées si une recrudescence de la maladie survenait au Québec.

Concernant ces mêmes ressources qui accueillent les jeunes du programme-services jeunes en difficulté, ou des jeunes présentant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) confiés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, veuillez vous référer aux directives spécifiques à cette clientèle diffusées le 22 mai 2020 au https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-138W.pdf.

Concernant les ressources qui accueillent des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA, incluant la clientèle jeunesse de ces programmes-services confiée en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (voir annexe 10 de leur directive), veuillez prendre connaissance des mises à jour des consignes en date du 29 mai 2020 au https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-91W.pdf

Ce document remplace les directives transmises le 2 mai 2020 et est complémentaire au plan de déconfinement RI-RTF (voir annexe 6).

CONSIGNES CONCERNANT LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL (RI-RTF)

La pandémie de la COVID-19 et le déconfinement progressif, qui est en cours depuis quelques semaines, peuvent soulever plusieurs questions en lien avec le quotidien, les activités des usagers confiés en RI-RTF ainsi qu'avec les ententes collectives et nationales.

Étant donné le lien juridique de prestataire de services qui unit les ressources et les établissements de santé et de services sociaux, ceux-ci doivent collaborer afin d'assurer la continuité des services aux usagers en respect des lois, des règlements, des directives de santé publique et des pratiques reconnues. Ainsi, le présent document vise à communiquer des consignes et des renseignements importants et nécessaires pour assurer la protection des personnes hébergées en RI-RTF et toute autre personne résidant dans le même milieu de vie. Le tout, en permettant le retour à la vie normale, à l'intérieur des balises émises par la Direction générale de la santé publique.

Les présentes directives concernent les clientèles des programmes-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), santé mentale (SM) et dépendance. Certains usagers, 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. De plus, pour les personnes qui ont des problèmes de communication, dans leur compréhension de la situation ou dans leur capacité à se protéger, elles se retrouvent fragilisées par la situation entourant la COVID-19.

À titre de partenaires du réseau, une collaboration entre les établissements et les RI-RTF est nécessaire dans le contexte actuel de déconfinement progressif.

État d'urgence sanitaire

Le gouvernement du Québec a adopté un décret d'état d'urgence sanitaire le 13 mars 2020, duquel découlent des mesures exceptionnelles pour protéger la santé de la population québécoise, notamment les personnes âgées de plus de 70 ans, les personnes atteintes de maladies chroniques ou celles avec un système immunitaire affaibli.

La prévention dans le milieu de vie

Étant donné que certaines clientèles confiées en RI-RTF sont plus à risque de développer des complications, l'établissement et les RI-RTF doivent s'assurer que les activités de prévention des infections sont respectées par tous. À cette étape, les principaux éléments à prendre en considération sont :

- Les moyens de communication doivent être adaptés aux caractéristiques de chaque clientèle;

- Faire respecter, par l'ensemble des personnes présentes dans la RI-RTF, par différents moyens de communication adaptés, les mesures de base applicables dans le milieu de vie en prévention et contrôle des infections, notamment :

    - Se laver les mains souvent à l'eau tiède courante et au savon pendant au moins 20 secondes ou utiliser un désinfectant à base d'alcool à 60 % ou plus.

    - Se couvrir la bouche et le nez avec le bras afin de réduire la propagation des germes en cas de toux ou d'éternuement.

    - 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.

    - ~~Maintenir une distanciation physique des personnes d'au moins deux mètres.~~

    - Recommander fortement le port du couvre-visage lorsque l'usager fait une sortie pour se rendre dans un lieu public (voir lien ci-bas).

https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/ .

- Pour les ressources ayant des usagers qui ne respectent pas les directives émises par la santé publique, qui pourrait mettre à risque la santé des responsables de la ressource ou des autres personnes de la ressource (membres de la famille, usagers), nous les invitons à contacter l'établissement avec lequel elles sont en entente afin de trouver une solution permettant de préserver l'intégrité des usagers et de la ressource;

- Mettre en place des modalités adaptées de prévention et de contrôle des infections prévues par l'établissement responsable pour le personnel et toute autre personne qui entre à l'intérieur de la ressource, le cas échéant;

- Afin de limiter la possibilité d'introduire le coronavirus dans les RI-RTF, si certains biens ou services étaient requis par des personnes, les responsables sont tenus de mettre en place un mécanisme sécuritaire pour leur livraison, quelle qu'en soit la provenance, sans qu'ils soient remis directement aux usagers;

- Prévoir les modalités pour la circulation des informations entre le personnel de la ressource, le cas échéant;

- Mettre en place des employés dédiés à une seule ressource afin d'éviter qu'ils se déplacent d'un milieu à l'autre, pour les RI qui ont plus d'une ressource;

- Augmenter les mesures de prévention entre les intervenants, à moins que cela ne soit essentiel à la prestation des soins et des services, tel que le déplacement d'un usager nécessitant deux personnes;

- Référer les personnes à la ligne spéciale COVID-19 (1 877 644-4545) pour tous questionnements sur la COVID-19;
- Consulter les informations à jour sur le site à partir du lien suivant : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/ ;

- Il est de la responsabilité du responsable de la RI-RTF de s'assurer du respect des directives précédentes.

Repas

Les repas doivent être offerts dans la salle à manger à moins d'indication clinique contraire ou d'éclosion (voir informations complémentaires aux annexes 4 et 6).

Suivi clinique

La reprise graduelle des activités doit s'appliquer dans le respect des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) décrites ci-haut, des directives de la santé publique et des directives spécifiques aux milieux de vie concernés.

Les visites ou sorties nécessaires à l'intervention et au suivi clinique des usagers demeurent permises. Ces interventions sont déterminées au cas par cas par l'établissement en fonction des usagers, de leur situation et des autres personnes qu'ils côtoient au quotidien. À cet égard, les intervenants doivent respecter les consignes de prévention (voir l'annexe 4 - « Mesures de protection individuelle à appliquer par les représentants de l'établissement lors de visites dans les RI-RTF (vigie ou autres visites essentielles »). Les mesures alternatives téléphoniques ou virtuelles pour assurer le suivi peuvent continuer d'être privilégiées, selon l'évaluation du risque notamment dans le but de réaliser une intervention clinique sécuritaire. Il importe également de continuer les visites ou appels pour assurer la vigie de l'état de santé des personnes.

Visites

Depuis le 18 juin 2020, les visites pour les programmes-services SAPA, SM et dépendance sont autorisées, sauf dans les milieux en éclosion (deux cas confirmés ou plus). Pour le nombre de visiteurs autorisés selon le milieu, voir le plan de déconfinement à l'annexe 6. Compte tenu que certaines RI-RTF, dont les responsables partagent le milieu de vie avec les usagers, peuvent comporter 10 personnes et plus (membres de la famille et usagers), il est attendu que des aménagements soient mis en place pour permettre aussi les visites dans ces ressources.

Toutefois, sous réserve du respect de conditions spécifiques, une personne proche aidante qui comprend les risques inhérents à ses visites et qui 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, peut apporter une aide ou un soutien significatif à une personne qui relève du programme-services SAPA confiée en RI-RTF, même dans les milieux en éclosion (voir la définition du soutien significatif et les directives à cet effet).

https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/proches-aidants-en-contexte-de-pandemie-covid-19/ .

Peu importe le programme-services ou la présence d'éclosion ou non, les visites qui sont nécessaires à des fins humanitaires ou pour obtenir des soins ou des services requis par leur état de santé sont autorisées.

L'assouplissement de ces mesures est assujetti au respect de certaines précautions pour assurer un équilibre favorable entre les risques et les bénéfices associés.

Notez que l'équipement de protection individuelle varie en fonction de la région (voir annexe 5).

Sorties des usagers

Dans le contexte de l'assouplissement progressif des mesures de confinement établies par le gouvernement dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, pour les personnes vivant en RI-RTF des programmes-services SAPA, SM et dépendance sont dorénavant autorisées à :

- sortir pour aller travailler dans les secteurs autorisés par le gouvernement du Québec. Des mesures d'hygiène associées à ce milieu doivent être rigoureusement respectées;

- faire des sorties extérieures, supervisées ou non. 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 ou si cela est justifié, se référer au jugement clinique du professionnel de l'établissement, responsable du suivi de l'usager. Évidemment, la personne doit être consciente du risque encouru associé à la contamination communautaire de la COVID-19, lors d'une sortie à l'extérieur de la ressource. Elle doit aussi être en mesure de respecter les directives de la santé publique pendant sa sortie à l'égard de la distanciation physique de deux mètres;

- séjourner temporairement dans le milieu familial ou autre milieu désigné dans le plan d'intervention de l'usager.

Ainsi, dans le cadre de sortie ou de séjour d'un usager chez les membres de sa famille, et ce, peu importe la durée, une évaluation du risque associé à la propagation de la COVID-19 est requise par l'établissement préalablement à ces sorties, en plus de rappeler à chacun que les mesures d'hygiène sanitaires doivent être respectées pendant cette sortie ou ce séjour.

À noter que si des besoins importants de services de soutien à domicile s'avèrent nécessaires lors d'un séjour 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).

Concernant la reprise graduelle des services dans le secteur des soins personnels et de l'esthétique (ex. : coiffure, soins de pieds), vous devez vous référer aux consignes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2997-travaileurs-soins-beaute-covid19.pdf

https://www.cnesst.gouv.qc.ca/salle-de-presse/covid-19/Documents/DC100-2160-guide-soins-personnels.pdf

Ainsi, il est possible pour les usagers qui ne sont pas suspectés ou infectés de la COVID-19 de recevoir ces services depuis le 1er juin 2020, ou depuis le 15 juin pour la région de Montréal, de deux façons (tel que diffusé par le biais du Guichet RI-RTF le 4 juin dernier) :

- les services pourront être offerts dans la ressource s'ils sont situés dans un local dédié;
- les usagers qui le peuvent (voir section visites et sorties) pourront sortir pour recevoir des soins personnels ou esthétiques.

Toutefois, il n'est pas possible d'offrir ces services directement dans les chambres des usagers puisque les visites et déplacements dans les ressources sont actuellement balisés et restreints.

Retour de sortie

Il est 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 quatorze jours et un test de dépistage sont requis.

Personnel et employés embauchés par les RI-RTF

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 :

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

Si des enjeux de main-d'œuvre sont rencontrés, les ressources peuvent communiquer avec la ou les personnes identifiées par l'établissement avec lequel elles ont une entente, pour obtenir du soutien.

Surveillance de l'état de santé des usagers confiés

Dans le contexte exceptionnel de la pandémie, les établissements doivent effectuer une analyse clinique de chaque situation qui survient en collaboration avec la ressource et prendre une décision dans le respect des directives édictées par la santé publique. Les directives précitées sont sujettes à modifications selon l'évolution de la situation pour toutes les personnes confiées (incluant les nouveaux placements). Il importe d'assurer quotidiennement une surveillance de l'apparition de signes et symptômes typiques et atypiques chez l'usager (voir annexe 1).

Placement / déplacement (réintégration)

Même en temps de crise, les obligations de chacune des parties, notamment prévues dans les ententes collectives et nationales, demeurent celles applicables et doivent gouverner les actions de tous. Ainsi, le refus de placement demeure une situation exceptionnelle et la présente pandémie n'est pas un motif permettant de justifier un refus systématique. Évidemment, l'évolution du déconfinement progressif requiert des ajustements ponctuels pratiquement d'heure en heure et apporte son lot de défis atypiques avec lesquels chacun doit composer. Les circonstances actuelles requièrent donc de la flexibilité de toutes les parties et c'est le sens qu'il faut donner aux mots utilisés. L'établissement doit considérer, dans son analyse, le fait que les signataires à l'entente de même que de toute personne qui réside dans la résidence principale d'une ressource présentent l'un des profils suivants : âgé de 70 ans et plus ou atteinte de maladies chroniques ou avec un système immunitaire affaibli.

Nous souhaitons que les parties agissent dans le meilleur intérêt de tous et sommes convaincus que la collaboration et la communication sont primordiales dans ce contexte de pandémie.

En ce qui concerne les modalités et principes à considérer lors d'un placement/déplacement en RI-RTF, voir le document intitulé :

« *Trajectoire : 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 en provenance de la communauté* », diffusé le 26 mai 2020.

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-109W.pdf

Cette trajectoire s'applique pour les séjours de 24 heures et plus dans un centre hospitalier ou lors d'un nouveau placement d'un usager en provenance de la communauté.

Il est à noter que les usagers provenant d'une RI-RTF, qui est en lien contractuel avec le même établissement, ne sont pas considérés en provenance de la communauté. Conséquemment, la trajectoire ne s'applique pas pour l'usager devant intégrer une RI-RTF en provenance d'une autre RI-RTF. Toutefois, une évaluation du risque par l'établissement est indispensable afin d'établir si un isolement préventif est requis. Un avis de votre santé publique régionale est également essentiel dans ce type de situation.

En cohérence avec les mesures de déconfinement progressif, permettant à plusieurs clientèles confiées en RI-RTF de reprendre des visites ou séjours dans leurs familles, cette trajectoire n'est plus applicable dans le cas de la réintégration d'un usager en provenance de la communauté, et ce, pour toutes les clientèles.

Cependant, une évaluation du risque associée aux conditions dans lesquelles s'est déroulé le séjour de l'usager dans la communauté est toujours requise et les mesures préventives doivent être adaptées à la situation, le cas échéant.

Les répits et les placements intermittents dans les RI-RTF

Actuellement, les placements de répit et les placements intermittents sont suspendus, ainsi que l'ensemble des activités liées à ce type de placement, afin de limiter les contacts multiples entre les personnes et d'éviter la propagation de la COVID-19.

Tests de dépistage

Il est à noter que la priorisation du dépistage est évolutive.

Veuillez vous référer aux directives ministérielles en vigueur portant sur le dépistage.
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/depistage/

Voir aussi les directives au RSSS - Stratégie de dépistage longue durée et milieux de vie 20-MS-03823-99 diffusées le 8 juin 2020.

Mesures pour contrer la propagation de la COVID-19 dans les RI-RTF

- **Afin d'assurer la protection des personnes confiées en RI-RTF ainsi que des prestataires de services :** Effectuer un test de dépistage de la COVID-19 pour les usagers, les responsables qui partagent leur milieu de vie et le personnel en RI-RTF, dès qu'il y a un cas de COVID confirmé dans la ressource (Voir section précédente « Tests de dépistage »);
- Réaliser la vigie de l'état de santé des employés des RI-RTF avant chaque quart de travail (par exemple, par l'instauration d'une grille de surveillance des symptômes);
- Dispensation des formations, notamment celles concernant la PCI (prévention et contrôle des infections) pour les RI-RTF et leurs employés :

  - Faire la promotion de capsules d'information sur l'hygiène des mains et l'utilisation de l'équipement de protection individuelle ou dispenser la formation.

    - Voici le lien pour la formation qui porte sur l'hygiène des mains : https://fcp.rtss.qc.ca/local/html-courses/hygiene/story.html

    - Voici celui pour la formation portant sur l'utilisation de l'équipement de protection personnel, d'une durée de 10 minutes : https://vimeo.com/399025696

  - Rendre accessible le programme de formation sommaire visant à soutenir le personnel en affectation temporaire dans un milieu de vie pour aînés, élaboré avec la collaboration du professeur Philippe Voyer de l'Université Laval.

- Assurer la protection notamment des prestataires de service de soutien ou d'assistance, selon les indications de l'INSPQ;

- Interdire aux usagers et au personnel (le cas échéant) de circuler d'une zone à l'autre, d'une RI-RTF à l'autre, lorsqu'applicable (voir l'arrêté ministériel 2020-038 et la section « Déplacement de la main-d'œuvre » à la page 14);

- Avoir du personnel dédié, le cas échéant, pour les zones tièdes ou chaudes.

https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/zones-tampons/

- Le port du masque n'est plus requis pour les responsables de RI et de RTF qui partagent le même milieu de vie que les usagers même lors de services de soutien ou d'assistance à rendre à moins de deux mètres de l'usager.

https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19

- Les employés, remplaçants compétents et autres prestataires de services doivent porter le masque de procédure dès l'entrée dans la ressource (voir annexe 5).
- Notez que l'équipement requis varie en fonction de la région (voir annexe 5).
- Si le port de la visière est requis, celle-ci doit être conservée par les RI-RTF et être désinfectée pour un usage multiple.

Mesures additionnelles pour contrer la propagation de la COVID-19 dans les milieux de vie spécifiques aux personnes âgées de plus de 70 ans et aux personnes atteintes de maladies chroniques ou ayant un système immunitaire affaibli

Afin d'assurer la protection des personnes âgées de plus de 70 ans, des personnes atteintes de maladies chroniques ou ayant un système immunitaire affaibli, ainsi que des prestataires de services, des informations sur la prévention et le contrôle des infections ont été incluses dans les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour les différents milieux de vie notamment, les RI-RTF.

Dans le but de réduire les possibilités de propagation du virus et d'augmenter le soutien à ces milieux de vie, les mesures additionnelles suivantes sont identifiées en date du 11 avril 2020:

- Prendre les moyens nécessaires afin de s'assurer que les mesures PCI sont respectées en tout temps par toutes les personnes présentes dans le milieu de vie;
- Identifier une infirmière de référence pour les RI-RTF;
- Réduire au maximum le nombre de personnes différentes en contact avec un même usager;
- Augmenter la couverture médicale dans les différents milieux de vie, selon les besoins des usagers;

Règlement sur la classification des services offerts par une RI-RTF

Révision annuelle de la classification en période de pandémie de la COVID-19

Bien qu'en vertu du Règlement sur la classification, l'Instrument doit être révisé par l'établissement au moins une fois par année (ou au moins tous les six mois pour les usagers de 2 ans et moins). Il revient à l'établissement, en cette période pendant laquelle toutes les activités de l'établissement sont centrées sur les actions prioritaires en lien avec la pandémie de la COVID-19, de revoir ses priorités en délestant certaines activités non urgentes. La révision annuelle de la classification pourrait être une activité que l'établissement fait le choix de délester lorsqu'il juge qu'il n'y a pas de changement dans la condition de l'usager nécessitant une modification aux services devant être offerts par la ressource ou aux précisions reliées à ces services.

En conséquence, l'établissement doit s'assurer qu'au moment prévu de la révision annuelle, il n'y a pas de changement significatif à la condition de l'usager impliquant une révision de l'Instrument. À cet effet, une vérification devra être réalisée auprès de l'intervenant au suivi professionnel de l'usager.

Complétion de l'Instrument lors d'un nouveau placement

Le Règlement prévoit que l'Instrument doit être complété et remis à la RI-RTF dans le mois suivant le placement pour les adultes. La rétribution quotidienne, associée au niveau de services ainsi déterminés, sera applicable à compter du 61e jour de placement. Il est donc requis de déterminer à la RI-RTF les services à rendre pour un nouveau placement, mais l'établissement pourrait repousser cette tâche jusqu'à la 60e journée suivant l'arrivée de l'usager si, compte tenu de la situation actuelle, il n'est pas en mesure de respecter le délai prévu au Règlement étant donné la situation actuelle.

Bien entendu, compte tenu de la distanciation recommandée par la santé publique, l'exercice de la complétion de cet Instrument ~~doit~~ se faire par téléphone ou par toute autre alternative technologique, selon l'évaluation du risque fait conjointement par l'établissement et la ressource afin de recueillir les informations essentielles provenant de la ressource.

Complétion de l'Instrument lors d'un changement de condition

Le Règlement prévoit une révision de l'Instrument lors d'un changement de condition de l'usager nécessitant une modification aux services devant être offerts par la ressource à cet usager. Cette révision exige peu de temps aux participants, puisqu'elle laisse au jugement clinique de l'intervenant, la possibilité de revoir seulement les descripteurs concernés (souvent trois ou quatre des 17 descripteurs) et non l'ensemble de l'Instrument et elle assure ainsi une prestation de services sécuritaire de la part de la ressource et bien adaptée à la nouvelle condition de l'usager (à la suite d'un AVC, ou d'une hospitalisation par exemple). Évidemment, cet exercice doit se faire aussi par téléphone ou par toute autre alternative technologique.

En présence d'un cas suspecté, en investigation ou confirmé en RI-RTF :

1. Aviser immédiatement l'établissement;
2. Informer l'établissement du niveau de soins, si connu;
3. L'établissement avise les proches ou le représentant légal, public ou privé, de la situation de l'usager;
4. Lorsqu'un isolement devient requis, il est attendu qu'un échange au préalable soit réalisé avec l'établissement, sur les différentes possibilités associées à l'environnement physique et à l'organisation de services, qui permettraient d'assurer la sécurité et la protection des usagers qui leur sont confiés. La chambre de l'usager pourra être considérée comme une zone tiède ou chaude (tout dépendant de la situation).

   Lorsque l'un ou l'autre des responsables, l'un des membres de sa famille et/ou l'usager sont suspecté, en investigation ou confirmé à la COVID-19. La personne demeurera dans la RI-RTF si :

   - La personne est autonome pour s'occuper d'elle-même et est en mesure de se conformer aux directives et qu'elle :
     - vit seule dans son appartement supervisé et peut s'y isoler (repas à l'appartement);
     - vit dans une chambre individuelle et peut s'y isoler (repas à la chambre); avec un accès à une salle de bain exclusive
     - vit avec d'autres personnes, mais a une chambre individuelle et peut s'y isoler (repas à la chambre avec un accès à une salle de bain exclusive).

   - Advenant que la personne n'ait pas accès à une salle de bain exclusive, c'est-à-dire que la salle de bain est partagée avec une ou plusieurs personnes, il est possible de maintenir cette personne en isolement dans la RI-RTF en appliquant les mesures suivantes :
     - la personne sous investigation 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;
     - la poignée de la porte, la chasse d'eau et le robinet doivent être désinfectés après l'utilisation de la toilette.
     - le recours à une chaise d'aisance dans la chambre individuelle de la personne pourrait être possible, si l'autonomie de la personne le permet et que la désinfection est assurée.

5. Toute décision dans l'application des mesures d'isolement doit tenir compte des caractéristiques de la personne, de sa situation psychosociale et de son environnement (incluant les autres personnes qui y résident, dont les

responsables de la RI-RTF). Bien que le bien-être collectif prime sur celui individuel en cette période de pandémie, l'intégrité psychologique et physique de la personne isolée doit également être préservée, afin de prévenir un risque de désorganisation de celle-ci. À cet effet, il est souhaitable d'encourager, autant que possible, la participation de la personne présentant, notamment un trouble de la santé mentale, dans la recherche de compromis entre ses besoins et les directives de la santé publique à l'égard de la prévention de la propagation de la COVID-19. D'autres personnes, par exemple présentant un trouble neurocognitif majeur, nécessitent la mise en place de mesures additionnelles assurant la préservation de leur intégrité psychologique et physique (voir Annexe 2).

6. Toutefois, l'établissement recommandera un transfert vers un milieu de confinement[1] situé dans un lieu préalablement déterminé, pour toute la durée de la période de confinement, malgré la mise en place de mesures adaptées à ces clientèles, si **:**
    - une de ces conditions n'est pas rencontrée;
    - la personne n'est pas autonome pour s'occuper d'elle;
    - la personne n'est pas en mesure de se conformer de façon stricte aux consignes d'isolement à la chambre (par exemple, en présence de troubles neurocognitifs ou d'un trouble d'opposition);
    - le personnel n'a pas accès à des équipements de protection individuelle (ÉPI) pour offrir les services en toute sécurité.

Si transfert vers zone tampon tiède ou chaude ou de soins spécialisés :

Privilégier le transport adapté en premier lieu, si des équipements de protection sont disponibles pour le transporteur. Dans la négative ou si la condition de la personne se dégrade, utiliser un transport ambulancier.

Deux cas de figure peuvent s'appliquer :

- l'usager doit être transférer vers une zone tampon tiède ou chaude, se référer aux directives ministérielles sur le sujet.
- l'usager 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)
    - Visites interdites sauf pour des raisons humanitaires, comme une situation de fin de vie

1 : Communément nommé zone chaude ou zone tiède selon les modalités mises en place dans les établissements de santé et de services sociaux.

Réanimation cardiorespiratoire (RCR) en contexte de la pandémie

Pour cette section, nous vous référons aux directives du *protocole de réanimation simplifié du COVID-19* (voir annexe 3) mises à jour le 29 mai 2020, qui est applicable à l'ensemble des milieux de soins et d'hébergement hors des hôpitaux dont les RI-RTF. En ce qui a trait à ces dernières ressources, certaines particularités s'imposent compte tenu, entre autres, de leur spécificité organisationnelle.

L'établissement, par l'entremise des intervenants associés aux RI-RTF, doit guider et informer clairement ces dernières quant à :

- Des volontés de réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiorespiratoire (ACR) le cas échéant.

La volonté connue d'une personne de ne pas être réanimée doit être respectée. Toutefois, dans le doute, les manœuvres de réanimation doivent être tentées.

Un arrimage et une bonne trajectoire de communication entre les ressources et l'établissement sont indispensables dans la mise en œuvre de la RCR dans le contexte du COVID-19. À cet effet, il est primordial pour les établissements de bien renseigner les ressources sur la présence de volontés concernant la réanimation cardiorespiratoire et leurs responsabilités respectives associées. De plus, les établissements devront soutenir activement les ressources afin que le matériel requis soit présent dans ces milieux.

Déplacement de la main-d'œuvre

Les RI-RTF sont visées par l'arrêté ministériel 2020-038. Cet arrêté traite notamment de la mobilité du personnel entre des zones distinctes, plus spécifiquement entre deux milieux de travail distincts. Il précise principalement qu'une personne qui œuvre dans une zone chaude ne peut travailler dans une zone froide. Conséquemment, à partir du moment où une personne a travaillé en zone chaude, elle ne peut plus retourner travailler en zone froide.

Ce principe s'applique autant entre les différentes ressources d'un même responsable que d'une zone à l'autre dans une même ressource. Dès qu'un prestataire de services entre en zone chaude, l'interdiction de retourner en zone froide s'applique, et ce, pour toute la durée de l'arrêté.

Pour les RI-RTF et les établissements, un formulaire est disponible afin d'obtenir la déclaration d'un employé relativement à son travail dans les quatorze jours précédents son affection. La ressource doit donc faire remplir cette déclaration avant l'embauche d'un nouvel employé qui est ciblé pour travailler en zone froide. Le même formulaire doit être utilisé auprès d'une agence. Une collaboration et un arrimage efficient sont donc essentiels entre l'établissement et la ressource pour s'assurer du respect des consignes relativement aux zones. Notons qu'un individu pourrait œuvrer dans deux zones chaudes, mais ne peut œuvrer dans des zones chaudes et froides.

Il est recommandé, dans la mesure du possible, de ne pas déplacer vers les zones chaudes les personnes salariées de l'établissement pour ensuite les remplacer par du personnel provenant d'agence en zone froide. Dans un tel cas, il est recommandé de valider au préalable l'historique

de travail du prestataire de services pour s'assurer que la personne puisse y travailler en toute conformité avec l'arrêté.

Climatisation

En l'absence de données probantes et à la lumière de la littérature consultée par l'INSPQ, la décision d'utiliser des appareils de climatisation dans la chambre et sur une unité où des usagers sont hébergés et suspectés ou confirmés d'être atteints de la COVID-19 doivent être soumis 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. https://www.inspq.qc.ca/publications/3011-climatiseurs-mobiles-ventilateurs-milieux-soin-covid19 .

Accès aux services de garde d'urgence pour les employés des RI-RTF et les responsables de famille d'accueil

Pour les modalités, voir le lien Internet https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/services-de-garde-durgence/ ainsi que le décret 566-2020.

Pour toute question additionnelle, vous pouvez vous référer au bureau des renseignements et des plaintes du ministère de la Famille au 1 855 336-8568.

Références utiles

Site Web de Québec.ca

https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/#c46383

Sites Web du ministère de la santé et des Services sociaux

https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002490/

ANNEXE 1 : Symptômes de la COVID-19

OBSERVATIONS ET CHANGEMENTS CHEZ L'USAGER À RAPPORTER À L'ÉTABLISSEMENT

Symptômes typiques de la COVID-19

- Signes et symptômes les plus fréquents
  - ✓ Fièvre
  - ✓ Toux sèche
- Autres symptômes possibles
  - ✓ Essoufflement
  - ✓ Production de crachats
  - ✓ Fatigue
  - ✓ Perte d'odorat
  - ✓ Perte du goût

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
  - ✓ Perturbation du sommeil
  - ✓ Agressivité/irritabilité
  - ✓ Perte d'appétit

ANNEXE 2 : **MOYENS DE FAVORISER L'ISOLEMENT D'UN USAGER QUI PRÉSENTE DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION NOTAMMENT, POUR LA CLIENTÈLE SANTÉ MENTALE**

- **Isolement à la chambre**

  Pour favoriser l'isolement dans la chambre de l'usager, une programmation individuelle doit être aménagée. Celle-ci doit tenir compte des caractéristiques de la personne, de ses intérêts et de la disposition de la chambre. Les intervenants des établissements doivent soutenir les responsables des RI-RTF pour la mise en place de ces programmations qui devront être réévaluées régulièrement afin de soutenir toutes situations pouvant susciter une détérioration de la condition psychologique et comportementale de la personne. L'achat de matériel électronique tel console vidéo, IPad), jeux individuels, livres, etc., peut être envisagé étant donné les mesures financières supplémentaires associées au contexte de la pandémie de la COVID-19. Par exemple, il pourrait être envisagé qu'une programmation puisse permettre des sorties accompagnées dans la cour extérieure de la RI-RTF, tout en respectant les mesures de distanciation sociale et le port de l'équipement de protection individuel.

- **Repas**

  Les responsables de RI-RTF et leur personnel doivent assurer la surveillance ou l'accompagnement requis pour préserver la sécurité et l'intégrité de la personne qui doit manger dans sa chambre. Si l'environnement ne permet pas l'alimentation à la chambre:

  - Prévoir la possibilité d'isoler l'usager dans un autre lieu pour le temps du repas;
  - Assurer qu'entre chaque utilisation, les mesures de prévention et de contrôle des infections sont en place;
  - Que la distanciation physique d'au moins deux mètres est respectée lors des déplacements des usagers.

- **Salle de bain**

  Entre chaque utilisation de la salle de bain, appliquer les mesures de prévention et de contrôle des infections, notamment en matière d'hygiène, de désinfection et de distanciation physique lors des déplacements, en accompagnant l'usager tout au long de l'activité, si requis.

ANNEXE 3 :

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.

ANNEXE 4 - Mesures de protection individuelle à appliquer par les représentants de l'établissement lors de visites dans les RI-RTF (vigie ou autres visites nécessaires dans le cadre des responsabilités de l'établissement) :

Le représentant de l'établissement devra s'assurer du respect des consignes suivantes :

- Dans les régions où il serait possible de le faire, si vous avez plus d'une visite à réaliser, visiter en premier les RI-RTF qui ne sont pas en éclosion de COVID-19 pour terminer par les milieux en éclosion;

- Dans le cas où un intervenant à plus d'une visite de ressources à faire dans la même journée, il devra revêtir une blouse et un masque de procédure dès son arrivée dans les ressources;

- Si la ressource est composée de différentes unités, ces dernières devraient être visitées dans la chronologie suivante : débuter par la zone verte ou froide, suivi des zones jaunes ou tièdes et en terminant par les zones rouges ou chaudes;

- Les visites dans les chambres des usagers devraient être limitées le plus possible;

- Respecter une hygiène des mains stricte à fréquence régulière, en particulier lors de l'arrivée et de la sortie, de même que lors de l'entrée et la sortie d'une chambre ou d'un lieu de rencontre;

- Ne présenter aucun symptôme lié à la COVID-19 tel que la toux, la faiblesse généralisée, des céphalées, la fébrilité/frissons, des douleurs (musculaire, thoracique, abdominale ou articulaire), de la fièvre, de l'écoulement nasal, des maux de gorge, de la diarrhée, de la dyspnée, des nausées ou vomissements;

- Porter un masque de procédure en tout temps et le cas échéant, une blouse et une protection oculaire;

- Respecter une distance de deux mètres : autant par rapport aux usagers, aux responsables de la ressource, à ses employés et aux autres personnes vivant dans la ressource.

Si le représentant de l'établissement ou personne responsable de la ressource doit rentrer dans la chambre d'un usager atteint de la COVID-19, il devra respecter rigoureusement les recommandations de l'INSPQ telles que définies aux directives :

- ***Mesures pour la gestion de cas et des contacts dans les CHSLD : recommandations intérimaires***

https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19;

- ***Mesures pour les travailleurs de la santé lors de la prestation de soins à domicile***
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2917-mesures-travailleurs-sante-soins-domicile-covid19.pdf.

Ainsi, des mesures additionnelles contre la transmission par gouttelettes/contacts seront appliquées dès l'entrée dans la chambre et l'ÉPI devra être retiré avant de quitter la chambre:

- masque de procédure;
- protection oculaire (écran facial ou lunettes protectrices ou masque avec visière intégrée). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate;
- blouse à manches longues non stériles, à usage unique et jetable. L'usage d'une blouse lavable (à utilisation unique) peut être envisagé si les blouses jetables ne sont pas disponibles temporairement. 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.

S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps, indépendamment que le milieu soit une RI ou une RTF.

Si le port de la visière est requis, celle-ci doit être conservée par les RI-RTF et être désinfectée pour un usage multiple.

ANNEXE 5

TABLEAU 1. PORT DU MASQUE MÉDICAL[1] ET DE LA PROTECTION OCULAIRE[2] DANS LES CHSLD, RI-RTF, RPA et CENTRES HOSPITALIERS

<table>
<tr><td colspan="8">Une attention scrupuleuse de tous les instants doit être portée au lavage des mains et aux mesures d'hygiène et de salubrité
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" rowspan="2">CHSLD / RI - RTF[3]/</td><td colspan="2" rowspan="2">RPA</td><td colspan="2">CENTRE HOSPITALIER (CHSGS)/
Centre de réadaptation (déficience
physique ou santé physique)</td></tr>
<tr><td>PERSONNEL</td><td>PROCHES AIDANTS</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>PERSONNEL</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</td><td colspan="6" rowspan="2">Masque médical +
Protection oculaire en contexte de soins uniquement, si moins de 2 m d'un patient
Les autres équipements de protection individuelles (ÉPI) recommandés par l'INSPQ doivent être revêtis lors de soins aux patients dans ces zones[4]</td></tr>
<tr><td>ZONE TIÈDE</td></tr>
<tr><td>ZONE FROIDE</td><td colspan="6">Masque médical</td></tr>
<tr><td rowspan="3">CMM</td><td>ZONE CHAUDE</td><td colspan="6" rowspan="2">Masque médical +
Protection oculaire en contexte de soins uniquement, si moins de 2 m d'un patient
Les autres équipements de protection individuelles (ÉPI) recommandés par l'INSPQ doivent être revêtis lors de soins aux patients dans ces zones[4]</td></tr>
<tr><td>ZONE TIÈDE</td></tr>
<tr><td>ZONE FROIDE</td><td colspan="6">Masque médical +
Protection oculaire en contexte de soins uniquement, si moins de 2 m d'un patient.</td></tr>
</table>

[1] Masque médical = masque de procédure.
[2] Lunette de protection OU visière
[3] RI-RTF du programme-services de soutien à l'autonomie des personnes âgées.
[4] https://www.inspq.qc.ca/publications/2906-pci-soins-aigus-covid19

ANNEXE 6

Éléments visés	**Plan de déconfinement RI-RTF[1]** **Mis en vigueur à compter du 18 juin à travers le Québec** **Ces mesures pourraient être resserrées si une recrudescence de la maladie survenait au Québec.** **Dans toutes les situations, les recommandations concernant les PCI (et EPI) provenant de la Direction de la santé publique et des équipes PCI des établissements doivent être suivies**			
	RI-RTF (DI-DP-TSA, SM, Dépendance)		**RI-RTF SAPA**	
	Sans éclosion	**Avec éclosion (2 cas confirmés ou plus)**	**Sans éclosion**	**Avec éclosion (2 cas confirmés ou plus)**
➢ **Sortie sans supervision[2]**	Oui	Non Toutefois, dans une RI (Plus de 10 places) dans le cas d'une éclosion localisée, les usagers asymptomatiques de la zone non touchée pourraient, dans certaines circonstances, être autorisés à sortir	Oui	Non Toutefois, dans une grande RI, dans le cas d'une éclosion localisée, les usagers asymptomatiques de la zone non touchée pourraient, dans certaines circonstances, être autorisés à sortir
➢ **Sortie avec supervision seulement[1]**	Seulement pour les usagers dont l'analyse de la situation l'exige	Dans la cour	Seulement pour les usagers dont l'analyse de la situation l'exige	Dans la cour
➢ **Visites[3]**	Oui[4] **Pour tous à compter du 18 juin** (10 personnes max. de 3 ménages différents en respectant le 2 m)	Non, sauf celles qui sont nécessaires à des fins humanitaires ou pour obtenir des soins ou des services requis par leur état de santé	Oui[3-4] **À compter du 18 juin** (RI-RTF de 10 places et moins : 10 personnes max. de 3 ménages différents en respectant le 2m RI de plus de 10 places : 2 personnes max d'un même ménage par usager en respectant le 2m)	Non, sauf celles qui sont nécessaires à des fins humanitaires ou pour obtenir des soins ou des services requis par leur état de santé Sauf pour les proches aidants offrant une aide ou un soutien significatif
➢ **Visites ou sorties nécessaires à l'intervention et au suivi clinique des usagers**	Oui[3]	Oui[3]	Oui[3]	Oui[3]
➢ **Visites pour des soins personnels ou esthétiques**	Oui[3] Si offert dans un local dédié	Non	Oui[3] Si offert dans un local dédié	Non
➢ **Bénévoles**	Oui[3] **À compter du 26 juin**	Non	Oui[3] **À compter du 26 juin**	Non
➢ **Intégration de nouveaux usagers**	Oui Se référer à la trajectoire en vigueur	Oui Se référer à la trajectoire en vigueur	Oui Se référer à la trajectoire en vigueur	Oui Se référer à la trajectoire en vigueur

[1] Concernant ces mêmes ressources qui accueillent les jeunes du programme-services jeunes en difficulté, ou des jeunes présentant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) confiés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, veuillez vous référer aux directives spécifiques à cette clientèle.

[2] À l'extérieur du milieu de vie, les mesures de PCI qui s'appliquent sont les pratiques PCI de base, l'hygiène des mains avant et après la sortie, la distanciation physique et le port du masque de procédure (personnel, usagers, bénévoles, proches, visiteurs). Il est possible de retirer le masque pour manger ou boire lorsqu'on est à l'extérieur, à condition de respecter la procédure (hygiène des mains avant et après l'installation du masque).

[3] Il est recommandé de continuer à favoriser les méthodes de rencontre virtuelles pour toutes les situations où cela est possible.

[4] Accompagnement nécessaire pour valider l'absence de critères d'exclusion parmi les visiteurs et les bénévoles (cas actifs confirmés, personne en attente de résultats, personne symptomatique, personne en isolement en raison de contacts avec un cas) et les informer des mesures de précaution à appliquer (port du masque de procédure, hygiène des mains, respect de la distanciation sociale de deux mètres). Les ressources humaines pour l'accompagnement et les masques de procédures doivent être disponibles en quantité suffisante.

Version 18 juin 2020

Éléments visés	Plan de déconfinement RI-RTF[1] Mis en vigueur à compter du 18 juin à travers le Québec Ces mesures pourraient être resserrées si une recrudescence de la maladie survenait au Québec. Dans toutes les situations, les recommandations concernant les PCI (et EPI) provenant de la Direction de la santé publique et des équipes PCI des établissements doivent être suivies			
	RI-RTF (DI-DP-TSA, SM, Dépendance)		**RI-RTF SAPA**	
	Sans éclosion	**Avec éclosion (2 cas confirmés ou plus)**	**Sans éclosion**	**Avec éclosion (2 cas confirmés ou plus)**
➢ **Séjours temporaires dans le milieu familial ou autre milieu désigné dans le plan d'intervention de l'usager de plus de 24 h**[1]	Oui	Non Toutefois, dans le cas d'une éclosion localisée dans une RI (plus de 10 places), les usagers asymptomatiques de la zone non touchée pourraient être autorisés à sortir pour un séjour à l'extérieur de plus de 24 h	Oui **À compter du 18 juin**	Non Toutefois, dans le cas d'une éclosion localisée dans une RI (plus de 10 places), les usagers asymptomatiques de la zone non touchée pourraient être autorisés à sortir pour un séjour à l'extérieur de plus de 24 h
➢ **Réintégration d'usagers après un séjour à l'extérieur de plus de 24 h dans la communauté**	Oui	Non Toutefois, dans le cas d'une éclosion localisée dans une RI (plus de 10 places), les usagers asymptomatiques de la zone non touchée pourraient être autorisés à réintégrer la ressource après un séjour à l'extérieur de plus de 24 h	Oui **à partir du 18 juin**	Non Toutefois, dans le cas d'une éclosion localisée dans une RI (plus de 10 places), les usagers asymptomatiques de la zone non touchée pourraient être autorisés à réintégrer la ressource après un séjour à l'extérieur de plus de 24 h et
➢ **Repas à la salle à manger**	RTF, RIMA et RI (10 places et moins) : Oui RI (plus de 10 places) : Possibilité en respectant le concept de bulle[5] ou en respectant la distanciation physique	Oui, sauf pour l'usager atteint de la COVID-19 RI (10 places et plus): Possible avec le concept de bulle[4] ou en respectant la distanciation physique dans les zones qui ne sont pas en éclosion, si les zones sont bien « circonscrites »	RTF, RIMA et RI (10 places et moins) : Oui RI (plus de 10 places) : Possibilité en respectant le concept de bulle[4] ou en respectant la distanciation physique	Oui, sauf pour l'usager atteint de la COVID-19 RI (10 places et plus): Possible avec le concept de bulle[4] ou en respectant la distanciation physique dans les zones qui ne sont pas en éclosion, si les zones sont bien « circonscrites »
➢ **Repas à la chambre privilégiée**	Non	Oui Toutefois, dans le cas d'une éclosion localisée dans une RI (plus de 10 places), les usagers de la zone non touchée pourraient être autorisés à sortir de leur chambre	Non	Oui Toutefois, dans le cas d'une éclosion localisée dans une RI (plus de 10 places), les usagers de la zone non touchée pourraient être autorisés à sortir de leur chambre
➢ **Isolement à la chambre**	Non	Oui Toutefois, dans le cas d'une éclosion localisée dans une RI (plus de 10 places), les usagers de la zone non touchée pourraient être autorisés à sortir de leur chambre	Non	Oui Toutefois, dans le cas d'une éclosion localisée dans une RI (plus de 10 places), les usagers de la zone non touchée pourraient être autorisés à sortir de leur chambre
➢ **Activités intérieures ou extérieures (cour) organisées par la ressource**	RTF, RIMA et RI (10 places et moins) : Oui RI (plus de 10 places) : Possibilité d'activités en respectant le concept de bulle[4] ou en respectant la distanciation physique	Non	RTF, RIMA et RI (10 places et moins) : Oui RI (plus de 10 places) : Possibilité d'activités en respectant le concept de bulle[4] ou en respectant la distanciation physique	Non

[4] Concept de bulle : regroupement de personnes (maximum 10 à 12 personnes) qui est alors considéré comme une cellule de vie et dans laquelle il y a un assouplissement de certaines mesures, notamment celle de la distanciation physique. **Le groupe d'usagers doit toujours être le même** et participe aux différentes activités ensemble (ex : repas, loisirs). Ainsi, chaque bulle contient un nombre limité d'usagers bien identifiés. Cela permet de circonscrire les interventions en cas d'éclosion. Pour que le concept de bulles soit efficace, il faut une équipe dédiée à la bulle. Le personnel ne peut pas se déplacer d'une bulle à l'autre dans un quart de travail. Il faut également que les visiteurs appliquent rigoureusement les mesures PCI recommandées pour éviter l'introduction de l'infection dans une bulle. Ce concept ne s'applique pas en zone tiède.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 18 juin 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

Mesdames,
Messieurs,

La présente vise à vous transmettre le plan de déconfinement qui devra s'appliquer à l'ensemble des résidences privées pour aînés (RPA) du Québec, et ce, à partir d'aujourd'hui.

Le document ci-joint présente pour chaque élément abordé dans le plan de déconfinement, le moment précis où la mesure devra être appliquée et dans quel contexte (RPA sans éclosion ou RPA avec éclosion).

Des précisions additionnelles sur les mesures de prévention et de contrôle des infections seront apportées dans la mise à jour des directives RPA qui vous sera transmise au cours des prochains jours.

Nous comptons sur votre habituelle collaboration afin de vous assurer que ces orientations soient diffusées auprès des équipes concernées au sein de votre établissement et auprès des exploitants de RPA sur votre territoire et qu'elles soient mises en place de façon efficace en fonction des dates précisées dans le plan de déconfinement.

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-05553-32

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

Plan de déconfinement des résidences privées pour aînés (RPA)

À noter : **Les assouplissements sont proposés en tenant compte de la situation épidémiologique qui prévaut au Québec en date du 18 juin 2020.**
Ces mesures pourraient être resserrées si une recrudescence de la maladie survenait au Québec.

Éléments visés	**Plan de déconfinement des RPA** **Mise en vigueur à compter du 18 juin 2020 à travers le Québec** **Ces mesures pourraient être resserrées si une recrudescence de la COVID-19 survenait au Québec**	
	Sans éclosion	**Avec éclosion**
➢ Sortie sans supervision de la RPA	Oui	Oui Excepté pour les cas de COVID-19[1]
➢ Sortie de résidents actuels pour un séjour à l'extérieur de plus de 24 h dans la communauté	Oui	Oui Excepté pour les cas de COVID-19
➢ Visites	Oui[2], dans l'unité locative du résident. Aucun visiteur dans les aires communes, excepté pour les déplacements. Port du couvre-visage lors du déplacement. (2 m et max. 10 pers.)	Non
➢ Rencontre extérieure	Oui (2 m et max. 10 pers.)	Oui Excepté pour les cas de COVID-19
➢ Personnel offrant des soins (dentiste, hygiéniste dentaire, audioprothésiste, etc.)	Oui À compter du 26 juin	Non
➢ Personnel embauché par le résident ou la famille, peu importe le service ou le soin offert (coiffeuse, dame de compagnie, etc.)[3]	Oui À compter du 26 juin	Non
➢ Bénévoles et activités pour les loisirs rémunérés par la résidence (zoothérapie, chansonnier, etc.)	Oui, À compter du 26 juin	Non
➢ Accueil des personnes proches aidantes (PPA) qui apportent une aide ou un soutien significatif	Oui Aucun changement	Oui Aucun changement

[1] Cas confirmé ou à risque d'avoir contracté la COVID-19 (présente des symptômes ou a été en contact avec un cas confirmé).
[2] Les mêmes consignes que pour la population générale s'appliquent : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/rassemblements-evenements-covid19/
[3] Il est recommandé de limiter la mobilité de personnel d'une installation à une autre. Des précautions additionnelles doivent être prises. Les RPA devraient avoir une liste du personnel pour que ce dernier soit isolé rapidement en cas d'éclosion.

Éléments visés	**Plan de déconfinement des RPA** **Mise en vigueur à compter du 18 juin 2020 à travers le Québec** **Ces mesures pourraient être resserrées si une recrudescence de la COVID-19 survenait au Québec**	
	Sans éclosion	**Avec éclosion**
➢ Admission de nouveaux résidents	Oui Se référer à la trajectoire d'admission en vigueur	Oui Se référer à la trajectoire d'admission en vigueur
➢ Activité repas à la salle à manger	Oui en respectant la distanciation physique (Concept de bulle[4] pour la clientèle avec troubles neurocognitifs)	Non Possible avec le concept de bulle sur les unités fermées qui ne sont pas en éclosion si les unités sont indépendantes les unes des autres
➢ Activité repas à la chambre ou dans l'unité locative privilégiée[5]	Non	Oui
➢ Isolement dans la chambre ou dans l'unité locative	Non	Oui pour les cas COVID-19 confirmés, suspectés ou en investigation
➢ Activités intérieures de groupe pour éviter le déconditionnement	Oui possibilité d'activité avec le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique	Non
➢ Activités de groupe intérieur de loisir	Oui possibilité d'activité avec le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique	Non
➢ Activités de groupe extérieures	Oui possibilité d'activité avec le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique	Non

[4] Concept de bulle : regroupement de personnes (maximum 10 à 12 personnes) qui est alors considéré comme une cellule de vie et dans laquelle il y a un assouplissement de certaines mesures, notamment celle de la distanciation physique. **Le groupe de résidents doit toujours être le même** et participe aux différentes activités ensemble (ex : repas, loisirs). Ainsi, chaque bulle contient un nombre limité de résidents bien identifiés. Cela permet de circonscrire les interventions en cas d'éclosion. Pour que le concept de bulles soit efficace, il faut une équipe dédiée à la bulle. Le personnel ne peut pas se déplacer d'une bulle à l'autre dans un quart de travail. Il faut également que les visiteurs appliquent rigoureusement les mesures PCI recommandées pour éviter l'introduction de l'infection dans une bulle. Ce concept ne s'applique pas en zone tiède.

[5] Aucuns frais de livraison de plateau ne peuvent être chargés aux résidents qui souhaitent prendre leur repas à la chambre ou dans leur unité locative.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 19 juin 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,

En cohérence avec l'actualisation du plan de déconfinement du gouvernement du Québec en contexte de pandémie de la maladie à coronavirus, certaines activités du programme-services Jeunes en difficulté (JED) ont été maintenues au cours des dernières semaines, alors que d'autres ont été délestées.

Au cours des prochains jours, le ministère de la Santé et des Services sociaux transmettra aux directeurs du programme-services JED ses orientations et des consignes cliniques prioritaires afin de guider vos équipes quant aux actions à mettre en place en vue de la reprise de l'ensemble des services de ce programme.

Il est attendu que l'ensemble des services délestés ou réduits soit repris d'ici le 1er septembre prochain, tout en prenant en considération la capacité des équipes et la situation épidémiologique. Il est à noter que l'intensité et les modalités des services devront être modulées afin de respecter les consignes des autorités de santé publique.

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 des CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-03823-97

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

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 19 juin 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 sur les personnes proches aidantes qui dès maintenant s'applique également aux visiteurs. Les visiteurs sont maintenant autorisés dans les milieux de vie tels que les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires et de type familial du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (RI-RTF-SAPA) et les résidents des résidences privées pour aînés (RPA). Les visiteurs sont autorisés dans les milieux de vie, mais uniquement lorsque ces derniers ne sont pas en éclosion.

Nous comptons sur votre habituelle collaboration afin de vous assurer que ces orientations soient diffusées auprès des équipes concernées au sein de votre établissement et auprès de vos partenaires sur votre territoire 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. Membres du CODIR, MSSS
PDGA des CISSS et des CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-05553-26

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

2020-05-26

2020-06-19

Par la présente, nous souhaitons vous transmettre de nouvelles informations et des consignes portant sur la présence de visiteurs et 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 du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (RI-RTF-SAPA) et auprès de résidents des résidences privées pour aînés (RPA).

À partir du 18 juin 2020, il sera possible d'accueillir **sous réserve du respect de conditions spécifiques**, les visiteurs et les personnes proches aidantes qui apportent une aide ou un soutien significatif à une personne en CHSLD, en RI-RTF-SAPA ou en RPA.

Accueil des visiteurs et des personnes proches aidantes qui apportent une aide ou un soutien significatif

	Sans éclosion	Avec éclosion
Visiteurs	Oui À compter du 18 juin 2020 seulement	Non
Personnes proches aidantes qui offrent une aide ou un soutien significatif	Oui	Oui

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-SAPA 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 VISITEURS ET DES PERSONNES PROCHES AIDANTES QUI OFFRENT UNE AIDE OU UN SOUTIEN SIGNIFICATIF DANS LES CHSLD, LES RI-RTF-SAPA, LES RPA

1. **Précisions sur les personnes proches aidantes qui apportent une aide ou un soutien significatif :**

- Les personnes proches aidantes qui sont autorisées dans les CHSLD, RI-RTF-SAPA ou RPA avec ou sans éclosion sont les personnes proches aidantes qui offraient ou souhaitent offrir une aide ou un soutien significatif pour répondre à des besoins et contribuer à l'intégrité et au bien-être d'un proche.
- L'aide et le soutien significatif 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 apporté 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-SAPA 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. **Précisions sur les visiteurs :**

- Les visiteurs sont autorisés uniquement dans les milieux de vie sans éclosion.
- Les visiteurs sont toutes les personnes qui souhaitent visiter la personne dans le milieu de vie et qui ne répondent pas aux critères pour être identifiées comme une personne proche aidante qui apporte une aide ou un soutien significatif à une personne en CHSLD, en RI-RTF-SAPA ou en RPA.

3. **Assurez-vous que la personne proche aidante et le visiteur 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-SAPA 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-SAPA 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-SAPA ou à la RPA (voir annexe pour connaître les symptômes).
- La personne proche aidante ou le visiteur qui souhaite procéder à un test de dépistage peut le demander à l'établissement.

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-SAPA 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-SAPA 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.
- Limiter le transfert objet d'un endroit à l'autre, bref de la maison vers le CHSLD, la RI-RTF-SAPA ou la RPA e la maison (vêtement, sac à main, sac à lunch, documents, etc.).
- En CHSLD : au maximum deux personnes (personnes proches aidantes ou visiteurs) d'un même ménage peuvent s'occuper d'une seule personne à la fois en respectant la règle du deux mètres. Cette consigne doit être respectée en tout temps, sans exception en CHSLD surtout si deux résidents demeurent dans la même chambre.
- En RI-RTF SAPA de 10 places et moins : au maximum 10 personnes (personnes proches aidantes ou visiteurs) de 3 ménages différents peuvent rendre visite à un usager, et ce, en respectant la règle du deux mètres.
- En RI de plus de 10 places : au maximum deux personnes (personnes proches aidantes ou visiteurs) d'un même ménage peuvent rendre visite à un usager, et ce, en respectant la règle du deux mètres.
- En RPA : au maximum 10 personnes (personnes proches aidantes ou visiteurs) de 3 ménages différents peuvent rendre visite à un usager, et ce, en respectant la règle du deux mètres.
- 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-SAPA 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-SAPA 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).
- Préciser quelles sont les salles de bain que la personne proche aidante ou le visiteur 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.

Concernant les sorties à l'extérieur du CHSLD, de la RI-RTF-SAPA ou de la RPA :

- Se référer aux consignes spécifiques à chacun de ces milieux de vie en ce qui concerne les sorties à l'extérieur.

4. Responsabilité du CHSLD, de la RI-RTF-SAPA[1] ou de la RPA :

- Tenir un registre des visiteurs afin que ceux-ci puissent rapidement être contactés par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et placés en isolement si cela est requis.
- Accueillir la personne proche aidante ou le visiteur et l'accompagner dans sa démarche au besoin.
- Dans le respect des volontés du moment de visite de la personne proche aidante ou du visiteur, une heure d'arrivée peut lui être attribuée afin d'éviter au maximum les contacts entre les personnes proches aidantes et les visiteurs. Les mêmes précautions peuvent être mises en place pour la sortie de la personne proche aidante ou du visiteur. Si aucune heure d'arrivée et de sortie n'est attribuée aux visiteurs, il est important de mettre en place toutes les mesures nécessaires pour s'assurer que la règle du deux mètres soit respectée.
- Offrir la plus grande plage d'accueil possible des personnes proches aidantes et des visiteurs dans le respect des modalités de visites usuelles.
- Le nombre de nouvelles personnes proches aidantes ou de visiteurs 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 et des visiteurs 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 la personne proche aidante ou le visiteur les utilise convenablement.

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

- Informer les personnes proches aidantes et les visiteurs 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-SAPA).
- Les mesures d'hygiène et de salubrité recommandées doivent être appliquées par tout le personnel du CHSLD, de la RI-RTF-SAPA 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 et des visiteurs lors des processus d'audit prévus sur les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) et sur l'hygiène des mains.
- 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.

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-SAPA ou de la RPA responsable de répondre aux questions et aux insatisfactions des personnes proches aidantes ou des visiteurs 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 ou le visiteur;
    - réfléchir et proposer des pistes de solutions qui conviennent à l'ensemble des parties impliquées;
    - s'assurer que les personnes proches aidantes ou les visiteurs sont informés 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 ou les visiteurs 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

- Personnes proches aidantes et visiteurs 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 et aux visiteurs 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
Difficultés respiratoires (par exemple essoufflement ou difficulté à parler)	☐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 19 juin 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,

En cohérence avec l'actualisation du plan de déconfinement du gouvernement du Québec en contexte de pandémie de la maladie à coronavirus, la présente vise à vous transmettre le plan de déconfinement qui devra s'appliquer aux ressources à assistance continue, aux internats, aux foyers de groupe et tout autre milieu d'hébergement régi par entente selon l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), des programmes-services en déficience physique (DP), en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) et en santé mentale, ainsi qu'aux unités de réadaptation fonctionnelle intensive situées dans une installation à vocation unique en DP.

Le document que vous trouverez en pièce jointe présente les mesures de déconfinement à mettre en place selon que le milieu est en éclosion ou non. Ces directives s'inscrivent en phase avec le plan de déconfinement des centres d'hébergement et de soins de longue durée (réf. : 20-MS-05553-20) et des ressources intermédiaires et de type familial (réf. : 20-MS-05553-30). Pour les usagers hébergés dans ces milieux, veuillez-vous référer à ces directives.

… 2

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

Des précisions additionnelles seront apportées dans la mise à jour des directives en DP et en DI-TSA qui vous sera transmise dans les prochains jours.

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-05553-31

COVID-19

Plan de déconfinement dans les ressources à assistance continue, les internats, les foyers de groupe et tout autre milieu d'hébergement régi par entente selon l'article 108 de la LSSSS des programmes-services en déficience physique (DP), en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) et en santé mentale, ainsi qu'aux unités de réadaptation fonctionnelle intensive situées dans une installation à vocation unique en DP[1].

Mis en vigueur à compter du 18 juin à travers le Québec. Ces mesures pourraient être resserrées si une recrudescence de la maladie survenait au Québec. Dans toutes les situations, les recommandations concernant les PCI (et EPI) provenant de la Direction de la santé publique et des équipes PCI des établissements doivent être suivies.

Éléments visés	Plan de déconfinement	
	SANS ÉCLOSION	**AVEC ÉCLOSION (2 cas confirmés ou plus)**
➢ Sortie sans supervision[2]	Oui	Non Toutefois, dans un milieu de plus de 10 places, dans le cas d'une éclosion localisée, les usagers asymptomatiques de la zone non touchée pourraient, dans certaines circonstances, être autorisés à sortir
➢ Sortie avec supervision seulement[2]	Seulement pour les usagers dont l'analyse de la situation l'exige	Dans la cour

[1] Pour les milieux de réadaptation situés dans un centre hospitalier, se référer aux directives pour les CH
Pour les milieux de réadaptation situés dans un CHSLD, se référer aux directives pour les CHSLD
Pour les ressources intermédiaires et de type familial, se référer aux directives pour les RI-RTF

[2] À l'extérieur du milieu de vie, les mesures de PCI qui s'appliquent sont les pratiques PCI de base, l'hygiène des mains avant et après la sortie, la distanciation physique et le port du masque de procédure (personnel, usagers, bénévoles, proches, visiteurs). Il est possible de retirer le masque pour manger ou boire lorsqu'on est à l'extérieur, à condition de respecter la procédure (hygiène des mains avant et après l'installation du masque).

Éléments visés	Plan de déconfinement	
	SANS ÉCLOSION	**AVEC ÉCLOSION (2 cas confirmés ou plus)**
➢ Visites[3]	Oui[4] **Pour tous à compter du 18 juin** (10 personnes max. de 3 ménages différents en respectant la distanciation physique)	Non Sauf celles qui sont nécessaires à des fins humanitaires ou pour obtenir des soins ou des services requis par leur état de santé
➢ Visites ou sorties nécessaires à l'intervention et au suivi clinique des usagers	Oui[3]	Oui[3]
➢ Visites pour des soins personnels ou esthétiques	Oui[3] Si offert dans un local dédié	Non
➢ Bénévoles	Oui[3] **À compter du 26 juin**	Non
➢ Intégration de nouveaux usagers	Oui Se référer à la trajectoire en vigueur	Oui Se référer à la trajectoire en vigueur
➢ Séjours temporaires dans le milieu familial ou autre milieu désigné dans le plan d'intervention de l'usager de plus de 24h. [1]	Oui	Non Toutefois, dans le cas d'une éclosion localisée dans un milieu de plus de 10 places, les usagers asymptomatiques de la zone non touchée pourraient être autorisés à sortir pour un séjour à l'extérieur de plus de 24 h
➢ Réintégration d'usagers après un séjour à l'extérieur de plus de 24 h. dans la communauté	Oui	Non Toutefois, dans le cas d'une éclosion localisée dans un milieu de plus de 10 places, les usagers asymptomatiques de la zone non touchée pourraient être autorisés à réintégrer la ressource après un séjour à l'extérieur de plus de 24 h

[3] Il est recommandé de continuer à favoriser les méthodes de rencontre virtuelles pour toutes les situations où cela est possible.

[4] Accompagnement nécessaire pour valider l'absence de critères d'exclusion parmi les visiteurs et les bénévoles (cas actifs confirmés, personne en attente de résultats, personne symptomatique, personne en isolement en raison de contacts avec un cas) et les informer des mesures de précaution à appliquer (port du masque de procédure, hygiène des mains, respect de la distanciation sociale de 2 mètres). Les ressources humaines pour l'accompagnement et les masques de procédures doivent être disponibles en quantité suffisante.

Éléments visés	Plan de déconfinement	
	SANS ÉCLOSION	**AVEC ÉCLOSION (2 cas confirmés ou plus)**
➢ Repas à la salle à manger	Milieu de 10 places et moins : Oui Milieu de plus de 10 places : Possibilité en respectant le concept de bulle[5] ou en respectant la distanciation physique	Oui Sauf pour l'usager atteint de la COVID-19 Dans un milieu de plus de 10 places: Possible avec le concept de bulle[4] ou en respectant la distanciation physique dans les zones qui ne sont pas en éclosion, si les zones sont bien « circonscrites »
➢ Repas à la chambre privilégiée	Non	Oui Toutefois, dans le cas d'une éclosion localisée dans un milieu de plus de 10 places, les usagers de la zone non touchée pourraient être autorisés à sortir de leur chambre
➢ Activités intérieures ou extérieures (cour) organisées par la ressource	Milieu de 10 places et moins : Oui Milieu de plus de 10 places : Possibilité d'activités en respectant le concept de bulle[4] ou en respectant la distanciation physique	Non

[4] Concept de bulle : regroupement de personnes (maximum 10 à 12 personnes) qui est alors considéré comme une cellule de vie et dans laquelle il y a un assouplissement de certaines mesures, notamment celle de la distanciation physique. **Le groupe d'usagers doit toujours être le même** et participe aux différentes activités ensemble (ex : repas, loisirs). Ainsi, chaque bulle contient un nombre limité d'usagers bien identifiés. Cela permet de circonscrire les interventions en cas d'éclosion. Pour que le concept de bulles soit efficace, il faut une équipe dédiée à la bulle. Le personnel ne peut pas se déplacer d'une bulle à l'autre dans un quart de travail. Il faut également que les visiteurs appliquent rigoureusement les mesures PCI recommandées pour éviter l'introduction de l'infection dans une bulle. Ce concept ne s'applique pas en zone tiède.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 19 juin 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 ET AU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL

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 25 mai 2020.

Cette mise à jour est requise dans le contexte du déconfinement progressif des CHSLD. Des consignes vous sont présentées, notamment sur les éléments contenus dans le plan de déconfinement qui vous a été transmis le 18 juin 2020.

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

N/Réf. : 20-MS-05553-37

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

2020-05-25
Mise à jour : 2020-06-19

En raison du déconfinement progressif en cours au Québec, nous vous transmettons de nouvelles consignes qui sont en lien avec le plan de déconfinement des CHSLD transmis le 18 juin.

Les assouplissements tiennent compte de la situation épidémiologique qui prévaut au Québec en date du 18 juin 2020. Ces mesures pourraient être resserrées si une recrudescence de la maladie à coronavirus COVID-19 survenait au Québec.

CONSIGNES POUR LES CHSLD

1. Visites et sorties

Visiteurs et personnes proches aidantes

	CHSLD Sans éclosion	CHSLD Avec éclosion
Visiteurs	Oui À compter du 18 juin 2020	Non
Personnes proches aidantes qui offrent une aide ou un soutien significatif	Oui	Oui

- À partir du 18 juin 2020, il est possible d'accueillir les visiteurs dans les CHSLD où il n'y a pas d'éclosion, et ce, sous réserve du respect de conditions spécifiques en matière de protection de contrôle des infections. Pour plus de détails, veuillez svp vous référer à la 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/.

- **Pour les CHSLD en éclosion** (plus de 2 cas confirmés), les personnes proches aidantes qui apportent une aide ou un soutien significatif à une personne en CHSLD peuvent continuer d'accéder au CHSLD, et ce, sous réserve du respect des conditions spécifiques à cet effet.

- Dans le cas d'une éclosion localisée dans le CHSLD, il est possible que les visiteurs puissent, dans certaines conditions, être autorisés à accéder aux unités non touchées du CHSLD, sur autorisation de l'officier PCI de l'établissement ou du directeur de santé publique.

- Un accompagnement des visiteurs est nécessaire pour valider l'absence de critères d'exclusion parmi les visiteurs et pour superviser l'application des mesures PCI requises. Les critères d'exclusion sont les suivants :
  - Personnes infectées par la COVID-19
  - Personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles
  - Personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19
  - Personnes ayant eu un contact significatif avec un cas confirmé
  - Personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par une autorité de santé publique

- Un nombre maximal de **2 visiteurs à la fois** d'un même ménage est autorisé auprès d'un résident.

- Des ressources humaines doivent être disponibles au sein du CHSLD pour la formation des visiteurs et des masques de procédure doivent être disponibles en quantité suffisante pour que les visites soient permises.

- Un registre des visiteurs doit être tenu afin que ceux-ci puissent rapidement être contactés par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et placés en isolement si cela est requis.

Sortie du CHSLD

<table>
<tr><th></th><th>CHSLD sans éclosion</th><th>CHSLD avec éclosion</th></tr>
<tr><td>Sortie du CHSLD sans supervision</td><td rowspan="3">Oui
À compter du 18 juin 2020</td><td rowspan="3">Non</td></tr>
<tr><td>Sortie de résidents pour un séjour de plus de 24h en communauté</td></tr>
<tr><td>Rencontre à l'extérieur du CHSLD</td></tr>
</table>

- À partir du 18 juin 2020, il est possible pour les résidents d'un CHSLD où il n'y a pas d'éclosion d'effectuer des sorties sans supervision ou de participer à une rencontre à l'extérieur du CHSLD.

- Dans les CHSLD en éclosion, si celle-ci est localisée, il pourrait être possible, pour les résidents **asymptomatiques** qui sont hébergés dans une **zone non touchée** (zone froide), d'être autorisés à sortir sans supervision sur recommandation de l'équipe PCI ou du directeur de santé publique.

- Pour les résidents qui sont en **zone tiède ou chaude**, il n'est pas permis de sortir à l'extérieur sauf s'ils ont accès à une sortie dédiée accessible à partir de leur zone. En effet, ces résidents sont en isolement et pour sortir à l'extérieur, ils doivent avoir accès à un corridor de circulation et une sortie **dédiée** et être en contact exclusivement avec les personnes de leur zone (membres du personnel,

résidents, proches aidants) pendant leur déplacement ainsi qu'une fois rendu à l'extérieur. Si l'ensemble de ces conditions ne peut être rencontré, les résidents des zones tièdes ou chaudes ne peuvent pas sortir à l'extérieur.

- À l'extérieur du CHSLD, les mesures de PCI qui s'appliquent pour les résidents sont les pratiques de base (hygiène des mains avant et après la sortie), la distanciation physique et le port des ÉPI requis selon la situation clinique.

2. Comité des résidents et des usagers

CHSLD sans éclosion	CHSLD avec éclosion
Oui **À compter du 18 juin**	Oui **À compter du 18 juin**

- À partir du 18 juin 2020, il est possible pour les membres des comités des résidents et des usagers d'accéder à un CHSLD. Dans le cas où celui-ci serait en éclosion, ceux-ci doivent respecter l'ensemble des mesures de prévention et de contrôle des infections recommandées par l'équipe PCI.

- De plus, la tenue de rencontres virtuelles est à privilégier lorsque cela est possible.

3. Autres personnes offrant des soins ou des services dans le CHSLD

<table>
<tr><th></th><th>CHSLD sans éclosion</th><th>CHSLD avec éclosion</th></tr>
<tr><td>Personnel offrant des soins dans le CHSLD (dentiste, hygiéniste dentaire, audioprothésiste, etc.)</td><td>Oui
À compter du 18 juin 2020</td><td>Oui, seulement dans les zones qui ne sont pas en éclosion, lorsque l'éclosion est localisée
À compter du 18 juin</td></tr>
<tr><td>Personnel embauché par la famille (coiffeuse, dame de compagnie, etc.)</td><td rowspan="2">Oui
À compter du 26 juin 2020</td><td rowspan="2">Non</td></tr>
<tr><td>Bénévoles, personnes rémunérées par le CHSLD pour des activités de loisirs (chansonnier, zoothérapie, etc.)</td></tr>
</table>

- Dans la mesure du possible, il est recommandé de limiter la mobilité des personnes offrant des soins ou des services d'une installation à l'autre. Lorsque ce n'est pas possible, des mesures additionnelles doivent être prises afin de prévenir que ces personnes soient un vecteur de transport de la maladie à coronavirus d'une installation à une autre.

- Un accompagnement des bénévoles de même que du personnel embauché par les familles sont nécessaires afin de valider l'absence de critères d'exclusion à leur présence dans le CHSLD et pour superviser l'application des mesures PCI requises. De plus, des ressources doivent être disponibles au CHSLD pour les former et des masques de procédure doivent être disponibles. Les critères d'exclusion sont les suivants :
  - Personnes infectées par la COVID-19;
  - Personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles;
  - Personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19;
  - Personnes ayant eu un contact significatif avec un cas confirmé;
  - Personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par une autorité de santé publique.

- Chaque CHSLD doit tenir un registre du personnel non régulier de l'installation offrant des soins ou des services (dentiste, hygiéniste dentaire, audioprothésiste, etc.), du personnel embauché par la famille et des bénévoles et afin que ceux-ci puissent rapidement être contactés par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et isolés si cela est requis.

4. Alimentation

	CHSLD sans éclosion	CHSLD avec éclosion
Repas des résidents recommandé à la salle à manger	**Oui** avec le concept de bulle **ou** en respectant la distanciation physique	**Possible** avec le concept de bulle **ou** en respectant la distanciation physique sur les unités qui ne sont pas en éclosion et qui sont indépendantes des unités en éclosion Non pour les unités en éclosion
Repas des résidents recommandé à la chambre	Non	Oui pour les unités en éclosion

- L'alimentation à la chambre est privilégiée dans les unités des CHSLD en éclosion.

- L'alimentation à la salle à manger est privilégiée dans les CHSLD sans éclosion, ainsi que sur les unités qui ne sont pas en éclosion, d'un CHSLD en éclosion, lorsque ces dernières sont indépendantes des unités en éclosion. La distanciation physique de 2 mètres doit être respectée entre les résidents, à moins qu'on ait regroupé les résidents selon un concept de bulle.

CONCEPT DE BULLE

Le concept de bulle permet un assouplissement de certaines mesures d'isolement des résidents notamment celle de la distanciation physique car il devient alors possible pour les résidents d'une même bulle d'interagir librement entre eux. Une bulle peut regrouper un nombre variable de résidents mais au maximum 10 à 12. Ce regroupement est alors considéré comme une cellule de vie. Le groupe de résidents doit toujours être le même et ses membres peuvent participer ensemble aux différentes activités qui constituent la vie quotidienne du CHSLD (ex. : repas, loisirs). Étant donné que chaque bulle contient un nombre limité de résidents bien identifiés, cela permet de circonscrire les interventions en cas d'éclosion.

Pour que le concept de bulle soit efficace, il faut une **équipe de personnel dédiée à la bulle**. Le personnel ne doit pas se déplacer d'une bulle à l'autre dans un même quart de travail. Il faut également que les visiteurs appliquent rigoureusement les mesures PCI recommandées pour éviter l'introduction de l'infection dans une bulle. Ce concept s'applique en zone froide et ne s'applique pas en zone tiède. Son application en zone chaude peut être autorisée par l'équipe PCI si le risque de contamination des objets présents dans l'environnement est contrôlé.

5. Isolement à la chambre des résidents admis il y a plus de 14 jours

CHSLD sans éclosion	CHSLD avec éclosion
Non	Oui pour les unités en éclosion

- Dans les CHSLD sans éclosion, des mesures moins restrictives que l'isolement à la chambre doivent être privilégiées comme le regroupement en bulle des résidents. De plus, les mesures de prévention et de contrôle des infections doivent être respectées en tout temps.

- Dans les CHSLD avec éclosions, les résidents doivent être isolés à leur chambre afin de prévenir la transmission de l'éclosion dans le CHSLD. Dans le cas d'une éclosion localisée, les résidents de la zone non touchée pourraient être autorisés à sortir de leur chambre sur recommandation de l'équipe PCI ou du directeur de santé publique.

6. Activités de groupe

	CHSLD sans éclosion	CHSLD avec éclosion
Activités de groupe intérieures (loisirs ou pour prévenir déconditionnement)	Oui possibilité d'activité avec le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique	Non
Activités de groupe extérieures	Oui possibilité d'activité avec le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique	Non

- Les activités de groupe sont permises dans le respect de la distanciation physique recommandée ou avec un regroupement de résidents selon le concept de bulle.

  Dans le cas d'une éclosion localisée dans le CHSLD, il est possible que les activités de groupe (intérieures et extérieures) puissent se tenir pour les résidents qui sont hébergés dans des unités qui ne sont pas en éclosion et qui sont indépendantes des unités en éclosion, et ce, si l'organisation des soins et des activités le permet et si les ressources (humaines, ÉPI, etc.) suffisantes sont disponibles.

7. Admission de nouveaux résidents dans le CHSLD

Sans éclosion	Avec éclosion
Oui Se référer à la trajectoire d'admission en vigueur	Oui Se référer à la trajectoire en vigueur

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.
- Il est à nouveau permis de transférer un résident se trouvant dans un CHSLD de transition vers le CHSLD de son choix, et ce, à condition que les deux CHSLD soient sans éclosion (froid).
- Lors d'une nouvelle admission en CHSLD, le résident pourra être accompagné par une ou deux personnes de son choix.

8. Soins palliatifs et de fin de vie en CHSLD

- Référer aux directives en vigueur sous ce lien : **https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/soins-palliatifs-et-de-fin-de-vie/**

9. Mesures de prévention et de contrôle des infections

Veuillez svp vous référer aux documents produits par l'INSPQ :

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

10. 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 :

TABLEAU 1. PORT DU MASQUE MÉDICAL[1] ET DE LA PROTECTION OCULAIRE[2] DANS LES CHSLD, RI-RTF, RPA et CENTRES HOSPITALIERS

Une attention scrupuleuse de tous les instants doit être portée au lavage des mains et aux mesures d'hygiène et de salubrité dans toutes les régions socio-sanitaires, dans tous les établissements et dans toutes les zones							
		CHSLD / RI - RTF[3]/		RPA		CENTRE HOSPITALIER (CHSGS)/ Centre de réadaptation (déficience physique ou santé physique)	
		PERSONNEL	PROCHES AIDANTS	PERSONNEL	PROCHES AIDANTS	PERSONNEL	PROCHES AIDANTS
HORS-CMM	ZONE CHAUDE	Masque médical + Protection oculaire en contexte de soins uniquement, si moins de 2 m d'un patient. Les autres équipements de protection individuelles (ÉPI) recommandés par l'INSPQ doivent être revêtis lors de soins aux patients dans ces zones[4]					
	ZONE TIÈDE						
	ZONE FROIDE	Masque médical					
CMM	ZONE CHAUDE	Masque médical + Protection oculaire en contexte de soins uniquement, si moins de 2 m d'un patient. Les autres équipements de protection individuelles (ÉPI) recommandés par l'INSPQ doivent être revêtis lors de soins aux patients dans ces zones[4]					
	ZONE TIÈDE						
	ZONE FROIDE	Masque médical + Protection oculaire en contexte de soins uniquement, si moins de 2 m d'un patient.					

[1] Masque médical = masque de procédure.
[2] Lunette de protection OU visière
[3] RI-RTF du programme-services de soutien à l'autonomie des personnes âgées.
[4] https://www.inspq.qc.ca/publications/2906-pci-soins-aigus-covid19

***CMM** : pour consulter les municipalités faisant partie de la communauté métropolitaine de Montréal : https://cmm.qc.ca/a-propos/territoires-et-municipalites/*

a) 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 personnel (salle de pause, vestiaire, salle à manger, etc.). La distanciation physique de 2 mètres demeure une mesure requise en tout temps, lorsque possible.

b) Les équipements de protection individuelle doivent être disponibles en quantité suffisante et correctement utilisés.

c) La protection oculaire utilisée devra quant à elle être conservée et désinfectée pour un usage multiple.

d) On doit retrouver du personnel dédié distinctement pour chacune des zones du CHSLD (froide, chaude et tiède le cas échéant).

e) Le nombre de personnes différentes qui intervient auprès d'un même résident doit être limité (personnel dédié).

f) 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.

g) 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.

h) 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/.

i) Des personnes, sur place dans chacun des CHSLD, doivent être identifiées comme responsables PCI, recevoir une formation, et s'assurer du maintien des bonnes pratiques en tout temps (surveillance et intervention au besoin).

j) 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.

k) Assurer l'application rigoureuse 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, au minimum aux 2 à 4 heures.

11. Travailleurs de la santé :

- 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. Retourner à la maison tout travailleur ayant reçu un diagnostic de COVID-19 ou étant en attente d'un résultat de test, présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou ayant reçu une consigne d'isolement.

- 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.

Liens complémentaires vers les directives de l'INSPQ:
Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
COVID-19 - Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

12. Zones froides, tièdes 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 ou tiède 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 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 (apparition ou aggravation d'une toux, fièvre, difficulté respiratoire, perte soudaine d'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte de goût), 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 ou tiède. Si les deux résidents partagent également la même salle de bain, celle-ci doit être désinfectée après chaque utilisation.

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.

13. 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).

14. 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.

15. 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 ou les visiteurs qui le souhaitent. Se référer aux mécanismes et à la priorisation opérationnelle en vigueur.

16. 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 1 : Niveau de soins en CHSLD 134
ANNEXE 2 : Symptômes typiques COVID-19..... 17
ANNEXE 3 : Évaluation clinique de l'infirmière..... 178

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 inhabituelle (apparition ou aggravation)
  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 inhabituelle (apparition ou aggravation)

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 :

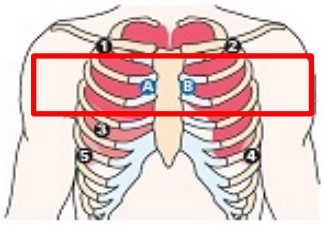
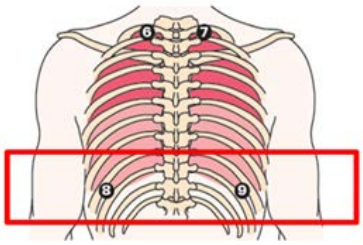
❑ Pouls : _____/min ❑ T.A : _____/ _____

❑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

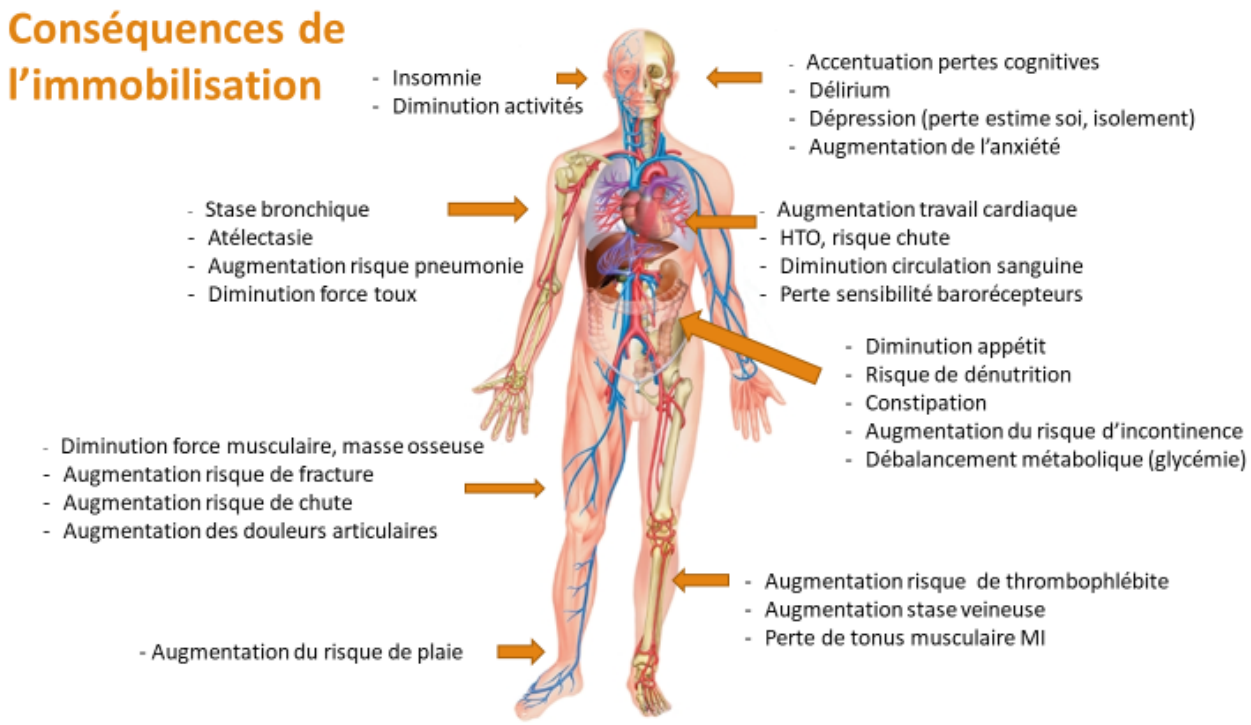
Document adapté à partir de : Philippe Voyer (2011). *L'examen clinique de l'ainé*. Saint-Laurent.

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

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

La sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 26 juin 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

L'utilisation du programme d'Évacuation aéromédicale du Québec (EVAQ) entraine des déplacements interrégionaux d'usagers. Certaines des régions impliquées n'ont pratiquement aucun cas de COVID-19. Le transfert de ces usagers en milieu urbain augmente le risque de contamination et une possible éclosion subséquente en périphérie à leur retour.

Comme précisé dans le document de recommandations intérimaires du Comité sur l'accès aux tests d'amplification des acides nécléiques (TAAN) de l'Institut national de santé publique du Québec, la clientèle asymptomatique peut être testée pour prévenir la transmission potentielle dans des milieux plus à risque ou en réouverture graduelle.

Les ressources d'EVAQ étant limitées, particulièrement pour les missions dédiées COVID-19 positif, il est primordial que les retours en région soient effectués via les navettes usuelles multi-patients. Une situation exceptionnelle seulement peut justifier le retour d'un patient testé positif à la COVID-19 et devra être validée par le médecin régulateur de la centrale EVAQ.

Nous vous demandons de dépister systématiquement les patients avant leur rapatriement en région par les services de l'EVAQ. En cas de résultat positif, une discussion avec l'équipe de régulation de l'EVAQ devra être faite pour évaluer le retour à domicile.

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

Dominique Savoie

c. c. M. Richard Bernier, CHU de Québec – UL
M. Simon Kind, CHU de Québec – UL
PDGA des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 20-MS-03823-90

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 de la sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 26 juin 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,

Vous trouverez en pièce jointe une mise à jour en date du 18 juin 2020 du tableau préparé par Institut national de santé publique du Québec et validé par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) sur des recommandations pour le transfert de patients inter-régions, inter-établissements et inter-installations pour les soins aigus.

Ces recommandations s'appliquent pour les milieux de soins aigus seulement.

Veuillez diffuser cette correction dans vos établissements afin d'éviter toute ambiguïté pour les autres milieux de soins.

Nous vous remercions de votre collaboration. Nous demeurons disponibles si vous avez des questionnements.

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

Dominique Savoie

p. j. COVID-19 Directives_SPFV_2020-06-04

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

N/Réf. : 20-MS-05553-42

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

Institut national de santé publique Québec
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Tableau pour le transfert inter-régions, inter-établissements ou inter-installations de soins aigus et test COVID-19[1]

Discuté au CINQ le 9 juin 2020, mis à jour le 18 juin 2020

Situation de l'usager hospitalisé[2]	Transfert froid vers chaud[3]	Transfert chaud vers froid[3]
A) USAGER SANS RISQUE • PCR COVID-19 négatif testé à l'admission • Pas de symptômes • Pas de contact à risque	• Admission en zone froide • Surveillance des symptômes • Pas d'isolement	• Admission en zone froide ou zone tiède selon épidémiologie[3] • Surveillance des symptômes • Pas d'isolement
B) USAGER RÉTABLI[4] AVEC TESTS DE CONTRÔLE NÉGATIFS • > 14 jours suivant le début des symptômes (> 21 jours si immunosupprimé[5]) • Pas de symptômes aigus depuis 24 heures et pas de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) • PCR COVID-19 de contrôle négatifs x 2	• Admission en zone froide • Pas d'isolement	• Admission en zone froide • Pas d'isolement
C) USAGER RÉTABLI[4] AVEC OU SANS TESTS DE CONTRÔLE • > 28 jours suivant le début des symptômes (sauf immunosupprimé[5]) • Pas de symptômes aigus depuis 24 heures et pas de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) • Peu importe le résultat des tests de contrôle	• Admission en zone froide • Pas d'isolement	• Admission en zone froide • Pas d'isolement
D) USAGER SYMPTOMATIQUE AVEC TEST NÉGATIF • PCR COVID-19 négatif au moment des symptômes compatibles avec COVID-19 • Pas de contact à risque (pas un contact étroit, pas un contact domiciliaire,…)	• Admission en zone tiède • Surveillance des symptômes • Isolement • Répéter test 48 heures après (si négatif, référer à usager sans risque)	• Admission en zone tiède • Surveillance des symptômes • Isolement • Répéter test 48 heures après (si négatif, référer à usager sans risque)
E) USAGER SYMPTOMATIQUE AVEC TEST NÉGATIF À L'ADMISSION • PCR COVID-19 négatif testé à l'admission ou 48 heures avant admission • Nouveaux symptômes compatibles avec COVID et sans test de suivi	• Refaire le test avant le transfert • Si transfert urgent : admission en zone tiède avec isolement en attendant les résultats du test	• Refaire le test avant le transfert • Si transfert urgent : admission en zone tiède avec isolement en attendant les résultats du test
F) USAGER AVEC CONTACT À RISQUE • Pas de symptômes • Contact à risque (contact étroit lors d'éclosion, contact domiciliaire,…)	• Admission en zone froide ou zone tiède selon modalités locales[3] • Compléter isolement ad 14 jours post dernier contact	• Admission en zone froide ou zone tiède selon modalités locales[3] • Compléter isolement ad 14 jours post dernier contact
G) USAGER NON RÉTABLI AVEC TEST(S) DE CONTRÔLE • > 14 jours suivant le début des symptômes mais ≤ 28 jours • Pas de symptômes aigus depuis 24 heures et pas de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) • PCR COVID-19 contrôle positif ou n'ayant pas 2 PCR de contrôle négatifs	• Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement	• Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement
H) USAGER NON RÉTABLI SANS TEST DE CONTRÔLE • ≤ 14 jours suivant le début des symptômes ou date du test si asymptomatique	• Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement	• Admission en zone chaude • Isolement jusqu'à rétablissement

Notes explicatives

1. Le Test COVID-19 :

   1.1. Installation d'origine : le test fait à l'installation d'origine à l'admission n'a pas besoin d'être répété par l'installation d'origine avant le transfert (sauf pour usager symptomatique avec test négatif à l'admission) vers l'installation receveur.

   1.2. Installation receveur : le test à l'admission n'est pas requis si le cas est évalué « vert » (voir note 3). Si le cas est évalué « tiède » ou « rouge », refaire le test 48 heures après l'admission selon les modalités locales.

2. Il faut prendre en considération un séjour hospitalier si celui-ci a été d'une durée de plus de 24 heures. Si moins de 24 heures, aucune mesure à prendre.

3. L'évaluation de l'épidémiologie locale au niveau de la région, de l'établissement, de l'installation ou de l'unité de soins doit être fait en collaboration avec l'équipe de PCI afin de déterminer le « chaud » ou « froid ». Une adaptation locale de la grille est possible selon cette évaluation. La notion de « chaud » réfère soit à une région, un établissement, une installation ou une unité de soins avec transmission communautaire active ou éclosion dans le milieu de soins (ou l'unité de soins). Alors que « froid » réfère à pas de transmission communautaire active ni aucune éclosion en cours dans le milieu de soins (ou l'unité de soins).

4. L'usager rétabli est celui ayant eu la COVID-19 il y a 3 mois et moins. Si plus de 3 mois se sont écoulé depuis l'épisode de la COVID-19 , ne plus le considérer comme un usager rétabli et référer aux autres situations de l'usager du tableau.

5. Pour le travailleur de la santé immunosupprimé, référer à : Covid-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

La sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 26 juin 2020

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

À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

Mesdames,
Messieurs,

La présente vise à vous transmettre la mise à jour des directives concernant les résidences privées pour aînés (RPA) dans le contexte actuel de pandémie à coronavirus. Cette directive remplace celle vous ayant été transmise par l'intermédiaire de la Sécurité civile le 29 mai dernier.

Cette mise à jour est requise dans le contexte de déconfinement progressif des RPA. Des consignes vous sont présentées, notamment sur les éléments contenus dans le plan de déconfinement qui vous a été transmis le 18 juin 2020.

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.

Dominique Savoie

p. j. 1

c. c. PDGA des CISSS et CIUSSS
Sécurité civile, MSSS

N/Réf. : 20-MS-05553-45

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

Coronavirus COVID-19

2020-04-12
Mise à jour : 2020-06-25

En raison du déconfinement progressif en cours au Québec, nous souhaitons vous transmettre de nouvelles informations et des consignes pour les résidences privées pour aînés (RPA), dans une perspective de retour aux activités usuelles.

Les assouplissements sont proposés en tenant compte de la situation épidémiologique qui prévaut au Québec en date du 22 juin 2020. Ces mesures pourraient être resserrées si une recrudescence de la maladie survenait au Québec.

Ce document remplace les directives transmises le 29 mai 2020 et est complémentaire au plan de déconfinement des RPA du 18 juin 2020 (réf. : 20-MS-05553-32).

Dans le contexte de pandémie, les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont autorité sur toute autre directive.

OBLIGATIONS DES ÉTABLISSEMENTS (CISSS/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.
- Fournir l'équipement de protection individuelle (ÉPI) pour les RPA en fonction de leurs besoins et de la présence, ou non, de cas suspectés ou confirmés de COVID-19.
- Tester les usagers et le personnel lorsque cela est requis et en fonction des directives émises par le MSSS ou les directions régionales de santé publique. Les personnes proches aidantes peuvent s'adresser aux établissements pour demander un test. Puisque la priorisation des tests est évolutive, veuillez vous référer aux directives ministérielles en vigueur portant sur le dépistage (https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnelset-au-reseau/depistage/).

CONSIGNES POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE RPA

1. Visites et sorties

1.1 Visites

- À partir du 18 juin 2020, les visites dans l'unité locative du résident sont permises dans toutes les RPA sans éclosion, et ce, dans toutes les régions sous réserve du respect de conditions spécifiques en matière de protection de contrôle des infections. Aucun visiteur n'est autorisé dans les aires communes excepté pour les déplacements. Certaines adaptations peuvent être mises en place pour des situations particulières. Pour plus de détails, veuillez svp vous référer à la 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 visites doivent permettre de respecter les consignes gouvernementales en vigueur concernant les rassemblements privés (https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/rassemblements-evenements-covid19/#c59362). En date du 25 juin 2020, un maximum de 10 personnes (personnes proches aidantes ou visiteurs) provenant de trois ménages différents peut rendre visite à un résident, et ce, en respectant une distanciation physique de 2 mètres.
- Un accompagnement des visiteurs est nécessaire pour valider l'absence de critères d'exclusion parmi les visiteurs et pour superviser l'application des mesures PCI requises. Les critères d'exclusion sont les suivants :
    - Personnes infectées par la COVID-19;
    - Personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles;
    - Personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19;
    - Personnes ayant eu un contact significatif avec un cas confirmé;
    - Personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par une autorité de santé publique.
- Dans le cas d'une éclosion localisée dans la RPA, il est possible que les visiteurs puissent, dans certaines conditions, être autorisés à accéder aux unités non touchées de la résidence, sur autorisation de l'officier PCI de l'établissement ou du directeur de santé publique.
- Aucun visiteur symptomatique n'est admis en RPA.
- Les visiteurs doivent porter un masque de procédure et lorsque ce dernier n'est pas disponible, un couvre-visage appartenant à ce visiteur peut être porté lors des déplacements à l'intérieur de la résidence. À l'intérieur de l'unité locative, les mêmes consignes que pour la population générale s'appliquent (https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/rassemblements-evenements-covid19/).
- Tenir un registre pour la gestion des entrées et des sorties afin de faciliter la recherche de contacts en cas d'éclosion, le cas échéant.
- La livraison de produits ou de biens, quelle que soit leur provenance, est permise aux unités locatives ou à la réception de la résidence. Si cette dernière option est privilégiée, le résident peut se rendre à la réception pour recueillir ces produits ou biens.
- Les travaux de construction ou de rénovation dans la résidence sont permis dans la mesure ou les règles sanitaires et de PCI sont respectées.
- Les visites de location sont permises, dans la mesure où les règles sanitaires de PCI sont strictement respectées.

- Les visites des équipes cliniques des CISSS/CIUSSS et des prestataires externes de soutien à domicile qui doivent assurer la prestation de services requis par l'état de santé du résident peuvent reprendre normalement, le cas échéant selon le plan de retour aux services usuels du soutien à domicile (Réf. : 20-MS-00496-49).
- 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 se poursuivent.
- Les visites de vigie 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 se poursuivent.
- Les visites ministérielles d'inspection et les visites d'évaluation de la conformité effectuées par Agrément Canada sont suspendues jusqu'à nouvel ordre.

1.2 Sorties des résidents et rassemblements

- Tenir un registre pour la gestion des entrées et des sorties afin de faciliter la recherche de contacts en cas d'éclosion, le cas échéant.
- Les personnes vivant en RPA sont autorisées à faire des sorties extérieures, quel que soit le motif. Ceci inclut les sorties pour aller travailler dans les secteurs autorisés par le gouvernement du Québec et dans le respect des mesures d'hygiène associées à ces milieux.
- Elles peuvent également séjourner temporairement hors de la résidence, par exemple chez un proche ou dans un tout autre milieu. À leur retour, aucun isolement préventif n'est nécessaire.

Au retour de la personne dans son unité locative, en plus des mesures mises en place dans la RPA (lavage des mains, distanciation physique), il est recommandé de favoriser :

- le nettoyage des bagages et le lavage des vêtements qui ont servi lors de la sortie;
- le nettoyage 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 autres symptômes d'infection respiratoire au moins une fois par jour) – voir l'annexe à ce sujet.

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)

Depuis le 22 mai, il est possible de se rassembler à l'extérieur sous certaines conditions. Depuis le 22 juin, les rassemblements intérieurs sont également permis, sous certaines conditions. Notamment :

- Les rassemblements doivent se limiter à un maximum de 10 personnes provenant d'au plus trois ménages différents.
- Une distance minimale de 2 mètres doit être maintenue entre les personnes qui ne proviennent pas d'un même ménage.
- Un masque de procédure et lorsque ce dernier n'est pas disponible, un couvre-visage appartenant à ce visiteur doit être porté.

Il est permis d'utiliser les balançoires d'une RPA si les mesures de distanciation physique sont respectées, à l'exception des occupants d'une même unité locative. Les balançoires devront être nettoyées entre chaque utilisation.

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 à 60 % ou plus.
    - 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 (https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000056/). 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, désinfectez 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. En complément, les mesures de prévention et de contrôle des infections suivantes doivent également être respectées :
Le personnel et les personnes proches aidantes doivent porter un masque de procédure en tout temps, dès l'entrée dans la RPA, incluant dans les salles de pause, vestiaire, salles à manger. Lorsqu'ils offrent des soins à moins de 2 mètres à des personnes en zone chaude ou tiède, ils doivent aussi porter une protection oculaire, une blouse et des gants.

TABLEAU 1. PORT DU MASQUE MÉDICAL[1] ET DE LA PROTECTION OCULAIRE[2] DANS LES CHSLD, RI-RTF, RPA et CENTRES HOSPITALIERS

Une attention scrupuleuse de tous les instants doit être portée au lavage des mains et aux mesures d'hygiène et de salubrité dans toutes les régions socio-sanitaires, dans tous les établissements et dans toutes les zones							
		CHSLD / RI - RTF[3]/		RPA		CENTRE HOSPITALIER (CHSGS)/ Centre de réadaptation (déficience physique ou santé physique)	
		PERSONNEL	PROCHES AIDANTS	PERSONNEL	PROCHES AIDANTS	PERSONNEL	PROCHES AIDANTS
HORS-CMM	ZONE CHAUDE	Masque médical + Protection oculaire en contexte de soins uniquement, si moins de 2 m d'un patient. Les autres équipements de protection individuelles (ÉPI) recommandés par l'INSPQ doivent être revêtis lors de soins aux patients dans ces zones[4]					
	ZONE TIÈDE						
	ZONE FROIDE	Masque médical					
CMM	ZONE CHAUDE	Masque médical + Protection oculaire en contexte de soins uniquement, si moins de 2 m d'un patient. Les autres équipements de protection individuelles (ÉPI) recommandés par l'INSPQ doivent être revêtis lors de soins aux patients dans ces zones[4]					
	ZONE TIÈDE						
	ZONE FROIDE	Masque médical + Protection oculaire en contexte de soins uniquement, si moins de 2 m d'un patient.					

[1] Masque médical = masque de procédure.
[2] Lunette de protection OU visière
[3] RI-RTF du programme-services de soutien à l'autonomie des personnes âgées.
[4] https://www.inspq.qc.ca/publications/2906-pci-soins-aigus-covid19

c. Les équipements de protection individuelle doivent être disponibles et correctement utilisés.
d. La protection oculaire utilisée devra quant à elle être conservée et désinfectée pour un usage multiple.
e. Le port du masque de procédure et de la protection oculaire, si requise, ne sont pas obligatoires pour les responsables de RPA et leurs familles qui partagent leur milieu de vie avec les résidents (RPA de petite taille). Toutefois, les remplaçants, gardiens ou toute autre personne ayant accès à ces résidences doivent porter la protection requise selon la région de la résidence.
    - 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. 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/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

En cohérence avec les mesures de déconfinement progressif, permettant aux résidents les visites ou les séjours dans leurs familles, le test de dépistage et l'isolement de 14 jours ne sont plus applicables dans le cas d'une intégration d'un nouveau résident ou d'une réintégration d'un résident en provenance de la communauté, et ce, pourvu que la personne ne présente pas de symptômes. Cependant, pour les résidents intégrant une unité de soins, le test de dépistage et l'isolement préventif de 14 jours sont obligatoires.

Il est encore 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[1]. Si on retrouve des cas positifs, le nouveau résident peut intégrer une zone chaude jusqu'à son rétablissement.

Les mêmes consignes s'appliquent pour le déménagement d'un résident d'une RPA à une autre, et ce, peu importe la région. Pour un résident qui serait testé COVID-19 positif et qui ne pourrait intégrer son unité locative dans une RPA « froide », il est recommandé de déménager ses effets personnels vers une zone tampon. Les surfaces pouvant être nettoyées doivent l'être. Les items pouvant être lavés doivent l'être. Pour les items non nettoyables ni lavables, il est recommandé d'emballer les biens (ex. : divan, matelas). Les effets personnels peuvent être transférés dans l'unité locative de la RPA d'accueil, et personne ne devrait entrer dans cette unité jusqu'à l'admission du résident.

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 effectué un test de dépistage avant la sortie du CH et avoir reçu un résultat négatif de la COVID-19;

[1] Pour plus de détails sur les zones tampons, consulter les directives spécifiques à ce sujet.

- 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;
- prévoir le déplacement jusqu'à l'unité de façon à éviter les contacts à moins de 2 mètres des autres résidents.
- aucun isolement préventif.

3.3 Précisions supplémentaires

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.

Il est à noter que la priorisation d'utilisation des tests TAAN pour la COVID-19 est évolutive. Veuillez vous référer aux directives ministérielles en vigueur portant sur le dépistage.
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnelset-au-reseau/depistage/

Voir aussi les directives au RSSS - Stratégie de dépistage longue durée et milieux de vie 20-MS-03823-99 diffusées le 8 juin 2020.

4. Déménagement

a. Les déménagements sont permis, qu'ils soient entre régions ou non.
b. Il est nécessaire d'appliquer les recommandations de l'INSPQ (https://www.inspq.qc.ca/publications/2923-recommandations-demenageurs-covid-19),
c. Les déménageurs ne doivent en aucun cas présenter des symptômes de COVID-19 et il est recommandé de :
    - limiter le nombre de déménageurs à deux.
    - prévoir un ou deux membres de la famille sur place pour accueillir et guider les déménageurs. Tant les déménageurs, les membres de la famille que le résident doit se déplacer uniquement de l'entrée à l'unité locative du résident.
    - respecter les mesures de distanciation physique, autant dans la résidence que dans l'unité locative.
d. 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 peuvent être effectués.
e. 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, avoir été en contact avec des personnes infectées ou avoir reçu une consigne d'isolement à domicile.

- 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

La reprise graduelle des activités doit s'appliquer dans le respect des mesures de PCI, des directives de la santé publique et des directives spécifiques aux activités concernées (ex. : piscine, salle d'entraînement). Considérant les mesures de déconfinement actuellement en cours dans tout le Québec, les services et activités qui étaient offerts dans la résidence peuvent reprendre sur une base régulière et en fonction des engagements pris à l'égard des baux. Tous les dispensateurs de services doivent appliquer les recommandations de l'INSPQ spécifiques à leur secteur respectif (https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sante-au-travail).

Il importe également de continuer les visites ou appels pour assurer la vigie de l'état de santé des personnes. Pour ce faire, réduire au maximum le nombre de membres du personnel différents en contact avec un même résident. 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/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 poursuivre les 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 à maintenir ou à remettre en place
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, incluant les soins ambulatoires en appliquant les mesures PCI appropriées (https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections).
Les services d'assistance personnelle (aide à l'alimentation, aux soins d'hygiène, à l'habillage, administration des médicaments, lavage des cheveux, etc.) : - Reprendre la dispensation de tous ces services.

Les services d'aide domestique suivants : - Distribution des médicaments; - Entretien des vêtements et de la literie. Permettre aux familles de faire la lessive pour leurs proches si une salle de lavage est disponible. - Les services d'entretien ménager dans les unités locatives et dans les espaces communs.
Les services de repas : - Les services de repas doivent être offerts dans la salle à manger, en respectant la distanciation physique ou le concept de bulle pour la clientèle avec troubles neurocognitifs, à moins d'indication clinique contraire ou d'éclosion. Dans un tel cas, la RPA doit privilégier la livraison et la prise des repas dans les unités locatives des résidents.
Les services de loisirs : - Il est nécessaire d'adapter les activités proposées afin de respecter les consignes sanitaires en vigueur, notamment la distanciation physique de 2 mètres. Toutefois, les activités de loisir impliquant un partage de matériel (ex. : cartes à jouer, billard, jeux de poches, livre à la biothèque) ne sont pas recommandées.

Activités suspendues jusqu'à nouvel ordre
Les exercices d'évacuation.

Les services qui doivent être ajoutés temporairement dans le contexte de la pandémie ne peuvent être facturés au résident (ex. : livraison de plateaux). 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/CIUSSS concerné.

De plus, tous les salons de coiffure et d'esthétique qui se trouvent à l'intérieur de la RPA peuvent reprendre leurs activités. Pour plus de détails concernant les activités du secteur des soins personnels et de l'esthétique (ex. : coiffure, soins de pieds), vous devez vous référer aux consignes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ; https://www.inspq.qc.ca/publications/2997-soins-esthetiques-covid19) et 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/Pages/trousse.aspx).

Les résidents peuvent également fréquenter les salons de coiffure et d'esthétique qui sont situés dans la communauté, à l'extérieur de la RPA.

5.1 Autres personnes offrant des soins ou des services dans les unités locatives des résidents de RPA

	RPA sans éclosion	**RPA avec éclosion**
Personnel offrant des soins dans la RPA (dentiste, hygiéniste dentaire, audioprothésiste, etc.)	Oui À compter du 26 juin 2020	Oui, seulement dans les zones qui ne sont pas en éclosion, lorsque l'éclosion est localisée À compter du 26 juin

	RPA sans éclosion	RPA avec éclosion
Personnel embauché par la famille (coiffeuse, dame de compagnie, etc.)	Oui À compter du 26 juin 2020	Non
Bénévoles, personnes rémunérées par la RPA pour des activités de loisirs (chansonnier, zoothérapie, etc.)		

- Dans la mesure du possible, il est recommandé de limiter la mobilité des personnes offrant des soins ou des services d'une installation à l'autre. Lorsque ce n'est pas possible, des mesures additionnelles doivent être prises afin de prévenir que ces personnes soient un vecteur de transport de la maladie à coronavirus d'une installation à une autre.

- Un accompagnement des bénévoles de même que du personnel embauché par les familles sont nécessaires afin de valider l'absence de critères d'exclusion à leur présence dans la RPA et pour superviser l'application des mesures PCI requises. De plus, des ressources doivent être disponibles dans la RPA pour les accueillir et des masques de procédure doivent être disponibles. Les critères d'exclusion sont les suivants :
  - Personnes infectées par la COVID-19;
  - Personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles;
  - Personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19;
  - Personnes ayant eu un contact significatif avec un cas confirmé;
  - Personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par une autorité de santé publique.

- Chaque RPA doit tenir un registre du personnel non régulier de l'installation offrant des soins ou des services (dentiste, hygiéniste dentaire, audioprothésiste, etc.), du personnel embauché par la famille et des bénévoles et afin que ceux-ci puissent rapidement être contactés par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et isolés si cela est requis.

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 mises à jour le 29 mai 2020,* 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[2], 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 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. À tout moment, dès l'apparition de symptômes, un isolement préventif et un test TAAN sont requis.
b. Assurez-vous que le résident demeure dans son unité locative ou sa chambre s'il partage un appartement;
c. Aviser immédiatement le CISSS/CIUSSS;
d. L'informer du niveau de soins du résident, si connu;
e. En fonction du résultat du test, déterminer, en collaboration avec le CISSS/CIUSSS, si la personne pourra demeurer ou non dans la RPA en fonction de sa situation :
   - Si le test est positif, il est possible que la personne puisse **demeurer dans la RPA** pour un isolement minimal de 14 jours 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

[2] Institut nationale d'excellence en santé et services sociaux, 2016. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Formulaire_NiveauxdeSoins_RCR.pdf

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/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/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/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/CIUSSS recommandera un **transfert vers un autre milieu**[3] **situé dans un lieu préalablement déterminé**, pour toute la durée de la période d'isolement, en présence de l'une des deux 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 (ex. : en présence de troubles neurocognitifs)[4].

f. S'il y a transfert de la personne infectée vers un autre milieu
   - Privilégier le déplacement par transport adapté en premier lieu, si des équipements de protection sont disponibles pour le transporteur. Dans la négative,

[3] Il peut s'agir d'une zone tampon ou d'un site non traditionnel (SNT).

[4] L'arrêté ministériel 2020-015 permet notamment au directeur de santé publique de forcer l'isolement de la personne.

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 dans la communauté ou en centre hospitalier :

- le résident doit être transféré vers un milieu où l'on retrouve des zones tiède ou chaude (si c'est une zone tampon se référer aux directives ministérielles sur le sujet).
- le résident doit être transféré vers un centre hospitalier (soins aigus ou soins intensifs) :
  - Requiers 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 liées 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/CIUSSS de votre territoire

Contacter le CISSS/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/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 (MSSS)
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/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
  - ✓ 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

Concernant la reprise graduelle des services dans le secteur des soins personnels et de l'esthétique (ex. : coiffure, soins de pieds), vous devez vous référer aux consignes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail :

- https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2997-travaileurs-soins-beaute-covid19.pdf
- https://www.cnesst.gouv.qc.ca/salle-de-presse/covid-19/Documents/DC100-2160-guide-soinspersonnels.pdf

À tout moment, des mesures de confinement pourraient être réintroduites par les autorités de la santé publique.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

La sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 30 juin 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 s'inscrit dans le contexte de la phase de rétablissement dans le secteur de la santé mentale et vise à vous informer des orientations concernant la reprise graduelle de l'électroconvulsivothérapie.

Les mesures recommandées dans la fiche ci-jointe sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et des recommandations d'experts des instances internationales reconnues concernant la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19). Elles sont susceptibles d'être ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur sa transmissibilité.

La fiche doit être consultée de façon complémentaire aux autres documents produits par l'Institut national de santé publique du Québec sur la COVID-19. Les mesures énoncées s'inscrivent dans la continuité de celles recommandées dans les milieux de soins aigus (centres hospitaliers).

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

Dominique Savoie

p. j. 1

c. c. Chefs de département SMD des établissements publics du RSSS
Directeurs SMD des établissements publics du RSSS
PDGA des établissements publics du RSSS

N/Réf. : 20-MS-05553-38

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

Fiche santé mentale

Phase de rétablissement – reprise de l'électroconvulsivothérapie (ECT)

Recommandations intérimaires destinées aux directions des services de santé mentale et de psychiatrie légale

1. Contexte

Ce document s'adresse principalement aux décideurs et aux gestionnaires du réseau et des établissements de santé, afin de les orienter dans les prises de décision en lien avec la reprise graduelle de l'électroconvulsivothérapie (ECT) pendant la phase de rétablissement de la pandémie à la COVID-19. Il s'adresse également aux équipes de prévention et contrôle des infections (PCI) qui doivent appliquer les recommandations « sur le terrain ».

Il 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 internet de l'INSPQ.

Ces mesures s'inscrivent dans la continuité des mesures recommandées dans les milieux de soins aigus (centres hospitaliers) 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 de nombreuses organisations, dont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et d'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 et les recommandations d'experts des instances internationales reconnues concernant le nouveau coronavirus. **Elles sont susceptibles d'être ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur sa transmissibilité**. Une telle démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à assurer la sécurité du personnel, des usagers en optimisant l'utilisation des ressources disponibles.

2. Mesures à appliquer pour un usager en externe

MESURES À APPLIQUER POUR UN USAGER EN EXTERNE	
Usagers sans signes et symptômes de la COVID-19 (vert).	Le traitement de soutien aux ECT, à raison de 1 fois par semaine peut être repris chez les usagers provenant de l'externe. L'ensemble des conditions suivantes doivent être respectées avant chaque séance d'ECT ▪ Test PCR maximum 48 heures avant le traitement. ▪ Avoir répondu au questionnaire de repérage de la COVID-19, incluant le respect de la distanciation physique. L'usager provenant de l'externe devra être hospitalisé lors des situations suivantes : ▪ Le traitement de soutien est ou devient indiqué plus de 2 fois par semaine. ▪ La condition de l'usager est ou devient urgente et vitale (ex. : catatonie, risque suicidaire élevé, etc.), selon le jugement clinique. ▪ Il est de la responsabilité du médecin traitant d'évaluer le niveau d'urgence et de risque lié à la condition clinique de l'usager afin de déterminer la pertinence de poursuivre le traitement, d'établir la fréquence ou d'hospitaliser l'usager ou non. ▪ Si une hospitalisation est jugée nécessaire, elle doit avoir lieu **dans le milieu ou se donne l'ECT** (voir section 3).
Organisation des services	▪ Un test PCR doit être effectué maximum 48 heures avant l'ECT. ▪ Le questionnaire de repérage du COVID-19 doit être effectué de façon systématique la veille de chaque ECT. ▪ Les usagers sans signes et symptômes de la COVID-19 (verts) devraient, idéalement, tous être prévues la même journée. Cependant, le jugement clinique prévaut. ▪ À moins de la présence d'une problématique physique ou mentale particulière, l'usager devrait se présenter seul au lieu de traitement (bloc opératoire ou salle de réveil). ▪ S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps. Une étroite collaboration est nécessaire entre le médecin traitant, les équipes de soins, les anesthésistes et toute autre personne pouvant être impliquée dans la mise en place de ces mesures.
Mesures de protection	**Vérifier la compréhension et renforcer l'application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers.** ▪ Prêter une attention particulière au respect de l'hygiène des mains (HDM) et de l'hygiène et étiquette respiratoires. ▪ À moins de circonstances exceptionnelles, les déplacements de l'usager, autres que pour se rendre au lieu de traitement, doivent être évités. Port du masque de procédure : ▪ À moins d'avis clinique contraire, l'usager externe devrait porter le masque de procédure et le garder jusqu'à l'induction anesthésique. ▪ Le masque devrait être remis dès que l'oxygénothérapie post-opératoire n'est plus requise.

MESURES À APPLIQUER POUR UN USAGER EN EXTERNE (suite)	
Mesures de protection (suite)	Si la présence d'un accompagnateur s'avère nécessaire : ▪ L'accompagnateur ne doit pas avoir reçu un diagnostic de COVID-19 actif, être en attente d'un résultat de test en raison d'une présentation clinique compatible, avoir des symptômes compatibles avec la COVID-19, avoir été en contact étroit avec un cas confirmé de COVID-19 ou avoir reçu une consigne d'isolement des autorités de la santé publique. ▪ Prêter une attention particulière au respect de l'hygiène des mains (HDM) et de l'hygiène et étiquette respiratoires. ▪ L'accompagnateur doit porter le masque de procédure. ▪ Les déplacements de l'accompagnateur au sein de l'établissement ne sont permis que pour accompagner l'usager vers le lieu de traitement. ▪ L'accompagnateur devra retourner attendre l'usager à l'extérieur de l'établissement, et ce dès que l'usager sera reçu sur le lieu du traitement. ▪ L'accompagnateur doit demeurer disponible en tout temps et sera contacté dès que l'usager sera en mesure de quitter la salle de réveil. Les intervenants doivent appliquer des précautions additionnelles **gouttelettes-contact avec protection oculaire.** L'ensemble des fiches portant sur les différentes notions de base en prévention et contrôle des infections peuvent être consultées au : https://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales dans la section : Guides généraux de PCI, Notions de base en prévention et contrôle des infections.
Retrait de l'équipement de protection personnelle	Le retrait de l'équipement doit être réalisé de façon sécuritaire. Il est donc nécessaire d'évaluer les contraintes physiques du milieu de soins qui peuvent influencer le retrait sécuritaire de l'équipement afin d'adapter localement au besoin les recommandations émises. L'ordre de retrait de l'ÉPI est tiré des méthodes de soins informatisées https://msi.expertisesante.com/fr/methode/port-dun-equipement-de-protection-individuelle-epi, mais il peut être adapté selon les modalités locales.

3. Mesures à appliquer pour un usager hospitalisé sans signes et symptômes de la COVID-19

MESURES À APPLIQUER CHEZ UN USAGER SANS SIGNES ET SYMPTÔMES DE LA COVID-19	
Usagers sans signes et symptômes de la COVID-19 (vert).	Le médecin traitant doit procéder à l'évaluation de l'état clinique des usagers traités par ECT afin de déterminer la pertinence de maintenir, de différer ou de diminuer la fréquence (ex. : 2 fois/semaines plutôt que 3 fois/semaine) du traitement. L'ensemble des conditions suivantes doivent être respectées avant le début de la série ECT : ▪ Mesures d'isolement préventif à la chambre de 14 jours pour tout usager hospitalisé. ▪ Test PCR maximum 48 heures avant le début de la série de traitement Maintien de l'usager dans une zone froide (verte). ▪ Le jour de l'ECT, avoir répondu au questionnaire de repérage de la COVID-19, incluant le respect de la distanciation physique. À moins d'une situation exceptionnelle, les droits de sortie doivent être suspendus. ▪ Les sorties autorisées pour situation exceptionnelle devront être justifiées au dossier de l'usager. ▪ Les déplacements dans les lieux communs doivent être évités. ▪ Les sorties extérieures accompagnées par un membre du personnel (un pour un) sont autorisées si elles respectent les directives de distanciation physique (y compris pendant le déplacement vers la cour). ▪ Les mesures de PCI qui s'appliquent pendant la sortie extérieure sont les pratiques PCI de base, l'hygiène des mains avant et après la sortie, la distanciation physique et le port du masque de procédure par le patient et le membre du personnel. Il est possible de retirer le masque pour manger ou boire lorsqu'on est à l'extérieur, à condition de respecter la distanciation physique et de procéder à l'hygiène des mains avant et après l'installation du masque.
Mesures de protection	▪ S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps. **Vérifier la compréhension et renforcer l'application des pratiques de base en tout temps, pour tous les usagers.** ▪ Prêter une attention particulière au respect de l'hygiène des mains (HDM) et de l'hygiène et étiquette respiratoires. Les soignants devraient appliquer les précautions additionnelles **gouttelettes-contact avec protection oculaire.** L'ensemble des fiches portant sur les différentes notions de base en prévention et contrôle des infections peuvent être consultées au : https://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales dans la section : Guides généraux de PCI, Notions de base en prévention et contrôle des infections.
Retrait de l'équipement de protection personnelle	Le retrait de l'équipement doit être réalisé de façon sécuritaire. Il est donc nécessaire d'évaluer les contraintes physiques du milieu de soins qui peuvent influencer le retrait sécuritaire de l'équipement afin d'adapter localement au besoin les recommandations émises. ▪ L'ordre de retrait de l'ÉPI est tiré des méthodes de soins informatisées https://msi.expertisesante.com/fr/methode/port-dun-equipement-de-protection-individuelle-epi, mais il peut être adapté selon les modalités locales.

MESURES À APPLIQUER CHEZ UN USAGER SANS SIGNES ET SYMPTÔMES DE LA COVID-19 (suite)	
Orientation des usagers hospitalisés sans signes et symptômes de la COVID-19	▪ Aucun transfert aller-retour inter-établissement plus d'une fois par semaine. ▪ L'usager dont la fréquence du traitement à l'ECT nécessite plus d'un déplacement aller-retour inter-établissement par semaine, devrait être hospitalisé dans **le milieu ou se donne l'ECT.** ▪ Le transfert aller-retour inter-établissement n'est possible qu'à partir d'un centre « froid ou vert » vers un autre centre « froid ou vert ». **Transfert** ▪ Le milieu ou se donne l'ECT a l'obligation d'accepter d'hospitaliser l'usager. ▪ Une communication avec le milieu ou se donne l'ECT doit obligatoirement avoir lieu avant afin de déterminer les modalités du transfert de l'usager. ▪ L'évaluation du type de transport pour transférer l'usager relève du centre référent. L'ensemble des directives concernant les orientations des usagers hospitalisés suspectés ou confirmés à la COVID-19 demeure en vigueur et s'applique également à la clientèle devant recevoir l'ECT. ▪ Pour plus d'informations concernant les directives ministérielles en vigueur, consulter le document publié par le MSSS : *Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les unités d'urgence et d'hospitalisation en santé mentale : recommandations intérimaires - Coronavirus (COVID-19)* disponible au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002597/
Transport de l'usager	**Port du masque de procédure** ▪ À moins d'avis clinique contraire, l'usager devrait porter le masque de procédure jusqu'à l'induction anesthésique. ▪ Le masque devrait être remis dès que l'oxygénothérapie post-opératoire n'est plus requise. **Brancardier ou personne qui assure le transport** Le brancardier ou la personne qui aide à l'installation de l'usager avant le transport et celle qui assure le transport doit porter l'ÉPI requis, selon la condition de l'usager.

4. Mesures à appliquer pour un usager hospitalisé suspectés ou confirmés à la COVID-19

MESURES À APPLIQUER CHEZ UN CAS SUSPECTÉ OU CONFIRMÉ À LA COVID-19	
Cas suspectés ou confirmés à la COVID-19	S'assurer du respect des critères de levée de l'isolement émis (isolement, test PCR, etc.) par l'INSPQ et la PCI de l'établissement avant l'ECT chez : ▪ Les usagers provenant de l'externe, hospitalisés en raison de leur état clinique. ▪ Les usagers hospitalisés en zone tiède (orange) ou en zone chaude (rouge). Plus d'informations concernant la durée des mesures à appliquer en présence d'une personne sous investigation ou d'un cas probable ou confirmé disponible au :https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2906-mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.pdf L'ECT devrait être reportée chez l'usager suspecté (zone tiède ou orange) ou confirmé (zone chaude ou rouge) à moins d'être jugée urgente. La **catatonie maligne** chez un usager hospitalisé qui ne répond pas aux traitements standards est la seule situation pour laquelle l'ECT peut être effectuée sans égard à la période de confinement de 14 jours et à la réalisation du test PCR ou chez un cas suspecté ou confirmé à la COVID-19.

MESURES À APPLIQUER CHEZ UN CAS SUSPECTÉ OU CONFIRMÉ À LA COVID-19 (suite)	
Mesures de protection	Si la procédure est réalisée à l'extérieur d'un bloc opératoire : ▪ S'assurer de la présence et de l'accessibilité immédiate à tous l'équipement nécessaire, incluant celui nécessaire pour une anesthésie générale. Dans le cas exceptionnel ou un ECT doit être donné en zone tiède ou rouge, en plus des pratiques de base et des précautions additionnelles de type **aérien/contact avec protection oculaire**, les intervenants soignants doivent : ▪ Porter un respirateur N95 lors de la réalisation d'interventions médicales générant des aérosols (IMGA). ▪ Procéder à ces interventions dans une salle à pression négative ou dans une salle individuelle, porte fermée en l'absence de salle à pression négative. ▪ L'utilisation d'une antichambre est suggérée pour les salles à pression positive. ▪ À la suite d'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. **Salle d'opération** Les informations concernant les recommandations pour un usager suspecté ou confirmé de COVID-19 qui doit fréquenter le bloc opératoire sont disponibles au : https://www.inspq.qc.ca/publications/2922- salle-operation-covid19 **Salle de réveil** ▪ Une zone chaude (rouge) doit être aménagée en salle de réveil. ▪ Le masque de procédure ou chirurgical pour l'usager. Les intervenants devraient appliqués les précautions additionnelles **gouttelettes-contact avec protection oculaire.**
Retrait de l'équipement de protection personnelle	Le retrait de l'équipement doit être réalisé de façon sécuritaire. Il est donc nécessaire d'évaluer les contraintes physiques du milieu de soins qui peuvent influencer le retrait sécuritaire de l'équipement afin d'adapter localement au besoin les recommandations émises. ▪ L'ordre de retrait de l'ÉPI est tiré des méthodes de soins informatisées https://msi.expertisesante.com/fr/methode/port-dun-equipement-de-protection-individuelle-epi, mais il peut être adapté selon les modalités locales.
Orientation des usagers hospitalisés suspectés ou confirmés à la COVID-19	L'ensemble des directives concernant les orientations des usagers hospitalisés suspectés ou confirmés à la COVID-19 demeure en vigueur et s'applique également à la clientèle devant recevoir l'ECT. Pour plus d'informations concernant les directives ministérielles en vigueur, consulter le document publié par le MSSS : *Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les unités d'urgence et d'hospitalisation en santé mentale : recommandations intérimaires - Coronavirus (COVID-19)* disponible au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002597/
Transport de l'usager	**Port du masque de procédure** ▪ À moins d'avis clinique contraire, l'usager devrait porter le masque de procédure jusqu'à l'induction anesthésique. ▪ Le masque devrait être remis dès que l'oxygénothérapie post-opératoire n'est plus requise. ▪ Mettre un drap sur le fauteuil roulant ou la civière. ▪ Vêtir l'usager de vêtements propres et d'une nouvelle culotte d'incontinence, au besoin.

MESURES À APPLIQUER CAS SUSPECTÉS OU CONFIRMÉS À LA COVID-19 (suite)	
Transport de l'usager	▪ Demande à l'usager d'effectuer l'HDM en quittant et au retour à sa chambre. L'assister au besoin. ▪ Aviser le service receveur que l'usager requiert des précautions additionnelles afin qu'il n'y ait aucun temps passé dans la salle d'attente publique. **Brancardier ou personne qui assure le transport** Si un brancardier ou la personne qui aide à l'installation de l'usager avant le transport, il doit porter l'ÉPI requis, selon la condition de l'usager et l'enlever à la sortie de la chambre (comme recommandé dans la section Retrait de l'ÉPI) puis procéder à l'HDM. ▪ Pendant le transport, il doit revêtir un masque de procédure, notamment si l'usager est incapable de porter un masque de procédure. ▪ Il peut être décidé localement de recommander le port d'ÉPI par le brancardier ou la personne qui assure le transport afin de simplifier ou d'harmoniser l'application de ces mesures par l'ensemble des travailleurs de la santé. ▪ S'assurer d'informer le service receveur de la condition de l'usager afin que ceux-ci portent l'équipement de protection requis. ▪ Décontaminer tout matériel utilisé et surface de travail venus en contact direct ou indirect avec l'usager et tout matériel, appareil utilisé et surface de travail pouvant avoir été contaminés par les sécrétions respiratoires de l'usager. Le masque de procédure ou le respirateur N95 n'est pas nécessaire. Cependant, la blouse et les gants doivent être portés. ▪ Limiter le plus possible l'exposition des autres usagers et des travailleurs de la santé lors des déplacements. ▪ Utiliser les trajets déterminés pour le transport des usagers suspects ou infectés prévus par l'établissement (ex. : ascenseur réservé). ▪ Nettoyer et désinfecter le matériel ayant servi au transport de l'usager immédiatement après son utilisation selon les modalités locales. Lors du transfert inter-établissement d'un cas suspect ou confirmé, aviser le centre receveur des précautions additionnelles en cours.

Références

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2020, 10 avril) COVID-19 : *Mesures de prévention et de contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaires, version 6.0*. Québec : INSPQ. 16 p. https://www.inspq.qc.ca/publications/2906-pci-soins-aigus-covid19

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. *Notions de base en prévention et contrôle des infections. D*isponible au : https://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales

Ministère de la santé et des services sociaux (2020). *Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les unités d'urgence et d'hospitalisation en santé mentale : recommandations intérimaires - Coronavirus (COVID-19).* Québec : INSPQ. Disponible au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002597/

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2020) : *Salle d'opération avec cas suspect ou confirmé COVID-19 : recommandations intérimaires.* Disponible au : https://www.inspq.qc.ca/publications/2922-salle-operation-covid19

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

La sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 30 juin 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

En suivi de la rencontre du Comité de gestion du réseau (CGR) du 22 avril dernier, nous réitérons la demande de la Direction des affaires juridiques du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'effet de faire parvenir à Me Patricia Lavoie toutes les procédures judiciaires reçues dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre de la COVID-19. Cela inclut les recours collectifs, mais plus largement les recours touchant la COVID-19, notamment ceux concernant les DPJ qui devront être anonymisés.

Nous vous demandons également de transmettre à Me Lavoie tout recours que vous entreprenez et qui sont en lien avec la COVID-19.

Il n'est pas nécessaire de transmettre les mises en demeure que vous recevez ou que vous envoyez.

De plus, vous devez indiquer le nom du juriste responsable du recours au sein de votre établissement. L'information doit être transmise directement à Me Lavoie à l'adresse suivante : patricia.lavoie@msss.gouv.qc.ca.

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

Dominique Savoie

c. c. Patricia Lavoie, MSSS
PDGA des établissements du RSSS

N/Réf. : 20-MS-05553-55

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

Québec

22-210-17W