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

ANNEXE 3

DIRECTIVES COVID-19 DU MSSS • NOVEMBRE 2020

Votre gouvernement

Québec

Émission :	03-07-2020	Mise à jour :	04-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA- 013

Catégorie(s) :

- ✓ Milieux de vie
- ✓ Ressources intermédiaires
- ✓ Ressources de type familial
- ✓ Mesures de prévention et de contrôle des infections

Directives relatives aux ressources intermédiaires (RI) et aux ressources de type familial (RTF) adultes et aînés en lien avec la COVID-19

Remplace directive émise le 3 juillet 2020 (non codifiée)

Expéditeur :	**Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)**
Destinataire :	- CISSS et CIUSSS • Toutes les directions des programmes-services; • Répondants RI-RTF des établissements. - Hôpital Sainte-Justine - Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James - Associations et organismes représentatifs de RI-RTF

Directive

Objet :

En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 dans le monde et de l'augmentation de cas d'infection au Québec, les soins et les services offerts doivent être adaptés pour tenir compte de ce contexte exceptionnel. Les mesures proposées pour les ressources intermédiaires (RI) et aux ressources de type familial (RTF) tiennent compte de la situation épidémiologique qui prévaut au Québec en date de la présente mise à jour. Ces mesures pourraient être resserrées si une recrudescence de la maladie survenait au Québec.

La diffusion de ces directives permet de transmettre de nouvelles informations et des consignes pour les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF) qui accueillent des personnes du programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), santé mentale (SM), dépendance ou ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du

	spectre de l'autisme (TSA). Les directives sont désormais articulées selon les types de ressources et non par programme services. Elles sont complémentaires aux tableaux de gradation des mesures et aux différentes trajectoires en provenance d'un centre hospitalier ou d'un milieu de réadaptation ou en provenance de la communauté.
Mesures à implanter :	Les établissements et les RI-RTF doivent mettre en place et respecter les mesures en lien avec les éléments suivants : ✓ La prévention et le contrôle des infections dans le milieu de vie ✓ Suivi clinique ✓ Visites et sorties des usagers et retour ✓ Remplaçants et employés embauchés par les RI-RTF ✓ Déplacement de la main-d'œuvre ✓ Placement/ Déplacement/ Réintégration ✓ Les répits et les placements intermittents dans les RI-RTF ✓ Règlement sur la classification des services offerts par une RI-RTF ✓ En présence d'un cas suspecté, en investigation ou confirmé en RI-RTF ✓ Transfert vers une zone tampon tiède ou chaude ou de soins spécialisés ✓ Réanimation cardiorespiratoire en contexte de pandémie ✓ Climatisation

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : non applicable	
Direction ou service ressource :	**Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial** guichetRIRTF@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	Aucun

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

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Natalie Rosebush

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-013

Directive

La diffusion de ces directives permet de transmettre de nouvelles informations et des consignes pour les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF) qui accueillent des personnes du programme-services SAPA, santé mentale (SM), dépendance ou ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Les directives sont désormais articulées selon les types de ressources et non par programme services.

Les différents types de ressources sont rassemblés dans 5 tableaux *COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte*. Les 4 tableaux qui concernent les RI-RTF, portent les titres suivants :

- Tableau A : RI de 20 places et plus avec usagers vulnérables à la COVID-19 et CHSLD.
- Tableau B : RI de 19 places et moins ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19 dont le milieu de vie n'est pas le lieu principal de résidence des responsables.
- Tableau D : RI adultes dans lesquelles les personnes ne présentent pas de facteurs de vulnérabilité à la COVID-19, les RI appartement supervisé, les RTF et les RIMA ainsi que les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers, qu'il y ait ou non, une personne ou plus ayant des facteurs de vulnérabilité à la COVID-19.
- Tableau E : Directives applicables aux RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ / LSSSS).

Il est à noter que le Tableau C, concerne uniquement les RPA.

Conséquemment, les directives du présent document seront un complément pour les tableaux A et D ainsi que la clientèle adulte du tableau B, en plus des différentes trajectoires en provenance d'un centre hospitalier ou d'un milieu de réadaptation ou en provenance de la communauté.

IMPORTANT : Les directives applicables aux ressources intermédiaires et de type familial (RI- RTF) qui accueillent la clientèle jeunesse (programme-services JED et DI-DP-TSA) se trouvent dans le document DGAPA-014.

DIRECTIVES CONCERNANT LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL (RI-RTF)

La pandémie de la COVID-19 et les diverses consignes sociosanitaires continuent de soulever plusieurs questions en lien avec le quotidien et 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 favorisant le retour à une vie le plus normale possible à l'intérieur des balises émises par la Direction générale de la santé publique.

Les présentes directives sont requises afin d'optimiser la sécurité des usagers qui, selon leur condition médicale, sont plus à risque de développer des complications à la suite de la contamination à la COVID-19 et dont la prise en charge en soins aigus ou intensifs peut être plus complexe. De plus, les personnes qui ont des problèmes de communication, de compréhension de la situation ou de capacité à se protéger, sont fragilisées par la situation entourant la COVID-19.

À titre de partenaires du réseau, une collaboration efficiente entre les établissements et les RI-RTF est nécessaire dans le contexte de la nouvelle normalité en lien avec la pandémie et des mesures additionnelles qui pourraient être applicables selon les différentes situations régionales.

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 pour les **personnes qui présentent les facteurs de vulnérabilités concernant la complication à la COVID-19** suivants:

- Personnes de 70 ans et plus
- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosupression.pdf)
- Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. (référer à la page 4 de cet avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf)
- Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40);
- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

La prévention et contrôle des infections 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 mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) sont respectées par tous. À cet effet, une formation de « champions » PCI est offerte en priorité à certaines ressources ciblées. Les balises quant aux ressources visées, aux critères pour déterminer les personnes à être formées, de même que d'autres informations pertinentes en lien avec le déploiement de cette formation ont déjà été transmises aux établissements.

En lien avec la prévention et le contrôle des infections dans les milieux de vie, il est également de la responsabilité du responsable de la RI-RTF de s'assurer du respect des principaux éléments suivants :

- S'assurer quotidiennement de la surveillance active de la fièvre et de l'apparition de signes et symptômes typiques et atypiques gériatriques chez l'usager (voir annexe 1);
- Adapter les moyens de communication 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 (PCI).

Les usagers doivent notamment :

- Se laver les mains souvent à l'eau tiède courante et au savon ou utiliser un désinfectant à base d'alcool ayant une concentration de 70 % et plus. Dans tous les cas, le temps de friction doit être au moins de 20 secondes;
- Se couvrir la bouche et le nez avec le pli du coude ou de l'épaule afin de réduire la propagation des germes en cas de toux ou d'éternuement;
- Jeter un mouchoir en papier dès que possible après son utilisation et se laver les mains par la suite;
- Respecter le concept de bulle pour les RI de plus de 10 places, lorsqu'applicables (voir également l'annexe 6);
- Éviter de circuler d'une zone à l'autre, lorsqu'applicable;
- Porter l'équipement requis en fonction de la présence ou non, d'un usager en isolement préventif ou en isolement. Précision : le port du masque n'est pas 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, à moins que l'usager soit en isolement préventif ou en isolement: https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19
- Éviter le contact direct pour les salutations, comme les poignées de main ou les accolades;

En plus de respecter les mesures applicables aux usagers, la ressource ainsi que son personnel ou ses remplaçants doivent :

- Rappeler à l'usager, l'obligation de porter le couvre-visage lorsqu'il fait une sortie pour se rendre dans un lieu public fermé (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/
- Contacter l'établissement avec lequel elles sont en entente afin de trouver une solution permettant de préserver l'intégrité des usagers, de la ressource ou d'autres personnes de la ressource (membres de la famille, employés), lorsque cette intégrité est menacée par certains usagers qui ne respectent pas les directives émises par la santé publique;
- Mettre en place des modalités adaptées de PCI, prévues par l'établissement responsable, pour le personnel et toute autre personne qui entre à l'intérieur de la ressource, le cas échéant;
- Réaliser la vigie de l'état de santé des employés/remplaçants des RI-RTF, lorsqu'elle y a recours, avant chaque quart de travail (par exemple, par l'instauration d'une grille de surveillance des symptômes);

https://www.inspq.qc.ca/publications/3042-questionnaire-symptomes-covid19

- Mettre en place un mécanisme sécuritaire pour les livraisons, impliquant notamment qu'elles ne soient pas remises directement aux usagers, quelle qu'en soit la provenance, afin de limiter la possibilité d'introduire le coronavirus dans les RI-RTF;

  Vous trouverez des informations relatives aux précautions particulières à prendre avant de consommer un repas à emporter ou livré, à partir du lien suivant :

  https://www.mapaq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/Avis_publicite/COVID19-Questions-reponsesMAPAQ.pdf

- Prévoir les modalités pour la circulation fluide des informations entre le personnel/remplaçants de la ressource, le cas échéant;
- Mettre en place des employés dédiés à une seule zone ou une seule ressource afin d'éviter qu'ils se déplacent d'une zone à l'autre notamment, dans les zones tièdes ou chaudes (voir l'arrêté ministériel 2020-038 et la section « Déplacement de la main-d'œuvre » à la page 6);
- Identifier une infirmière de référence pour les RI-RTF dans les milieux de vie spécifiques aux personnes qui présentent les facteurs de vulnérabilités concernant la complication à la COVID-19;
- Augmenter les mesures de prévention entre les différentes personnes qui offrent les services, 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;
- Assurer l'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des lieux physiques, par exemple les appareils de mesure de la tension artérielle, les boutons d'ascenseurs, les poignées de porte, etc. Ainsi, les surfaces fréquemment touchées dans les aires communes doivent être nettoyées et désinfectées plusieurs fois par jour, au minimum aux 2 à 4 heures;

  Vous trouverez des précisions relatives aux méthodes de désinfection, à partir du lien suivant :

  https://www.inspq.qc.ca/publications/3054-nettoyage-desinfection-surfaces-covid19

- Dispenser les formations, notamment celles concernant la PCI pour les RI-RTF, leurs employés et leurs remplaçants :
  - 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, disponible sur l'environnement numérique d'apprentissage provincial (ENA), 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;
- Consulter au besoin:
  - Les répondants RI-RTF de l'établissement avec lequel vous êtes en entente;
  - Le champion PCI de la ressource, si applicable;

- La ligne spéciale COVID-19 (1 877 644-4545) pour tout questionnement sur la COVID-19 (autre que PCI);
- Les informations à jour sur le site officiel du Gouvernement du Québec à partir du lien suivant :

  https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/

Suivi clinique

Les activités doivent s'appliquer dans le respect des mesures PCI décrites ci-haut, des directives de la santé publique, ainsi qu'en cohérence avec les tableaux (A-B-D) distinguant chaque type de milieu de vie. Se référer aux tableaux applicables, selon l'évolution de la pandémie dans la région.

À cet égard, les représentants de l'établissement doivent respecter les consignes de prévention et de contrôle des infections (voir 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 prévues dans le cadre des responsabilités de l'établissement)**.**

Visites

Se référer aux différents tableaux *COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte*.

Pour tous les types de ressource, le port du couvre visage est minimalement requis pour un visiteur. Pour les visites en ressources, le port du couvre-visage ou du masque est obligatoire pour les visiteurs de 10 ans et plus et est recommandé pour les enfants de 2 à 9 ans. Il est non recommandé pour ceux de moins de 2 ans.

La personne effectuant une visite auprès d'un usager qui est suspecté ou infecté par la COVID-19 ou qui est sur un étage où se trouvent des personnes infectées, doit porter l'équipement de protection individuelle complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants) dès son entrée dans la chambre de l'usager.

Vous trouverez des directives particulières pour les personnes proches aidantes, à partir du lien suivant : 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 l'état de santé de l'usager sont autorisées.

Pour les ressources associées aux tableaux A et B, elles doivent tenir obligatoirement un registre pour la gestion des entrées et des sorties pour le personnel régulier afin de faciliter la recherche de contacts en cas d'éclosion, entre le personnel et les usagers. De plus, pour les visiteurs, les personnes proches aidantes, le personnel non régulier du milieu offrant des soins et des services, le personnel embauché par la famille ou les bénévoles, ce registre est également obligatoire et doit de plus, inclure les coordonnées de la personne afin que celle-ci puisse rapidement être contactée par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et placée en isolement préventif si cela est requis.

Sorties des usagers

Se référer aux différents tableaux *COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte*.

Rappelons que la nécessité ou non de superviser ou d'accompagner l'usager lors d'une sortie 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 pour une sortie sans supervision, la personne doit être consciente du risque encouru associé à la contamination communautaire de la COVID-19. Elle doit aussi être en mesure de respecter les directives de la santé publique, notamment le port du couvre-visage et la distanciation physique

Dans le cadre d'un séjour temporaire d'un usager chez les membres de sa famille, et ce, peu importe la durée, si des besoins importants de services de soutien à domicile s'avèrent nécessaires, l'établissement pourrait refuser la sortie de la personne dans l'intérêt de sa sécurité compte tenu de la limite de capacité actuelle des équipes de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie.

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 poursuite de 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, un appel doit être fait à l'établissement.

Voir aussi les directives « Utilisation des tests selon les paliers d'alerte » diffusées le 8 octobre 2020.

Remplaçants et employés embauchés par les RI-RTF

Pour les consignes concernant le port des ÉPI, pour les employés, remplaçants compétents et autres prestataires de services, se référer aux indications de la CNESST :

Comment limiter la propagation de la COVID-19 au travail?

Affiche qui décrit l'ordre de priorité des mesures de contrôle afin de limiter la propagation de la COVID-19 dans les milieux de travail.

https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/900/Pages/DC-900-1104.aspx

De plus, dans les zones tièdes et chaudes, pour les soins directs aux usagers ou à moins de deux mètres, le port du masque de procédure, de la protection oculaire, de la blouse et des gants est requis.

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.

Déplacement de la main-d'œuvre

L'arrêté ministériel 2020-038 traite notamment de la mobilité du prestataire de services (voir définition à l'annexe 5) ou de son personnel entre des zones distinctes, plus spécifiquement entre deux milieux de travail distincts. Le prestataire de services est toute personne qui fournit notamment à une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial, dans le cadre d'un contrat de services, incluant un contrat de location de personnel, une prestation de services. Cet arrêté précise principalement qu'une personne qui œuvre dans une zone chaude ne peut œuvrer dans une zone froide. Conséquemment, à partir du moment où une personne a œuvré en zone chaude, elle ne peut plus retourner rendre des services aux usagers 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 (voir l'annexe 5) afin d'obtenir la déclaration d'un employé ou d'un remplaçant compétent, relativement à son travail dans les quatorze jours précédents son affectation. La ressource doit donc faire remplir cette déclaration, avant d'utiliser les services d'un remplaçant compétent ou l'embauche d'un nouvel employé qui est ciblé pour travailler en zone froide. Le même formulaire doit être utilisé pour le personnel provenant 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'une personne prestaire de services 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'agences 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.

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. Les circonstances actuelles requièrent 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 des facteurs de vulnérabilités concernant la complication à la COVID-19 (facteurs édictés en page 2, dans la section « État d'urgence sanitaire » du présent document).

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.

Dans le cas d'une réintégration, 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.

Toutefois, il est toujours interdit d'intégrer un nouvel usager suspecté ou confirmé à la COVID-19 dans une RI-RTF qui n'a pas déjà des cas de COVID-19. Dans de rares exceptions, si la RI-RTF donne son accord, qu'elle est en mesure d'offrir une zone (chambre) prévue à cette fin, qu'elle possède les ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées, l'usager pourrait intégrer cette ressource.

Les répits et les placements intermittents dans les RI-RTF

Se référer aux différents tableaux *COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte pour la mesure* : « Hébergement temporaire (répit, dépannage, convalescence) ».

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 peut 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 peut aussi se faire par téléphone ou par toute autre alternative technologique.

En présence d'un cas suspecté, en investigation ou confirmé en RI-RTF :

1. Mettre les mesures de précautions additionnelles en place;
2. Aviser immédiatement l'établissement;
3. Informer l'établissement du niveau de soins, si connu;
4. L'établissement avise les proches ou le représentant légal, public ou privé, de la situation de l'usager;
5. 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.

6. 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).

7. Toutefois, l'établissement demandera un transfert vers un milieu de confinement (nommé zone chaude ou zone tiède selon les modalités mises en place dans les établissements), 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 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 transféré vers une zone tampon, 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).

Pour que l'usager soit considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aigüe ou 21 jours pour les usagers ayant été admis aux soins intensifs et 28 jours pour les usagers sous corticostéroïdes ou immunosupprimés pour lever les mesures d'isolement, et ce, pourvu que la personne réponde aux critères cliniques, déjà recommandés pour la levée des mesures d'isolement, soit 48 heures sans fièvre (sans prise d'antipyrétique) et amélioration des symptômes depuis au moins 24 heures (excluant la toux, l'anosmie et l'agueusie résiduelles).

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.

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.

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.

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 doit être soumise localement à une évaluation du risque pour déterminer si les avantages dépassent les désavantages de l'utilisation de ces appareils. Les bénéfices du confort versus la sécurité des usagers et du personnel doivent être étroitement analysés et un environnement sécuritaire et confortable doit être assuré.

https://www.inspq.qc.ca/publications/3011-climatiseurs-mobiles-ventilateurs-milieux-soin-covid19

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/
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-207-01W.pdf
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
https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/Pages/index.aspx
http://www.education.gouv.qc.ca/coronavirus/

ANNEXE 1 : Symptômes de la COVID-19

OBSERVATIONS ET CHANGEMENTS CHEZ L'USAGER À RAPPORTER À L'ÉTABLISSEMENT

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
  - 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**

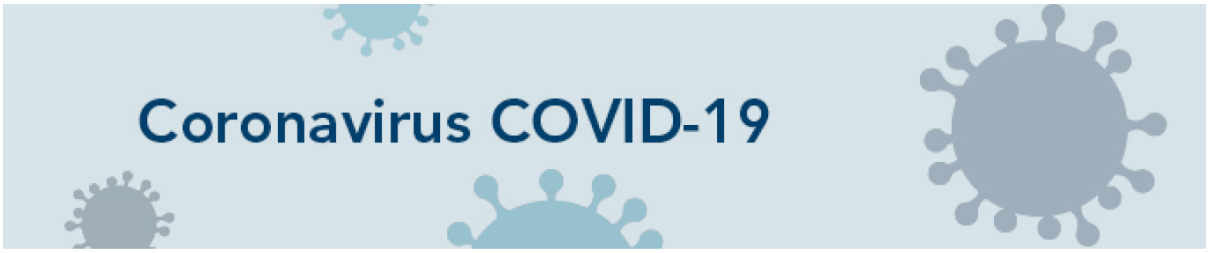
  Les responsables de RI-RTF et leur personnel doivent assurer la surveillance ou l'accompagnement requis pour préserver la sécurité et l'intégrité de la personne qui doit manger dans sa chambre. Si l'environnement ne permet pas l'alimentation à la chambre:

  - 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.

NNEXE 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 prévention et 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 :

- 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;

- Ne pas être sous consigne d'isolement, que ce soit en raison d'un diagnostic positif, du fait d'être un contact d'un cas confirmé ou d'être revenu de voyage dans les 14 derniers jours;

- 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 porter l'ÉPI nécessaire en fonction de la situation épidémiologique, 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;

- 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.*

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, si celle-ci est nettoyable, elle doit être conservée par les RI-RTF et désinfectée pour un usage multiple.

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2956-choix-protection-oculaire-covid19.pdf

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2955-desinfection-protection-oculaire-usage-unique-covid19.pdf

ANNEXE 5 - FORMULAIRE DE DÉCLARATION - MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE

SOURCE : ☐ Prestataire de services ☐ Agence de placement de personnel

La déclaration obligatoire vise les personnes suivantes et les situations suivantes :

- *toute personne qui fournit à un établissement de santé et de services sociaux, une ressource intermédiaire, une ressource de type familial ou une résidence privée pour aînés une prestation de services dans le cadre d'un contrat de services, incluant un contrat de location de personnel, une prestation de services correspondant aux tâches du personnel visé par un des titres d'emploi visés et prévus à la Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux (prestataire de services);*

- *les agences de placement de personnel ou autre personne morale dont les services consistent en la location de personnel souhaitant offrir les services d'un prestataire de services à un établissement de santé et de services sociaux, une ressource intermédiaire, une ressource de type familial ou une résidence privée pour aînés;*

- *lorsque l'affectation du prestataire de services est requise en « zone froide ». Si l'affectation du prestataire de services se situe dans une « zone chaude », la complétion du formulaire de déclaration n'est pas nécessaire.*

Les renseignements visés par la déclaration sont les suivants :

- *la liste des endroits où le prestataire de services visé a travaillé au cours des quatorze (14) jours précédant son affectation;*

- *la déclaration d'avoir travaillé en « zone chaude » au cours des quatorze (14) jours précédant l'affectation du prestataire de services, c'est-à-dire avoir été en contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test.*

Section à compléter par le prestataire de services	
Identification	Prénom et nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. No de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Titre d'emploi occupé : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Section à compléter par l'agence de placement de personnel	
Identification de l'agence	Nom de l'agence : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Désignation de la personne signataire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. No de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. No de contrat, s'il y a lieu : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Identification du prestataire de services	Prénom et nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. No de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Titre d'emploi occupé par le prestataire de services : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Émission :	03-07-2020	Mise à jour :	29-10-2020

Historique de travail *(au cours des quatorze (14) jours précédant l'affectation)*	
Endroit 1	Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés *(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : ☐ Oui ☐ Non
Endroit 2	Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés *(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : ☐ Oui ☐ Non
Endroit 3	Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés *(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : ☐ Oui ☐ Non
Endroit 4	Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés *(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : ☐ Oui ☐ Non
Endroit 5	Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés *(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : ☐ Oui ☐ Non

Date : _____

Signature du déclarant : _____

Émission :	03-07-2020	Mise à jour :	29-10-2020

Annexe 6 - Concept de bulle

(Version du 23 septembre 2020)

CONCEPT DE BULLE

L'**objectif** de l'application du concept de bulle est de maintenir la qualité de vie des usagers en période de pandémie tout en s'assurant de prévenir et contrôler la transmission de la COVID-19 dans le milieu de vie. Ce concept constitue l'un des moyens pouvant être mis en place par une RI ayant plus de 10 usagers. S'il ne peut s'appliquer, la distanciation physique de 2 mètres entre les usagers doit impérativement être respectée.

Le concept de bulle consiste en un regroupement d'un petit nombre d'usagers qui pourront interagir librement entre eux grâce à un assouplissement des mesures préventives telles que la distanciation physique. Formée trop petite, une bulle ne favorisera pas les interactions entre les usagers qui la constituent. D'autre part, une bulle trop grande augmente le risque d'introduction et de propagation du virus. Les usagers d'une même bulle peuvent participer ensemble aux différentes activités qui constituent la vie quotidienne de la ressource (ex. : l'activité repas, loisirs). Ce regroupement d'usagers en bulle est alors considéré comme une cellule de vie.

Étant donné que chaque bulle contient un nombre limité d'usagers et que ceux-ci sont toujours les mêmes, cela permet de limiter le nombre de personnes potentiellement atteintes d'une infection et de circonscrire les éclosions sur un étage, une unité ou dans le milieu de vie.

Le regroupement d'usagers dans des bulles distinctes favorise un retour partiel à la normalité du milieu de vie. Concrètement, **l'application du concept de bulle permet** :

- le maintien des contacts humains et la proximité physique entre les usagers d'une même bulle;
- le partage des objets, notamment lors des activités de loisirs (ex. : cartes, casse-tête, livres, balles);
- l'occupation optimale des lieux communs tels que les salons et les salles à manger;
- d'éviter l'isolement à la chambre lorsque non requis. Ainsi, l'isolement à la chambre est réservé pour les usagers suspectés ou atteints de la COVID-19.

L'application du concept de bulle doit se faire en respectant chacune des conditions suivantes afin de réduire les risques de transmission de la COVID-19 à l'ensemble du milieu de vie :

- Le concept de bulle s'applique uniquement en zone froide et ne s'applique pas en zone tiède et ni en zone chaude.
- Une bulle est constituée exclusivement d'usagers. Les personnes qui interagissent avec la bulle n'en font pas partie (notamment les membres du personnel, les visiteurs, les bénévoles, etc.).
- Une bulle peut regrouper un nombre variable d'usagers, idéalement 10 usagers et ce, jusqu'à un maximum de 12 usagers. Ce nombre maximum pourrait être adapté dans les unités prothétiques, sur autorisation de l'équipe de PCI de l'établissement ou du directeur de santé publique, et ce, pour tenir compte du profil des usagers.
- La composition des bulles devrait être déterminée au terme d'un processus interdisciplinaire où les aspects fonctionnels, environnementaux et sociaux (exemple, par intérêts des usagers) ont été considérés de manière à répondre le plus adéquatement aux besoins des usagers.
- Les usagers qui font partie d'une même bulle doivent toujours être les mêmes.
- Les usagers constituant une même bulle doivent être identifiés clairement (par exemple, des pastilles de couleur sur les chaises ou à l'entrée de la chambre, plan de table, etc.). Cette information doit être facilement disponible et bien connue des membres du personnel afin que les usagers d'une même bulle demeurent toujours au sein de la même cellule et puissent se côtoyer librement et participer ensemble aux différentes activités.

- Lors d'une activité de loisir, il est recommandé de procéder à une désinfection préalable, et après chaque usage, des différents objets (ex. casse-têtes, crayons, etc.) que se partagent les usagers d'une même bulle.
- Une attention particulière doit être apportée à l'hygiène des mains des usagers qui constituent une bulle, et ce, plusieurs fois par jour.
- L'introduction d'un usager nouvellement intégré est possible pour compléter une bulle ou pour remplacer un usager l'ayant quitté, lorsque ce dernier a complété la période d'isolement préventif recommandé lors d'une intégration.
- Si des usagers de différentes bulles doivent se côtoyer, la distanciation physique et les mesures PCI recommandées doivent être respectées. Il est de la responsabilité de la ressource, de ses employés ou de ses remplaçants compétents de soutenir les usagers pour s'assurer que cette mesure soit bien appliquée particulièrement pour les usagers qui ont de la difficulté à reconnaître leur appartenance à une bulle en raison de leur perte cognitive.
- Lors des activités de groupe, la distanciation physique de 2 mètres entre les différentes bulles doit être respectée en tout temps.
- Les membres du personnel, les personnes proches aidantes, les visiteurs, les bénévoles, etc., qui sont en contact avec les usagers doivent respecter rigoureusement les mesures PCI recommandées, porter les ÉPI requis et respecter les règles de distanciation physique pour éviter l'introduction de l'infection dans une bulle et la transmission de l'infection entre les différentes bulles.
- Les différentes personnes qui entrent en contact avec une bulle doivent être stabilisées et limitées afin de réduire au maximum le risque d'introduction de l'infection dans la bulle à partir d'une source externe.
- Les différentes personnes qui sont amenées à passer d'une bulle à l'autre (ex. employés) doivent appliquer les mesures PCI recommandées (port adéquat des ÉPI, hygiène des mains) afin de réduire au maximum le risque de propagation du virus entre les bulles. Lorsque cela est possible, leur route de travail devrait être organisée de manière à limiter les allers-retours entre les usagers de différentes bulles au cours d'un même quart de travail.
- Il n'est pas recommandé que les visiteurs et les personnes proches aidantes fréquentent des usagers de différentes bulles.
- Le concept de bulle doit être expliqué aux familles et/ou aux proches lorsqu'il est mis en place dans une ressource. Le consentement de l'usager ou de son représentant légal est requis afin d'assurer sa compréhension et l'acceptation de ce concept.
- Si un usager de la bulle est suspecté ou atteint de la COVID-19 ou si un membre du personnel est suspecté ou atteint de la COVID-19: se référer à l'équipe PCI pour les mesures à adopter et l'informer que le concept de bulle a été appliqué.

Émission :	02-11-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-006

Catégorie(s) :
- ✓ Gestion des éclosions COVID-19
- ✓ Prévention et contrôle des infections
- ✓ Centres hospitaliers
- ✓ Directives cliniques

Guide de prévention et de gestion des éclosions en centres hospitaliers

Première diffusion

Expéditeurs :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) - Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI) avec la collaboration de la Direction des services hospitaliers (DSH)**

Destinataires :	Tous les établissements publics (CISSS, CIUSSS, établissements non fusionnés) : – Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG); – Directeurs des services professionnels (DSP); – Directrices des soins infirmiers (DSI); – Responsables de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

Directive	
Objet :	Le guide de prévention et de gestion des éclosions en centres hospitaliers (CH) présente les recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ainsi qu'un sommaire des directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce guide regroupe les principales directives à suivre en centre hospitalier pour soutenir les gestionnaires et les intervenants responsables de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections en cas d'éclosion à l'intérieur du CH.
Mesures à implanter :	✓ Aucune nouvelle directive ministérielle. ✓ Prendre connaissance et mettre en application les directives ministérielles sur la préparation, la prévention, la gestion d'une éclosion et la gestion de fin d'une éclosion.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI)
Document annexé :	✓ Guide de prévention et de gestion des éclosions en centres hospitaliers

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

msss.gouv.qc.ca/directives

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Émission :	02-11-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-006

Directive

GUIDE DE PRÉVENTION ET DE GESTION DES ÉCLOSIONS EN CENTRES HOSPITALIERS

Guide de prévention et de gestion des éclosions en centres hospitaliers. Reproduit à partir du document « SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour la gestion des éclosions en milieux de soins » de l'Institut national de santé publique (INSPQ), version 1.1 du 6 octobre 2020.

Ce document présente les recommandations sur la gestion des éclosions de COVID-19 rédigées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Celles-ci apparaissent également dans le document de l'INSPQ intitulé « SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour la gestion des éclosions en milieux de soins » (version 1.1 du 6 octobre 2020). Il présente également un sommaire des directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Plus spécifiquement, ce guide aborde la prévention et le contrôle des éclosions de SRAS-CoV-2 et vise les activités de courte durée dans les centres hospitaliers.

Il a pour objectif de regrouper les principales directives à suivre en milieu hospitalier pour soutenir les gestionnaires et les intervenants responsables de l'application des mesures de prévention et de contrôle des éclosions.

Il comprend trois grandes sections :

- Section 1 : Préparation et prévention des éclosions
- Section 2 : Gestion d'une éclosion
- Section 3 : Gestion de fin d'une éclosion

Pour obtenir des informations supplémentaires sur les directives ministérielles, consulter le site Web du MSSS :

- CH: https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/

Certains éléments du contenu pourraient être mis à jour à la suite de cette première publication.

Québec

Section 1 : Préparation et prévention des éclosions

<table>
<tr><th colspan="2">Préparation à une éclosion</th></tr>
<tr><td>Comité de gestion d'éclosion</td><td>

S'assurer de la formation d'un comité multidisciplinaire de gestion d'éclosion qui sera consulté lors de la planification des mesures à mettre en place et sera mobilisé pour soutenir la gestion d'une éventuelle éclosion.
Cibler d'avance les acteurs qui seront requis pour y participer.
Avec la collaboration du comité de gestion d'éclosion, élaborer :

Un plan des options d'hébergement selon les scénarios possibles de cas
Un plan de formation pour les travailleurs de la santé (TdeS)
Un plan pour la gestion des TdeS
Un plan pour l'accès au matériel requis (ex. : équipement de protection individuelle [ÉPI])
Un plan pour la réalisation d'audits, l'analyse et le partage des résultats
Un plan de l'organisation du travail et des effectifs en hygiène et salubrité

Directives du MSSS : Les établissements doivent mettre en place un comité de gestion d'éclosion en se basant sur le cadre de référence « Prévention et contrôle des infections nosocomiales » https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf
</td></tr>
<tr><td>Options d'hospitalisation</td><td>
Les options d'hospitalisation en soins aigus sont établies par le MSSS (https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/) et il revient à chaque installation de décider du scénario qu'elle adoptera. Des mesures spécifiques de prévention et contrôle des infections doivent être mises en application en fonction de l'option choisie.

Plusieurs options d'hospitalisation sont possibles.

Des mesures de prévention et contrôle des infections générales doivent être mises en application pour toutes les options d'hospitalisation mentionnées ci-dessous.

Dédier les TdeS à chacun des types de zone (chaude, tiède, froide).
Pour les TdeS qui ne peuvent être exclusivement dédiés (ex. : inhalothérapeutes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.), ceux-ci doivent débuter par les zones froides, suivi des zones tièdes et terminer par les zones chaudes.
Si l'usager confirmé est en chambre multiple avec des usagers non confirmés et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle : maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur) dans l'attente du transfert en chambre individuelle. Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette (ou chaise d'aisance) dédiés pour chaque usager.
Avant la réalisation d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA) pour un usager suspecté ou confirmé COVID-19, s'il n'y est pas déjà hospitalisé, l'usager doit être transféré immédiatement dans une chambre individuelle à pression négative. Si celle-ci n'est pas disponible, transférer l'usager dans une pièce fermée. Si IMGA urgente (ex. : réanimation cardio-respiratoire), sortir les autres usagers de la chambre. Pour les modalités d'application, se référer aux documents suivants :

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée : recommandations intérimaires

Bien afficher les précautions additionnelles requises pour les chambres ou les lits (si chambre multiple) où sont hospitalisés des usagers suspectés ou confirmés COVID-19 (ex. : affiche, code de couleurs, etc.).

</td></tr>
</table>

Préparation à une éclosion	

Options d'hospitalisation	▶ Considérer des mesures alternatives pour diminuer le risque de contamination par les usagers COVID-19 positifs qui ne peuvent être confinés à leur chambre (ex. : unité prothétique) :
	  ▸ Faire porter un masque médical par l'usager hors de sa chambre, si toléré.
	  ▸ Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres entre les usagers.
	  ▸ Augmenter la fréquence d'entretien des surfaces *high touch.*
	
	Voici les mesures de prévention et contrôle des infections à mettre en place selon l'option choisie.
	
	Isolement à la chambre
	
	Cette option pourrait être envisagée lorsque peu de cas sont présents, pour les petites installations ou lorsque les transferts de chambre sont difficiles (ex. : clientèle confuse).
	
	▶ Chambre chaude : chambre d'un usager confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique pour la COVID-19. Les équipements de protection individuelle (ÉPI) (blouse, gants, masque médical, protection oculaire) sont requis à l'entrée de la chambre. Si chambre multiple, changer seulement les gants et procéder à l'hygiène des mains entre les usagers sauf si l'ÉPI est souillé ou si des précautions additionnelles sont nécessaires pour d'autres raisons (ex. : bactéries multirésistantes (BMR)).
	▶ Chambre tiède : chambre d'un usager suspecté pour la COVID-19, en attente d'un résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2. Les ÉPI (blouse, gants, masque médical, protection oculaire) sont requis à l'entrée de ces chambres et doivent être changés entre chaque usager dans la même chambre puisque le statut infectieux est inconnu.
	▶ Chambre froide : chambre d'un usager sans la COVID-19 (c'est-à-dire ni confirmé, ni suspecté).
	
	L'usager en chambre chaude ou tiède doit rester dans sa chambre individuelle avec salle de toilette dédiée (ou chaise d'aisance dédiée) sauf pour les examens ou traitements qui ne peuvent être effectués à sa chambre.
	
	Cohorte d'usagers par zone : chaude, tiède et froide
	
	▶ L'aménagement de zones est recommandé au sein d'une même unité de soins ou d'une installation. Une unité complète peut être désignée comme une zone chaude.
	▶ Instaurer un regroupement (cohorte) selon les zones suivantes :
	  ▸ Zone chaude : usagers confirmés par laboratoire pour le SRAS-CoV-2 ou présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 et avec lien épidémiologique avec un cas confirmé de COVID-19. Il est fortement recommandé de toujours confirmer les cas avec un test de laboratoire avant le transfert en zone chaude.
	  ▸ Zone tiède : usagers présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 ou en attente d'un résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2.
	  ▸ Zone froide : usagers sans tableau clinique compatible avec la COVID-19 ou avec un test de laboratoire négatif pour le SRAS-CoV-2 et sans exposition à risque.

Préparation à une éclosion	
Options d'hospitalisation	▶ Bien délimiter les zones chaudes, tièdes et froides (ex. : affiches, séparation spatiale avec porte ou paravent, utilisation d'un code de couleur, etc.). ▶ Dans le cas où une unité complète est désignée comme une zone chaude, les aires communes et le poste de garde peuvent être considérés comme une zone chaude ou une zone froide :

- Si le poste de garde est considéré zone froide : l'ÉPI complet, incluant le masque, doit être retiré à la sortie de la zone chaude. Avant d'entrer dans la zone froide, l'hygiène des mains doit être effectuée et un nouveau masque doit être mis.
- Si le poste de garde est considéré zone chaude : l'ÉPI est conservé pour y circuler (blouse, masque et protection oculaire). Comme les gants sont retirés à la sortie de la chambre, aucun gant ne devrait être porté dans les aires communes, mais l'hygiène des mains doit être effectuée avant d'entrer dans le poste de garde.

- Prévoir retirer de la zone chaude ou tiède le surplus de matériel jugé non nécessaire et garder uniquement celui nécessaire pour les soins des usagers. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court temps (maximum 48 à 72 h).
- En zone chaude, en plus du SRAS-CoV-2 si un usager a une condition médicale nécessitant des précautions additionnelles pour un autre microorganisme, la blouse et les gants doivent être retirés suite aux soins ou selon les directives en place par l'équipe de PCI. La protection oculaire et le masque peuvent être conservés.

Isolement inversé avec chambres et corridors en zone chaude

Cette option pourrait être envisagée si la majorité des usagers sur l'unité est COVID-19 positif et qu'il est difficile pour les usagers confirmés de suivre les consignes et de demeurer à leur chambre (ex. : unité prothétique). À envisager si l'ensemble des mesures de PCI et de gestion des cas suspectés et confirmés sont bien comprises et respectées par le personnel sur l'unité et qu'il est impossible de cohorter les usagers.

L'utilisation de ce type d'isolement doit être une mesure d'exception. Il est à considérer, dans la mesure du possible, de relocaliser les usagers sans la COVID-19 (c'est-à-dire ni confirmé, ni suspecté).

- Avant l'instauration de ce type d'isolement, effectuer une évaluation du risque (bénéfices vs risques encourus pour les usagers) par l'équipe de PCI ou de la DSPublique selon les modalités locales (ex. : si usagers suspectés ou confirmés représentent plus de risques de transmission en circulant vs usagers non atteints qui sont en mesure de demeurer à leur chambre).
- Considérer le corridor, les aires communes ainsi que les chambres des usagers confirmés COVID-19 comme une zone chaude afin que les usagers puissent y circuler.
- Considérer les chambres des usagers non atteints comme des zones froides. Les TdeS doivent retirer leur ÉPI et effectuer l'hygiène des mains avant d'y entrer.
- Constituer des équipes dédiées distinctes pour les usagers COVID-19 positif et pour les usagers non atteints.
- Rehausser l'hygiène des mains (HDM) de tous les usagers et appliquer des modalités de nettoyage et désinfection en plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) des surfaces touchées par les usagers. Cibler du personnel pour effectuer ces tâches.

Il est à noter que les résultats découlant de ce type d'isolement ne sont pas clairement établis dans la littérature. Par contre, quelques expériences locales ont eu de bons résultats pour la gestion des éclosions chez une clientèle errante en minimisant l'utilisation de contentions chimiques et physiques.

Directives du MSSS :

- Les établissements doivent instaurer des zonages dans les secteurs ambulatoires, les soins aigus et les soins intensifs (https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/zones-de-traitement-et-de-confinement/). Selon la situation clinique, l'établissement peut envisager l'isolement à la chambre (ex. soins palliatifs), les cohortes d'usagers par zone, ou l'isolement inversé avec chambres et corridors en zone chaude (ex. errance).
- Pour référer à l'ensemble des directives concernant l'hospitalisation en soins aigus dans les différents secteurs, consulter https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/.

<table>
<tr><th colspan="2">Préparation à une éclosion</th></tr>
<tr><td>Options d'hébergement</td><td>

Implantation des zones tampons

- Une zone tampon peut être, selon l'organisation de services du territoire concerné, située :
  - A) dans un site traditionnel (ST) soit une installation déjà existante sur le territoire :
    - dans des locaux d'une installation n'ayant pas la mission CHSLD, par exemple, une section d'un centre hospitalier non utilisée ou autre local;
    - dans le même immeuble qu'un CHSLD seulement s'il y a des entrées distinctes pour le CHSLD dit régulier et la zone tampon et que l'on retrouve du personnel distinct (personnel pour le CHSLD dit régulier et pour la zone tampon);
  - B) dans un site non traditionnel (SNT) (ex. un étage dans un hôtel).

Note : une zone tampon est différente d'une zone chaude, tiède et froide qui peuvent être mises en place dans des milieux de vie afin de cohorter les usagers selon les pratiques PCI.

Directives du MSSS : Les établissements doivent se référer aux directives pour les zones tampons : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/zones-tampons/

</td></tr>
<tr><td>Formation des travailleurs de la santé</td><td>

- Assurer la formation adéquate et suffisante des TdeS et faire des rappels réguliers et fréquents sur les bonnes pratiques de PCI.
  - Rappel des pratiques de base, dont l'hygiène des mains
  - Modes de transmission du SRAS-CoV-2
  - Connaissances sur les risques de contamination
  - Port et retrait de l'ÉPI adéquat et selon les indications
  - Importance de la distanciation physique chez les TdeS, notamment en dehors des zones de soins (ex : poste de garde, lors des pauses et des repas, etc.)
  - Gestions des zones et des précautions additionnelles requises
  - Gestion et désinfection des équipements de soins et du matériel partagé (ex. : claviers d'ordinateurs).
- Offrir la formation concernant l'utilisation appropriée de toutes les catégories d'ÉPI.

Directives du MSSS : Les établissements doivent s'assurer que tous les employés reçoivent une formation appropriée sur les bonnes pratiques de PCI (https://www.inspq.qc.ca/covid-19/formations).

</td></tr>
</table>

Plan de gestion des travailleurs de la santé	**Directives du MSSS :** • Les établissements doivent s'assurer de mettre en place les mesures nécessaires pour que leur personnel puisse respecter la distanciation de 2 mètres avec les autres TdeS sur les unités, aux postes de garde, lors des pauses, lors des repas, lors des réunions et à l'extérieur. • Ils doivent appliquer les recommandations du guide pour la prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins (https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-prise-en-charge-ts-milieux-de-soins-covid19). • Mettre en œuvre les modalités suivantes pour les travailleuses enceintes (https://www.inspq.qc.ca/publications/2919-mesures-travailleuses-enceintes-allaitent-covid19) : ➢ Faire en sorte que les travailleuses enceintes ne soient plus en contact étroit avec des usagers. ➢ Réaffecter les travailleuses enceintes dans les plus brefs délais en respectant les mesures de distanciation physique ou de leur proposer d'effectuer du télétravail si cela s'avère possible. ➢ Advenant que l'une ou l'autre de ces options ne soit pas réalisable, la travailleuse enceinte sera retournée chez elle en retrait préventif et elle bénéficiera du programme de maternité sans danger. • Les établissements doivent mettre en place les recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés (https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimes-covid19) et des travailleurs ayant une ou plusieurs maladies chroniques spécifiées dans la recommandation de l'INSPQ (https://www.inspq.qc.ca/publications/2967-protection-travailleurs-maladies-chroniques-covid-19). • Appliquer les recommandations intérimaires concernant les stages en santé (https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/reprise-des-stages-en-sante/). • Les établissements doivent appliquer les recommandations de l'INSPQ sur les mesures d'isolement des TdeS (section « Mesures d'isolement des travailleurs de la santé » de la page https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/).
Accès au matériel requis	▸ S'assurer que les TdeS connaissent la procédure locale d'accès au matériel (ex. : ÉPI, matériel pour prélèvement, etc.). **Directives du MSSS :** Les établissements doivent appliquer la stratégie d'approvisionnement (section « Matériel et approvisionnement » de la page https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/).
Port de l'équipement de protection individuelle	**Directives du MSSS :** • **TdeS :** Les établissements doivent appliquer les recommandations pour le port de l'ÉPI (masque et protection oculaire) disponibles dans la section « Équipement de protection individuelle » de la page https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections. • **Usager :** Les établissements doivent appliquer les recommandations pour le port de l'ÉPI (masque) disponibles dans la section « Équipement de protection individuelle » de la page https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections. • Pour les situations particulières telles que les IMGA, se référer à la section « Équipement de protection individuelle » de la page https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections.

Plan d'hygiène et salubrité	▶ S'assurer que les TdeS connaissent les procédures de nettoyage et désinfection de l'environnement et du matériel. ▶ Mettre à jour les protocoles de nettoyage et de désinfection des équipements et des surfaces. ▶ Déterminer qui est responsable de la désinfection des équipements de soins. ▶ Détailler les modalités de nettoyage et désinfection en plurifréquence (à plusieurs reprises dans la journée) (ex. : personnel requis, à quelle heure le faire, nombre d'heures requises, fréquence, etc.). ▶ Avoir une liste d'équipements et de tâches bien définie afin que tous les équipements et toutes les surfaces soient inclus. **Directives du MSSS :** Les établissements doivent appliquer les mesures de désinfection selon les types de précaution (section « Hygiène et salubrité » de la page https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/).

Définitions	
Cas nosocomial	**Cas nosocomial** ▸ Cas confirmé par laboratoire peu importe la période depuis son admission si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▸ Cas confirmé par lien épidémiologique peu importe la période depuis son admission si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▸ Cas confirmé par laboratoire à partir du jour 15* de l'admission **Cas nosocomial suspect** ▸ Cas confirmé par laboratoire survenant 7 jours* et plus et jusqu'à 14 jours* après son admission (période maximale d'incubation du virus). **Cas non nosocomial** ▸ Cas confirmé par laboratoire survenant moins de 7 jours* après son admission et sans lien épidémiologique avec un cas confirmé en milieu de soins Pour les cas asymptomatiques identifiés par test de laboratoire et suite à l'évaluation de l'usager par le service de PCI, le personnel pourra estimer une date d'acquisition et déterminer si le cas est nosocomial, nosocomial suspect ou non nosocomial en fonction de l'exposition de l'usager et des facteurs de risques antérieurs. L'enquête épidémiologique devrait ainsi permettre de déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins ou non. Note : le nombre de 7 jours a été choisi comme limite pour attribuer l'acquisition nosocomiale sur la base du CNISP, 2020.
Éclosion	▸ Deux cas nosocomiaux (usagers et/ou TdeS) avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours. ▸ Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un critère de temps, de lieu ou de personne est compatible avec une transmission entre ces cas.

Fin d'éclosion	▸ L'éclosion est terminée lorsque 14 jours se sont écoulés :
	  ▸ Après la date d'isolement du dernier cas confirmé COVID-19 (usagers) OU
	  ▸ Après la dernière présence du TdeS confirmé COVID-19 sur l'unité.
	
	▸ Considérant l'intensification de la surveillance des symptômes, le dépistage actif et la recherche soutenue des cas symptomatiques et asymptomatiques de COVID-19 durant une éclosion, le délai de 14 jours (qui correspond à une période d'incubation) a été établi pour déclarer la fin d'une éclosion plutôt que le 28 jours précédemment diffusé. Ce délai est en conformité avec les lignes directrices de différentes instances (Ontario, 2020, CDNA, 2020, SPS, 2020).

Contact étroit usager	▸ Usager ayant séjourné dans la même chambre qu'un cas confirmé COVID-19 OU ▸ Usager ayant été en contact étroit avec un TdeS confirmé COVID-19. Une évaluation du risque de transmission devra être effectuée selon le port de l'ÉPI ou non par le TdeS. ▸ Usagers qui font de l'errance, en présence d'un cas confirmé sur l'unité de soins. L'errance est un facteur de risque d'acquisition.
Contact élargi usager	▸ Définition : usager ayant séjourné sur une unité de soins en éclosion de la COVID-19.
Contact chez les TdeS	▸ Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

* Selon la date du début des symptômes ou la date du prélèvement si cas asymptomatique.

Prévention d'une éclosion

Les mesures de prévention et contrôle des infections à mettre en place en présence d'un cas de COVID-19 confirmé ou d'une éclosion dans une installation doivent être basées sur l'enquête épidémiologique réalisée par le service de PCI en collaboration, au besoin, avec la Direction de la santé publique (DSPublique) (ou directement par la DSPublique lorsqu'il n'y a pas de ressources PCI attribuées).

L'investigation d'une éclosion de COVID-19 revêt deux objectifs qui peuvent être complémentaires :

1) **Identifier les contacts** exposés de façon significative (TdeS, usagers/proches aidants/accompagnateurs/visiteurs) à un cas de COVID-19 confirmé. Cet objectif vise à identifier rapidement les personnes qui peuvent avoir été contaminées et à instaurer des mesures de prévention et contrôle des infections pour limiter et contrôler la transmission secondaire. Dans ce cas, la recherche des contacts est basée sur la période de contagiosité du cas, c'est-à-dire 48 h précédant le début des symptômes ou la date du prélèvement pour les usagers asymptomatiques et les jours subséquents du contact.
2) **Identifier la source de l'éclosion**. La recherche d'une source possible vise à identifier les personnes qui auraient pu être à l'origine de la contamination et est donc basée sur la période d'incubation précédant le début des symptômes ou la date du prélèvement pour les usagers asymptomatiques. À des fins d'intervention, une période de 10 jours* est suggérée.

* Les études démontrent que > 95 % des cas de COVID-19 ont développé leurs symptômes à 10 jours (Lauer, 2020). Le délai de 10 jours a donc été retenu.

En fonction des constats de l'enquête et du/des objectifs visés, des décisions locales peuvent être prises. Par exemple, un rehaussement des dépistages pour les contacts pendant la période d'incubation du premier cas détecté pourrait être réalisé (référer à la section 2 : Gestion d'une éclosion).

Si le tableau épidémiologique est clair et que la source de l'acquisition des cas est connue, il n'y a pas lieu d'effectuer un dépistage en rétrospectif plus loin que 48 h avant le début des symptômes pour un usager confirmé symptomatique ou 48 h précédant la date de prélèvement pour un usager asymptomatique. Cela tient compte des considérations opérationnelles pour la mise en œuvre des enquêtes épidémiologiques et la recherche des contacts. De plus, des données récentes suggèrent que les personnes asymptomatiques peuvent avoir une charge virale plus faible au moment du diagnostic que les personnes symptomatiques. Cette recommandation aidera à centrer l'enquête épidémiologique sur les cas et les ressources de recherche des contacts vers les activités les plus susceptibles d'interrompre la transmission en cours.

Selon les références consultées (CDC, 2020; Ontario, 2020; AHS, 2020, BCCDC, 2020; CNDA, 2020), le CINQ propose la stratégie de dépistage qui suit. Des expériences locales démontrent que certaines autres façons de faire dans la gestion des éclosions ont aussi mené à de bons résultats.

Prévention d'une éclosion	
Premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS) **OU** **Plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément**	**Mesures générales** ▶ Évaluer le cas (lien épidémiologique) en réalisant une enquête épidémiologique. ▶ Référer à *l'Algorithme de gestion lors de la survenue d'un premier cas pour la prévention d'une éclosion* pour un résumé des recommandations de dépistage et de gestion des cas. Pour les détails, se référer au texte de la présente section. ▶ Exécuter les dépistages suggérés dans la section ci-dessous idéalement dans un délai de 24 à 36 heures suivant la demande du service de PCI ou de la DSPublique. Plus le délai d'intervention est long, plus l'éclosion risque d'être importante et le contrôle de l'éclosion difficile. ▶ Surveiller étroitement et activement les symptômes compatibles avec la COVID-19 chez les contacts du cas confirmé : ‣ Usagers : Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19, deux fois par jour, jusqu'à 14 jours suivant le contact avec le cas confirmé. ‣ TdeS : Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19, deux fois par jour, jusqu'à 14 jours suivant le contact avec le cas confirmé. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins. ▶ L'ajout d'autres dépistages pourrait être indiqué selon l'avis du service de PCI ou de la DSPublique et selon l'objectif d'investigation visé. **1) Si aucune acquisition dans le milieu de soins après enquête épidémiologique, procéder à l'identification des contacts du cas.** Si un usager est le premier cas et que celui-ci n'était pas en précautions additionnelles, des mesures doivent être prises. Dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) : ▶ Instaurer (si non déjà en place), un isolement préventif gouttelettes ou gouttelettes-contact pour les usagers contacts étroits selon les modalités locales pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Rechercher les TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ▶ Retracer, en collaboration avec la DSPublique, les usagers contacts étroits qui ont obtenu leur congé ou qui ont été transférés. ▶ Procéder au dépistage des contacts identifiés. Le premier dépistage devrait se faire 3 à 5 jours suivant la première exposition au cas confirmé : ‣ Tous les usagers présents (contacts étroits et contacts élargis) sur l'unité où le cas séjourne. ‣ Tous les usagers hors unité qui sont considérés comme des contacts étroits. Remonter 48 h avant le début des symptômes pour un usager confirmé COVID-19 symptomatique ou 48 h précédant la date du prélèvement pour un usager confirmé COVID-19 asymptomatique. ‣ Tous les TdeS ayant donné des soins à l'usager confirmé. Remonter 48 h avant le début des symptômes pour un usager confirmé COVID-19 symptomatique ou 48 h précédant la date du prélèvement pour un usager confirmé COVID-19 asymptomatique.

Prévention d'une éclosion	

Premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS)
 	
OU
 	
Plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément
	▶ Attendre les résultats des tests et si deux positifs nosocomiaux avec lien épidémiologique se référer à la section 2 (Gestion d'une éclosion) pour poursuivre les dépistages.
	▶ Si aucun cas trouvé suite aux premiers dépistages ou présence de cas non nosocomiaux, poursuivre les dépistages :
	  ▸ Redépister tous les 3 à 7 jours, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usager ou TdeS) détecté sur l'unité tous les usagers et TdeS précédemment dépistés et ayant obtenu un résultat de test négatif.
	  ▸ Prélever les usagers et les TdeS qui développent des symptômes de la COVID-19 entre les jours déterminés de dépistage. Répéter le prélèvement après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée.
	Si un TdeS est le premier cas, des mesures doivent être prises. Dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) :
	▶ Instaurer (si non déjà en place), un isolement préventif gouttelettes ou gouttelettes-contact pour les usagers contacts étroits selon les modalités locales pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19.
	▶ Rechercher les TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins
	▶ Retracer, en collaboration avec la DSPublique, les usagers contacts étroits qui ont obtenu leur congé ou qui ont été transférés.
	▶ Procéder au dépistage des contacts identifiés. Le premier dépistage devrait se faire 3 à 5 jours suivant la première exposition au cas confirmé :
	  ▸ Les usagers ayant reçu des soins du TdeS confirmé. Retourner 48 h avant le début des symptômes pour un TdeS confirmé COVID-19 symptomatique ou 48 h précédant la date du prélèvement pour un TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique.
	  ▸ Les autres TdeS ayant travaillé en même temps sur l'unité de soins que le TdeS confirmé COVID-19. Retourner 48 h avant le début des symptômes pour un TdeS confirmé COVID-19 symptomatique ou 48 h précédant la date du prélèvement pour un TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique.
	  ▸ Les TdeS ayant eu d'autres contacts significatifs (ex. : cafétéria, etc.) dans le milieu de soins avec le TdeS confirmé COVID-19 selon l'enquête épidémiologique. Retourner 48 h avant le début des symptômes pour un TdeS confirmé COVID-19 symptomatique ou 48 h précédant la date du prélèvement pour un TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique.

Prévention d'une éclosion	

Premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS)
 	
OU
 	
Plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément
	▶ Attendre les résultats des tests et si deux positifs nosocomiaux avec lien épidémiologique (se référer à la section 2 : Gestion d'une éclosion) pour poursuivre les dépistages.
	▶ Si aucun nouveau cas trouvé suite au premier dépistage ou si cas non nosocomiaux, poursuite des dépistages :
	  ▸ Redépister tous les 3 à 7 jours, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usagers ou TdeS) détecté sur l'unité tous les usagers et TdeS précédemment dépistés et ayant obtenu un résultat de test négatif.
	  ▸ Prélever les usagers et les TdeS qui développent des symptômes de la COVID-19 entre les jours déterminés de dépistage. Répéter le prélèvement après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée.
	2) Si acquisition dans le milieu de soins après enquête épidémiologique, procéder à l'identification de la source et des contacts du cas.
	Dès le premier cas nosocomial, il pourrait être requis, à des fins d'interventions, d'instaurer immédiatement les actions nécessaires en présence d'une éclosion (se référer à la section 2 : Gestion d'une éclosion). L'évaluation du service de PCI ou de la DSPublique est nécessaire dans cette situation.
	
	Si un usager est le premier cas et que celui-ci n'était pas en précautions additionnelles, des mesures doivent être prises. Dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) :
	▶ Instaurer (si non déjà en place), un isolement préventif gouttelettes ou gouttelettes-contact pour les usagers contacts étroits selon les modalités locales pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19.
	▶ Rechercher les TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins
	▶ Retracer, en collaboration avec la DSPublique, les usagers contacts étroits qui ont obtenu leur congé ou qui ont été transférés.
	▶ Procéder au dépistage des contacts identifiés. Le premier dépistage devrait se faire 3 à 5 jours suivant la première exposition au cas confirmé :
	  ▸ Tous les usagers présents (contacts étroits et contacts élargis) sur l'unité où le cas séjourne.
	  ▸ Tous les usagers hors unité qui sont considérés contacts étroits. Remonter 10 jours* avant le début des symptômes pour un usager confirmé COVID-19 symptomatique ou 10 jours précédant la date du prélèvement pour un usager confirmé COVID-19 asymptomatique.
	  ▸ Tous les TdeS ayant donné des soins à l'usager confirmé COVID-19 en retournant 10 jours avant le début des symptômes pour un usager confirmé COVID-19 symptomatique ou 10 jours précédant la date du prélèvement pour un usager confirmé COVID-19 asymptomatique.
	▶ Attendre les résultats des tests et si deux positifs nosocomiaux avec lien épidémiologique se référer à la section 2 (Gestion d'une éclosion) pour poursuivre les dépistages.

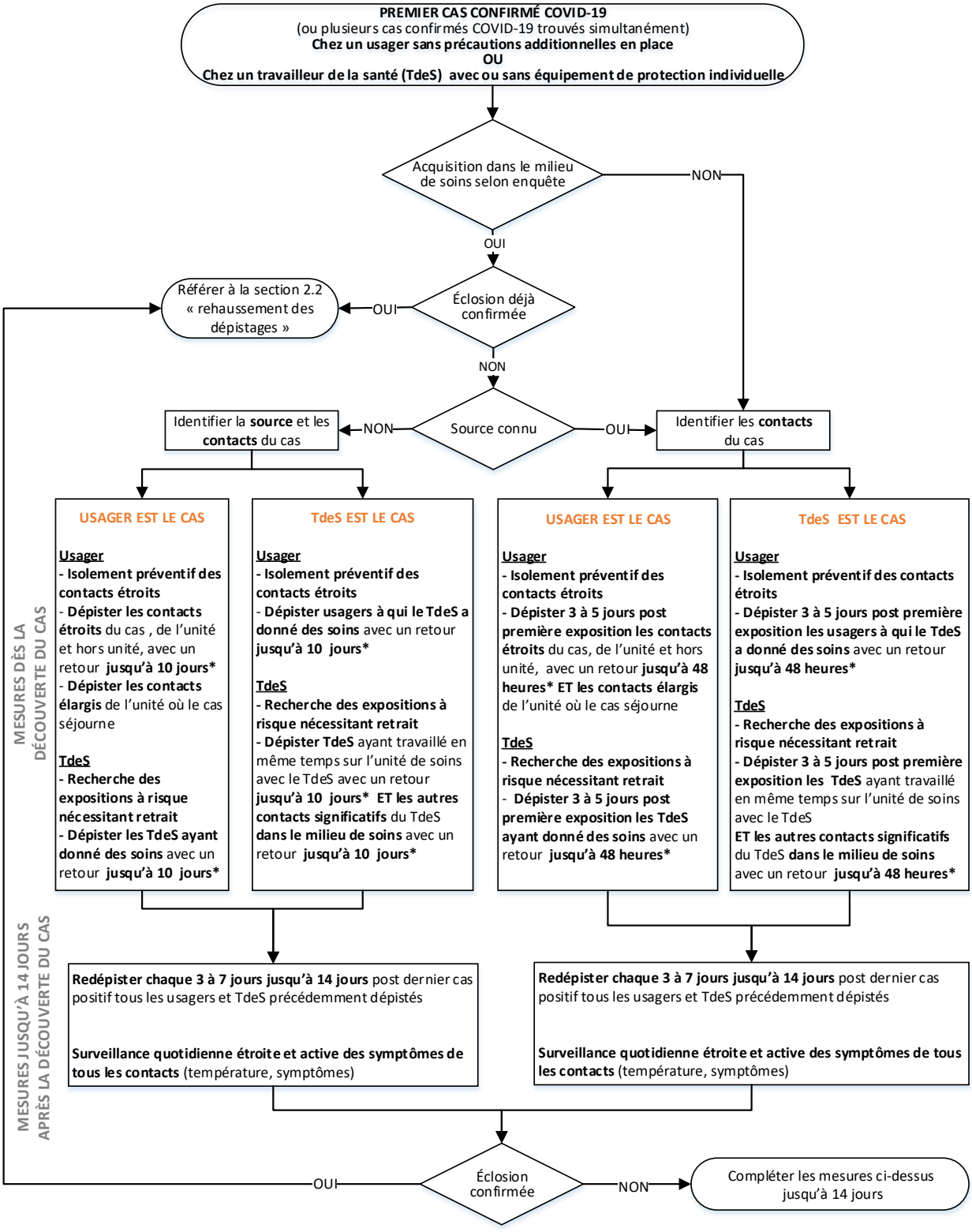
* Les études démontrent que > 95 % des cas de COVID-19 ont développé leurs symptômes à 10 jours (Lauer, 2020). Le délai de 10 jours a donc été retenu.

Prévention d'une éclosion	

Premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS)
 	
OU
 	
Plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément
	▶ Si aucun cas trouvé suite aux premiers dépistages ou présence de cas non nosocomiaux, poursuite des dépistages :
	  ▸ Dépister à nouveau tous les 3 à 7 jours, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usager ou TdeS) détecté sur l'unité tous les contacts précédemment dépistés ayant un résultat de test négatif et encore présents dans l'installation.
	  ▸ Prélever les usagers et les TdeS qui développent des symptômes de la COVID-19 entre les jours déterminés de dépistage. Répéter le prélèvement après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée.
	Si un TdeS est le premier cas, des mesures doivent être prises. Dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) :
	▶ Instaurer (si non déjà en place), un isolement préventif gouttelettes ou gouttelettes-contact pour les usagers contacts étroits selon les modalités locales pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19.
	▶ Rechercher les TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins
	▶ Retracer, en collaboration avec la DSPublique, les usagers contacts étroits qui ont obtenu leur congé ou qui ont été transférés.
	▶ Procéder au dépistage des contacts identifiés. Le premier dépistage devrait se faire 3 à 5 jours suivant la première exposition au cas confirmé :
	  ▸ Les usagers ayant reçu des soins du TdeS confirmé. Retourner 10 jours avant le début des symptômes pour un TdeS confirmé COVID-19 symptomatique ou 10 jours précédant la date du prélèvement pour un TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique.
	  ▸ Les autres TdeS ayant travaillé en même temps sur l'unité de soins que le TdeS confirmé COViD-19 et autre contact significatif dans le milieu de soins selon l'enquête épidémiologique. Retourner 10 jours avant le début des symptômes pour un TdeS confirmé COVID-19 symptomatique ou 10 jours précédant la date du prélèvement pour un TdeS confirmé COVID-19 asymptomatique.
	▶ Attendre les résultats des tests et si deux positifs nosocomiaux avec lien épidémiologique se référer à la section 2 (Gestion d'une éclosion) pour poursuivre les dépistages.
	▶ Si aucun cas trouvé suite aux premiers dépistages ou présence de cas non nosocomiaux, poursuite des dépistages :
	  ▸ Redépister tous les 3 à 7 jours, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usagers ou TdeS) détecté sur l'unité tous les usagers et TdeS précédemment dépistés et ayant un résultat de test négatif et encore présents dans l'installation.
	  ▸ Prélever les usagers et les TdeS qui développent des symptômes de la COVID-19 entre les jours déterminés de dépistage. Répéter le prélèvement après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée.
	Directives MSSS : Les établissements doivent appliquer les recommandations de l'INSPQ.

Institut national de santé publique Québec

Algorithme de gestion lors de la survenue d'un premier cas pour la prévention d'une éclosion



* selon la date de prélèvement si asymptomatique ou la date de début des symptômes si symptomatique

Section 2 : Gestion d'une éclosion

Déclaration d'une éclosion	
Comité de gestion d'éclosion	▸ Tenir rapidement une rencontre du comité de gestion d'éclosion afin de réviser les mesures en place ou à implanter. Une communication efficiente est essentielle pour l'implantation de l'ensemble des mesures. ▸ Tenir des rencontres régulières et fréquentes du comité. La fréquence des rencontres sera dictée par l'évaluation du risque, l'ampleur de la situation et les besoins du milieu. ▸ Garder des traces des décisions prises et des mesures mises en place avec leurs dates d'instauration. **Directives du MSSS :** Les établissements doivent se référer au cadre de référence « Prévention et contrôle des infections nosocomiales » pour les activités du comité de gestion d'éclosion (https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf).
Signalement de l'éclosion	**Directives du MSSS :** Signaler rapidement l'éclosion à la DSPublique selon les modalités convenues localement et, le cas échéant, aux autres instances demandées par le MSSS.
Mesures de PCI	
Prise en charge de contacts étroits et élargis chez les usagers	**Recherche de contacts étroits et élargis** ▸ Faire une recherche des contacts étroits et élargis, incluant les usagers qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins ou les usagers ayant quitté l'installation. Si l'usager a été transféré, aviser le centre receveur. Si l'usager a quitté l'installation, aviser la DSPublique. ▸ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits selon le nombre de cas. Éviter de regrouper les contacts étroits avec les cas suspectés (cas ayant des symptômes et en attente de résultat) ou avec les cas confirmés. ▸ Faire une liste des contacts étroits et élargis. Un outil est proposé et peut être adapté localement : Usagers ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19 (ou Excel)
Prise en charge chez les TdeS	▸ Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

Mesures de PCI	
Précautions additionnelles	**Contacts étroits** ▸ Précautions additionnelles gouttelettes ou gouttelettes-contact selon les modalités locales pendant 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. ▸ Si une nouvelle exposition a lieu durant cette période de 14 jours, poursuivre les mesures pour 14 jours supplémentaires à compter de la date de la dernière exposition à risque. ▸ Fin des précautions additionnelles : si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition à risque. **Contacts élargis** ▸ Aucune précaution additionnelle requise. ▸ Auto surveillance des symptômes ▸ Respecter les pratiques de base. ▸ Selon l'évolution de l'éclosion et les modalités locales, des précautions additionnelles peuvent être instaurées comme pour les contacts étroits ainsi que des limitations de déplacement. **Cas suspecté ou confirmé de COVID-19** Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire. ▸ Référer aux documents suivants pour les détails et la fin des précautions additionnelles : ▸ Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée : recommandations intérimaires
Surveillance des symptômes	▸ **Contacts étroits et élargis :** Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour, jusqu'à 14 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé de COVID-19. ▸ **Cas suspecté :** Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour jusqu'à la réception du résultat du test ou jusqu'à 10 jours après le début des symptômes. Si test négatif, absence de diagnostic alternatif et diagnostic COVID-19 toujours plausible, répéter le test. ▸ **Cas confirmé :** Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour pour la durée des précautions additionnelles (en lien avec la levée des mesures).

Mesures de PCI	

Rehaussement des dépistages	Le rehaussement des dépistages est indiqué lorsqu'il y a présence de plus d'un cas nosocomial confirmé COVID-19 positif sur une unité ou dans une installation. Les TdeS ne sont pas retirés du travail d'emblée lorsqu'un dépistage est fait dans ce contexte. Une recherche des TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait doit être faite.
	
	Indications de dépistage
	
	▶ Dépister, dès la découverte de l'éclosion, les usagers reliés à l'unité en éclosion (contacts étroits et contacts élargis) présents sur l'unité :
	  ▸ Dans les 48 h précédant l'éclosion si l'objectif du dépistage est de procéder à l'identification des contacts du cas.
	  ▸ Dans les 10 jours* précédant l'éclosion si l'objectif est l'identification de la source ainsi que l'identification des contacts du cas.
	▶ Si l'usager contact étroit a été transféré, aviser le centre receveur. Si l'usager a eu son congé, aviser la DSPublique.
	▶ Dépister, dès la découverte de l'éclosion, les TdeS ayant travaillé sur l'unité :
	  ▸ Dans les 48 h précédant l'éclosion si l'objectif du dépistage est de procéder à l'identification des contacts du cas.
	  ▸ Dans les 10 jours précédant l'éclosion si l'objectif est l'identification de la source ainsi que l'identification des contacts du cas.
	▶ Dépister toute l'installation selon l'avis du service de PCI ou de la DSPublique.
	Fréquence de dépistage
	▶ Dépister dès la découverte de l'éclosion, les usagers et les TdeS 3 à 5 jours suivant la première exposition au cas confirmé et à tous les 3 à 7 jours par la suite, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif détecté sur l'unité (usager ou TdeS).
	▶ La fréquence exacte du dépistage relève d'une décision locale et dépend de plusieurs éléments : intensité de l'éclosion, épidémiologie locale, moment de l'éclosion (début/milieu/fin d'éclosion), etc.
	
	Si un usager relié à l'éclosion (contact étroit) obtient son congé de l'installation, aviser la DSPublique selon les modalités locales et régionales établies.
	
	Directives MSSS : Les établissements doivent appliquer les indications et les critères de priorisation concernant l'utilisation des analyses TAAN auprès des clientèles prioritaires (https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/depistage/).

Affichage	▶ Installer des affiches avisant de l'éclosion à l'entrée de l'unité et/ou de l'installation. ▶ Bien afficher les précautions additionnelles requises pour les chambres ou les lits (si chambre multiple) où sont hospitalisés des usagers suspectés ou confirmés COVID-19 (ex. : affiche, code de couleurs, etc.).
Pratiques de base et étiquette respiratoire	▶ S'assurer du respect rigoureux des pratiques de base et de l'étiquette respiratoire.

* Les études démontrent que > 95 % des cas de COVID-19 ont développé leurs symptômes à 10 jours (Lauer, 2020). Le délai de 10 jours a donc été retenu.

Mesures de PCI	
Options d'hospitalisation	**Directives du MSSS :** • Les établissements doivent instaurer des zonages dans les secteurs ambulatoires, les soins aigus et les soins intensifs (https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/zones-de-traitement-et-de-confinement/). Selon la situation clinique, l'établissement peut envisager l'isolement à la chambre (ex. soins palliatifs), les cohortes d'usagers par zone, ou l'isolement inversé avec chambres et corridors en zone chaude (ex. errance). • Pour se référer à l'ensemble des directives concernant l'hospitalisation en soins aigus dans les différents secteurs, consulter https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/.
Hygiène et salubrité	▸ S'assurer que le protocole de nettoyage et de désinfection utilise une approche systématique, avec une liste de tâches bien définies, afin que toutes les surfaces contaminées soient nettoyées et désinfectées. ▸ Augmenter la fréquence des nettoyages et désinfections selon la clientèle, le nombre de cas, la configuration de l'unité, les équipements de soins, etc. ▸ Instaurer de la plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) pour le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées dans les chambres et les aires communes (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateur, poste du personnel, cuisinette, salle de repos, etc.). Référer à l'annexe 1B du Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité ▸ Désinfecter avec un produit approuvé pour un usage hospitalier, reconnu efficace (virucide pour le coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada au https ://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/desinfectants/covid-19/liste.html **Directives du MSSS :** Les établissements doivent appliquer les mesures de désinfection selon les types de précaution (section « Hygiène et salubrité » de la page https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/)
Audits	▸ Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer l'ÉPI adéquatement, procédures en hygiène et salubrité, respect des zones, nettoyage et désinfection des équipements de soins entre usagers, respect de la distanciation physique, etc.).

Équipements de soins	▸ Dédier les équipements de soins à un seul usager lorsque possible.
	▸ Dans une zone chaude, dédier les équipements de soins uniquement à cette zone.
	▸ Si des équipements de soins sont partagés, les nettoyer et les désinfecter entre chaque usager.
	▸ Nettoyer et désinfecter quotidiennement tous les équipements de soins.
	▸ Désigner un TdeS pour :
	  ▸ La désinfection quotidienne de tous les équipements de soins.
	  ▸ Effectuer la désinfection plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) des surfaces fréquemment touchées et des équipements de soins fixes dans les chambres (ex. : boutons des moniteurs, interrupteurs, etc.).

Gestion de l'unité en éclosion	
Admissions	▶ Admission selon les modalités locales sur une unité en éclosion de COVID-19. ▶ Ne pas admettre un usager non atteint de la COVID-19 dans une zone chaude. Admettre uniquement des cas confirmés COVID-19. ▶ Respecter l'admission des usagers en fonction des critères de chacune des zones. ▶ Informer les nouveaux usagers ou leurs représentants légaux de la situation ainsi que des mesures de prévention et contrôle des infections à respecter. ▶ Si une unité spécialisée en éclosion est dans l'obligation de poursuivre ses activités, faire une zone froide à l'intérieur de l'unité en éclosion avec des TdeS dédiés et un poste de travail séparé.
Transfert interétablissements	▶ Lors du transfert d'un usager de l'unité en éclosion, aviser le centre receveur de l'éclosion en cours. ▶ Référer au : Tableau pour le transfert interrégions, interétablissements ou interinstallations de soins aigus et test COVID-19 **Directives MSSS :** Les établissements doivent se référer au tableau de « Classification des CH par région » afin de connaître les centres hospitaliers désignés pour chacune des clientèles. Les centres hospitaliers non désignés COVID-19 doivent reprendre dans leur établissement les patients actuellement hospitalisés en centre hospitalier spécialisé et désigné. Les transferts de patients adultes sont coordonnés par le centre d'optimisation occupation des lits de soins intensifs (COOLSI). Les transferts de pédiatrie, néonatalogie et obstétrique sont coordonnés par le centre de coordination en périnatalogie au Québec (CCPQ). Pour plus de détails, se référer à https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/hospitalisation/.
Suspension ou fermeture d'une unité aux admissions	▶ Évaluer quotidiennement la nécessité de fermeture de l'unité aux admissions selon l'évolution de la situation. ▶ La décision de fermer une unité aux admissions ou de suspendre les transferts doit être prise par le comité de gestion d'éclosion. ▶ Il est à noter que la fermeture d'une unité aux admissions n'implique pas nécessairement la suspension des transferts à partir de l'unité en éclosion vers une autre unité ou vers un autre milieu de soins lorsque médicalement requis. Si un transfert est requis, un isolement gouttelettes-contact doit être mis en place durant 14 jours. **Directives MSSS :** Se référer au MSSS pour l'autorisation de fermeture d'unité.
Réouverture d'une unité fermée aux admissions	▶ Revoir quotidiennement la possibilité de réouverture de l'unité aux admissions. ▶ Avant la réouverture de l'unité, effectuer un nettoyage et une désinfection selon les protocoles de l'établissement ou du MSSS https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002643/ **Directives MSSS :** Informer le MSSS lors de la réouverture d'unité.
Proches aidants	**Directives du MSSS :** Les établissements doivent suivre les directives pour les proches aidants : • Aucun proche aidant ayant reçu un diagnostic de COVID-19 confirmé, en investigation ou symptomatique n'est admis dans les CH; tous secteurs confondus. Lors de situations exceptionnelles, des ouvertures pourront être analysées au cas par cas par l'établissement. • La venue de personnes proches aidantes est permise à n'importe quel moment du séjour sous certaines modulations en fonction du palier d'alerte régionale de la santé publique.

Tableau des directives générales selon les paliers d'alerte

(Note : Certains secteurs spécifiques ont des directives particulières, voir section suivante)

Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4
Visites permises 1-2 personnes à la fois	Proches aidants seulement* 1-2 proches aidants à la fois	Proches aidants seulement* **1 proche aidant à la fois, maximum 2 par jour :** obligation d'identifier un maximum de 3 proche aidants différents pouvant se relayer	Proches aidants seulement* **1 proche aidant maximum par jour :** obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer

* Lors de situations critiques ou d'hospitalisation prolongée au-delà de 7 jours, les personnes d'âge mineur sont autorisées à visiter leur parent hospitalisé. Les enfants de 12 ans et moins doivent être accompagnés d'un adulte lors de la visite.

- Dans le cas où des unités d'hospitalisation accueillent des clientèles mixtes, des consignes correspondant au niveau d'alerte plus élevé pourraient s'appliquer pour assurer la protection des patients plus vulnérables (ex. : patients immunosupprimés).
- Par ailleurs, les mesures usuelles d'isolement et de restriction des visites des patients immunosupprimés s'appliquent.
- L'aide et le soutien significatifs peuvent être offerts par plus d'une personne proche aidante auprès d'une même personne en CH. Un assouplissement pourrait être fait pour la clientèle très vulnérable, telle la clientèle gériatrique ou en situation de handicap.
- Nous réitérons que le soutien offert par les proches aidants apporte l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel et à l'organisation des soins qui ne peut être substitué par des mesures de contrôle physiques ou chimiques qu'en dernier recours.
- À des fins d'organisation des services, la présence des bénévoles est permise et considérée équivalente à la présence des proches aidants.
- Ces directives peuvent être modulées pour des raisons humanitaires, par exemple s'il s'agit d'une urgence ou si le patient est en fin de vie.
- Le port d'ÉPI est obligatoire; les recommandations de la santé publique relatives au port d'ÉPI sont disponibles dans la section « Équipement de protection individuelle » de la page https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/hospitalisation/.

Des directives spécifiques sont disponibles pour certains secteurs d'activités, se référer à la section « Proches aidants en centre hospitaliers » de la page https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/hospitalisation/.

Gestion de l'unité en éclosion

Déplacements

- Suspendre l'accès des usagers aux aires d'entreposage ou aux aires communes (ex. : lingerie, cuisinette, machine à glace, etc.).
- Limiter les déplacements de tous les usagers hors de leur chambre à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales.
- Lors des déplacements absolument requis pour raisons médicales, les usagers doivent porter un masque médical et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter leur chambre et maintenir une distanciation physique de 2 mètres en tout temps.
- Les usagers doivent être encouragés à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires.
- Nettoyer et désinfecter le matériel utilisé pour le déplacement des usagers si applicable (ex. : fauteuil roulant, civière, aide à la marche, etc.)

Activités sociales et thérapeutiques	▶ Suspendre temporairement les activités sociales et les soins ou services offerts par les travailleurs externes (ex. : coiffeur, soins des pieds, etc.). ▶ Favoriser les interventions/consultations à distance. ▶ Effectuer une évaluation du risque (bénéfices vs risques encourus pour les usagers) par l'équipe de PCI ou de la DSPublique selon les modalités locales. Possibilité de reprendre des activités selon l'évolution de l'éclosion.

Gestion des travailleurs de la santé	
Ressources humaines	▶ Rehausser le nombre de TdeS sur l'unité touchée pour assurer la prise en charge adéquate de l'éclosion et l'application rigoureuse des mesures de PCI. Ceci inclut aussi les préposés aux bénéficiaires et les travailleurs attitrés à l'hygiène et à la salubrité. **Directives du MSSS :** Se référer à la Section 1 : Préparation et prévention des éclosions / Plan de gestion des travailleurs de la santé.
Mobilité des TdeS	▶ Restreindre la circulation dans l'unité en éclosion aux TdeS requis pour les soins et les services. ▶ Assurer une stabilité des TdeS sur l'unité en éclosion. ▶ Pour les TdeS qui se déplacent sur plusieurs unités dans l'installation, débuter, dans la mesure du possible, par les zones froides suivies des zones tièdes et terminer par les zones chaudes. **Directives du MSSS :** à venir.
Rencontre d'information	▶ Réaliser une séance d'information avec les TdeS sur tous les quarts de travail dès le début de l'éclosion et la répéter régulièrement et selon les besoins pour assurer une bonne compréhension des mesures. Selon les modalités locales, ces séances peuvent être réalisées par le gestionnaire de l'unité ou de l'installation en éclosion, par le service de PCI, par la DSPublique ou par toute autre personne désignée. ‣ Rappeler les mesures en situation d'éclosion sur les précautions additionnelles et les ÉPI. ‣ Rappeler les symptômes à surveiller afin de détecter rapidement les cas. ‣ Dresser un tableau clair de la situation (ex. : nombre de cas, mesures prises jusqu'à maintenant, etc.). ‣ Identifier une personne à qui se référer pour toute question relative à l'application des mesures. ‣ Rappeler les mesures pour protéger les TdeS (ex. : hygiène des mains, respect de la distanciation physique, port du masque, surveillance des symptômes, etc.). ‣ Informer des résultats d'audits ayant été effectués (ex.: hygiène des mains, port de l'ÉPI, hygiène et salubrité, distanciation physique des TdeS, etc.).
Distanciation physique chez les TdeS	▶ Maintenir une distanciation physique de deux mètres avec les autres TdeS sur l'unité, au poste de garde, lors des pauses, lors des repas, lors des réunions et à l'extérieur. ▶ Les mesures suivantes peuvent aider à maintenir une distance de deux mètres entre les TdeS : ‣ Délimiter au sol des espaces à respecter au poste de garde. ‣ Salles de réunion et de café : Afficher le nombre de personnes autorisées, retirer les chaises en trop, délimiter au sol l'emplacement des chaises pour respecter le deux mètres. ‣ Cafétéria : Faire des X sur les tables de la cafétéria et retirer des chaises pour limiter le nombre de personnes aux tables. **Directives du MSSS :** • Les établissements doivent s'assurer de mettre en place les mesures nécessaires pour que leur personnel puisse respecter la distanciation de 2 mètres avec les autres TdeS sur les unités, aux postes de garde, lors des pauses, lors des repas, lors des réunions et à l'extérieur.

	• Ils doivent appliquer le guide pour la prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins (https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-prise-en-charge-ts-milieux-de-soins-covid19).
TdeS symptomatique	▶ Retirer immédiatement du milieu de travail toute personne qui se présente avec de la fièvre ou de la toux ou des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▶ Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé **Directives du MSSS :** • Les établissements doivent appliquer les recommandations de l'INSPQ sur la prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins (https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-prise-en-charge-ts-milieux-de-soins-covid19). • Se référer à la Section 1 : Préparation et prévention des éclosions / Plan de gestion des travailleurs de la santé
TdeS exposé	▶ Évaluation de l'exposition par le service de santé ou la DSPublique selon les modalités locales. ▶ Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé **Directives du MSSS :** • Les établissements doivent appliquer les recommandations de l'INSPQ sur la prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins (https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-prise-en-charge-ts-milieux-de-soins-covid19 et https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19) • Se référer à la Section 1 : Préparation et prévention des éclosions / Plan de gestion des travailleurs de la santé

Suivis de l'éclosion	
Suivis des cas	▶ Suivre quotidiennement l'évolution de l'éclosion avec le nombre de nouveaux cas nosocomiaux. Un outil est proposé pour les milieux de courte durée qui permet de faire des courbes épidémiques. Lien à venir. ▶ Un modèle de grilles de surveillance de cas et contact est proposé (outils joints) et peut être adapté localement : ‣ Usagers ayant reçu un résultat SARS-CoV-2 positif ou un diagnostic de la COVID-19 (ou Excel) ‣ Usagers ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19 (ou Excel) ‣ Travailleurs ayant reçu un résultat SARS-CoV-2 positif (COVID-19) (ou Excel) ‣ Travailleurs ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19 (ou Excel) **Directives du MSSS :** Le suivi intensif des cas lors d'une éclosion est requis afin de soutenir le retour aux activités régulières dans les meilleurs délais et ce, en assurant la qualité et la sécurité des soins et services.

Indicateurs	▶ Suivre les indicateurs de la vigie surveillance et compléter quotidiennement selon les indications du MSSS. ▶ Différents indicateurs peuvent être suivis et adaptés localement en collaboration avec le service de PCI ou la DSPublique. ▶ Surveiller minimalement le taux d'incidence quotidienne (courte durée). Liens à venir

Section 3 : Gestion de fin d'une éclosion

Mesures d'hygiène et salubrité	
Hygiène et salubrité	▶ Nettoyer et désinfecter tous les objets de l'unité qui ont été touchés et manipulés incluant le matériel médical. Désigner une personne responsable de cette tâche. ▶ Jeter tout le matériel qui ne peut être nettoyé ou désinfecté. ▶ Nettoyer et désinfecter toutes les aires communes de l'unité (ex. : poste de garde, pharmacie, utilité propre, utilité souillée, salle de repos ou de repas, téléphones, distributrices, abreuvoir, etc.). ▶ Les informations concernant le protocole de nettoyage et de désinfection lors de la fermeture d'une zone tiède ou chaude sont disponibles sur le site du MSSS. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002643/
Déclaration de fin d'éclosion	
Signalement de fin d'éclosion	▶ Signaler la fin de l'éclosion à la DSPublique selon les modalités convenues (ex. : appel téléphonique, formulaire). **Directives du MSSS :** Signaler rapidement la fin d'une éclosion à la DSPublique selon les modalités convenues localement et, le cas échéant, aux autres instances demandées par le MSSS.
Communication	▶ Émettre une communication au sein de l'installation pour aviser les employés, les usagers et les visiteurs/proches aidants que l'éclosion est terminée. ▶ Retirer l'affichage en lien avec l'éclosion.
Bilan de fin d'éclosion	
Rencontre de bilan	▶ Effectuer un retour en comité de gestion d'éclosion afin d'identifier les interventions positives, les opportunités d'amélioration et d'évaluer le processus de gestion. ▶ Rédiger un rapport de l'éclosion et l'acheminer aux personnes concernées et identifiées par l'installation. ▶ Utiliser ce rapport à des fins d'enseignement et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
Surveillance	▶ Poursuivre la surveillance active de l'apparition de nouveaux cas chez les usagers et les TdeS.
Poursuite des activités	▶ Référer à la section 1 : Préparation à une éclosion du présent document. Les mesures présentées dans cette section doivent être aussi maintenues et appliquées même si l'éclosion a pris fin.

Références

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2020). SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour la gestion des éclosions en milieux de soins. Version 1.1 du 6 octobre 2020. Repéré au : **https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19**

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). COVID-19 directives au réseau de la santé et des services sociaux - directives aux professionnels de la santé. Site Web : **https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/**

Émission :	19-10-2020	Mise à jour :	06-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-003

Catégorie(s) :

- ✓ Soutien à domicile
- ✓ Prestataires externes
- ✓ Mobilité du personnel
- ✓ Répit
- ✓ Équipement de protection individuelle
- ✓ Soins et services professionnels
- ✓ Activités de la vie domestique (AVD)
- ✓ Activités de la vie quotidienne (AVQ)

Gradation des mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la Covid-19

Remplace la directive émise le 19 octobre 2020 (non codifiée)

Expéditeur :	Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)

Destinataire :	- CISSS et CIUSSS • Toutes les directions des programmes-services - Réseau de coopération des EESAD

Directive	
Objet :	Cette directive contient les informations relatives à la gradation des mesures devant s'appliquer dans le contexte du soutien à domicile ainsi que les consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile. Ces informations concernent autant les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux que les prestataires externes de services (entreprises d'économie sociale en aide à domicile [EESAD], organismes communautaires, résidences privées pour aînés [RPA], employés engagés dans le cadre de l'allocation directe / chèque emploi-service [AD/CES], etc.). Il est à noter que les mesures présentées au tableau remplacent celles prévues à la fiche COVID-19 « Directives au réseau de la santé et des services sociaux – Soutien à domicile » et au « Plan de retour vers les services usuels de soutien à domicile » qui vous a été transmis le 29 mai 2020. Enfin, l'objectif souhaité est de maintenir autant que possible les services offerts afin d'éviter le déconditionnement des usagers, et ce, tout en prenant en compte la capacité du personnel à rendre les services.

Émission :	19-10-2020	Mise à jour :	06-11-2020

Mesures à implanter :	D'une part, les mesures d'ordre général à implanter concernent : ✓ La mobilité du personnel – RSSS et partenaires (EESAD, organismes communautaires, RPA, etc.) ✓ Les équipements de protection individuelle (EPI) ✓ Le soutien aux prestataires externes (EESAD, organismes communautaires, RPA, employés engagés dans le cadre de l'AD/CES, etc.) ✓ Les conditions préalables aux visites à domicile ✓ La réponse aux besoins D'autre part, les mesures d'ordres spécifiques à la dispensation des services concernent : ✓ Les soins et services professionnels ✓ Les services d'aide à domicile offerts par le RSSS ou pour le compte de l'établissement (EESAD, RPA, employés engagés dans le cadre de l'AD/CES, etc.) ✓ Les autres services d'aide à domicile offerts par le RSSS ou par des partenaires (ex. : organismes communautaires) ✓ Les services de soutien aux personnes proches aidantes ✓ Le soutien technique La mise à jour du tableau ci-joint apporte des précisions sur le port des EPI par le personnel, la vigie du personnel quant aux symptômes liés à la COVID-19 et les interventions qui peuvent être réalisées à distance.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : S. O.	
Direction ou service ressource :	Direction du soutien à domicile
Documents annexés :	✓ Tableau de Gradation des mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la COVID-19

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

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Natalie Rosebush

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

COVID-19 : Gradation des mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la Covid-19

Pour des informations complémentaires, veuillez consulter les directives spécifiques aux différents programmes-services et milieux de vie.

Soutien à domicile					
	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Niveau d'alerte 1 Vigilance**	**Niveau d'alerte 2 Préalerte**	**Niveau d'alerte 3 Alerte modérée**	**Niveau d'alerte 4 Alerte maximale**	**Usagers COVID + ou à haut risque**
GRADATION DES MESURES : CONSIGNES GÉNÉRALES					
Mobilité du personnel – RSSS et partenaires (EESAD, organismes communautaires, RPA, etc.)					
Réduction du nombre d'intervenants distincts qui dispensent des services à chaque usager	Recommandé	Recommandé	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire - Équipe dédiée spécifiquement à cette clientèle Privilégier le personnel du RSSS
Affectation d'équipes attitrées par milieux de vie collectifs et par secteurs géographiques	Recommandé	Recommandé	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire - Équipe dédiée spécifiquement à cette clientèle Privilégier le personnel du RSSS
Restriction des mouvements de personnel entre les différents services	Recommandé	Recommandé	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire - Équipe dédiée spécifiquement à cette clientèle Privilégier le personnel du RSSS
Équipements de protection individuelle (EPI)					
Port du masque de procédure et protection oculaire	Oui, dès l'entrée dans le domicile ou autre milieu de vie, selon les indications de la CNESST : Comment limiter la propagation de la COVID-19 au travail? Affiche qui décrit l'ordre de priorité des mesures de contrôle afin de limiter la propagation de la COVID-19 dans les milieux de travail. https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/900/Pages/DC-900-1104.aspx	Oui, dès l'entrée dans le domicile ou autre milieu de vie, selon les indications de la CNESST : Comment limiter la propagation de la COVID-19 au travail? Affiche qui décrit l'ordre de priorité des mesures de contrôle afin de limiter la propagation de la COVID-19 dans les milieux de travail. https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/900/Pages/DC-900-1104.aspx	Oui, dès l'entrée dans le domicile ou autre milieu de vie, selon les indications de la CNESST : Comment limiter la propagation de la COVID-19 au travail? Affiche qui décrit l'ordre de priorité des mesures de contrôle afin de limiter la propagation de la COVID-19 dans les milieux de travail. https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/900/Pages/DC-900-1104.aspx	Oui, dès l'entrée dans le domicile ou autre milieu de vie, selon les indications de la CNESST : Comment limiter la propagation de la COVID-19 au travail? Affiche qui décrit l'ordre de priorité des mesures de contrôle afin de limiter la propagation de la COVID-19 dans les milieux de travail. https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/900/Pages/DC-900-1104.aspx	Oui, en tout temps, dès l'entrée dans le domicile ou autre milieu de vie, selon les indications de la CNESST : Comment limiter la propagation de la COVID-19 au travail? Affiche qui décrit l'ordre de priorité des mesures de contrôle afin de limiter la propagation de la COVID-19 dans les milieux de travail. https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/900/Pages/DC-900-1104.aspx
Port de l'EPI complet	Non	Non	Non	Non	Oui, en tout temps, dès l'entrée dans le domicile ou autre milieu de vie (le personnel dédié doit avoir reçu la formation requise[1]).

[1] Se référer aux MESURES À APPLIQUER en présence d'un cas suspecté ou confirmé du document *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les soins à domicile* de l'INSPQ disponible à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/publications/2917-mesures-soins-domicile-covid19

COVID-19 : Gradation des mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la Covid-19

Soutien à domicile					
	Nouvelle normalité	**Mesures additionnelles**			
Mesures	**Niveau d'alerte 1 Vigilance**	**Niveau d'alerte 2 Préalerte**	**Niveau d'alerte 3 Alerte modérée**	**Niveau d'alerte 4 Alerte maximale**	**Usagers COVID + ou à haut risque**
Soutien aux prestataires externes (EESAD, organismes communautaires, RPA, employés engagés dans le cadre de l'allocation directe/ chèque emploi-service [AD/CES], etc.)					
Mobilisation des prestataires externes pour assurer la continuité des services	Selon collaboration habituelle	Selon collaboration habituelle	Selon collaboration habituelle	Assurer un soutien accru pour éviter une rupture de services	Privilégier la prise en charge par le RSSS
Fourniture des EPI aux prestataires externes (EESAD, RPA et AD/CES)	Se référer à la stratégie d'apprivoisement des EPI	Se référer à la stratégie d'apprivoisement des EPI	Se référer à la stratégie d'apprivoisement des EPI	Se référer à la stratégie d'apprivoisement des EPI	Oui, EPI complet (le personnel dédié doit avoir reçu la formation requise[1])
Surveillance des pratiques de port et de retrait des EPI auprès des partenaires	Oui	Oui	Oui, surveillance accrue	Oui, surveillance accrue	S'assurer que le personnel dédié du prestataire (EESAD et RPA) ayant reçu la formation requise applique les pratiques de façon rigoureuse au préalable
Soutien aux travailleurs engagés dans le cadre de la modalité AD/CES	Soutien habituel Référer au site Internet pour les mesures spécifiques que doivent respecter les travailleurs https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/allocation-directe-cheque-emploi-service-une-modalite-de-dispensation-des-services-de-soutien-a-domicile	Soutien habituel Référer au site Internet pour les mesures spécifiques que doivent respecter les travailleurs https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/allocation-directe-cheque-emploi-service-une-modalite-de-dispensation-des-services-de-soutien-a-domicile	Soutien habituel Référer au site Internet pour les mesures spécifiques que doivent respecter les travailleurs https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/allocation-directe-cheque-emploi-service-une-modalite-de-dispensation-des-services-de-soutien-a-domicile	Soutien habituel Référer au site Internet pour les mesures spécifiques que doivent respecter les travailleurs https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/allocation-directe-cheque-emploi-service-une-modalite-de-dispensation-des-services-de-soutien-a-domicile	- Reprise de la dispensation des services par le RSSS - Référer les travailleurs au site Internet pour les mesures de soutien financier : https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/allocation-directe-cheque-emploi-service-une-modalite-de-dispensation-des-services-de-soutien-a-domicile
Conditions préalables aux visites à domicile					
Triage quotidien des intervenants de façon proactive par un registre attestant qu'ils sont asymptomatiques et qu'ils font l'autosurveillance de leurs symptômes 2 fois/jour	Recommandé	Recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire	Obligatoire pour les intervenants dédiés à ces usagers
Aucun intervenant ayant reçu une consigne d'isolement (cas confirmé, présence de symptômes, contact à risque modéré ou élevé) au domicile des usagers	En tout temps	En tout temps	En tout temps	En tout temps	En tout temps
Appel à l'usager pour vérification des conditions requérant la mise en place	Seulement lors d'une nouvelle prise en charge d'un usager	Seulement lors d'une nouvelle prise en charge d'un usager	Recommandé pour tous les usagers à chaque visite	Obligatoire pour tous les usagers à chaque visite	Non requis car déjà identifié

COVID-19 : Gradation des mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la Covid-19

Soutien à domicile					
	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Niveau d'alerte 1 Vigilance**	**Niveau d'alerte 2 Préalerte**	**Niveau d'alerte 3 Alerte modérée**	**Niveau d'alerte 4 Alerte maximale**	**Usagers COVID + ou à haut risque**
de mesures particulières (ex. : EPI complet, équipe dédiée, report, etc.)					
Réponse aux besoins					
Interventions par téléphone ou par un autre moyen technologique lorsque possible et que ce mode d'intervention répond au besoin de l'usager	Non	Non ou selon l'orientation de l'établissement	Fortement recommandé	Obligatoire	Obligatoire
Vigie auprès des usagers qui refusent les services de SAD requis par leur état de santé physique ou mentale	Recommandé, selon la situation clinique	Recommandé, selon la situation clinique	Recommandé, selon la situation clinique	Recommandé, selon la situation clinique	Obligatoire
Vigie auprès des usagers pour qui la dispensation des services a été réduite ou suspendue temporairement	N/A	N/A	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
Desserte des clientèles vulnérables et ambulatoires usuellement non admissibles au SAD	Non	Non, sauf exception (selon les risques d'expositions potentielles à la COVID-19 lors du déplacement de l'usager vers l'installation où les services sont dispensés)	Non, sauf exception (selon les risques d'expositions potentielles à la COVID-19 lors du déplacement de l'usager vers l'installation où les services sont dispensés)	Pour les services essentiels seulement, selon les risques d'expositions potentielles à la COVID-19 lors du déplacement de l'usager vers l'installation où les services sont dispensés	- Oui, pour les services essentiels seulement - Les services non essentiels sont suspendus
Accueil au domicile d'un proche d'un usager hébergé en CHSLD ou qui réside dans une RPA en tenant compte de la capacité du SAD à répondre au requis de services	Oui Interdit si éclosion dans le milieu de vie	Oui Interdit si éclosion dans le milieu de vie	Oui Interdit si éclosion dans le milieu de vie	Oui Interdit si éclosion dans le milieu de vie	Interdit
CONSIGNES SPÉCIFIQUES À LA DISPENSATION DES SERVICES					
Soins et services professionnels					
Interventions à domicile	Maintenues selon l'intensité habituelle	Maintenues selon l'intensité habituelle ou selon la capacité des équipes de SAD	- Dispenser celles qui peuvent être réalisées à distance par téléphone ou par un autre moyen technologique - Évaluer la possibilité que l'usager ou la personne proche aidante participe aux soins et l'accompagner dans la prise en charge de ceux-ci	- Dispenser celles qui peuvent être réalisées à distance par téléphone ou par un autre moyen technologique - Évaluer la possibilité que l'usager ou la personne proche aidante participe aux soins et l'accompagner dans la prise en charge de ceux-ci	- Dispenser celles qui peuvent être réalisées à distance par téléphone ou par un autre moyen technologique - Évaluer la possibilité que l'usager ou la personne proche aidante participe aux soins et l'accompagner dans la prise en charge de ceux-ci

COVID-19 : Gradation des mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la Covid-19

Soutien à domicile					
	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Niveau d'alerte 1 Vigilance**	**Niveau d'alerte 2 Préalerte**	**Niveau d'alerte 3 Alerte modérée**	**Niveau d'alerte 4 Alerte maximale**	**Usagers COVID + ou à haut risque**
			- Pour les interventions devant se faire à domicile par l'établissement, réduire la fréquence si possible	- Pour les interventions devant se faire à domicile par l'établissement, maintenir uniquement celles qui sont essentielles pour assurer l'intégrité et la sécurité de l'usager et de ses proches	- Pour les interventions devant se faire à domicile par l'établissement, maintenir uniquement celles qui sont essentielles pour assurer l'intégrité et la sécurité de l'usager et de ses proches - Au besoin, augmenter les suivis professionnels
Soutien psychosocial aux usagers et aux personnes proches aidantes que vous identifiez comme étant susceptibles d'être fragilisées par la pandémie	Demeurer vigilant	Recommandé	Recommandé - Dispenser celui qui peut être réalisé à distance par téléphone ou par un autre moyen technologique	Fortement recommandé - Dispenser celui qui peut être réalisé à distance par téléphone ou par un autre moyen technologique	Très fortement recommandé - Dispenser celui qui peut être réalisé à distance par téléphone ou par un autre moyen technologique
Report des évaluations globales de l'autonomie ou de leur révision (outil d'évaluation multiclientèle) lorsque ceci ne compromet pas l'intégrité ou la sécurité de l'usager	Non	Non ou selon la capacité des équipes de SAD	Oui	Oui	Oui
Prise en charge de nouveaux dossiers	Oui, selon la prise en charge habituelle	Oui, selon la prise en charge habituelle ou selon la capacité des équipes de SAD	- Selon la capacité des équipes de SAD - S'assurer minimalement de répondre aux dossiers prioritaires	- Selon la capacité des équipes de SAD - S'en tenir aux dossiers prioritaires	Prendre en charge les dossiers prioritaires
Réévaluation du requis de services d'aide à domicile pour un usager déjà connu du SAD (ex. : ajout de services, maintien des services, réduction ou suspension temporaire des services)	Maintenue selon les orientations habituelles	Maintenue selon les orientations habituelles	Maintenue selon les orientations habituelles	- Maintenue selon les orientations habituelles - Au besoin, ajouter des services, notamment pour prévenir le déconditionnement et briser l'isolement	- Oui, afin de maintenir à domicile uniquement celles qui sont essentielles pour assurer l'intégrité et la sécurité de l'usager et de ses proches - Au besoin, ajouter des services - Évaluer la possibilité que l'usager ou la personne proche aidante participe aux soins et l'accompagner dans la prise en charge de ceux-ci
Services d'aide à domicile offerts par le RSSS ou pour le compte de l'établissement (EESAD, RPA, travailleurs AD/CES, etc.)					
Dispensation de services d'assistance personnelle, incluant l'aide aux AVQ	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	- Poursuivre les services essentiels identifiés à la suite de la réévaluation professionnelle

COVID-19 : Gradation des mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la Covid-19

Soutien à domicile					
	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Niveau d'alerte 1 Vigilance**	**Niveau d'alerte 2 Préalerte**	**Niveau d'alerte 3 Alerte modérée**	**Niveau d'alerte 4 Alerte maximale**	**Usagers COVID + ou à haut risque**
					- Privilégier la prise en charge par le RSSS - Permettre la dispensation des services par le prestataire habituel (personnel de l'EESAD ou de la RPA), à la condition que ce dernier soit formé sur les mesures PCI (notamment sur le port et le retrait de l'EPI) et qu'il les applique de façon rigoureuse - Prise en charge par le RSSS des services habituellement dispensés dans le cadre de l'AD/CES
Dispensation des services d'aide aux AVD pour la clientèle ayant des incapacités (ex. : clientèle référée par l'établissement aux EESAD)	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	- Suspendre les services d'entretien ménager, excepté si l'interruption de ce service compromet l'intégrité ou la sécurité de l'usager, notamment en raison d'un risque d'insalubrité - Suspendre, dans la mesure du possible, l'aide pour la préparation de repas et privilégier la livraison de repas déjà préparés (épicerie, restaurants, popote roulante) ou des repas demandant peu de préparation - Poursuivre l'assistance pour les courses pour la nourriture et les biens de première nécessité et la lessive pour les usagers ayant des besoins spécifiques. Privilégier les commandes par téléphone et la livraison - Suspendre tout autre service d'aide aux AVD non requis par l'état de santé - Prise en charge de la gestion des services devant être maintenus par le RSSS

COVID-19 : Gradation des mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la Covid-19

Soutien à domicile					
	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Niveau d'alerte 1 Vigilance**	**Niveau d'alerte 2 Préalerte**	**Niveau d'alerte 3 Alerte modérée**	**Niveau d'alerte 4 Alerte maximale**	**Usagers COVID + ou à haut risque**
Dispensation des services d'aide aux AVD – ménages actifs (clientèle non vulnérable bénéficiant uniquement de l'aide fixe dans le cadre du PEFSAD)	Maintenue	Maintenue	Maintenue	Maintenue	Suspendue
Dispensation des services d'appui aux tâches familiales	Maintenue	Maintenue	Maintenue	Maintenue	Poursuivre uniquement les services essentiels identifiés à la suite de la réévaluation professionnelle (ex. : soins aux enfants)
Autres services d'aide à domicile offerts par le RSSS ou par des partenaires (ex. : organismes communautaires)					
Dispensation des autres types de services d'aide à domicile (activités de soutien civique, visites d'amitié, assistance à l'apprentissage, etc.)	Maintenue	Maintenue	Dispensation des services d'aide aux activités de soutien civique et d'assistance à l'apprentissage maintenue	Dispensation des services d'aide aux activités de soutien civique et d'assistance à l'apprentissage maintenue	Suspendre tous les services non essentiels
Services de soutien aux personnes proches aidantes					
Dispensation des services de répit à domicile par l'établissement	Maintenue	Maintenue	Maintenue	- Assurer la poursuite des services essentiels, notamment lorsque : o il y a épuisement ou risque élevé d'épuisement des personnes proches aidantes; o il y a risque de relocalisation ou d'hébergement de l'usager - Évaluer la possibilité pour les partenaires du RSSS d'en assurer la poursuite - Évaluer la pertinence de mettre en place des suivis téléphoniques ou par un autre moyen technologique pour soutenir la personne proche aidante	- Suspendue - Évaluer la pertinence de mettre en place des suivis téléphoniques ou par un autre moyen technologique pour soutenir la personne proche aidante - Évaluer la pertinence de rehausser les services d'aide à domicile et s'assurer qu'ils soient dispensés par le RSSS
Dispensation des services de répit à domicile par les partenaires	Maintenue	Maintenue	- Maintenue	- Maintenue - Évaluer la pertinence de mettre en place des suivis téléphoniques ou par un autre moyen technologique pour soutenir la personne proche aidante	- Suspendue - Évaluer la pertinence de mettre en place des suivis téléphoniques ou par un autre moyen technologique pour soutenir la personne proche aidante

COVID-19 : Gradation des mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie de la Covid-19

Soutien à domicile					
	Nouvelle normalité	**Mesures additionnelles**			
Mesures	**Niveau d'alerte 1 Vigilance**	**Niveau d'alerte 2 Préalerte**	**Niveau d'alerte 3 Alerte modérée**	**Niveau d'alerte 4 Alerte maximale**	**Usagers COVID + ou à haut risque**
					- Évaluer la pertinence de rehausser les services d'aide à domicile et s'assurer qu'ils soient dispensés par le RSSS
Dispensation des services de répit hors domicile offerts hors établissement Se référer aux directives https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/maisons-de-repit/	Maintenue	Maintenue	Maintenue	Maintenue	Suspendue
Soutien technique					
Attribution des équipements ou aides techniques requis pour assurer le soutien à domicile de l'usager	Maintenue	Maintenue	Maintenue	Reporter les interventions ou l'attribution d'équipements ou d'aides techniques qui peuvent attendre sans compromettre l'intégrité ou la sécurité de l'usager	Poursuivre uniquement l'attribution d'équipements ou d'aides techniques requis pour assurer le soutien à domicile de l'usager et sans lequel son maintien à domicile serait compromis

Les facteurs de vulnérabilité concernant la complication à la COVID-19 reconnus à ce jour sont les suivants :

- Personnes de 70 ans et plus;
- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosupression.pdf);
- Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (référer à la page 4 de cet avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf);
- Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40);
- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

Émission :	2020-07-06	Mise à jour :	2020-11-06

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-006

Catégorie(s) :
- ✓ Personnes proches aidantes
- ✓ Répit
- ✓ Mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI)

Directive sur les services de répit à domicile avec nuitée(s) et les maisons de répit

Remplace les directives émises le 6 juillet 2020 (non codifiée)

Expéditeur :	Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)

Destinataire :	- Tous les CISSS et les CIUSSS • Direction SAPA • Direction DP-DI-TSA

Directive	
Objet :	En raison de la pandémie de COVID-19 au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite réitérer les consignes concernant le répit à domicile avec nuitée(s) et les maisons de répit. Ces services sont nécessaires afin de dégager temporairement la personne proche aidante de son rôle et ainsi lui permettre de refaire le plein d'énergie, de se reposer ou de s'acquitter de ses obligations personnelles. Des précautions particulières devront être prises pour réduire le risque de transmission et protéger tant le personnel qui offre ces services que les usagers.
Mesures à implanter :	La dispensation de services de répit à domicile avec nuitée(s) et en maison de répit est maintenue dans tous les niveaux d'alerte. Il faut mentionner qu'en présence d'un usager ou d'un intervenant avec des symptômes ou un diagnostic positif à la COVID-19, le service est suspendu. Ainsi, les consignes suivantes doivent être respectées : Pour les services de répit à domicile avec nuitée(s) et les maisons de répit : • Avant de se rendre au domicile de l'usager ou avant l'accueil d'une personne en maison de répit; • À l'arrivée et pendant le séjour; • À la fin du séjour; • Pour les situations qui nécessitent de suspendre temporairement le service de répit à domicile avec nuitée(s) ou en maison de répit; • Stratégie d'approvisionnement en équipement de protection individuelle. Pour les maisons de répit : • Pour les personnes proches aidantes et les visiteurs qui désirent se rendre à la maison de répit durant le séjour de l'aidé; • Pour les personnes proches aidantes; • Responsabilités de la maison de répit; • Pour l'aménagement des lieux en maison de répit; • Pour le nettoyage des lieux en maison de répit.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Titre de section : Aucun	
Direction ou service ressource :	Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial
Documents annexés :	Aucun

Émission :	2020-07-06

Mise à jour :	2020-11-06

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

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Natalie Rosebush

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

Émission :	2020-07-06	Mise à jour :	2020-11-06

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-006

Directive

La dispensation de services de répit à domicile avec nuitée(s) et en maison de répit est maintenue dans tous les niveaux d'alerte. Il faut mentionner qu'en présence d'un usager ou d'un intervenant avec des symptômes ou un diagnostic positif à la COVID-19, le service est suspendu. Pour plus de détail sur ces mesures, se référer à la *Gradation des mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile* disponible sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux.

À noter que les recommandations formulées se basent sur les orientations ministérielles actuelles en suivi des mesures de prévention et de contrôle des infections recommandées. Elles seront ajustées en fonction de l'évolution de la situation.

CONSIGNES POUR LES SERVICES DE RÉPIT À DOMICILE AVEC NUITÉE(S) ET LES MAISONS DE RÉPIT

1. Assurez-vous de mettre en place les consignes suivantes :

- Prévoir un lien direct entre le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du territoire et la maison de répit ou le service de répit à domicile avec nuitée(s), afin de demeurer mutuellement informés et assurer la cohérence des actions dans le contexte du COVID-19;

- En cas de volume important de demandes de répit, prioriser, dans la mesure du possible, l'octroi de services de répit avec nuitée(s) aux personnes proches aidantes qui sont à risque ou qui présentent des signes d'épuisement ou un risque de relocalisation ou d'hébergement de l'usager;

- S'assurer que les intervenants aient consulté les formations concernant les mesures de prévention et de contrôle des infections mises à leur disposition sur le site de l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA);

- Une surveillance des symptômes doit être effectuée en continu et consignée à la fois pour l'intervenant et les usagers. Pour ce faire, réaliser une autoévaluation personnelle des symptômes à l'aide du questionnaire disponible sur le site de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) à l'adresse suivante :

  https://www.inspq.qc.ca/publications/3042-questionnaire-symptomes-covid19.

- Si l'intervenant qui offre le service de répit à domicile avec nuitée(s) ou en maison de répit a eu une exposition à risque (ex. : contacts étroits) ou développe des symptômes compatibles avec la COVID-19, il doit immédiatement demander à être remplacé par un autre intervenant :
  - Recommander l'usager à un autre intervenant afin d'offrir le répit à domicile avec nuitée(s);
  - Si la suspicion d'exposition à risque ou de la présence de la COVID-19 sont écartées, à la suite de l'évaluation du personnel du service de soins (ou par Info-COVID), l'intervenant en question peut offrir à nouveau ses services pour offrir du répit à domicile ou en maison de répit;
  - Si l'intervenant est testé positif à la COVID-19, il doit respecter les recommandations sur la levée des 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/ (voir consignes à la section 5);

- Privilégier une prestation de service de répit par des intervenants de moins de 70 ans, en bonne santé, qui n'ont pas de maladie chronique non contrôlée ou compliquée nécessitant un suivi médical régulier, comme une maladie respiratoire chronique ou un diabète, qui ne reçoivent pas de traitement pour un cancer et qui ne sont pas immunodéprimés;

- Ne pas offrir du répit à domicile avec nuitée(s) ou en maison de répit à un usager ayant eu une exposition à risque ou atteint de la COVID-19, ou si la personne proche aidante ou une des personnes de la maisonnée a eu une exposition à risque ou est atteinte de la COVID-19. Attendre que ces personnes soient rétablies de la COVID-19 selon les Recommandations pour

la levée d'isolement dans la population générale . Dans le cas du répit à domicile avec nuitée(s), attendre que la maisonnée ait été désinfectée (surfaces fréquemment touchées, laver les tissus dans la lessive habituelle, etc.). Offrir un soutien aux personnes proches aidantes pour les guider dans le nettoyage des surfaces selon les recommandations de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement/nettoyage-surfaces;

- Demander aux intervenants qui reviennent de l'étranger de s'isoler obligatoirement pendant 14 jours. Réintégrer ces personnes au travail après 14 jours;

- S'assurer que l'équipement de protection individuelle (ÉPI) est disponible sur place (garder dans un sac de plastique dans un endroit propre) advenant la possibilité que l'usager ou une personne sous le même toit développe des symptômes de COVID-19 ou reçoit la recommandation de s'isoler ou de faire un test de dépistage de COVID-19;

- Pour le répit à domicile avec nuitée(s), laisser à la discrétion de l'intervenant le choix d'amener sa propre literie (draps, couvertures, oreillers, etc.) ou d'utiliser celle mise à sa disposition au domicile de l'usager pourvu que celle-ci soit lavée juste avant et après avoir offert les services à domicile.

2. Consignes avant de se rendre au domicile de l'usager ou avant l'accueil d'une personne en maison de répit :

- Effectuer un appel téléphonique avant que l'intervenant ne se déplace au domicile ou avant d'accueillir la personne en maison de répit et demander si l'usager ou une personne de la maisonnée vivant au même domicile :
  - A reçu un diagnostic de COVID-19 (cas confirmé);
  - Est en attente d'un résultat de test pour la COVID-19 demandé en raison d'une présentation clinique compatible;
  - A des symptômes compatibles avec la COVID-19 (fièvre, apparition ou aggravation d'une toux, difficultés respiratoires ou perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte de goût, mal de gorge, mal de tête, douleur musculaire, fatigue intense, perte d'appétit, diarrhée);
  - A voyagé ou a été en contact étroit avec une personne qui a voyagé à l'extérieur du pays au cours des quatorze derniers jours;
  - A été en contact étroit avec une personne ayant reçu un diagnostic de COVID-19;
  - A reçu une consigne d'isolement des autorités de santé publique.
- Si la personne répond NON à toutes ces questions : le service de répit avec nuitée(s) est maintenu ou la personne peut être accueillie à la maison de répit. Cependant, il est de la responsabilité des familles d'informer les intervenants si des symptômes se manifestent après l'appel téléphonique;
- Si la personne répond OUI à l'une ou à plusieurs de ces questions :
  - Suspendre le répit à domicile avec nuitée(s) ou l'accueil de la personne en maison de répit;
  - Demander à la personne d'appeler à Info-COVID au 1 877 644-4545;
  - Si la suspicion de la présence de COVID-19 est infirmée par le personnel du service de soins (ou par Info-COVID) : offrir le répit à domicile avec nuitée(s) ou accueillir la personne en maison de répit;
  - Si le diagnostic de COVID-19 est confirmé ou si un isolement est jugé nécessaire par le personnel du service de soins (ou par Info-COVID) : reporter le répit à domicile ou l'accueil de la personne en maison de répit après la levée de l'isolement de toutes les personnes vivant sous le même toit que la personne aidée.
- Pour le service de répit à domicile avec nuitée(s), demander que soit nettoyés et désinfectés avec un produit efficace contre la COVID-19 et selon les recommandations du document de l'INSPQ https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement/nettoyage-surfaces, les objets et les surfaces touchés fréquemment tels que poignées de porte, robinets, interrupteurs, rampes d'escalier et de toilette avant l'arrivée de l'intervenant;
- Demander que des produits nettoyants et désinfectants soient disponibles en quantité suffisante pour le séjour de répit et mis à la disposition de l'intervenant.

3. À l'arrivée et pendant le séjour :

- Poser de nouveau les questions citées précédemment et suivre la même procédure;
- S'assurer de porter des vêtements propres lors des premiers contacts avec l'usager;

- Se laver les mains et laver celles de l'usager avec de l'eau et du savon (durant 20 secondes) ou avec une solution hydroalcoolique à l'arrivée, avant et après tout contact avec l'usager ou son environnement, avant de procéder à un soin et dans toute autre situation le requérant (se référer aux formations disponibles sur l'hygiène des mains sur l'environnement numérique d'apprentissage);

  Porter le masque de procédure (ou chirurgical) et la protection oculaire lors de la prestation de soins et services à moins de deux mètres de l'usager, par ex. : lors des services d'assistance personnelle (soins d'hygiène, transferts, etc.). Pour plus de détails, se référer aux indications de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) avec l'affiche *Comment limiter la propagation de la COVID-19 au travail?* : https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/900/Pages/DC-900-1104.aspx;

- Le masque de procédure doit être remplacé s'il est humide ou souillé. Il doit être jeté rapidement dans une poubelle après utilisation et suivi par un lavage de mains. S'il n'est pas disponible, il peut être remplacé en dernier recours par un couvre-visage lavable (masque non médical) en tissu. Si un couvre-visage est utilisé en dernier recours, il faut en prévoir plus d'un disponible, car il doit être nettoyé après chaque utilisation. Se référer aux recommandations de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/publications/2972-couvre-visage-population-covid19. Ainsi, il est nécessaire de s'assurer que ces masques soient accessibles, portés et retirés selon les meilleures pratiques (se référer aux formations disponibles sur l'environnement numérique d'apprentissage);
- Procéder à une autosurveillance des symptômes et effectuer une surveillance quotidienne des symptômes de l'usager;
- Nettoyer et désinfecter quotidiennement les objets et les surfaces touchés fréquemment tels que poignées de porte, robinets, interrupteurs, rampes d'escalier et toilettes.

4. À la fin du séjour :

- Lorsque le séjour de répit avec nuitée(s) ou en maison de répit est terminé et que l'intervenant ou l'usager est de retour à son domicile, il doit :
  - Se laver les mains avec de l'eau et du savon pendant au moins 20 secondes ou avec une solution hydroalcoolique;
  - Changer de vêtements;
  - Laver la valise, les vêtements, la literie ou tout autre objet amené au domicile de l'usager ou en maison de répit. Les items en tissu peuvent être lavés avec la lessive habituelle.

5. Consignes pour les situations qui nécessitent de suspendre temporairement le service de répit à domicile avec nuitée(s) ou en maison de répit :

- La personne aidée ou quelqu'un sous son toit devient symptomatique ou reçoit la recommandation de s'isoler ou de passer un test de dépistage pour la COVID-19 (ex. : à la suite d'une exposition à risque) pendant le séjour de l'intervenant ou de la personne en maison de répit devient symptomatique :
  - Faire porter un masque à la personne symptomatique si possible;
  - S'assurer que les intervenants savent comment utiliser correctement l'ÉPI;
  - L'intervenant revêt l'équipement de protection requis (masque, protection oculaire, blouse à manches longues, gants) s'il doit intervenir à moins de deux mètres de l'usager;
  - Appeler au **1 877 644-4545** et suivre les consignes reçues;
  - Pour le répit à domicile, l'intervenant s'assure que la personne aidée est prise en charge adéquatement en appelant la personne proche aidante ou l'intervenant en soutien à domicile, et ce, avant de quitter les lieux le plus rapidement possible;
  - Pour les maisons de répit :
    - isoler obligatoirement la personne présentant des symptômes dans sa chambre et maintenir la porte fermée jusqu'à tant qu'elle quitte;
    - aviser le CISSS ou le CIUSSS de la situation. Mettre en place les mesures de prévention et de contrôle des infections selon les meilleures pratiques recommandées par les équipes en prévention et contrôle des infections du CISSS ou du CIUSSS;
    - des démarches doivent être entamées avec la personne proche aidante et avec l'intervenant pivot du soutien à domicile pour convenir de la planification du retour à domicile ou si ce n'est pas possible des solutions alternatives doivent être explorées, dont un transfert de l'usager en zone tampon;

- L'intervenant devient symptomatique ou reçoit la recommandation de s'isoler ou de passer un test de dépistage pour la COVID-19 durant le séjour lorsqu'il offre du répit à domicile avec nuitée(s) :
  - s'assurer de porter les ÉPI adéquats, respecter la distanciation physique de deux mètres par rapport aux autres personnes, s'isoler dans un endroit circonscrit et pratiquer souvent l'hygiène des mains;
  - Appeler au 1877 644 4545 et suivre les consignes reçues;
  - Organiser une prise en charge adéquate de la personne aidée avant de quitter les lieux le plus rapidement possible;
- S'assurer que l'intervenant ou toutes les personnes de la maisonnée ou de la maison de répit respectent les Recommandations de santé publique pour la personne qui présente des symptômes de la COVID-19 ou qui reçoit la recommandation de s'isoler ou de passer un test de dépistage de la COVID-19;
- Dans ces situations, il faudra attendre que l'intervenant, la personne aidée et les personnes vivant sous son toit répondent aux critères pour la levée des mesures d'isolement dans la population générale avant d'offrir de nouveau le service de répit à domicile avec nuitée(s). Les consignes d'isolement seront notamment levées en présence de l'une des conditions suivantes :
  - Pour les personnes ayant des symptômes : amélioration des symptômes aigus depuis 24 heures (sauf une toux résiduelle et la perte de l'odorat qui peuvent persister), absence de fièvre durant 48 heures (sans usage d'antipyrétique) et délai de dix jours depuis le début des symptômes;
  - Pour les personnes ayant la COVID-19 : être considéré comme rétabli de la COVID-19[1];
  - Pour les personnes asymptomatiques ayant eu un contact à risque d'exposition élevé ou modéré avec un cas confirmé : Délai de quatorze jours depuis la dernière exposition à risque avec le cas;
- Lorsque le service de répit à domicile avec nuitée(s) ou en maison de répit doit être suspendu, d'autres solutions pour soutenir l'usager et son proche doivent être envisagées (ex. : soutien téléphonique).

6. Stratégie d'approvisionnement en équipement de protection individuelle :

- L'approvisionnement en équipement de protection individuelle (masque de procédure, protection oculaire, blouse à manches longues, gants) aux organismes qui offrent du répit à domicile avec nuitée(s) et des maisons de répit est sous la responsabilité du CISSS ou CIUSSS du territoire.

CONSIGNES SPÉCIFIQUE POUR LES MAISONS DE RÉPIT

En plus des consignes mentionnées précédemment, assurez-vous de mettre en place les consignes suivantes :

7. Consignes pour les personnes proches aidantes et les visiteurs qui désirent se rendre à la maison de répit durant le séjour de l'aidé :

- Il importe de rappeler comment est défini une personne proche aidante et un visiteur.
  - Voici la définition d'une personne proche aidante : Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychologique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple, l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et services.
  - Cela signifie que la famille proche et immédiate ne peut pas être considérée comme des visiteurs et doit pouvoir accéder au milieu de vie de son proche, comme pour les personnes proches aidantes.

[1] Pour être considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aigüe ou 21 jours pour les usagers ayant été admis aux soins intensifs et 28 jours pour les usagers sous corticostéroïdes ou immunosupprimés pour lever les mesures d'isolement, et ce, pourvu que la personne réponde aux critères cliniques, déjà recommandés pour la levée des mesures d'isolement, soit 48 heures sans fièvre (sans prise d'antipyrétique) et amélioration des symptômes depuis au moins 24 heures (excluant la toux, l'anosmie et l'agueusie résiduelles).

- Voici la définition d'un visiteur : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. Il peut également s'agir d'une personne non connue de l'aidé.

- 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;

- Un maximum de deux personnes à la fois par période de 24 heures peut visiter une même personne en maison de répit, sauf au palier d'alerte rouge. Au palier d'alerte rouge, une seule personne à la fois par période de 24 heures est autorisée. En tout temps, il est recommandé de respecter une distanciation physique de deux mètres avec la personne aidée. Cette consigne peut être modulée si deux personnes séjournent ensemble dans la même chambre et bénéficiaient d'un soutien de la même ou des mêmes personnes proches aidantes;

- Il est à noter que l'objectif du répit est de permettre à la personne proche aidante de se reposer et ainsi le soutien apporté à l'usager en maison de répit devrait demeurer minimal.

- S'assurer que les personnes proches aidantes respectent les consignes concernant l'isolement, la surveillance des symptômes et le dépistage lorsqu'elles rendent visite à une personne accueillie en maison de répit :

  - La personne proche aidante doit effectuer une autosurveillance des symptômes. Dès la moindre apparition de symptômes, elle ne doit pas se présenter à la maison de répit, doit l'en aviser et contacter le service Info-COVID au 1 877 644-4545, et suivre les consignes relatives au dépistage et à l'isolement s'il y a lieu;

  - La personne proche aidante doit être asymptomatique ou rétablie de la COVID-19[2];

  - Si la personne proche aidante est soumise à un isolement (par exemple en raison d'un contact étroit avec un cas de COVID-19), elle ne peut pas se rendre à la maison de répit avant la fin de son isolement.

- S'assurer que les personnes proches aidantes respectent les consignes 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 de la maison de répit, ainsi qu'en entrant et en sortant de la chambre de l'usager;

  - Porter correctement un masque de procédure dès l'entrée dans la maison de répit et le porter pendant toute la durée de la visite. Le masque de procédure ne peut être utilisé pour une visite subséquente;

  - Limiter le transfert d'objet d'un endroit à l'autre, c'est-à-dire de la résidence vers la maison de répit et vice-versa (vêtement, sac à main, sac à lunch, documents, etc.).

- S'assurer que les personnes proches aidantes respectent les consignes concernant les déplacements à l'intérieur de la maison de répit :

  - Circuler uniquement pour se rendre jusqu'à la chambre de l'usager et vice-versa;

  - Être en mesure de se rendre à la chambre de l'usager sans s'approcher à moins de deux mètres des autres personnes de la maison de répit;

  - 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 de la maison de répit lorsque d'autres usagers sont présents. Attendre de pouvoir s'y rendre lorsqu'il n'y a personne et en

[2] Pour être considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aigüe ou 21 jours pour les usagers ayant été admis aux soins intensifs et 28 jours pour les usagers sous corticostéroïdes ou immunosupprimés pour lever les mesures d'isolement, et ce, pourvu que la personne réponde aux critères cliniques, déjà recommandés pour la levée des mesures d'isolement, soit 48 heures sans fièvre (sans prise d'antipyrétique) et amélioration des symptômes depuis au moins 24 heures (excluant la toux, l'anosmie et l'agueusie résiduelles).

accord avec les consignes du personnel. À ce moment-là, procéder à l'hygiène des mains en entrant et en sortant des aires communes;

- Assurer la désinfection des lieux à la suite du passage d'un usager et de son proche aidant (se référer à la section 9 sur le nettoyage des lieux);
- Utiliser uniquement les salles de bain désignées par le personnel de la maison de répit et respecter les précautions et consignes de salubrité.

- La personne proche aidante et le visiteur qui ne respectent pas les consignes, malgré le fait qu'ils ont reçu toute l'information et ont été accompagnés pour l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) pourrait se voir retirer l'accès à la maison de répit.

8. Consignes pour les personnes proches aidantes :

- La personne proche aidant qui pendant le séjour de son aidé en maison de répit devient symptomatique ou reçoit la recommandation de s'isoler ou de passer un test de dépistage pour la COVID-19 doit s'engager à en informer la maison de répit dans les plus brefs délais;

- La maison de répit doit alors contacter l'intervenant pivot du soutien à domicile pour convenir de la conduite la plus sécuritaire à adopter pour l'usager.

9. Responsabilités de la maison de répit :

- 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. Le registre doit recueillir le minimum de renseignements personnels nécessaires pour faciliter les enquêtes épidémiologiques des autorités de santé publique (nom, numéro de téléphone ou adresse courriel, date et heure de présence, chambre visitée);

- Accueillir la personne proche aidante et l'accompagner dans sa démarche au besoin;

- S'assurer de mettre à la disposition des personnes proches aidantes les outils d'information disponibles sur : les symptômes à surveiller (habituelles et atypiques), les mesures d'hygiène de base (hygiène des mains, étiquette respiratoire) et l'utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI) selon le type de soutien offert et la condition du résident;

- Remettre un masque de procédure aux personnes proches aidantes dès l'entrée dans la maison de répit et s'assurer qu'elles l'utilisent convenablement;

- S'assurer que l'hygiène des mains peut être réalisée lors de l'entrée et de la sortie de la chambre;

- Communiquer avec le CISSS/CIUSSS de la région s'il y a des enjeux sur l'application des consignes de prévention et contrôle des infections (PCI).

10. Assurez-vous du respect des mesures suivantes pour l'aménagement des lieux en maison de répit :

- Instaurer des mesures de distanciation physique (deux mètres entre les personnes) et instaurer un horaire pour limiter le nombre de personnes dans les salles communes (ex. : pour les repas);

- Annuler toutes les activités dans les aires communes pour lesquelles une distanciation physique d'au moins deux mètres ne peut être assurée;

- Réduire au maximum le nombre de membres du personnel différents en contact avec un même résident;

- Assurer un lavage des mains pour au moins 20 secondes avant et après la présence dans les salles communes;

- Ne rien échanger entre les personnes (ex. : tasses, verres, assiettes, ustensiles, etc.);

- Nettoyer l'espace entre chaque présence dans les salles communes.

11. Assurez-vous de mettre en place les consignes suivantes pour le nettoyage des lieux en maison de répit :

- Procéder au nettoyage quotidien à l'aide de l'application d'une solution javellisée et fraîchement préparée;

- Nettoyer quotidiennement les surfaces et les objets fréquemment touchés (ex. : poignées de porte, robinets, interrupteurs, rampes d'escalier, lumières, comptoirs, lavabos, tables, chaises, etc.). Le faire également après la tenue d'une activité (ex. : activité repas);

- Nettoyer dès qu'il y a des souillures (ex. : crachats, fluides corporels, etc.) les surfaces et les objets contaminés;

- Procéder à un nettoyage de la chambre de la personne aidée lors de son départ de la maison de répit;

- Avoir des papiers-mouchoirs et des poubelles en quantité suffisante et qui sont vidées de façon régulière, prévoir un couvercle à celles-ci au besoin (ex. : si elles risquent d'être fouillées);

- Pour plus de détails, se référer aux consignes de santé publique sur les méthodes de nettoyage et de désinfection pour les milieux résidentiels et les lieux publics.

Québec

Gouvernement du Québec
Le ministre de la Santé et des Services sociaux

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 8 novembre 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

La situation épidémiologique au Québec demeure préoccupante et, dans le contexte de contagion communautaire que nous connaissons actuellement, la santé des travailleuses et travailleurs de la santé et des services sociaux, ainsi que celle des usagers, est un enjeu central.

Impact de la contagion communautaire
En effet, au cours des dernières semaines, nous avons été à même de constater une hausse des éclosions dans certaines de nos installations, et ce, autant dans les milieux de vie que dans les milieux de soins. Ces éclosions ont entraîné une augmentation de la contamination, tant chez les employés que chez les usagers.

Les enquêtes épidémiologiques réalisées jusqu'à maintenant démontrent que, parfois, la contagion est liée au milieu de travail et qu'à d'autres occasions, elle est de nature communautaire. Aussi, il est essentiel de réitérer aux membres du personnel l'importance d'appliquer les mesures en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) en milieu de travail face à la COVID-19, d'utiliser adéquatement les équipements de protection individuelle et, en toutes circonstances, d'agir de façon à protéger leur propre santé ainsi que celle des autres.

… 2

Québec
Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 15e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-7171
Télécopieur : 418 266-7197
www.msss.gouv.qc.ca

Montréal
2021, avenue Union, bureau 10.051
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-3700
Télécopieur : 514 873-7488

Jusqu'à maintenant, depuis le début de la deuxième vague, nous avons bien réussi en matière de « contrôle ». Aussi je souhaite aujourd'hui insister sur le volet « prévention » de la PCI, car nous devons tout faire pour éliminer les risques que le virus ne s'introduise dans nos installations, malgré sa présence actuelle dans nos communautés.

Culture de prévention au quotidien

Depuis le début de cette crise sanitaire sans précédent, les membres du personnel du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ont été fortement sollicités à tous égards. Néanmoins, il importe que les gestionnaires adoptent, et s'assurent que tous les intervenants œuvrant au sein du RSSS, adoptent eux aussi un comportement exemplaire. Il nous faut établir une réelle culture de la prévention.

En ces temps difficiles, il est compréhensible que les gens aient envie de se regrouper, entre collègues, pour leur temps de pause ou pour les heures de repas. Or, il est crucial que même ces moments de repos demeurent sécuritaires. En tout temps, cette culture de prévention doit nous guider dans notre quotidien.

Plusieurs actions en PCI ont été déployées au sein des établissements, et ce en cohérence avec notre plan d'action pour contrer la deuxième vague. Plusieurs d'entre vous ont également implanté de bonnes pratiques. Cependant, je constate que la situation actuelle commande que nous réitérions les messages et que nous nous assurions d'une application sans faille des consignes de la santé publique.

Un appui dans la communication des bonnes pratiques

Comme nous en avons discuté cette semaine, j'aimerais que des sessions d'information soient organisées par les établissements, afin de diffuser aux employés, aux responsables PCI et aux gestionnaires locaux, l'importance de bien suivre les mesures sanitaires.

Sachez que ce même message sur la PCI a aussi fait l'objet d'une discussion avec les différents représentants des syndicats la semaine dernière durant laquelle je leur ai demandé leur appui dans cette démarche auprès de nos employés.

Étant donné l'urgence de la situation, ces sessions devront être réalisées le plus rapidement possible, et ce, au plus tard le 23 novembre prochain. Je vous rappelle que les meilleures pratiques doivent être diffusées à travers le RSSS et dans toutes les installations sous votre responsabilité.

De mon côté, je m'engage à rehausser les efforts de communication et de sensibilisation pour rejoindre le plus rapidement possible l'ensemble des employés du réseau.

… 3

Je vous suis reconnaissant, de même qu'à tous les membres de votre personnel, pour tous les efforts réalisés jusqu'à maintenant. Je vous invite à poursuivre en ce sens.

La population du Québec a besoin de ses travailleuses et travailleurs de la santé et il relève de la responsabilité de tous les intervenants de la préserver, comme de préserver la santé des usagers.

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

Le ministre,

Christian Dubé

c. c. Daniel Desharnais, MSSS
Directeurs régionaux de santé publique
Dominique Savoie, MSSS
DRHCJ
PDGA du RSSS
Sécurité civile
Vincent Lehouillier, MSSS

N/Réf. : 20-MS-10467

Émission :	29-04-2020	Mise à jour :	06-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-010

Catégorie(s) :
- ✓ Hébergement (CHSLD)
- ✓ Soutien à domicile (SAD)
- ✓ Ressources intermédiaires (RI)
- ✓ Résidences privées pour aînés (RPA)

Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie

Remplace la directive émise le 18 août 2020 (non codifiée)

Expéditeur :	Destinataire :
Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)	- Tous les CISSS et les CIUSSS • Directions SAPA • Direction des soins infirmiers (DSI) • Direction des services multidisciplinaires (DSM) - Établissements desservant une population nordique et autochtone

Directive	
Objet :	Les leçons apprises à la suite du confinement de la première vague de la pandémie nous amènent à réitérer l'importance de tout mettre en œuvre pour prévenir le déconditionnement des aînés. Peu importe le niveau d'alerte ou le contexte qui prévaut dans les installations, des mesures de prévention du déconditionnement doivent être instaurées. Ces directives s'adressent en premier lieu aux responsables des milieux de vie et aux personnes œuvrant auprès de la clientèle aînée dans ces milieux ainsi qu'aux personnes travaillant au soutien à domicile (SAD), mais sont aussi applicables dans d'autres milieux qui accueillent cette clientèle, notamment en zones tampons. Elles sont regroupées en deux sections distinctes, soient les directives applicables dans les milieux de vie et les zones tampons, selon le contexte de confinement ou non, et celles applicables au SAD en contexte de confinement.
Mesures à implanter :	Les mesures préventives à implanter sont basées sur l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) et visent les domaines de l'acronyme AINÉES les plus touchés en contexte de pandémie, soit : ✓ L'autonomie et la mobilité ✓ La nutrition et l'hydratation ✓ L'état mental et le comportement, incluant l'état psychologique. Ces mesures doivent en tout temps tenir compte des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) et des directives émises par la santé publique. La prévention du déconditionnement constitue une priorité et est maintenant inscrite au plan d'action ministériel COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague (Axe 2, action 3). Pour en assurer la mise en œuvre, des personnes responsables de l'application de ces directives ont aussi été désignées par les établissements. IMPORTANT : Peu importe le niveau d'alerte ou le contexte qui prévaut dans les installations, des mesures de prévention du déconditionnement doivent être instaurées. Pour appliquer ces directives de façon adéquate, vous devez : • Respecter les mesures de PCI ainsi que les directives de la santé publique en vigueur;

	Référer aux directives spécifiques correspondant au milieu visé qui stipulent les conditions à respecter pour chaque élément ou activité ainsi que la gradation des mesures en fonction des paliers d'alerte.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : sans objet	
Direction ou service ressource :	**Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial**
Documents annexés :	Aucun

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

msss.gouv.qc.ca/directives

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Natalie Rosebush

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

Émission :	29-04-2020	Mise à jour :	06-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-010

Directive

La prévention du déconditionnement constitue une priorité et est maintenant inscrite au plan d'action ministériel *COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague* (Axe 2, action 3). Pour en assurer la mise en œuvre, des personnes responsables de l'application de ces directives ont aussi été désignées par les établissements.

IMPORTANT : Peu importe le niveau d'alerte ou le contexte qui prévaut dans les installations, des mesures de prévention du déconditionnement doivent être instaurées.

Pour appliquer ces directives de façon adéquate, vous devez :

- **Respecter les mesures de PCI** ainsi que **les directives de la santé publique en vigueur;**
- **Référer aux directives spécifiques correspondant au milieu visé** qui stipulent les conditions à respecter pour chaque élément ou activité ainsi que la **gradation des mesures en fonction des paliers d'alerte**.

DIRECTIVES POUR LES MILIEUX DE VIE ET ZONES TAMPONS

- Informer les personnes œuvrant auprès de la clientèle aînée des présentes recommandations afin qu'elles les appliquent dans leurs interventions.
- Les présentes directives sont complémentaires aux directives :
  - COVID-19 - Directives au réseau de la santé et des services sociaux - CHSLD
  - COVID-19 - Directives au réseau de la santé et des services sociaux - RI-RTF
  - COVID-19 - Directives au réseau de la santé et des services sociaux - RPA

  Ces dernières, qui sont mises à jour sur une base régulière en situation de confinement, prévalent sur les présentes directives pour les milieux de vie.

Autonomie et mobilité

En période de confinement :

- Faire la tournée des unités locatives ou des chambres, en personne ou par téléphone, pour encourager les usagers ou des résidents à se mobiliser de façon régulière et sécuritaire.
- Fournir l'aide requise pour la mobilisation et les déplacements.
- Encourager les usagers ou résidents à effectuer leurs soins de base de façon autonome, tels l'hygiène personnelle, l'habillement et les activités domestiques ou les faire participer le plus possible à ces activités si de l'aide est requise.
- S'assurer que les professionnels en réadaptation ou autres personnes habilitées à le faire continuent à soutenir les efforts de mobilisation.
- Encourager toute initiative qui permet le maintien de l'autonomie et la mobilisation des personnes aînées dans le respect des directives et des principes de prévention et de contrôle des infections.

En période de déconfinement :

- Poursuivre les activités ci-dessus, que ce soit avec l'aide des intervenants, des personnes proches aidantes ou des visiteurs, dans le respect des directives de la santé publique et des mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Reprendre de façon plus intensive les interventions des équipes de réadaptation.
- Effectuer des activités physiques ou de réadaptation de groupe, intérieures ou extérieures.
- Effectuer des activités de loisir de groupe, intérieures ou extérieures.
- Effectuer des sorties hors du milieu de vie ou des rencontres à l'extérieur.

Advenant un reconfinement, les activités ci-dessus peuvent être maintenues sous certaines conditions et en respectant le concept de bulle sociale et de distanciation physique, lorsqu'applicable dans le milieu, le tout **selon les directives spécifiques aux différents milieux, les mesures de PCI et les directives de la santé publique en vigueur**.

Nutrition et hydratation

En période de confinement :

- Faire la tournée régulière des unités locatives ou des chambres, en personne ou par téléphone, ou profiter de tous les moments possibles pour encourager les usagers ou les résidents à s'hydrater.
- Si possible, dédier une personne responsable qui peut offrir régulièrement de l'eau aux usagers ou résidents régulièrement, dans le respect des directives et principes de prévention et de contrôle des infections.
- Encourager la prise de repas et l'hydratation lors des visites nécessaires.
- Donner le niveau d'assistance requis à chaque repas, lorsque requis.
- Porter une attention particulière aux apports alimentaires et hydriques des usagers ou résidents lors des repas ou les questionner régulièrement sur ce qu'ils ont mangé pour déceler rapidement un problème d'apport alimentaire.
- Référer à la nutritionniste si des difficultés à l'alimentation ou des signes de dysphagie sont observés.
- Utiliser des moyens de communication tels que l'appel vidéo pour permettre de socialiser avec ses proches lors de l'activité repas.
- Encourager toute initiative permettant de stimuler les usagers à s'alimenter et s'hydrater adéquatement, dans le respect des directives et des principes de prévention et de contrôle des infections.

En période de déconfinement :

- Poursuivre les activités ci-dessus, que ce soit avec l'aide des intervenants, des personnes proches aidantes ou des visiteurs, dans le respect des directives de la santé publique et des mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Faire prendre les repas à la salle à manger en compagnie d'autres usagers ou résidents, si possible.
- Encourager les personnes proches aidantes et les visiteurs à venir prendre les repas avec leur proche, si possible.

Advenant un reconfinement, les activités ci-dessus peuvent être maintenues sous certaines conditions et en respectant le concept de bulle sociale et de distanciation physique, lorsqu'applicable dans le milieu, le tout **selon les directives spécifiques aux différents milieux, les mesures de PCI et les directives de la santé publique en vigueur**.

État cognitif et comportement / état psychologique

En période de confinement :

- Assurer une communication régulière avec les usagers ou les résidents, que ce soit en personne ou par téléphone.
- Surveiller fréquemment l'état d'éveil, l'humeur ou tout changement dans l'état mental de l'usager lors de vos communications avec lui pour détecter l'émergence de problèmes tels que la dépression, l'anxiété ou le delirium.
- Utiliser différents moyens de communication pour que l'usager ou le résident contacte ses proches : téléphone, courriels, messages textes, appels vidéo, etc. et l'assister à le faire, si requis.
- Discuter d'éléments positifs de leur histoire de vie lors des visites nécessaires.
- Encourager toute initiative permettant aux usagers de se divertir, de socialiser ou d'exercer leurs fonctions cognitives, dans le respect des directives et des principes de prévention et de contrôle des infections.

En période de déconfinement :

- Poursuivre les activités ci-haut, que ce soit avec l'aide des intervenants, des personnes proches aidantes ou des visiteurs, dans le respect des directives de la santé publique et des mesures de prévention et de contrôle des infections.

- Effectuer des activités de loisirs de groupe, intérieures ou extérieures.
- Effectuer des activités de stimulation cognitives de groupe.
- Encourager la visite des personnes proches aidantes et visiteurs pour permettre la socialisation en présentiel.

Advenant un reconfinement, les activités ci-dessus peuvent être maintenues sous certaines conditions et en respectant le concept de bulle sociale et de distanciation physique, lorsqu'applicables dans le milieu, le tout **selon les directives spécifiques aux différents milieux, les mesures de PCI et les directives de la santé publique en vigueur**.

Autres exemples d'interventions de routine basées sur l'AAPA

- S'informer de la personne (voir l'histoire de vie au dossier si disponible)
- Faire une programmation de tournée aux chambres et interagir, poser des questions sur les intérêts, vérifier l'état d'éveil, changement dans l'humeur, dans la communication
- Vérifier si l'usager a bien dormi, si a reçu un appel de la famille, si a douleur ou un malaise
- Mettre le verre d'eau à la disposition de la personne
- Vérifier la portion mangée dans l'assiette ou au plateau, l'appétit
- Mettre le calendrier à la bonne date pour orienter la personne
- Mettre à la disposition de l'usager la cloche d'appel (si besoin)
- S'assurer que la personne change de position, bouge
- Mettre à la disposition de l'usager des accessoires qui pourrait l'aider à bouger

DIRECTIVES POUR LE SAD

- Informer les prestataires externes de services de SAD des présentes recommandations afin que leurs travailleurs puissent les appliquer dans leurs interventions.
- En présence d'un usager ayant contracté la COVID-19 ou étant à haut risque de l'avoir contracté, adapter les présentes recommandations selon le jugement clinique et les directives SAD (point subséquent).
- Les présentes directives sont complémentaires aux directives en matière de soutien à domicile.

Autonomie et mobilité

- Encourager les usagers à se mobiliser de façon régulière et sécuritaire lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique.
- Encourager les usagers à effectuer leurs soins de base de façon autonome, tels l'hygiène personnelle, l'habillement et les activités domestiques ou les faire participer le plus possible à ces activités si de l'aide est requise.
- Porter une attention particulière aux éventuels changements dans les niveaux d'indépendance et d'autonomie des usagers lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique avec l'usager ou ses proches pour déceler rapidement un éventuel problème. Faire les interventions et/ou références pertinentes, le cas échéant.
- Encourager toute initiative qui permet le maintien de l'autonomie et la mobilisation des personnes aînées dans le respect des directives et des principes de prévention et de contrôle des infections.

Nutrition et hydratation

- Encourager la prise de repas et l'hydratation lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique.
- Porter une attention particulière aux apports alimentaires et hydriques des usagers lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique avec l'usager ou ses proches pour déceler rapidement un éventuel problème. Faire les interventions et/ou références pertinentes, le cas échéant (notamment si des signes de dysphagie sont observés).
- Encourager l'utilisation des moyens de communication tels que l'appel vidéo pour permettre de socialiser avec ses proches lors de l'activité repas.
- Encourager toute initiative permettant d'inciter les usagers à s'alimenter et s'hydrater, dans le respect des directives et des principes de prévention et de contrôle des infections.

État cognitif et comportement / état psychologique

- Porter une attention particulière à l'état d'éveil, l'humeur ou tout changement dans l'état mental de l'usager lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique avec l'usager ou ses proches pour détecter l'émergence de problèmes tels que la dépression, l'anxiété ou le delirium. Faire les interventions et/ou références pertinentes, le cas échéant.
- Encourager, lorsque possible et pertinent, l'utilisation de différents moyens de communication pour que l'usager contacte ses proches : téléphone, courriels, messages textes, appels vidéo, etc.
- Discuter d'éléments positifs de leur histoire de vie lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique avec l'usager.
- Assurer un soutien psychosocial aux usagers que vous identifiez comme étant susceptibles d'être fragilisés par la pandémie (exemple : anxiété, déprime).
- Encourager toute initiative permettant aux usagers de se divertir, de socialiser ou d'exercer leurs fonctions cognitives, dans le respect des directives et des principes de prévention et de contrôle des infections.

ANNEXE 1

EXEMPLES D'ACTIVITÉS S'ADRESSANT À LA CLIENTÈLE AÎNÉE POUR PRÉVENIR LE DÉCONDITIONNEMENT

Autonomie et mobilité

- Bouger les bras et les jambes par soi-même, en position debout, assise ou couchée.
- Se lever 5 fois de suite d'une chaise matin et soir.
- Si possible, se lever debout toutes les heures ou profiter des interventions requises par les intervenants pour se mobiliser et préserver son équilibre.
- Utiliser différents moyens, dont les applications ou les plateformes numériques en ligne pour visionner des vidéos d'exercices simples à réaliser :
  - voir la section *Initiatives de prévention du déconditionnement au Québec;*
  - voir le programme d'exercices à l'annexe 3.

Nutrition et hydratation

- Avoir une hygiène buccodentaire régulière et adéquate.
- Prendre des collations riches en protéines (à base de noix, de légumineuses, de produits laitiers, suppléments alimentaires, etc.), si la condition médicale le permet.
- Boire minimalement 1,5 litre d'eau ou de boisson par jour, sauf si une condition médicale exige une restriction en liquides.
- Boire de façon régulière, sans attendre d'avoir soif.

État cognitif et comportement / état psychologique

Les activités qui font travailler la mémoire et les autres fonctions mentales tels la stratégie et le jugement sont à privilégier pour maintenir ses capacités cognitives :

- Mots croisés;
- Sudoku;
- Apprendre à jouer d'un instrument de musique;
- S'initier à l'informatique;
- Faire des casse-têtes;
- Etc.

Les activités d'occupation qui génèrent des sentiments positifs et qui permettent le divertissement sont à privilégier pour réduire les émotions négatives :

- Regarder des albums photo ou fournir un cadre photo numérique;
- Lire un livre, une revue ou tout autre ouvrage d'intérêt;
- Utiliser différents moyens de communication pour contacter ses proches : téléphone, courriels, messages textes, appels vidéo, etc.;
- Discuter d'éléments positifs de votre de vie avec un membre du personnel ou un proche;
- Pratiquer la méditation ou toute autre activité d'intériorisation;
- Avoir une routine régulière pour garder le rythme;
- Consulter la page Stress, anxiété et déprime associés à la maladie à coronavirus COVID-19.

ANNEXE 2

INITIATIVES DE PRÉVENTION DU DÉCONDITIONNEMENT AU QUÉBEC

Différentes initiatives et outils en ligne ont été mis de l'avant durant la pandémie pour la prévention du déconditionnement chez les personnes aînées. En voici quelques-unes (liste non exhaustive) :

Pour les personnes œuvrant auprès de la clientèle aînée :

- Le document *COVID-19 - Particularités gériatriques - Guide de soins et revue de la littérature*, une initiative du Service de gériatrie du Centre hospitalier universitaire de Montréal;

- Le *Coffre à outils pour les infirmières et infirmiers travaillant auprès des personnes âgées en hébergement*, une initiative de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Pour la clientèle aînée :

- La plateforme numérique québécoise de conditionnement physique Move 50+ propose des programmes d'entraînement disponibles gratuitement permettant aux aînés confinés de demeurer actifs et ainsi minimiser le risque de déconditionnement physique.

- Deux programmes simples et sécuritaires pour la clientèle à domicile, en résidences privées pour aînés (RPA) et également en ressources intermédiaires et en ressources de type familial (RI-RTF), soit un programme pour les usagers sans auxiliaire de marche et un autre pour les usagers avec auxiliaire de marche, élaborés par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du Centre-du-Québec. Les deux programmes sont disponibles et en format imprimable (**voir annexe 3**) et en format vidéo :

  - Usager **sans** auxiliaire de marche et qui effectue de façon sécuritaire et autonome ses transferts et déplacement.

  - Usager **avec** auxiliaire de marche (canne, marchette, ambulateur, etc.) ou usager avec équilibre précaire lors des transferts et à la marche.

- Le site Web *Le CRIUGM répond au confinement des aînés*, lancé par le centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, pour garder actifs les aînés en période de confinement.

- L'initiative *Déconfinement Virtuel pour Aînés* (DV Aînés) fondée dans le contexte d'isolement et de distanciation sociale lié à la pandémie et dont la mission est de centraliser les ressources afin d'aider les aînés à naviguer sur les plateformes virtuelles et d'avoir accès à une multitude d'activités offertes pour soutenir les personnes aînées et leurs proches en temps de crise.

- La brochure *Trucs et conseils pour les aînés manger sainement, maintenir une routine et demeurer actif durant la pandémie de la COVID-19* du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

- La page Web *Aller mieux en contexte de pandémie (COVID-19)* du gouvernement du Québec.

Émission :	29-04-2020	Mise à jour :	06-11-2020

ANNEXE 3

Programme d'exercices pour usager SANS auxiliaire de marche et qui effectue de façon sécuritaire et autonome ses transferts et déplacement

Maintien à domicile

Client
RPA2 sans accessoire

Notes :

1 Mini-squat

Séries: 1 à 2 Réps: 10 à 15 Fréq: 3 à 5 fois par semaine

Debout face au comptoir ou derrière une chaise avec appuis légers:
-Pliez vos genoux comme si vous voudriez vous asseoir puis redressez-vous complètement.
-Assurez-vous de toujours maintenir les pieds à plat au sol et de laisser vos genoux bien alignés avec vos pieds.

N.B.: Pour augmenter la difficulté, vous pouvez essayer de descendre plus bas.

Faites 10 à 15 répétitions selon vos capacités.

2 Flexion de la hanche

Séries: 1 à 2 Réps: 10 à 15 Fréq: 3 à 5 fois par semaine

Debout derrière une chaise ou à côté d'un comptoir avec appuis nécessaires (1 ou 2 mains):
-Levez le genou le plus haut possible en gardant le dos bien droit et redescendez la jambe lentement.

Faites 10 à 15 répétitions par jambe.

© Physiotec 1996-2020. Tous droits réservés

Émission :	29-04-2020

Mise à jour :	06-11-2020

Maintien à domicile

Client
RPA2 sans accessoire

3 Flexion plantaire des chevilles

Séries: 1 à 2 Réps: 10 à 15 Fréq: 3 à 5 fois par semaine

Debout avec appuis légers à une chaise ou au comptoir:
-Montez sur la pointe des pieds en gardant les jambes bien allongées puis redescendez lentement.

Faites 10 à 15 répétitions selon vos capacités.

4 Flexion dorsale des chevilles

Séries: 1 à 2 Réps: 10 à 15 Fréq: 3 à 5 fois par semaine

Debout avec appuis légers à une chaise ou au comptoir:
-Levez le devant des pieds en gardant les jambes bien allongées puis redescendez lentement.

Faites 10 à 15 répétitions selon vos capacités.

© Physiotec 1996-2020. Tous droits réservés

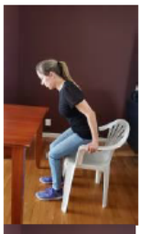
Émission :	29-04-2020

Mise à jour :	06-11-2020

Maintien à domicile

Client
RPA2 sans accessoire

5 Se lever et s'asseoir



Séries: 1 à 2 Réps: 5 à 10 Fréq: 3 à 5 fois par semaine

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras et une table devant:
Pour se lever:
-Placez vos mains sur les appuis-bras.
-Levez-vous lentement en penchant le corps vers l'avant et en vous aidant de vos mains.
-Relevez-vous bien droit.
Pour s'asseoir:
-Penchez-vous doucement pour mettre vos mains sur les appuis-bras.
-Assoyez-vous lentement.
-Prenez soin de bien appuyer votre dos au dossier avant de recommencer l'exercice.

Faites 5 à 10 répétitions selon vos capacités.

---

6 Marche de côté

Fréq: 3 à 5 fois par semaine

Debout face au comptoir avec appuis légers:
-Marchez de côté vers la droite puis vers la gauche.

Faites plusieurs allers-retours selon vos capacités.

© Physiotec 1996-2020. Tous droits réservés

7 Serrer le poing

Séries: 1 à 2 Réps: 10-15/main Fréq: 3 à 5 fois par semaine

Assis sur une chaise avec le dos bien appuyé:
-Serrez fort une balle ou une serviette roulée dans votre main et maintenez 5 secondes.

Faites 10 à 15 répétitions avec chaque main.

© Physiotec 1996-2020. Tous droits réservés

Émission :	29-04-2020

Mise à jour :	06-11-2020

Programme d'exercices pour usager AVEC auxiliaire de marche (canne, marchette, ambulateur, etc.) ou usager avec équilibre précaire lors des transferts et à la marche

Maintien à domicile

Client
RPA

Notes :

1 Flexion des hanches, assis

Séries: 1 à 2 Réps: 10 fois chaque côté Fréq: Au moins 3 fois par semaine

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras:
-Assurez-vous d'avoir le dos bien droit et appuyé au dossier de la chaise.
-Soulevez lentement la cuisse vers le haut, puis abaissez-la au sol.

Faites 10 répétitions chaque jambe.

2 Extension des genoux

Séries: 1 à 2 Réps: 10 fois chaque côté Fréq: Au moins 3 fois par semaine

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras:
-Assurez-vous d'avoir le dos bien droit et appuyé au dossier de la chaise.
-Levez le pied en tirant les orteils vers vous, puis abaissez-le au sol.

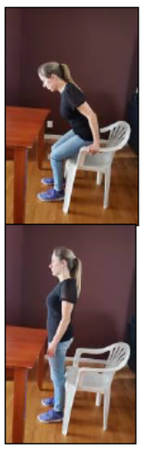
Faites 10 répétitions chaque jambe.

© Physiotec 1996-2020. Tous droits réservés

Maintien à domicile

Client
RPA

3 Se lever et s'asseoir



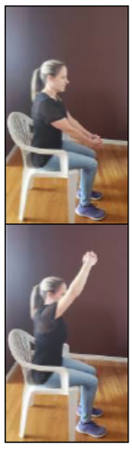
Séries: 1 à 2 Réps: 5 fois Fréq: Au moins 3 fois par semaine

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras, devant une table:
Pour se lever:
-Placez vos mains sur les appuis-bras.
-Levez-vous lentement en penchant le corps vers l'avant et en vous aidant de vos mains.
-Relevez-vous bien droit.

Pour s'asseoir:
-Penchez-vous doucement pour mettre vos mains sur les appuis-bras.
-Assoyez-vous lentement.
-Prenez soin de bien appuyer votre dos au dossier avant de recommencer l'exercice.

Faites 5 répétitions, selon vos capacités.

4 Flexion des épaules



Séries: 1 à 2 Réps: 10 fois Fréq: Au moins 3 fois par semaine

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras, le dos décollé:
-Assurez-vous d'avoir le dos bien droit.
-Joignez vos mains ensemble.
-Soulevez les mains vers le haut le plus possible sans douleur, puis abaissez-les.
Ne pas avancer la tête pendant l'exercice.

Faites 10 répétitions, selon vos capacités.

5 Serrer le poing

Séries: 1 à 2 Réps: 10 fois chaque côté Fréq: Au moins 3 fois par semaine Tenir: 5 secondes

Assis sur une chaise, le dos bien droit et appuyé au dossier:
-Serrez fort une balle ou une serviette roulée dans votre main et maintenez pendant 5 secondes.

Faites 10 répétitions par main.

6 Exercice circulatoire

Séries: 1 à 2 Réps: 15 à 20 fois Fréq: Au moins 3 fois par semaine

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras:
-Assurez-vous d'avoir le dos bien appuyé au dossier de la chaise.
-Tirez les pieds vers vous, puis pointez-les.

Faites 15 à 20 répétitions.

© Physiotec 1996-2020. Tous droits réservés

Émission :	03-07-2020	Mise à jour :	04-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA- 013

Catégorie(s) :

- ✓ Milieux de vie
- ✓ Ressources intermédiaires
- ✓ Ressources de type familial
- ✓ Mesures de prévention et de contrôle des infections

Directives relatives aux ressources intermédiaires (RI) et aux ressources de type familial (RTF) adultes et aînés en lien avec la COVID-19

Remplace directive émise le 3 juillet 2020 (non codifiée)

Expéditeur :	**Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)**
Destinataire :	- CISSS et CIUSSS • Toutes les directions des programmes-services; • Répondants RI-RTF des établissements. - Hôpital Sainte-Justine - Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James - Associations et organismes représentatifs de RI-RTF

Directive

Objet :

En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 dans le monde et de l'augmentation de cas d'infection au Québec, les soins et les services offerts doivent être adaptés pour tenir compte de ce contexte exceptionnel. Les mesures proposées pour les ressources intermédiaires (RI) et aux ressources de type familial (RTF) tiennent compte de la situation épidémiologique qui prévaut au Québec en date de la présente mise à jour. Ces mesures pourraient être resserrées si une recrudescence de la maladie survenait au Québec.

La diffusion de ces directives permet de transmettre de nouvelles informations et des consignes pour les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF) qui accueillent des personnes du programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), santé mentale (SM), dépendance ou ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du

	spectre de l'autisme (TSA). Les directives sont désormais articulées selon les types de ressources et non par programme services. Elles sont complémentaires aux tableaux de gradation des mesures et aux différentes trajectoires en provenance d'un centre hospitalier ou d'un milieu de réadaptation ou en provenance de la communauté.
Mesures à implanter :	Les établissements et les RI-RTF doivent mettre en place et respecter les mesures en lien avec les éléments suivants : ✓ La prévention et le contrôle des infections dans le milieu de vie ✓ Suivi clinique ✓ Visites et sorties des usagers et retour ✓ Remplaçants et employés embauchés par les RI-RTF ✓ Déplacement de la main-d'œuvre ✓ Placement/ Déplacement/ Réintégration ✓ Les répits et les placements intermittents dans les RI-RTF ✓ Règlement sur la classification des services offerts par une RI-RTF ✓ En présence d'un cas suspecté, en investigation ou confirmé en RI-RTF ✓ Transfert vers une zone tampon tiède ou chaude ou de soins spécialisés ✓ Réanimation cardiorespiratoire en contexte de pandémie ✓ Climatisation

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : non applicable	
Direction ou service ressource :	**Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial** guichetRIRTF@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	Aucun

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

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Natalie Rosebush

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-013

Directive

La diffusion de ces directives permet de transmettre de nouvelles informations et des consignes pour les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF) qui accueillent des personnes du programme-services SAPA, santé mentale (SM), dépendance ou ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Les directives sont désormais articulées selon les types de ressources et non par programme services.

Les différents types de ressources sont rassemblés dans 5 tableaux *COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte*. Les 4 tableaux qui concernent les RI-RTF, portent les titres suivants :

- Tableau A : RI de 20 places et plus avec usagers vulnérables à la COVID-19 et CHSLD.
- Tableau B : RI de 19 places et moins ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19 dont le milieu de vie n'est pas le lieu principal de résidence des responsables.
- Tableau D : RI adultes dans lesquelles les personnes ne présentent pas de facteurs de vulnérabilité à la COVID-19, les RI appartement supervisé, les RTF et les RIMA ainsi que les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers, qu'il y ait ou non, une personne ou plus ayant des facteurs de vulnérabilité à la COVID-19.
- Tableau E : Directives applicables aux RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ / LSSSS).

Il est à noter que le Tableau C, concerne uniquement les RPA.

Conséquemment, les directives du présent document seront un complément pour les tableaux A et D ainsi que la clientèle adulte du tableau B, en plus des différentes trajectoires en provenance d'un centre hospitalier ou d'un milieu de réadaptation ou en provenance de la communauté.

IMPORTANT : Les directives applicables aux ressources intermédiaires et de type familial (RI- RTF) qui accueillent la clientèle jeunesse (programme-services JED et DI-DP-TSA) se trouvent dans le document DGAPA-014.

DIRECTIVES CONCERNANT LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL (RI-RTF)

La pandémie de la COVID-19 et les diverses consignes sociosanitaires continuent de soulever plusieurs questions en lien avec le quotidien et 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 favorisant le retour à une vie le plus normale possible à l'intérieur des balises émises par la Direction générale de la santé publique.

Les présentes directives sont requises afin d'optimiser la sécurité des usagers qui, selon leur condition médicale, sont plus à risque de développer des complications à la suite de la contamination à la COVID-19 et dont la prise en charge en soins aigus ou intensifs peut être plus complexe. De plus, les personnes qui ont des problèmes de communication, de compréhension de la situation ou de capacité à se protéger, sont fragilisées par la situation entourant la COVID-19.

À titre de partenaires du réseau, une collaboration efficiente entre les établissements et les RI-RTF est nécessaire dans le contexte de la nouvelle normalité en lien avec la pandémie et des mesures additionnelles qui pourraient être applicables selon les différentes situations régionales.

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 pour les **personnes qui présentent les facteurs de vulnérabilités concernant la complication à la COVID-19** suivants:

- Personnes de 70 ans et plus
- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosupression.pdf)
- Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. (référer à la page 4 de cet avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf)
- Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40);
- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

La prévention et contrôle des infections 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 mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) sont respectées par tous. À cet effet, une formation de « champions » PCI est offerte en priorité à certaines ressources ciblées. Les balises quant aux ressources visées, aux critères pour déterminer les personnes à être formées, de même que d'autres informations pertinentes en lien avec le déploiement de cette formation ont déjà été transmises aux établissements.

En lien avec la prévention et le contrôle des infections dans les milieux de vie, il est également de la responsabilité du responsable de la RI-RTF de s'assurer du respect des principaux éléments suivants :

- S'assurer quotidiennement de la surveillance active de la fièvre et de l'apparition de signes et symptômes typiques et atypiques gériatriques chez l'usager (voir annexe 1);
- Adapter les moyens de communication 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 (PCI).

Les usagers doivent notamment :

- Se laver les mains souvent à l'eau tiède courante et au savon ou utiliser un désinfectant à base d'alcool ayant une concentration de 70 % et plus. Dans tous les cas, le temps de friction doit être au moins de 20 secondes;
- Se couvrir la bouche et le nez avec le pli du coude ou de l'épaule afin de réduire la propagation des germes en cas de toux ou d'éternuement;
- Jeter un mouchoir en papier dès que possible après son utilisation et se laver les mains par la suite;
- Respecter le concept de bulle pour les RI de plus de 10 places, lorsqu'applicables (voir également l'annexe 6);
- Éviter de circuler d'une zone à l'autre, lorsqu'applicable;
- Porter l'équipement requis en fonction de la présence ou non, d'un usager en isolement préventif ou en isolement. Précision : le port du masque n'est pas 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, à moins que l'usager soit en isolement préventif ou en isolement: https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19
- Éviter le contact direct pour les salutations, comme les poignées de main ou les accolades;

En plus de respecter les mesures applicables aux usagers, la ressource ainsi que son personnel ou ses remplaçants doivent :

- Rappeler à l'usager, l'obligation de porter le couvre-visage lorsqu'il fait une sortie pour se rendre dans un lieu public fermé (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/
- Contacter l'établissement avec lequel elles sont en entente afin de trouver une solution permettant de préserver l'intégrité des usagers, de la ressource ou d'autres personnes de la ressource (membres de la famille, employés), lorsque cette intégrité est menacée par certains usagers qui ne respectent pas les directives émises par la santé publique;
- Mettre en place des modalités adaptées de PCI, prévues par l'établissement responsable, pour le personnel et toute autre personne qui entre à l'intérieur de la ressource, le cas échéant;
- Réaliser la vigie de l'état de santé des employés/remplaçants des RI-RTF, lorsqu'elle y a recours, avant chaque quart de travail (par exemple, par l'instauration d'une grille de surveillance des symptômes);

https://www.inspq.qc.ca/publications/3042-questionnaire-symptomes-covid19

- Mettre en place un mécanisme sécuritaire pour les livraisons, impliquant notamment qu'elles ne soient pas remises directement aux usagers, quelle qu'en soit la provenance, afin de limiter la possibilité d'introduire le coronavirus dans les RI-RTF;

  Vous trouverez des informations relatives aux précautions particulières à prendre avant de consommer un repas à emporter ou livré, à partir du lien suivant :

  https://www.mapaq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/Avis_publicite/COVID19-Questions-reponsesMAPAQ.pdf

- Prévoir les modalités pour la circulation fluide des informations entre le personnel/remplaçants de la ressource, le cas échéant;
- Mettre en place des employés dédiés à une seule zone ou une seule ressource afin d'éviter qu'ils se déplacent d'une zone à l'autre notamment, dans les zones tièdes ou chaudes (voir l'arrêté ministériel 2020-038 et la section « Déplacement de la main-d'œuvre » à la page 6);
- Identifier une infirmière de référence pour les RI-RTF dans les milieux de vie spécifiques aux personnes qui présentent les facteurs de vulnérabilités concernant la complication à la COVID-19;
- Augmenter les mesures de prévention entre les différentes personnes qui offrent les services, 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;
- Assurer l'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des lieux physiques, par exemple les appareils de mesure de la tension artérielle, les boutons d'ascenseurs, les poignées de porte, etc. Ainsi, les surfaces fréquemment touchées dans les aires communes doivent être nettoyées et désinfectées plusieurs fois par jour, au minimum aux 2 à 4 heures;

  Vous trouverez des précisions relatives aux méthodes de désinfection, à partir du lien suivant :

  https://www.inspq.qc.ca/publications/3054-nettoyage-desinfection-surfaces-covid19

- Dispenser les formations, notamment celles concernant la PCI pour les RI-RTF, leurs employés et leurs remplaçants :
  - 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, disponible sur l'environnement numérique d'apprentissage provincial (ENA), 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;
- Consulter au besoin:
  - Les répondants RI-RTF de l'établissement avec lequel vous êtes en entente;
  - Le champion PCI de la ressource, si applicable;

- La ligne spéciale COVID-19 (1 877 644-4545) pour tout questionnement sur la COVID-19 (autre que PCI);
- Les informations à jour sur le site officiel du Gouvernement du Québec à partir du lien suivant :

  https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/

Suivi clinique

Les activités doivent s'appliquer dans le respect des mesures PCI décrites ci-haut, des directives de la santé publique, ainsi qu'en cohérence avec les tableaux (A-B-D) distinguant chaque type de milieu de vie. Se référer aux tableaux applicables, selon l'évolution de la pandémie dans la région.

À cet égard, les représentants de l'établissement doivent respecter les consignes de prévention et de contrôle des infections (voir 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 prévues dans le cadre des responsabilités de l'établissement)**.**

Visites

Se référer aux différents tableaux *COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte*.

Pour tous les types de ressource, le port du couvre visage est minimalement requis pour un visiteur. Pour les visites en ressources, le port du couvre-visage ou du masque est obligatoire pour les visiteurs de 10 ans et plus et est recommandé pour les enfants de 2 à 9 ans. Il est non recommandé pour ceux de moins de 2 ans.

La personne effectuant une visite auprès d'un usager qui est suspecté ou infecté par la COVID-19 ou qui est sur un étage où se trouvent des personnes infectées, doit porter l'équipement de protection individuelle complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants) dès son entrée dans la chambre de l'usager.

Vous trouverez des directives particulières pour les personnes proches aidantes, à partir du lien suivant : 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 l'état de santé de l'usager sont autorisées.

Pour les ressources associées aux tableaux A et B, elles doivent tenir obligatoirement un registre pour la gestion des entrées et des sorties pour le personnel régulier afin de faciliter la recherche de contacts en cas d'éclosion, entre le personnel et les usagers. De plus, pour les visiteurs, les personnes proches aidantes, le personnel non régulier du milieu offrant des soins et des services, le personnel embauché par la famille ou les bénévoles, ce registre est également obligatoire et doit de plus, inclure les coordonnées de la personne afin que celle-ci puisse rapidement être contactée par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et placée en isolement préventif si cela est requis.

Sorties des usagers

Se référer aux différents tableaux *COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte*.

Rappelons que la nécessité ou non de superviser ou d'accompagner l'usager lors d'une sortie 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 pour une sortie sans supervision, la personne doit être consciente du risque encouru associé à la contamination communautaire de la COVID-19. Elle doit aussi être en mesure de respecter les directives de la santé publique, notamment le port du couvre-visage et la distanciation physique

Dans le cadre d'un séjour temporaire d'un usager chez les membres de sa famille, et ce, peu importe la durée, si des besoins importants de services de soutien à domicile s'avèrent nécessaires, l'établissement pourrait refuser la sortie de la personne dans l'intérêt de sa sécurité compte tenu de la limite de capacité actuelle des équipes de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie.

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 poursuite de 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, un appel doit être fait à l'établissement.

Voir aussi les directives « Utilisation des tests selon les paliers d'alerte » diffusées le 8 octobre 2020.

Remplaçants et employés embauchés par les RI-RTF

Pour les consignes concernant le port des ÉPI, pour les employés, remplaçants compétents et autres prestataires de services, se référer aux indications de la CNESST :

Comment limiter la propagation de la COVID-19 au travail?

Affiche qui décrit l'ordre de priorité des mesures de contrôle afin de limiter la propagation de la COVID-19 dans les milieux de travail.

https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/900/Pages/DC-900-1104.aspx

De plus, dans les zones tièdes et chaudes, pour les soins directs aux usagers ou à moins de deux mètres, le port du masque de procédure, de la protection oculaire, de la blouse et des gants est requis.

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.

Déplacement de la main-d'œuvre

L'arrêté ministériel 2020-038 traite notamment de la mobilité du prestataire de services (voir définition à l'annexe 5) ou de son personnel entre des zones distinctes, plus spécifiquement entre deux milieux de travail distincts. Le prestataire de services est toute personne qui fournit notamment à une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial, dans le cadre d'un contrat de services, incluant un contrat de location de personnel, une prestation de services. Cet arrêté précise principalement qu'une personne qui œuvre dans une zone chaude ne peut œuvrer dans une zone froide. Conséquemment, à partir du moment où une personne a œuvré en zone chaude, elle ne peut plus retourner rendre des services aux usagers 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 (voir l'annexe 5) afin d'obtenir la déclaration d'un employé ou d'un remplaçant compétent, relativement à son travail dans les quatorze jours précédents son affectation. La ressource doit donc faire remplir cette déclaration, avant d'utiliser les services d'un remplaçant compétent ou l'embauche d'un nouvel employé qui est ciblé pour travailler en zone froide. Le même formulaire doit être utilisé pour le personnel provenant 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'une personne prestaire de services 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'agences 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.

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. Les circonstances actuelles requièrent 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 des facteurs de vulnérabilités concernant la complication à la COVID-19 (facteurs édictés en page 2, dans la section « État d'urgence sanitaire » du présent document).

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.

Dans le cas d'une réintégration, 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.

Toutefois, il est toujours interdit d'intégrer un nouvel usager suspecté ou confirmé à la COVID-19 dans une RI-RTF qui n'a pas déjà des cas de COVID-19. Dans de rares exceptions, si la RI-RTF donne son accord, qu'elle est en mesure d'offrir une zone (chambre) prévue à cette fin, qu'elle possède les ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées, l'usager pourrait intégrer cette ressource.

Les répits et les placements intermittents dans les RI-RTF

Se référer aux différents tableaux *COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte pour la mesure* : « Hébergement temporaire (répit, dépannage, convalescence) ».

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 peut 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 peut aussi se faire par téléphone ou par toute autre alternative technologique.

En présence d'un cas suspecté, en investigation ou confirmé en RI-RTF :

1. Mettre les mesures de précautions additionnelles en place;
2. Aviser immédiatement l'établissement;
3. Informer l'établissement du niveau de soins, si connu;
4. L'établissement avise les proches ou le représentant légal, public ou privé, de la situation de l'usager;
5. 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.

6. 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).

7. Toutefois, l'établissement demandera un transfert vers un milieu de confinement (nommé zone chaude ou zone tiède selon les modalités mises en place dans les établissements), 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 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 transféré vers une zone tampon, 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).

Pour que l'usager soit considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aigüe ou 21 jours pour les usagers ayant été admis aux soins intensifs et 28 jours pour les usagers sous corticostéroïdes ou immunosupprimés pour lever les mesures d'isolement, et ce, pourvu que la personne réponde aux critères cliniques, déjà recommandés pour la levée des mesures d'isolement, soit 48 heures sans fièvre (sans prise d'antipyrétique) et amélioration des symptômes depuis au moins 24 heures (excluant la toux, l'anosmie et l'agueusie résiduelles).

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.

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.

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.

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 doit être soumise localement à une évaluation du risque pour déterminer si les avantages dépassent les désavantages de l'utilisation de ces appareils. Les bénéfices du confort versus la sécurité des usagers et du personnel doivent être étroitement analysés et un environnement sécuritaire et confortable doit être assuré.

https://www.inspq.qc.ca/publications/3011-climatiseurs-mobiles-ventilateurs-milieux-soin-covid19

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/
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-207-01W.pdf
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
https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/Pages/index.aspx
http://www.education.gouv.qc.ca/coronavirus/

ANNEXE 1 : Symptômes de la COVID-19

OBSERVATIONS ET CHANGEMENTS CHEZ L'USAGER À RAPPORTER À L'ÉTABLISSEMENT

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
  - 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**

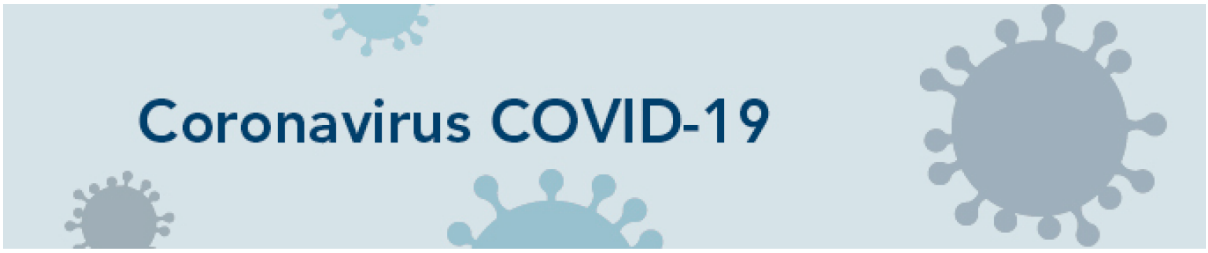
  Les responsables de RI-RTF et leur personnel doivent assurer la surveillance ou l'accompagnement requis pour préserver la sécurité et l'intégrité de la personne qui doit manger dans sa chambre. Si l'environnement ne permet pas l'alimentation à la chambre:

  - 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.

NNEXE 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 prévention et 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 :

- 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;

- Ne pas être sous consigne d'isolement, que ce soit en raison d'un diagnostic positif, du fait d'être un contact d'un cas confirmé ou d'être revenu de voyage dans les 14 derniers jours;

- 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 porter l'ÉPI nécessaire en fonction de la situation épidémiologique, 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;

- 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.*

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, si celle-ci est nettoyable, elle doit être conservée par les RI-RTF et désinfectée pour un usage multiple.

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2956-choix-protection-oculaire-covid19.pdf

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2955-desinfection-protection-oculaire-usage-unique-covid19.pdf

ANNEXE 5 - FORMULAIRE DE DÉCLARATION - MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE

SOURCE : ☐ Prestataire de services ☐ Agence de placement de personnel

La déclaration obligatoire vise les personnes suivantes et les situations suivantes :

- *toute personne qui fournit à un établissement de santé et de services sociaux, une ressource intermédiaire, une ressource de type familial ou une résidence privée pour aînés une prestation de services dans le cadre d'un contrat de services, incluant un contrat de location de personnel, une prestation de services correspondant aux tâches du personnel visé par un des titres d'emploi visés et prévus à la Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux (prestataire de services);*

- *les agences de placement de personnel ou autre personne morale dont les services consistent en la location de personnel souhaitant offrir les services d'un prestataire de services à un établissement de santé et de services sociaux, une ressource intermédiaire, une ressource de type familial ou une résidence privée pour aînés;*

- *lorsque l'affectation du prestataire de services est requise en « zone froide ». Si l'affectation du prestataire de services se situe dans une « zone chaude », la complétion du formulaire de déclaration n'est pas nécessaire.*

Les renseignements visés par la déclaration sont les suivants :

- *la liste des endroits où le prestataire de services visé a travaillé au cours des quatorze (14) jours précédant son affectation;*

- *la déclaration d'avoir travaillé en « zone chaude » au cours des quatorze (14) jours précédant l'affectation du prestataire de services, c'est-à-dire avoir été en contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test.*

Section à compléter par le prestataire de services	
Identification	Prénom et nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. No de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Titre d'emploi occupé : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Section à compléter par l'agence de placement de personnel	
Identification de l'agence	Nom de l'agence : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Désignation de la personne signataire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. No de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. No de contrat, s'il y a lieu : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Identification du prestataire de services	Prénom et nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. No de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Titre d'emploi occupé par le prestataire de services : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Émission :	03-07-2020	Mise à jour :	29-10-2020

Historique de travail *(au cours des quatorze (14) jours précédant l'affectation)*	
Endroit 1	Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés *(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : ☐ Oui ☐ Non
Endroit 2	Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés *(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : ☐ Oui ☐ Non
Endroit 3	Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés *(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : ☐ Oui ☐ Non
Endroit 4	Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés *(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : ☐ Oui ☐ Non
Endroit 5	Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés *(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : ☐ Oui ☐ Non

Date : _____

Signature du déclarant : _____

Émission :	03-07-2020	Mise à jour :	29-10-2020

Annexe 6 - Concept de bulle

(Version du 23 septembre 2020)

CONCEPT DE BULLE

L'**objectif** de l'application du concept de bulle est de maintenir la qualité de vie des usagers en période de pandémie tout en s'assurant de prévenir et contrôler la transmission de la COVID-19 dans le milieu de vie. Ce concept constitue l'un des moyens pouvant être mis en place par une RI ayant plus de 10 usagers. S'il ne peut s'appliquer, la distanciation physique de 2 mètres entre les usagers doit impérativement être respectée.

Le concept de bulle consiste en un regroupement d'un petit nombre d'usagers qui pourront interagir librement entre eux grâce à un assouplissement des mesures préventives telles que la distanciation physique. Formée trop petite, une bulle ne favorisera pas les interactions entre les usagers qui la constituent. D'autre part, une bulle trop grande augmente le risque d'introduction et de propagation du virus. Les usagers d'une même bulle peuvent participer ensemble aux différentes activités qui constituent la vie quotidienne de la ressource (ex. : l'activité repas, loisirs). Ce regroupement d'usagers en bulle est alors considéré comme une cellule de vie.

Étant donné que chaque bulle contient un nombre limité d'usagers et que ceux-ci sont toujours les mêmes, cela permet de limiter le nombre de personnes potentiellement atteintes d'une infection et de circonscrire les éclosions sur un étage, une unité ou dans le milieu de vie.

Le regroupement d'usagers dans des bulles distinctes favorise un retour partiel à la normalité du milieu de vie. Concrètement, **l'application du concept de bulle permet** :

- le maintien des contacts humains et la proximité physique entre les usagers d'une même bulle;
- le partage des objets, notamment lors des activités de loisirs (ex. : cartes, casse-tête, livres, balles);
- l'occupation optimale des lieux communs tels que les salons et les salles à manger;
- d'éviter l'isolement à la chambre lorsque non requis. Ainsi, l'isolement à la chambre est réservé pour les usagers suspectés ou atteints de la COVID-19.

L'application du concept de bulle doit se faire en respectant chacune des conditions suivantes afin de réduire les risques de transmission de la COVID-19 à l'ensemble du milieu de vie :

- Le concept de bulle s'applique uniquement en zone froide et ne s'applique pas en zone tiède et ni en zone chaude.
- Une bulle est constituée exclusivement d'usagers. Les personnes qui interagissent avec la bulle n'en font pas partie (notamment les membres du personnel, les visiteurs, les bénévoles, etc.).
- Une bulle peut regrouper un nombre variable d'usagers, idéalement 10 usagers et ce, jusqu'à un maximum de 12 usagers. Ce nombre maximum pourrait être adapté dans les unités prothétiques, sur autorisation de l'équipe de PCI de l'établissement ou du directeur de santé publique, et ce, pour tenir compte du profil des usagers.
- La composition des bulles devrait être déterminée au terme d'un processus interdisciplinaire où les aspects fonctionnels, environnementaux et sociaux (exemple, par intérêts des usagers) ont été considérés de manière à répondre le plus adéquatement aux besoins des usagers.
- Les usagers qui font partie d'une même bulle doivent toujours être les mêmes.
- Les usagers constituant une même bulle doivent être identifiés clairement (par exemple, des pastilles de couleur sur les chaises ou à l'entrée de la chambre, plan de table, etc.). Cette information doit être facilement disponible et bien connue des membres du personnel afin que les usagers d'une même bulle demeurent toujours au sein de la même cellule et puissent se côtoyer librement et participer ensemble aux différentes activités.

- Lors d'une activité de loisir, il est recommandé de procéder à une désinfection préalable, et après chaque usage, des différents objets (ex. casse-têtes, crayons, etc.) que se partagent les usagers d'une même bulle.
- Une attention particulière doit être apportée à l'hygiène des mains des usagers qui constituent une bulle, et ce, plusieurs fois par jour.
- L'introduction d'un usager nouvellement intégré est possible pour compléter une bulle ou pour remplacer un usager l'ayant quitté, lorsque ce dernier a complété la période d'isolement préventif recommandé lors d'une intégration.
- Si des usagers de différentes bulles doivent se côtoyer, la distanciation physique et les mesures PCI recommandées doivent être respectées. Il est de la responsabilité de la ressource, de ses employés ou de ses remplaçants compétents de soutenir les usagers pour s'assurer que cette mesure soit bien appliquée particulièrement pour les usagers qui ont de la difficulté à reconnaître leur appartenance à une bulle en raison de leur perte cognitive.
- Lors des activités de groupe, la distanciation physique de 2 mètres entre les différentes bulles doit être respectée en tout temps.
- Les membres du personnel, les personnes proches aidantes, les visiteurs, les bénévoles, etc., qui sont en contact avec les usagers doivent respecter rigoureusement les mesures PCI recommandées, porter les ÉPI requis et respecter les règles de distanciation physique pour éviter l'introduction de l'infection dans une bulle et la transmission de l'infection entre les différentes bulles.
- Les différentes personnes qui entrent en contact avec une bulle doivent être stabilisées et limitées afin de réduire au maximum le risque d'introduction de l'infection dans la bulle à partir d'une source externe.
- Les différentes personnes qui sont amenées à passer d'une bulle à l'autre (ex. employés) doivent appliquer les mesures PCI recommandées (port adéquat des ÉPI, hygiène des mains) afin de réduire au maximum le risque de propagation du virus entre les bulles. Lorsque cela est possible, leur route de travail devrait être organisée de manière à limiter les allers-retours entre les usagers de différentes bulles au cours d'un même quart de travail.
- Il n'est pas recommandé que les visiteurs et les personnes proches aidantes fréquentent des usagers de différentes bulles.
- Le concept de bulle doit être expliqué aux familles et/ou aux proches lorsqu'il est mis en place dans une ressource. Le consentement de l'usager ou de son représentant légal est requis afin d'assurer sa compréhension et l'acceptation de ce concept.
- Si un usager de la bulle est suspecté ou atteint de la COVID-19 ou si un membre du personnel est suspecté ou atteint de la COVID-19: se référer à l'équipe PCI pour les mesures à adopter et l'informer que le concept de bulle a été appliqué.

Émission :	19-06-2020	Mise à jour :	04-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-014

Catégorie(s) :

- ✓ Milieux de vie
- ✓ Ressources intermédiaires
- ✓ Ressources de type familial
- ✓ Mesures de prévention et de contrôle des infections
- ✓ Jeunes

Directives concernant les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) qui accueillent la clientèle jeunesse (programme-services JED et DI-DP-TSA)

Remplace la directive du 19 juin 2020 (non codifiée)

Expéditeur :	**Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)**
Destinataire :	- CISSS et CIUSSS • Toutes les directions des programmes-services; • Répondants RI-RTF des établissements. - Hôpital Sainte-Justine - Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James - Associations et organismes représentatifs de RI-RTF

Directive	
Objet :	Ces consignes regroupent l'ensemble des directives concernant la clientèle jeunesse des programme-services JED et DI-DP-TSA, placée en vertu de la LPJ et de la LSSSS confiées en ressources intermédiaires et en ressources de type familial (RI-RTF). Pour ces clientèles spécifiques, ces directives remplacent les directives RI-RTF diffusées le 19 juin dernier. De plus, les présentes directives sont complémentaires aux mesures prévues dans les tableaux B (pour les RI accueillant des jeunes ayant une vulnérabilité à la COVID) et E (pour les RI-RTF assujetties à la *Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant* ci-après la « LRR ») *COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte* ainsi que la *Trajectoire d'un jeune en provenance d'un domicile, d'une autre RI-RTF vers une RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ/LSSSS).* En lien avec le contexte actuel, nous rappelons qu'une collaboration de même qu'une communication positive et ouverte entre la ressource et l'établissement sont à prioriser. Si des questions additionnelles concernant les mesures sanitaires à mettre en place persistent, l'établissement assurera les liens auprès de sa direction régionale de la santé publique pour obtenir des précisions.
Mesures à implanter :	✓ Les représentants des établissements doivent: ○ Adapter leurs suivis cliniques en considérant le palier d'alerte en vigueur dans leur région, incluant l'application du Règlement sur la classification des services offerts par une RI-RTF ○ Adapter les visites et sorties du jeune selon les directives de la santé publique et, le cas échéant l'algorithme décisionnel ○ Statuer sur la fréquentation milieu scolaire ou de garderie de l'enfant ○ Aviser la personne qui accueille le jeune lors de sortie / visite des mesures devant être mises en place ○ Appliquer les directives concernant les placements / déplacements / réintégration des jeunes

	○ Suivre les indications concernant les répits et les placements intermittents ○ Donner les orientations à la ressource lorsque l'isolement préventif / isolement ou éclosion lui est demandé ○ Tenir compte des différentes balises concernant les placements d'urgence ○ Sensibiliser la ressource à la réanimation cardiorespiratoire en contexte de la pandémie ✓ Le(s) responsable (s) de la ressource doit (doivent): ○ Tenir un registre de la gestion des entrées et des sorties pour le personnel régulier (RI) ○ Collaborer avec l'établissement ○ Appliquer les directives lors du retour de sortie du jeune ○ Être vigilant en cas d'apparition de symptômes reliés à la COVID-19 ○ Encadrer les remplaçants et employés embauchés ○ Appliquer l'arrêté ministériel 2020-038 concernant le déplacement de la main d'œuvre ○ Suivre la procédure concernant les tests de dépistage ○ Appliquer les indications de l'INSPQ dans la ressource ○ Appliquer les modalités de visite dans la ressource, lorsqu'applicables ○ Utilisation des équipements de protection individuelle et autres, lorsque nécessaire ○ Application de l'isolement préventif / isolement ou éclosion selon les indications de l'établissement

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : S. O.	
Direction ou service ressource :	**DSAPARIRTF – Volet RI-RTF jeunesse** guichetRIRTF@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	Aucun

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

msss.gouv.qc.ca/directives

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Natalie Rosebush

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-014

Directive

Suivis cliniques

Les suivis cliniques sont déterminés au cas par cas par l'établissement en fonction des usagers, de leur situation et des autres personnes qu'ils côtoient au quotidien. Les activités doivent se réaliser en respectant les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI), des directives de la santé publique, ainsi qu'en cohérence avec les tableaux B et E qui distinguent chaque milieu de vie.

À cet égard, les représentants de l'établissement doivent respecter les consignes de prévention lors de visites dans les ressources (voir annexe 3 - Mesures de prévention et 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).

Visites et sorties pour les jeunes en difficulté confiés à une RI-RTF

Se référer aux tableaux B et E *COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte*.
L'arrêté ministériel 2020-032 précise que le directeur de la protection de la jeunesse soit tenu d'aménager, d'une façon qui permet de protéger la santé de la population, l'exercice d'un contact en présence physique d'un enfant avec ses parents, ses grands-parents ou toute autre personne ordonné. À ce titre, un algorithme décisionnel a été élaboré afin de soutenir cette décision et adapter, le cas échéant, les modalités de contacts en fonction des facteurs associés à la COVID-19, à la santé globale des individus et au milieu familial de la personne désignée.
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-290W.pdf

Les situations pour lesquelles une visite ou une sortie en présentiel n'est pas permise sont celles où le jeune confié ou une personne partageant son milieu de vie (RI-RTF) ou la personne avec qui le contact est prévu, est dans l'une des situations suivantes :

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

Dans l'un des cas prévus ci-dessus, des modalités alternatives (utilisation de moyens technologiques, téléphone, visioconférence, etc.) doivent être proposées pour permettre le maintien du lien entre le jeune et la personne avec qui l'interaction est prévue.

Si l'enfant, la personne avec qui l'interaction est prévue ou une personne de la RI-RTF présente un facteur de vulnérabilité à la COVID-19, des modalités alternatives doivent être proposées afin d'assurer la visite ou la sortie avec la personne concernée. Rappelons que les **facteurs de vulnérabilité** sont :

- Personnes de 70 ans et plus;
- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosupression.pdf)
- Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins

hospitaliers (se référer à la page 4 de cet avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf)

- Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40);
- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

À titre d'exemple, de telles modalités pourraient se traduire par le remplacement d'une visite au domicile des parents par une promenade à l'extérieur en respectant la distanciation de 2 mètres ou par le port d'équipements de protection individuelle appropriés, tel le port du masque de procédure, si la distance de 2 mètres ne peut être respectée.

L'aménagement des modalités alternatives doit être discuté avec les parents et la ressource. Au besoin, l'établissement doit se référer à sa direction régionale de santé publique pour déterminer quelles modalités permettraient de rendre l'interaction sécuritaire pour tous.

Pour les ressources associées au tableau B, elles doivent tenir obligatoirement un registre pour la gestion des entrées et des sorties pour le personnel régulier afin de faciliter la recherche de contacts en cas d'éclosion le cas échéant et les usagers. De plus, pour les visiteurs, les parents, le personnel ou remplaçant non régulier du milieu offrant des soins et des services ou les bénévoles, ce registre est également obligatoire et doit de plus, inclure les coordonnées de la personne afin que celle-ci puisse rapidement être contactée par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et placée en isolement préventif si cela est requis.

La collaboration de la ressource, du milieu familial et des intervenants du directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) est nécessaire pour échanger sur les meilleures modalités à mettre en œuvre pour assurer les contacts physiques. S'il est impossible d'établir des modalités ou des conditions de visites ou de sorties sécuritaires, l'interaction en présentiel doit être proscrite. Une telle décision de suspendre une sortie ou une visite doit toutefois être prise par le DPJ, sur une base exceptionnelle.

Mesures sanitaires liées à toute sortie et visite pour les jeunes confiés à une RI-RTF

La personne qui accueillera le jeune pendant sa sortie doit s'engager à mettre en place des mesures de prévention adaptées aux caractéristiques du jeune, du milieu et aux modalités de la sortie (ex.: sortie d'une heure ou avec coucher).

Il est de la responsabilité de l'établissement d'informer la personne qui **reçoit** le jeune des mesures sanitaires générales, en plus de celles associées au contexte de la sortie.

La personne qui **reçoit** le jeune doit contacter l'établissement s'il constate qu'une personne présente des symptômes de la COVID-19 au cours de la sortie. Il est aussi attendu que l'intervenant de l'établissement questionne le responsable du milieu sur l'état du déroulement de la sortie pour déterminer si des mesures particulières doivent être prises au retour du jeune dans la RI-RTF. La personne qui **reçoit** le jeune lors d'une sortie sera informée par l'établissement des consignes sanitaires à respecter, soit notamment :

- Avoir préalablement nettoyé et désinfecté les objets et les surfaces touchées fréquemment telles que poignées de porte, robinets, interrupteurs, rampes d'escalier et toilettes : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement/nettoyage-surfaces;

- À l'arrivée et à la fin de la sortie, le jeune et les personnes présentes dans le milieu doivent se laver les mains avec de l'eau et du savon (durant 20 secondes) ou avec une solution désinfectante à base d'alcool à 70 % ou plus (ex. : Purell);

- Selon la durée de la sortie, assurer de façon régulière le lavage des mains et le nettoyage des objets et surfaces durant celle-ci (le nettoyage et la désinfection diminuent le risque de contagion);

- Prendre en considération que les soins que pourrait nécessiter le jeune dans ses activités quotidiennes devraient idéalement être donnés par la même personne (ex. aide pour manger, aller à la toilette, se déplacer dans la maison);

- Limiter le plus possible les activités avec contact direct (ex. distancer les personnes le plus possible, limiter le partage des objets comme le cellulaire, la télécommande ou la manette de jeux, manipuler le matériel dans un jeu de société par une même personne, etc.);

- Instaurer une façon de faire pour respecter et rendre opérationnelles les consignes précédentes, selon les modalités de sortie (ex. aires communes, repas, hygiène personnelle et installations sanitaires, coucher, etc.);

- Au cours des sorties, comme dans la population en générale, un rappel de l'importance de conserver une distance de 2 mètres entre le jeune, le parent ou la personne significative est effectué;

- Le port du couvre-visage est obligatoire dans les lieux publics fermés. Il pourra être porté par l'adulte et, si possible, par le jeune âgé de 10 ans et plus. Pour les visites en ressources, le port du couvre-visage est obligatoire pour les visiteurs, dès l'âge de 2 ans. Par ailleurs, le couvre-visage ne doit pas être porté par un enfant de moins de 2 ans, par une personne avec des difficultés respiratoires ou par une personne qui ne peut le retirer seule;

- Si des soins doivent être donnés au jeune pendant la sortie, le port du masque de procédure est fortement recommandé;

- Le milieu d'accueil où se déroule la sortie/ visite devra contacter la ressource afin de l'aviser de l'état de santé général du jeune (présence de symptômes associés à la COVID-19).

Au retour du jeune à la suite d'une sortie

L'état de santé évolutif des personnes (jeune et les personnes avec lesquelles le jeune a été en contact) en cause doit aussi être pris en considération pour assurer :

- La prévention de l'introduction du virus dans la RI-RTF.

- L'identification rapide d'un jeune pouvant être infecté.

- L'application de mesures de prévention et de contrôle des infections **ci-bas.**

Lors du retour du jeune, il est demandé de procéder aux étapes suivantes :

1. Le lavage des mains systématique avec de l'eau et du savon pendant 20 secondes ou avec une solution hydro alcoolique (à base d'alcool à 70 % ou plus (ex. : Purell)).

2. Vérifier si présence de symptômes typiques de la COVID-19 :

Fièvre :

- Chez l'enfant de 0-5 ans : 38,5 °C (101,3 °F) et plus (température rectale),
- Chez l'enfant de 6 ans et plus : 38,1 °C (100,6 °F) et plus (température buccale),
- Chez l'adulte : 38 °C (100,4 °F) et plus (température buccale),
- Ou 1,1 °C de plus que la valeur habituelle d'une personne;

Symptômes généraux :

- Perte soudaine d'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte du goût,
- Grande fatigue,
- Perte d'appétit importante,
- Douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique);

Symptômes respiratoires :

- Toux (nouvelle ou aggravée),
- Essoufflement, difficulté à respirer,
- Mal de gorge,
- Nez qui coule ou nez bouché;

Symptômes gastro-intestinaux :

- Nausées,
- Vomissements,
- Diarrhée,
- Maux de ventre.

3. Si présence d'un symptôme associé à la COVID-19, l'établissement doit être contacté.
4. Le port de vêtements de rechange, le nettoyage des bagages et le lavage des vêtements qui ont servi lors de la sortie.
5. Le lavage des appareils électroniques (cellulaire, tablette, etc.) avec des lingettes désinfectantes.
6. La surveillance active de la fièvre et d'autres symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers au moins une fois par jour pendant les 14 jours suivant la visite ou la sortie.
7. L'application rigoureuse des mesures d'hygiène des mains et d'hygiène respiratoire demeure essentielle.

Par ailleurs, une concertation entre l'établissement et la direction régionale de santé publique pourrait être pertinente selon les situations.

En cas d'apparition de symptômes, compléter l'outil d'autoévaluation des symptômes ou contacter la ligne Info- COVID-19 (1 877 644-4545) afin de connaître les modalités pour les tests de détection. De plus, une période d'isolement sera requise.

La ressource devra porter une attention particulière à un changement dans l'apparition de symptômes chez le jeune.

Remplaçants et employés embauchés par les RI-RTF

Le port du masque est obligatoire pour tous les remplaçants / employés qui ne résident pas dans la ressource, lorsque ces derniers fréquentent les jeunes pendant plus de 15 minutes à moins de 2 mètres de distance de ceux-ci.

Pour les consignes concernant le port des ÉPI, se référer aux indications de la CNESST :
Comment limiter la propagation de la COVID-19 au travail?
Affiche qui décrit l'ordre de priorité des mesures de contrôle afin de limiter la propagation de la COVID-19 dans les milieux de travail.
https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/900/Pages/DC-900-1104.aspx

De plus, dans les zones tièdes et chaudes, pour les soins directs aux usagers ou à moins de deux mètres, le port du masque de procédure, de la protection oculaire, de la blouse et des gants est requis.

Le remplaçant / l'employé doit également appliquer la hiérarchie des mesures de contrôle en milieu de travail disponible sur le site de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/3022-hierarchie-mesures-controle-milieuxtravail-covid19.pdf

Si des enjeux de main-d'œuvre sont rencontrés, les ressources peuvent communiquer avec la ou les personnes identifiées par le CISSS ou le CIUSSS avec lequel elles ont une entente, pour obtenir du soutien.

Déplacement de la main-d'œuvre

L'arrêté ministériel 2020-038 traite notamment de la mobilité du prestataire de services (voir définition à l'annexe 5) ou de son personnel entre des zones distinctes, plus spécifiquement entre deux milieux de travail distincts. Le prestataire de services est toute personne qui fournit notamment à une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial, dans le cadre d'un contrat de services, incluant un contrat de location de personnel, une prestation de services. Cet arrêté précise principalement qu'une personne qui œuvre dans une zone chaude ne peut œuvrer dans une zone froide. Conséquemment, à partir du moment où une personne a œuvré en zone chaude, elle ne peut plus retourner rendre des services aux usagers 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 (voir l'annexe 5) afin d'obtenir la déclaration d'un employé ou d'un remplaçant compétent, relativement à son travail dans les quatorze jours précédant son affectation. La ressource doit donc faire remplir cette déclaration, avant d'utiliser les services d'un remplaçant compétent ou l'embauche d'un nouvel employé qui est ciblé pour travailler en zone froide. Le même formulaire doit être utilisé pour le personnel provenant 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'une personne prestaire de services 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'agences 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.

Placement / Déplacement / Réintégration

Il est toujours interdit d'intégrer un nouvel usager suspecté ou confirmé à la COVID-19 dans une RI-RTF qui n'a pas déjà des cas de COVID-19. Toutefois, la RI-RTF donne son accord, qu'elle est en mesure d'offrir une zone (chambre) prévue à cette fin, qu'elle possède les ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées, l'usager ayant été dépisté positif à la COVID-19 pourra intégrer cette ressource. L'intégration d'un jeune dans la ressource devrait se réaliser en se basant sur la *Trajectoire d'un jeune en provenance d'un domicile, d'une autre RI-RTF vers une RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ/LSSSS).* Lors de l'arrivée du jeune, les mesures sanitaires mentionnées dans la section « Retour de sortie » devraient alors s'appliquer de manière préventive.

Même en temps de crise, les obligations de chacune des parties, notamment prévues dans les ententes collectives et nationales, demeurent celles devant 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. Les circonstances exceptionnelles actuelles requièrent 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 des facteurs de vulnérabilités identifiés par la santé publique concernant les complications à la COVID-19 (facteurs édictés précédemment).

Conséquemment, divers moyens ont été proposés afin de concilier les différents enjeux dus à la COVID-19, permettant ainsi que le déplacement de l'usager demeure la dernière alternative à envisager dans le contexte actuel.

Les répits et les placements intermittents dans les RI-RTF

Se référer aux tableaux B et E *COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte* pour la mesure : « Hébergement temporaire (répit, dépannage, convalescence) ».

Tests de dépistage

Conformément aux directives actuelles de la santé publique, les mêmes critères d'accès aux tests de dépistage pour la population générale s'appliquent aux jeunes confiés en RI-RTF. Afin de déterminer si un test

est requis, il est recommandé de compléter l'outil d'autoévaluation que vous trouverez sur ce lien afin de suivre les consignes qui suivront:

https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/guide-auto-evaluation-symptomes-covid-19/

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 notamment, selon les indications de l'INSPQ :

- Mettre en place un mécanisme sécuritaire pour les livraisons, impliquant notamment qu'elles ne soient pas remises directement aux usagers, quelle qu'en soit la provenance, afin de limiter la possibilité d'introduire le coronavirus dans les RI-RTF;

  Vous trouverez des informations relatives aux précautions particulières à prendre avant de consommer un repas à emporter ou livré, à partir du lien suivant : https://www.mapaq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/Avis_publicite/COVID19-Questions-reponsesMAPAQ.pdf

- Réaliser la vigie de l'état de santé des remplaçants / employés des RI-RTF, lorsqu'elle y a recours, avant chaque quart de travail (par exemple, par l'instauration d'une grille de surveillance des symptômes);
- Dispenser des formations, notamment celles concernant la PCI (prévention et contrôle des infections) pour les RI-RTF et leurs remplaçants / 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
- Interdire aux usagers et au personnel (le cas échéant) de circuler d'une zone à l'autre, lorsqu'applicable (Voir l'arrêté ministériel 2020-038);
- Avoir du personnel dédié, le cas échéant, pour les zones tièdes ou chaudes;
- Notez que les ÉPI requis varient en fonction du niveau de propagation du virus dans la région et de la présence d'une éclosion ou non dans le milieu;
- Conserver la visière, si elle est requise par les RI-RTF, afin de la désinfecter pour un usage multiple, lorsqu'applicable.

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

Compte tenu de la distanciation demandée par la santé publique, l'exercice de la complétion de cet Instrument peut se faire par téléphone ou par toute autre alternative technologique, selon l'évaluation du risque faite 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 du jeune (ex. : nouveau problème de comportement). Évidemment, cet exercice peut se faire par téléphone ou par toute autre alternative technologique.

Fréquentation scolaire

La présence physique à l'école est obligatoire pour tous les élèves.

Les élèves présentant une condition de vulnérabilité pour la santé peuvent être exemptés de la présence à l'école, sur présentation d'un billet médical. Les médecins sont informés par les autorités de santé publique des conditions pouvant justifier une absence de l'école. Les élèves vivant sous le même toit qu'un proche ayant une vulnérabilité sur le plan de la santé peuvent également être exemptés. Les parents d'un enfant atteint du cancer sont invités à consulter les recommandations du Comité national de cancérologie pédiatrique en contexte de la pandémie de la COVID-19.

Les élèves ne pouvant retourner à l'école ont accès à des services éducatifs à distance. Un billet du médecin est requis.

Par ailleurs, toute personne présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 ou ayant reçu toute consigne d'isolement ne doit pas fréquenter l'école, que ce soit l'élève ou le personnel de l'école.

Pour tous les détails sur les mesures mises en place pour les milieux de l'éducation ou les services de garde éducatifs à l'enfance, veuillez consulter https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/reponses-questions-coronavirus-covid19/questions-reponses-education-famille-covid-19/

Fréquentation des garderies

Pour toute question concernant les services de garde en milieu familial œuvrant dans une RI-RTF, le responsable de la ressource doit communiquer avec son conseiller au ministère de la Famille.

La décision de la fréquentation du service de garde revient au parent, en cohérence avec la directive pour la fréquentation du milieu scolaire pendant la pandémie.

Modalités de visite dans la RI-RTF, si applicables

Se référer aux tableaux *COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte* B ou E.

Pour le visiteur :

- Le visiteur doit se rendre directement au lieu réservé pour la visite sans se promener dans la ressource.
- Port du masque de procédure dès l'entrée dans la ressource et les ÉPI requis selon la région.
- À l'arrivée et à la fin de la visite, le jeune et le visiteur doivent se laver les mains avec de l'eau et du savon (durant 20 secondes) ou avec une solution désinfectante à base d'alcool à 70 % et plus (ex. Purell).
- Limiter le plus possible les activités avec contact direct ou le partage d'objets (ex. distancer les personnes le plus possible, utilisation de la tablette ou du cellulaire, manipulation du matériel dans un jeu de société par une même personne, etc.).

- Si une marche à l'extérieur est autorisée, il faut maintenir une distance de 2 mètres avec les autres personnes.
- Au cours des visites, il pourrait être difficile de conserver une distance de 2 mètres entre le jeune, le parent ou la personne significative. Le couvre-visage pourra être porté par le jeune, si possible, en respectant les consignes émises par la direction nationale de la santé publique.

Consignes de désinfection pour la RI-RTF :

- Avant et après le contact (avec le parent ou le visiteur dans la ressource), nettoyer et désinfecter avec un produit approuvé, les objets et les surfaces touchés fréquemment comme poignées de porte, robinets, interrupteurs, rampes d'escalier et toilettes :

  https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement/nettoyage-surfaces**.**

- S'assurer que le protocole de désinfection utilise une approche systématique, avec une liste de tâches bien définies, afin que toutes les surfaces contaminées soient nettoyées et désinfectées.
- Utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI) et autres
- 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 jeunes, même lors de services de soutien ou d'assistance à rendre à moins de 2 mètres du jeune.
- En présence de symptômes relatifs à la COVID-19
- Dans le contexte où un jeune présenterait les symptômes relatifs à la COVID-19 et qu'il serait en attente d'un résultat de dépistage ou que celui-ci a été exposé à une personne testée positive à la COVID-19, le jeune doit être placé en isolement préventif et porter les équipements de protection individuelle requis, si possible en fonction des capacités du jeune. Conséquemment, la ressource devra porter les ÉPI requis également.

Application de l'isolement préventif / isolement ou éclosion

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).

La personne (l'un ou l'autre des responsables ou l'un des membres de sa famille et/ou l'usager) 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 en isolement 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.

Toute décision dans l'application des mesures de confinement 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 confinée doit également être préservée, afin de prévenir un risque de désorganisation de la personne isolée. 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 solutions conciliant 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 les enfants, les personnes présentant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique, les personnes présentant un trouble neurocognitif majeur, nécessitent la mise en place de mesures additionnelles assurant la préservation de leur intégrité psychologique et physique.

Toutefois, l'établissement demandera 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 personnes, si l'une ou l'autre des conditions énumérées précédemment n'est pas applicable.
Pour toutes les situations concernant un enfant d'âge mineur, aviser les parents ou le tuteur. Pour celles impliquant un hébergement en protection de la jeunesse, aviser le DPJ. Pour toutes les autres situations, aviser les proches.

Placement d'urgence

Les placements d'urgence et les placements provisoires sont considérés comme des services essentiels. Conséquemment, ces types de placements doivent être maintenus, peu importe le palier d'alerte de la région (voir la *Trajectoire d'un jeune en provenance d'un domicile, d'une autre RI-RTF vers une RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ/LSSSS)*).

Dans le contexte d'un placement d'urgence, les établissements doivent s'assurer que les RI-RTF offrant ce type de placement aient en leur possession les ÉPI requis pour permettre une prestation de services sécuritaire et limiter la propagation de la COVID-19. Un isolement préventif pourrait être requis, étant donné que l'analyse du milieu peut être difficile à effectuer dû au contexte associé à ce type de placement.

La ressource est invitée en tout temps à se référer à l'intervenant au dossier du jeune afin d'être informée adéquatement des mesures à prendre.

En tout temps, la décision de l'application de l'isolement devrait se faire à partir d'une analyse par l'établissement en favorisant un échange avec la direction régionale de la santé publique. En effet, ce dernier doit tenir compte du niveau de risque associé à l'exposition à la COVID-19 que le jeune pourrait avoir eu.

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 2) mises à jour le 29 mai, 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.

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.

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.

[1] Communément nommé zone chaude ou zone tiède selon les modalités mises en place dans les établissements de santé et de services sociaux.

ANNEXE 1 : MOYENS DE FAVORISER L'ISOLEMENT D'UN USAGER QUI PRÉSENTE DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION NOTAMMENT, POUR LA CLIENTÈLE QUI PRÉSENTE ÉGALEMENT UNE DI, UNE DP, UN TSA OU UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE

- Confinement à la chambre

  Pour favoriser le confinement 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 physique et le port de l'équipement de protection individuelle.

- 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 du lieu, les mesures de prévention et de contrôle des infections (ex. : le nettoyage et la désinfection des surfaces touchées sont effectués), sont en place;

  - Que la distanciation physique d'au moins 2 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, de port d'équipement de protection individuelle lorsque nécessaire et de distanciation physique lors des déplacements, en accompagnant l'usager tout au long de l'activité, si requis.

ANNEXE 2

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.

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.

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 3 - Mesures de prévention et de protection individuelle à appliquer par les représentants de l'établissement lors de visites dans les RI-RTF (vigie ou autres visites 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;

- Le représentant doit porter un masque de procédure au moment de son arrivée dans les ressources et le port d'une protection oculaire lorsque requis;

- Dans le cas où un intervenant a plus d'une visite de ressources à faire dans la même journée, il devra aussi revêtir une blouse à 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 pas avoir reçu un diagnostic de COVID-19 dans les 10 derniers jours, ne pas être revenu de voyage depuis 14 jours ou moins, ne pas être en attente d'un résultat de test, ne pas être un contact à risque modéré ou élevé de cas confirmé;

- Ne présenter aucun symptôme lié à la COVID-19 tel que la fièvre, l'apparition ou l'aggravation d'une toux, des difficultés respiratoires, la perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte de goût, : la faiblesse généralisée, des céphalées, la fébrilité/frissons, des douleurs musculaires, des maux de gorge, de la diarrhée, ou des vomissements;

- Respecter une distance de 2 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 : recommandations intérimaires* 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 stérile, 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.

ANNEXE 4 - FORMULAIRE DE DÉCLARATION - MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE

SOURCE : ☐ Prestataire de services ☐ Agence de placement de personnel

La déclaration obligatoire vise les personnes suivantes et les situations suivantes :

- *toute personne qui fournit à un établissement de santé et de services sociaux, une ressource intermédiaire, une ressource de type familial ou une résidence privée pour aînés une prestation de services dans le cadre d'un contrat de services, incluant un contrat de location de personnel, une prestation de services correspondant aux tâches du personnel visé par un des titres d'emploi visés et prévus à la Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux (prestataire de services);*

- *les agences de placement de personnel ou autre personne morale dont les services consistent en la location de personnel souhaitant offrir les services d'un prestataire de services à un établissement de santé et de services sociaux, une ressource intermédiaire, une ressource de type familial ou une résidence privée pour aînés;*

- *lorsque l'affectation du prestataire de services est requise en « zone froide ». Si l'affectation du prestataire de services se situe dans une « zone chaude », la complétion du formulaire de déclaration n'est pas nécessaire.*

Les renseignements visés par la déclaration sont les suivants :

- *la liste des endroits où le prestataire de services visé a travaillé au cours des quatorze (14) jours précédant son affectation;*

- *la déclaration d'avoir travaillé en « zone chaude » au cours des quatorze (14) jours précédant l'affectation du prestataire de services, c'est-à-dire avoir été en contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test.*

Section à compléter par le prestataire de services	
Identification	Prénom et nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. No de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Titre d'emploi occupé : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Section à compléter par l'agence de placement de personnel	
Identification de l'agence	Nom de l'agence : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Désignation de la personne signataire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. No de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. No de contrat, s'il y a lieu : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Identification du prestataire de services	Prénom et nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. No de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Titre d'emploi occupé par le prestataire de services : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Historique de travail *(au cours des quatorze (14) jours précédant l'affectation)*	
Endroit 1	Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés *(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : ☐ Oui ☐ Non
Endroit 2	Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés *(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : ☐ Oui ☐ Non
Endroit 3	Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés *(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : ☐ Oui ☐ Non

Endroit 4	Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés *(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : ☐ Oui ☐ Non
Endroit 5	Nom de l'établissement de santé et de services sociaux, de la ressource intermédiaire, de la ressource de type familial ou de la résidence privée pour aînés *(S'il s'agit d'un établissement de santé et de services sociaux, veuillez préciser l'installation)* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Présence de contact avec une personne suspectée d'être atteinte de la COVID-19, qui est en attente du résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 ou qui a obtenu un résultat positif à un tel test : ☐ Oui ☐ Non

Date : _____

Signature du déclarant : _____

ANNEXE 5 - Concept de bulle

L'**objectif** de l'application du concept de bulle est de maintenir la qualité de vie des usagers en période de pandémie tout en s'assurant de prévenir et contrôler la transmission de la COVID dans le milieu de vie. Ce concept constitue l'un des moyens pouvant être mis en place par une RI ayant plus de 10 usagers. S'il ne peut s'appliquer, la distanciation physique de 2 mètres entre les usagers doit impérativement être respectée.

Le concept de bulle consiste en un regroupement d'un petit nombre d'usagers qui pourront interagir librement entre eux grâce à un assouplissement des mesures préventives telles que la distanciation physique. Formée trop petite, une bulle ne favorisera pas les interactions entre les usagers qui la constituent. D'autre part, une bulle trop grande augmente le risque d'introduction et de propagation du virus. Les usagers d'une même bulle peuvent participer ensemble aux différentes activités qui constituent la vie quotidienne de la ressource (ex. : l'activité repas, loisirs). Ce regroupement d'usagers en bulle est alors considéré comme une cellule de vie.

Étant donné que chaque bulle contient un nombre limité d'usagers et que ceux-ci sont toujours les mêmes, cela permet de limiter le nombre de personnes potentiellement atteintes d'une infection et de circonscrire les éclosions sur un étage, une unité ou dans le milieu de vie.

Le regroupement d'usagers dans des bulles distinctes favorise un retour partiel à la normalité du milieu de vie. Concrètement, **l'application du concept de bulle permet** :

- Le maintien des contacts humains et la proximité physique entre les usagers d'une même bulle;
- Le partage des objets, notamment lors des activités de loisirs (ex. : cartes, casse-tête, livres, balles);
- L'occupation optimale des lieux communs tels que les salons et les salles à manger;
- D'éviter l'isolement à la chambre lorsque non requis. Ainsi, l'isolement à la chambre est réservé pour les usagers suspectés ou atteints de la COVID.

L'application du concept de bulle doit se faire en respectant chacune des conditions suivantes afin de réduire les risques de transmission de la COVID à l'ensemble du milieu de vie :

- Le concept de bulle s'applique uniquement en zone froide et ne s'applique pas en zone tiède et ni en zone chaude.
- Une bulle est constituée exclusivement d'usagers. Les personnes qui interagissent avec la bulle n'en font pas partie (notamment les membres du personnel, les visiteurs, les bénévoles, etc.).
- Une bulle peut regrouper un nombre variable d'usagers, idéalement 10 usagers et ce, jusqu'à un maximum de 12 usagers. Ce nombre maximum pourrait être adapté dans les unités prothétiques, sur autorisation de l'équipe de PCI de l'établissement ou du directeur de santé publique, et ce, pour tenir compte du profil des usagers.
- La composition des bulles devrait être déterminée au terme d'un processus interdisciplinaire où les aspects fonctionnels, environnementaux et sociaux (exemple, par intérêts des usagers) ont été considérés de manière à répondre le plus adéquatement aux besoins des usagers.
- Les usagers qui font partie d'une même bulle doivent toujours être les mêmes.
- Les usagers constituant une même bulle doivent être identifiés clairement (par exemple, des pastilles de couleur sur les chaises ou à l'entrée de la chambre, plan de table, etc.). Cette information doit être facilement disponible et bien connue des membres du personnel afin que les usagers d'une même bulle demeurent toujours au sein de la même cellule et puissent se côtoyer librement et participer ensemble aux différentes activités.

- Lors d’une activité de loisir, il est recommandé de procéder à une désinfection préalable, et après chaque usage, des différents objets (ex. casse-têtes, crayons, etc.) que se partagent les usagers d’une même bulle.
- Une attention particulière doit être apportée à l’hygiène des mains des usagers qui constituent une bulle, et ce, plusieurs fois par jour.
- L’introduction d’un usager nouvellement intégré est possible pour compléter une bulle ou pour remplacer un usager l’ayant quitté, lorsque ce dernier a complété la période d’isolement préventif recommandé lors d’une intégration.
- Si des usagers de différentes bulles doivent se côtoyer, la distanciation physique et les mesures PCI recommandées doivent être respectées. Il est de la responsabilité de la ressource, ses employés ou ses remplaçants compétents de soutenir les usagers pour s’assurer que cette mesure soit bien appliquée particulièrement pour les usagers qui ont de la difficulté à reconnaître leur appartenance à une bulle en raison de leur perte cognitive.
- Lors des activités de groupe, la distanciation physique de 2 mètres entre les différentes bulles doit être respectée en tout temps.
- Les membres du personnel, les personnes proches aidantes, les visiteurs, les bénévoles, etc., qui sont en contact avec les usagers doivent respecter rigoureusement les mesures PCI recommandées, porter les ÉPI requis et respecter les règles de distanciation physique pour éviter l'introduction de l'infection dans une bulle et la transmission de l'infection entre les différentes bulles.
- Les différentes personnes qui entrent en contact avec une bulle doivent être stabilisées et limitées afin de réduire au maximum le risque d'introduction de l'infection dans la bulle à partir d'une source externe.
- Les différentes personnes qui sont amenées à passer d’une bulle à l’autre (ex. : employés) doivent appliquer les mesures PCI recommandées (port adéquat des ÉPI, hygiène des mains) afin de réduire au maximum le risque de propagation du virus entre les bulles. Lorsque cela est possible, leur route de travail devrait être organisée de manière à limiter les allers-retours entre les usagers de différentes bulles au cours d’un même quart de travail.
- Il n’est pas recommandé que les visiteurs et les personnes proches aidantes fréquentent des usagers de différentes bulles.
- Le concept de bulle doit être expliqué aux proches et / ou aux familles lorsqu’il est mis en place dans une ressource. Le consentement de l’usager ou de son représentant légal est requis afin d’assurer sa compréhension et l’acceptation de ce concept.
- Si un usager de la bulle est suspecté ou atteint de la COVID-19 ou si un membre du personnel est suspecté ou atteint de la COVID-19: se référer à l’équipe PCI pour les mesures à adopter et l’informer que le concept de bulle a été appliqué.

Émission :	06-10-2020	Mise à jour :	06-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-008.REV1

Catégorie(s) :
- ✓ Déconditionnement
- ✓ Milieux de vie

Directives pour prévenir le déconditionnement des personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme ainsi que celles ayant une problématique de santé physique nécessitant des services de réadaptation fonctionnelle intensive, modérée ou post-aiguë en contexte de pandémie

Cette directive remplace la directive DGPPFC-008 émise le 6 octobre 2020

Expéditeur :	**Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)**	**Destinataire :**	Tous les CISSS et les CIUSSS Directeurs DI-DP-TSA

Directive	
Objet :	Dans le contexte actuel de pandémie, les personnes vulnérables, plus particulièrement celles ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une problématique de santé physique nécessitant des services de réadaptation fonctionnelle intensive, modérée ou post-aiguë, sont à risque de déconditionnement moteur (perte de capacités motrices et d'autonomie fonctionnelle), social (perte des liens sociaux), psychologique (états émotionnel et comportemental modifiés) et, pour la clientèle pédiatrique, de retard de développement dû aux mesures de confinement.
Mesures à implanter :	Les leçons apprises à la suite du confinement de la première vague de la pandémie nous amènent à souligner l'importance de tout mettre en œuvre pour prévenir le déconditionnement des personnes. Ces mesures doivent en tout temps tenir compte des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) et des directives émises par la santé publique. La prévention du déconditionnement constitue une priorité et est maintenant inscrite au plan d'action ministériel COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague (Axe 2, action 3). IMPORTANT : Peu importe le niveau d'alerte ou le contexte qui prévaut dans les installations, des mesures de prévention du déconditionnement doivent être instaurées. Pour appliquer ces directives de façon adéquate, vous devez : • Respecter les mesures de PCI ainsi que les directives de la santé publique en vigueur; • Référer aux directives spécifiques correspondant au milieu visé qui stipulent les conditions à respecter pour chaque élément ou activité ainsi que la gradation des mesures en fonction des paliers d'alertes.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : non applicable	
Direction ou service ressource :	**Direction** des programmes en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
Documents annexés :	✓ Directives pour prévenir le déconditionnement des personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme ainsi que celles ayant une problématique de santé physique nécessitant des services de réadaptation fonctionnelle intensive, modérée ou post-aiguë en contexte de pandémie

Émission :	06-10-2020

Mise à jour :	06-11-2020

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

msss.gouv.qc.ca/directives

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Chantal Maltais

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

Émission :	06-10-2020	Mise à jour :	06-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle **DGPPFC-008.REV1**

Directive

DIRECTIVES POUR PRÉVENIR LE DÉCONDITIONNEMENT DES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME AINSI QUE DE CELLES AYANT UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ PHYSIQUE NÉCESSITANT DES SERVICES DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE, MODÉRÉE OU POST-AIGUË EN CONTEXTE DE PANDÉMIE

Version du 14 octobre 2020

À L'INTENTION DES GESTIONNAIRES DES PROGRAMMES-SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE, EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET DES MILIEUX DE RÉADAPTATION (DP, SANTÉ PHYSIQUE ET MODÉRÉE) DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET DES HÔPITAUX DE RÉADAPTATION

Émission :	06-10-2020	Mise à jour :	06-11-2020

CONTEXTE

Dans le contexte actuel de pandémie, les personnes vulnérables, plus particulièrement celles ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une problématique de santé physique nécessitant des services de réadaptation fonctionnelle intensive, modérée ou post-aiguë, sont à risque de déconditionnement moteur (perte de capacités motrices et d'autonomie fonctionnelle), social (perte des liens sociaux), psychologique (états émotionnel et comportemental modifiés) et, pour la clientèle pédiatrique, de retard de développement dû aux mesures de confinement.

Les leçons apprises à la suite du confinement de la première vague de la pandémie nous amènent à souligner l'importance de tout mettre en œuvre pour prévenir le déconditionnement des personnes. Ces mesures doivent en tout temps tenir compte des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) et des directives émises par la santé publique.

Ces mesures peuvent contribuer à les isoler à leur chambre, dans leur ressource d'hébergement ou dans leur domicile. Elles peuvent aussi mener à une réduction de l'intensité des services leur étant habituellement dispensés en raison de l'application de certaines mesures sanitaires ou en raison du délestage de certaines activités. Ce potentiel déconditionnement sur le plan de la santé physique ou mentale peut entraîner des effets néfastes allant de légers à plus graves. Il est donc important de mettre en place des interventions et des activités pour prévenir le déconditionnement des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA ou celles ayant une problématique de santé physique qui nécessite des services de réadaptation.

La prévention du déconditionnement chez les personnes ayant une DP (déficience motrice, visuelle, auditive ou du langage), une DI ou un TSA et celles nécessitant des services de réadaptation en santé physique est essentielle, que l'on soit en contexte de confinement ou non et peu importe le milieu dans lequel elles résident ou reçoivent des soins et des services. L'offre de service doit être maintenue et adaptée à leurs besoins et à la réalité sanitaire, selon la capacité des établissements. Dans certains cas particuliers, elle devrait même être intensifiée afin de prévenir le déconditionnement des usagers. À cet égard, tous les milieux de vie doivent intervenir en ce sens[1], de même que les milieux de réadaptation, les cliniques externes et les organismes communautaires qui offrent des services à ces clientèles.

Avec le déconfinement ayant suivi la première vague de la pandémie et avec les mesures d'assouplissement, il a été possible de favoriser la prévention du déconditionnement, le reconditionnement, le cas échéant, et la participation sociale des personnes vulnérables. Par exemple, la reprise de certaines activités de réadaptation, des activités de jour, des activités socioprofessionnelles, des sorties dans des lieux publics, l'accès des visiteurs dans leurs milieux de vie selon certaines conditions et en respectant le concept de bulle ou de distanciation physique où cela s'applique, favorise la reprise de l'autonomie fonctionnelle sous tous ces plans. Ces efforts doivent perdurer dans le contexte actuel.

De plus, sur le plan organisationnel, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) encourage fortement les établissements à déployer les services nécessaires pour optimiser les activités relatives à la prévention du déconditionnement chez ces usagers, particulièrement :

- Maintenir les services de téléréadaptation mis en place ou les développer, le cas échéant;
- Bonifier les services externes;
- Optimiser les services d'intervention psychosociale et de réadaptation à domicile;
- Assurer l'accès aux diverses aides techniques;
- Engager des étudiants universitaires pour soutenir les professionnels, reconnus pour l'obtention de crédits.

[1] La notion de milieu de vie fait référence ici au domicile (définition du soutien à domicile), aux logements sociaux, aux ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), aux résidences à assistance continue (RAC), aux foyers de groupe, aux internats et aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) qui accueillent des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA qui nécessitent des services de réadaptation.

Émission :	06-10-2020	Mise à jour :	06-11-2020

Table des matières

CONTEXTE 4

SECTEURS ET CLIENTÈLES CONCERNÉS 6

GÉNÉRALITÉS 7

UN PLAN D'ACTION POUR LE MAINTIEN DES SERVICES EN CONTEXTE DE PANDÉMIE 8

DIRECTIVES GÉNÉRALES POUR TOUS LES MILIEUX DE VIE, INCLUANT LE DOMICILE 9

- Bien-être psychologique 9
- Condition physique (autonomie et mobilité) 10
- Nutrition 11

DIRECTIVES SPÉCIFIQUES 12

- Soutien à domicile 12
- Réadaptation physique (DP et SP) 12
- Activités socioprofessionnelles ou communautaires en DP, DI et TSA 12
- Usagers en attente d'un premier service 12
- Usagers non connus par la direction DI-TSA et DP 12

ANNEXE 1 13

- Bien-être psychologique 13
- Condition physique (autonomie et mobilité) 13
- Nutrition 14
- Communication 14

SECTEURS ET CLIENTÈLES CONCERNÉS

Comme la prévention du déconditionnement est primordiale dans l'ensemble des milieux où sont présentes les personnes ayant une DP, une DI ou un TSA ou celles nécessitant des services de réadaptation en santé physique, ces directives viennent préciser ce qui doit être appliqué dans les milieux de vie selon le contexte, en incluant le volet du soutien à domicile (SAD), et dans les milieux de soins et de services qui accueillent ces usagers. Elles permettent aussi d'être proactif dans la planification de mesures à mettre en place pendant la deuxième vague.

Secteurs visés	Détails
Milieux de vie	Domicile (propriété privée, appartements, maisons de chambres, hôtes, habitations à loyer modique (HLM), logements communautaires, ressources de type familial (RTF), appartements supervisés, ressources intermédiaires (RI), foyers de groupe, internats, îlots résidentiels, ressources intermédiaires spécialisées (RIS), résidences d'assistance continue (RAC), centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) (public, privé conventionné, privé non conventionné).
Milieux de réadaptation en déficience physique et en santé physique	Unités fonctionnelles de réadaptation intensive (URFI) Centres hospitaliers (CH) Centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) Autres milieux de réadaptation : cliniques externes, services de réadaptation modérée ou post-aiguë, etc.
Milieux de réadaptation en DI-TSA	Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en TSA (CRDITED) Centres de jours Foyers de groupe, internats, résidences à assistance continue (RAC) Plateaux de travail, etc.
Milieux communautaires	Organismes communautaires et partenaires qui offrent diverses activités (p. ex. : activités de jour, activités socioprofessionnelles (incluant travail ou stage en entreprise), services de répit, etc.).

Les personnes ayant une DP, une DI ou un TSA sont parmi les groupes vulnérables fragilisés par le contexte entourant la COVID-19, considérant qu'elles peuvent rencontrer des problèmes de communication, dans leur compréhension de la situation ou leur capacité à se protéger, et possiblement de façon plus marquée chez la clientèle pédiatrique et adolescente. De plus, ces personnes, selon leur condition médicale ou comportementale, 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.

D'autres clientèles sont également à risque de déconditionnement, dont la clientèle ayant des problématiques de santé physique qui nécessite des services de réadaptation fonctionnelle intensive, modérée ou post-aiguë, les personnes qui présentent un trouble grave de comportement ainsi que les personnes aînées en perte d'autonomie. Elles doivent donc pouvoir bénéficier d'interventions pour prévenir le déconditionnement. Des directives spécifiques pour prévenir le déconditionnement chez les personnes aînées en contexte de pandémie sont également disponibles.

En raison du fait qu'elles peuvent voir leur sécurité et leur intégrité compromises faute d'intervention professionnelle pertinente et diligente, un certain nombre d'activités doivent être maintenues malgré le contexte qui prévaut.

GÉNÉRALITÉS

Lors d'une période de confinement, en contexte de pandémie, les usagers ayant une DP, une DI, un TSA ou les personnes ayant une problématique de santé physique qui nécessitent des services de réadaptation sont appelés à demeurer plus longtemps dans leur chambre, dans leur ressource d'hébergement ou dans leur domicile. Il faut alors profiter de toutes les occasions pour les stimuler selon leurs capacités et les aider à préserver leur niveau d'autonomie (p. ex. : capacité à se déplacer de manière sécuritaire, à prendre une décision, etc.).

Le contexte de pandémie peut aussi avoir pour conséquences la sous-stimulation et l'isolement, en plus de générer beaucoup de stress, d'anxiété et même de peur. La modification des routines de vie et la perte de repères peuvent aussi entraîner de l'anxiété qui peut se traduire par l'apparition ou l'augmentation de difficultés comportementales pour certaines personnes.

Une approche adaptée à ces clientèles vulnérables s'avère essentielle pour prévenir le déconditionnement. Le modèle de développement humain – processus de production du handicap (MDH-PPH) « est un modèle conceptuel qui s'applique à l'ensemble des personnes ayant des incapacités, peu importe la cause, la nature et la sévérité de leurs déficiences et incapacités »[2]. « Une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) »[3].

En période de confinement, leur participation sociale est limitée et leurs habitudes de vie sont nécessairement bousculées. Selon le MDH-PPH, les habitudes de vie peuvent être déclinées en activités courantes et en rôles sociaux :

- Activités courantes : communication, déplacements, nutrition, condition physique et bien-être psychologique, soins personnels et de santé et habitation.

- Rôles sociaux : responsabilités, relations interpersonnelles, vie associative et spirituelle, éducation, travail et loisirs.

Tous ces éléments seront possiblement influencés à divers degrés par le contexte de pandémie et certains le seront plus que d'autres.

Les directives générales regroupent plusieurs des habitudes de vie mentionnées et les présentent sur trois volets : le bien-être psychologique, la condition physique (autonomie et mobilité) et la nutrition. Certains aspects seront également intégrés directement dans les directives ou dans les exemples d'activités ou d'interventions présentés pour prévenir le déconditionnement (**voir annexe 1**). Elles peuvent être appliquées telles quelles ou être adaptées selon les capacités physiques, sensorielles, intellectuelles et cognitives des usagers. En cas de confinement, il est recommandé que l'annexe 1 soit utilisée pour guider les intervenants, les responsables de milieux de vie, les familles et les proches dans leurs échanges avec les usagers pour prévenir le déconditionnement, selon leurs capacités physiques, sensorielles, intellectuelles et cognitives, et ce, particulièrement pour celles vivant à domicile ou qui demeurent seules. Cette liste pourra leur permettre d'identifier ensemble des activités stimulantes à intégrer à leur routine malgré les contraintes inhérentes aux périodes où l'offre de service se limiterait aux services essentiels.

[2] Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH), 2020, *Site Web* (https://ripph.qc.ca).
[3] *Idem.*

UN PLAN D'ACTION POUR LE MAINTIEN DES SERVICES EN CONTEXTE DE PANDÉMIE

L'article 2.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux indique clairement que le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) doit « rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social »[4].

Il est de la responsabilité des établissements de s'assurer que leurs clientèles, notamment les usagers ayant une DP, une DI ou un TSA ou nécessitant des services de réadaptation bénéficient du maintien des services nécessaires à leur bien-être, à leur intégrité et à leur sécurité lors de la deuxième vague, et ce, en fonction de la capacité des établissements.

Afin de s'assurer de ce maintien, les établissements ont identifié un gestionnaire responsable de la mise en œuvre des actions préventives du déconditionnement des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA :

- Le gestionnaire responsable pour l'établissement, identifié auprès de la Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), sera imputable des actions de l'établissement par rapport aux mesures pour lutter contre le déconditionnement des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA.

- Le gestionnaire devra s'assurer de la mise sur pied et du déploiement d'un plan d'action dans les installations, les milieux de vie concernés et les partenaires identifiés.

- Le plan d'action devra démontrer clairement l'engagement de l'établissement face à sa responsabilité populationnelle : les besoins essentiels de chaque usager ayant une DP, une DI ou un TSA devront être comblés dans tous les milieux. Des mesures devront être prévues pour offrir des services de prévention du déconditionnement aux usagers actuellement en liste d'attente et non connus.

- Le plan d'action devra inclure des modalités permettant aux intervenants de l'établissement d'avoir accès à des moyens technologiques pour contacter les usagers et leur famille. Les interventions par vidéoconférence peuvent apporter une plus-value, spécialement en période de confinement. La vidéoconférence (télésanté, téléréadaptation, etc.) permet non seulement un contact visuel entre l'intervenant et l'usager, mais également de déceler des changements à son état (émotions, hygiène, alimentation, état du milieu de vie, etc.). Si l'accès à ces technologies est limité, soit pour les intervenants ou les usagers, les intervenants devront prévoir d'autres mesures alternatives pour garantir le maintien des services comme le suivi téléphonique ou en personne.

- Le plan d'action devra s'assurer d'inclure des mesures visant à rejoindre les usagers ayant une DP, une DI ou un TSA ou une problématique de santé physique qui résident à domicile, mais qui bénéficient ponctuellement des services de l'établissement.

[4] Légis Québec, 2020, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*(http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2)

La prévention du déconditionnement constitue une priorité et est maintenant inscrite au plan d'action ministériel *COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague* (Axe 2, action 3).

IMPORTANT : Peu importe le niveau d'alerte ou le contexte qui prévaut dans les installations, des mesures de prévention du déconditionnement doivent être instaurées.

Pour appliquer ces directives de façon adéquate, vous devez :

- **Respecter les mesures de PCI** ainsi que **les directives de la santé publique en vigueur;**
- **Référer aux directives spécifiques correspondant au milieu visé** qui stipulent les conditions à respecter pour chaque élément ou activité ainsi que la **gradation des mesures en fonction des paliers d'alertes**.

DIRECTIVES GÉNÉRALES POUR TOUS LES MILIEUX DE VIE, INCLUANT LE DOMICILE

- Informer les personnes travaillant auprès des usagers visés et les prestataires externes offrant des services de réadaptation, incluant les services de SAD en DP-DI et TSA des présentes recommandations afin que les travailleurs les appliquent dans leurs interventions. Les recommandations devront être adaptées localement aux réalités de chaque milieu de vie.

- Les présentes directives sont complémentaires aux directives suivantes :
  - COVID-19 - Directives au réseau de la santé et des services sociaux - CHSLD
  - COVID-19 - Directives au réseau de la santé et des services sociaux - RI-RTF
  - COVID-19 - Directives au réseau de la santé et des services sociaux - RPA
  - COVID-19 - Directives au réseau de la santé et des services sociaux - SAD

  Ces dernières, qui sont mises à jour sur une base régulière en situation de confinement, prévalent sur les présentes directives pour les milieux de vie.

- En présence d'un usager ayant contracté la COVID-19 ou étant à haut risque de l'avoir contractée, adapter les présentes recommandations selon le jugement clinique et les directives liées aux différents milieux de vie et les directives de la santé publique.

- Lors d'un reconfinement, les activités ci-dessous pourront être maintenues sous certaines conditions et en respectant les règles sociosanitaires, le concept de bulle sociale et de distanciation physique lorsque cela s'applique dans le milieu (se référer aux directives spécifiques des différents milieux, les mesures de PCI et les directives de la santé publique en vigueur).

Bien-être psychologique

En période de confinement :

- Assurer une communication régulière avec les usagers, que ce soit en personne ou par téléphone ou par téléintervention (Teams, Zoom, etc.).
- Assurer le repérage téléphonique des usagers en attente de services et collaborer avec les organismes communautaires pour rejoindre la clientèle non desservie par le programme.

- Surveiller fréquemment l'état d'éveil, l'humeur ou tout changement dans l'état mental de l'usager lors de vos communications avec lui (interventions au domicile, par téléphone ou autre moyen technologique) pour détecter l'émergence de problèmes tels que la dépression, l'anxiété ou un trouble de comportement. Faire les interventions ou références pertinentes, le cas échéant.
- S'informer de la qualité du sommeil de l'usager : des changements pourraient indiquer un état inhabituel.
- Encourager et appuyer l'utilisation lorsque possible de différents moyens de communication pour que l'usager contacte ses proches : téléphone, courriels, messages textes, appels vidéo, etc., et l'assister à le faire si requis.
- Discuter d'éléments positifs de leur projet de vie lors des visites et des suivis.
- Assurer un soutien psychosocial ou spirituel aux usagers et à leurs proches que vous identifiez comme étant susceptibles d'être fragilisés par la pandémie (par exemple : anxiété, déprime).
- Développer des initiatives permettant aux usagers de se divertir, de socialiser ou d'exercer leurs fonctions motrices et cognitives, dans le respect des directives de la santé publique en vigueur et les mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Proposer et mettre en place une nouvelle routine pour permettre à l'usager de développer de nouveaux repères.
- Encourager la visite de la famille et des proches pour permettre la socialisation en présentiel, selon les règles en vigueur et le milieu de vie.

- En période de déconfinement:

- Poursuivre les activités prescrites en période de confinement, que ce soit avec l'aide des intervenants, des partenaires, des personnes proches aidantes ou des visiteurs, dans le respect des directives de la santé publique et des mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Effectuer des activités de loisirs de groupe, intérieures ou extérieures. Privilégier le concept de bulle ou de distanciation sociale.
- Encourager la visite des personnes proches aidantes et de visiteurs pour permettre la socialisation en présentiel.

Condition physique (autonomie et mobilité)

En période de confinement :

- Soutenir les responsables de ressources d'hébergement dans la mise en place de stratégies visant le maintien de la condition physique (marche dans les corridors, exercices ciblés, etc.).
- Encourager quotidiennement les usagers à se mobiliser de façon régulière et sécuritaire et veiller à l'intégrité de la peau pour prévenir le risque de plaie.
- Fournir l'aide requise pour le positionnement au lit ou au fauteuil, la mobilisation et les déplacements pour assurer le confort et l'autonomie de l'usager (maintien de la clinique mobile).
- Encourager les usagers à effectuer leurs soins de base de façon autonome, tels que l'hygiène personnelle, l'habillement et les activités domestiques ou les faire participer le plus possible à ces activités si de l'aide est requise.
- S'assurer que les professionnels en réadaptation ou autres personnes habilitées à le faire continuent à soutenir les efforts de mobilisation.
- Porter une attention particulière aux éventuels changements dans le profil fonctionnel et les niveaux d'autonomie des usagers lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique avec l'usager ou ses proches pour déceler rapidement un éventuel problème. Faire les interventions et les références pertinentes, le cas échéant.
- Proposer et mettre en place une nouvelle routine composée d'activités courantes auxquelles les clientèles peuvent contribuer, en fonction de leurs capacités.
- Développer des initiatives qui permettent le maintien de l'autonomie et la participation sociale des usagers dans le respect des directives de la santé publique et des mesures de prévention et de contrôle des infections.

En période de déconfinement :

- Poursuivre les activités prescrites en période de confinement, que ce soit avec l'aide des intervenants, des personnes proches aidantes ou des visiteurs, dans le respect des directives de la santé publique et des mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Reprendre de façon plus intensive les interventions des équipes de réadaptation, le cas échéant.
- Effectuer des activités physiques, de réadaptation ou de loisirs de groupe, intérieures ou extérieures en privilégiant le concept de bulles.
- Effectuer des sorties hors du milieu de vie ou des rencontres à l'extérieur.
- Encourager la clientèle à reprendre ses activités de jour, socioprofessionnelles ou communautaires en fonction de la reprise graduelle des services et de ses capacités.

Nutrition

En période de confinement :

- Surveiller l'hydratation, l'appétit et les habitudes de consommation d'aliments, pour déceler rapidement les changements ou un possible problème d'apport alimentaire. Référer à la nutritionniste si nécessaire.
- Utiliser des moyens de communication tels que l'appel vidéo pour permettre de socialiser avec ses proches lors de l'activité repas.
- Développer des initiatives permettant de stimuler les usagers à s'alimenter et à s'hydrater adéquatement, dans le respect des directives de la santé publique et des mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Les personnes proches aidantes qui sont autorisées dans les RAC, les URFI, les RI-RTF, les CHSLD et les logements sociaux, soit 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, peuvent assister l'usager dans la prise des repas.

En période de déconfinement :

- Poursuivre les activités prescrites en période de confinement, que ce soit avec l'aide des intervenants, des personnes proches aidantes ou des visiteurs, dans le respect des directives de la santé publique et des mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Encourager la visite des personnes proches aidantes et des visiteurs à venir prendre les repas avec leur proche, selon les règles en vigueur et le milieu de vie.
- Faire prendre les repas à la salle à manger en compagnie d'autres usagers, selon les règles en vigueur et le milieu de vie.

DIRECTIVES SPÉCIFIQUES

Soutien à domicile

- Maintenir les activités de la vie domestique, particulièrement chez les personnes qui vivent seules, afin d'éviter que les milieux de vie deviennent insalubres faute de capacité de la personne à maintenir son milieu de vie propre.
- Prévenir l'épuisement chez les proches aidants.
- Pour plus de détails, se référer aux directives ministérielles sur le soutien à domicile.

Réadaptation physique (DP et SP)

- Les directives générales s'appliquent à tous les milieux de réadaptation.
- Une attention particulière doit être portée au fait d'offrir les ressources humaines suffisantes pour maintenir les capacités résiduelles des usagers admis dans ces milieux, prévenir le déconditionnement physique et psychologique et prévenir le risque de plaies, de chutes et d'isolement.

Activités socioprofessionnelles ou communautaires en DP, DI et TSA

- En période de reconfinement, les milieux devront adapter leurs services afin de maintenir un certain accès aux usagers (p. ex. : présence en rotation).
- Dans un contexte de distanciation physique, la capacité d'accueil des milieux est réduite. Les milieux visés devront porter une attention particulière aux personnes qui n'auront pas accès ou qui auront un accès réduit à leurs services afin de maintenir un contact régulier (appels, vidéoconférences, etc.).
- Il est possible que certains jeunes ou adultes, pour des raisons liées à leur santé ou à celle de leur famille, ne réintègrent pas l'école ou d'autres services. Une offre de service adaptée devra être planifiée pour répondre à leurs besoins. Si l'usager refuse l'offre de service adaptée, l'établissement devra s'assurer qu'une note est consignée au dossier et qu'une vigie soit faite auprès de l'usager et de sa famille.
- Si l'établissement n'est pas en mesure de conserver ses services ouverts, mais que le traitement de ses employés est maintenu, un plan devra être mis en place pour mobiliser ces employés et mettre en place un filet de sécurité sociale pour les usagers, avec l'implication des proches et des autres intervenants du milieu, avant d'être redéployés dans d'autres milieux, selon les besoins. Il est aussi important de mettre en place des mesures visant à prévenir l'épuisement pour les proches aidants.

Usagers en attente d'un premier service

- Mettre en place un mécanisme pour valider régulièrement la condition des personnes en attente de service afin de prévenir un déconditionnement.
- Mettre en place les services nécessaires, lorsque cela est requis.

Usagers non connus par la direction DI-TSA et DP

- Faire une campagne de sensibilisation auprès des intervenants des autres secteurs d'activités de l'établissement, des organismes communautaires, des réseaux sociaux de l'établissement et du journal local afin d'indiquer les coordonnées de l'établissement si ces personnes ont besoin de soutien, et ce, en collaboration avec ces secteurs (services sociaux généraux, réadaptation hospitalière et 1re ligne en santé physique).

ANNEXE 1

EXEMPLES D'ACTIVITÉS OU D'INTERVENTIONS S'ADRESSANT À LA CLIENTÈLE AYANT UNE DÉFICIENCE, UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME OU UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ PHYSIQUE NÉCESSITANT DES SERVICES DE RÉADAPTATION POUR PRÉVENIR LE DÉCONDITIONNEMENT

Les activités significatives et stimulantes qui génèrent des sentiments positifs et qui permettent le divertissement sont à privilégier. De l'enseignement sur la COVID-19 et sur l'importance de maintenir de bonnes habitudes de vie demeure nécessaire pour encadrer et impliquer les usagers pour maintenir leur "*empowerment*", leur autodétermination et pour prévenir leur déconditionnement.

Bien-être psychologique

Exemples d'activités occupationnelles :

- Mots cachés et mots croisés;
- Sudoku;
- Informatique et jeux vidéo;
- Casse-têtes;
- Activités d'expression artistique (p. ex. : dessin, bricolage, etc.);
- Regarder des albums de photos ou fournir un cadre photo numérique;
- Lire un livre, une revue ou tout autre ouvrage d'intérêt;
- Utiliser différents moyens de communication pour contacter ses proches :
  - téléphone, courriels, messages textes, appels vidéo, etc.;
- Discuter d'éléments positifs de votre projet de vie avec un membre du personnel ou un proche;
- Pratiquer la méditation ou toute autre activité d'intériorisation;
- Écouter de la musique agréable;
- Maintenir une routine régulière;
- Accéder à des activités spirituelles;
- Consulter la page Stress, anxiété et déprime associées à la maladie à coronavirus COVID-19.

Condition physique (autonomie et mobilité)

- Encourager l'usager à participer aux tâches quotidiennes et domestiques du milieu de vie selon ses capacités;
- Bouger les bras et les jambes par soi-même, en position debout, assise ou couchée, ou avec assistance le cas échéant, tant en activités individuelles qu'en groupe. (Yoga, jeux de ballons, activités de loisirs, activités de danse, etc.);
- Encourager l'usager à faire des transferts et des déplacements fréquents dans la chambre. Prévoir des périodes de déplacement plus longues, dans la résidence, ou à l'extérieur, à tour de rôle;
- Visionner des capsules vidéo d'exercices adaptés aux personnes à mobilité réduite (exercices en position assise ou en fauteuil roulant, par exemple);
- Changer de position régulièrement (aux 30 minutes si possible);
- Si possible, se lever debout toutes les heures ou profiter des interventions requises par les intervenants pour se mobiliser afin de prévenir le risque de plaies et de contractures;
- Favoriser des activités respiratoires pour les usagers ayant une atteinte à ce niveau;
- Fournir les aides techniques requises pour assurer leur sécurité et leur autonomie;
- Jouer à des jeux vidéo qui font bouger (p. ex. : WII ou autres);
- Sortir dehors pour respirer l'air frais. Si possible et si cela est sécuritaire, se déplacer à l'extérieur sur les trottoirs ou dans un parc;
- Sortir dans la communauté (p. ex. : restaurant, épicerie, etc.).

Nutrition

- Maintenir de bonnes habitudes alimentaires;
- Boire régulièrement pour bien s'hydrater;
- Informer les intervenants du milieu de vie ou ses proches si les besoins ou les comportements alimentaires changent.

Communication

- Faire des activités de communication avec les enfants : jeux de mots, mimes, apprentissage à la lecture, etc.;
- Suivre les programmes d'activités offerts par les intervenants en fonction des capacités et des intérêts.

20-210-91W

DIRECTIVES POUR PRÉVENIR LE DÉCONDITIONNEMENT DES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME AINSI QUE DE CELLES AYANT UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ PHYSIQUE NÉCESSITANT DES SERVICES DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE, MODÉRÉE OU POST-AIGUË EN CONTEXTE DE PANDÉMIE

Version du 14 octobre 2020

À L'INTENTION DES GESTIONNAIRES DES PROGRAMMES-SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE, EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET DES MILIEUX DE RÉADAPTATION (DP, SANTÉ PHYSIQUE ET MODÉRÉE) DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET DES HÔPITAUX DE RÉADAPTATION

CONTEXTE

Dans le contexte actuel de pandémie, les personnes vulnérables, plus particulièrement celles ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une problématique de santé physique nécessitant des services de réadaptation fonctionnelle intensive, modérée ou post-aiguë, sont à risque de déconditionnement moteur (perte de capacités motrices et d'autonomie fonctionnelle), social (perte des liens sociaux), psychologique (états émotionnel et comportemental modifiés) et, pour la clientèle pédiatrique, de retard de développement dû aux mesures de confinement.

Les leçons apprises à la suite du confinement de la première vague de la pandémie nous amènent à souligner l'importance de tout mettre en œuvre pour prévenir le déconditionnement des personnes. Ces mesures doivent en tout temps tenir compte des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) et des directives émises par la santé publique.

Ces mesures peuvent contribuer à les isoler à leur chambre, dans leur ressource d'hébergement ou dans leur domicile. Elles peuvent aussi mener à une réduction de l'intensité des services leur étant habituellement dispensés en raison de l'application de certaines mesures sanitaires ou en raison du délestage de certaines activités. Ce potentiel déconditionnement sur le plan de la santé physique ou mentale peut entraîner des effets néfastes allant de légers à plus graves. Il est donc important de mettre en place des interventions et des activités pour prévenir le déconditionnement des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA ou celles ayant une problématique de santé physique qui nécessite des services de réadaptation.

La prévention du déconditionnement chez les personnes ayant une DP (déficience motrice, visuelle, auditive ou du langage), une DI ou un TSA et celles nécessitant des services de réadaptation en santé physique est essentielle, que l'on soit en contexte de confinement ou non et peu importe le milieu dans lequel elles résident ou reçoivent des soins et des services. L'offre de service doit être maintenue et adaptée à leurs besoins et à la réalité sanitaire, selon la capacité des établissements. Dans certains cas particuliers, elle devrait même être intensifiée afin de prévenir le déconditionnement des usagers. À cet égard, tous les milieux de vie doivent intervenir en ce sens[5], de même que les milieux de réadaptation, les cliniques externes et les organismes communautaires qui offrent des services à ces clientèles.

Avec le déconfinement ayant suivi la première vague de la pandémie et avec les mesures d'assouplissement, il a été possible de favoriser la prévention du déconditionnement, le reconditionnement, le cas échéant, et la participation sociale des personnes vulnérables. Par exemple, la reprise de certaines activités de réadaptation, des activités de jour, des activités socioprofessionnelles, des sorties dans des lieux publics, l'accès des visiteurs dans leurs milieux de vie selon certaines conditions et en respectant le concept de bulle ou de distanciation physique où cela s'applique, favorise la reprise de l'autonomie fonctionnelle sous tous ces plans. Ces efforts doivent perdurer dans le contexte actuel.

De plus, sur le plan organisationnel, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) encourage fortement les établissements à déployer les services nécessaires pour optimiser les activités relatives à la prévention du déconditionnement chez ces usagers, particulièrement :

- Maintenir les services de téléréadaptation mis en place ou les développer, le cas échéant;
- Bonifier les services externes;
- Optimiser les services d'intervention psychosociale et de réadaptation à domicile;
- Assurer l'accès aux diverses aides techniques;
- Engager des étudiants universitaires pour soutenir les professionnels, reconnus pour l'obtention de crédits.

[5] La notion de milieu de vie fait référence ici au domicile (définition du soutien à domicile), aux logements sociaux, aux ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), aux résidences à assistance continue (RAC), aux foyers de groupe, aux internats et aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) qui accueillent des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA qui nécessitent des services de réadaptation.

Émission :	06-10-2020	**Mise à jour :**	06-11-2020

Émission :	06-10-2020	Mise à jour :	06-11-2020

Table des matières

CONTEXTE 4

SECTEURS ET CLIENTÈLES CONCERNÉS 6

GÉNÉRALITÉS 7

UN PLAN D'ACTION POUR LE MAINTIEN DES SERVICES EN CONTEXTE DE PANDÉMIE 8

DIRECTIVES GÉNÉRALES POUR TOUS LES MILIEUX DE VIE, INCLUANT LE DOMICILE 9

- Bien-être psychologique 9
- Condition physique (autonomie et mobilité) 10
- Nutrition 11

DIRECTIVES SPÉCIFIQUES 12

- Soutien à domicile 12
- Réadaptation physique (DP et SP) 12
- Activités socioprofessionnelles ou communautaires en DP, DI et TSA 12
- Usagers en attente d'un premier service 12
- Usagers non connus par la direction DI-TSA et DP 12

ANNEXE 1 13

- Bien-être psychologique 13
- Condition physique (autonomie et mobilité) 13
- Nutrition 14
- Communication 14

SECTEURS ET CLIENTÈLES CONCERNÉS

Comme la prévention du déconditionnement est primordiale dans l'ensemble des milieux où sont présentes les personnes ayant une DP, une DI ou un TSA ou celles nécessitant des services de réadaptation en santé physique, ces directives viennent préciser ce qui doit être appliqué dans les milieux de vie selon le contexte, en incluant le volet du soutien à domicile (SAD), et dans les milieux de soins et de services qui accueillent ces usagers. Elles permettent aussi d'être proactif dans la planification de mesures à mettre en place pendant la deuxième vague.

Secteurs visés	Détails
Milieux de vie	Domicile (propriété privée, appartements, maisons de chambres, hôtes, habitations à loyer modique (HLM), logements communautaires, ressources de type familial (RTF), appartements supervisés, ressources intermédiaires (RI), foyers de groupe, internats, îlots résidentiels, ressources intermédiaires spécialisées (RIS), résidences d'assistance continue (RAC), centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) (public, privé conventionné, privé non conventionné).
Milieux de réadaptation en déficience physique et en santé physique	Unités fonctionnelles de réadaptation intensive (URFI) Centres hospitaliers (CH) Centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) Autres milieux de réadaptation : cliniques externes, services de réadaptation modérée ou post-aiguë, etc.
Milieux de réadaptation en DI-TSA	Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en TSA (CRDITED) Centres de jours Foyers de groupe, internats, résidences à assistance continue (RAC) Plateaux de travail, etc.
Milieux communautaires	Organismes communautaires et partenaires qui offrent diverses activités (p. ex. : activités de jour, activités socioprofessionnelles (incluant travail ou stage en entreprise), services de répit, etc.).

Les personnes ayant une DP, une DI ou un TSA sont parmi les groupes vulnérables fragilisés par le contexte entourant la COVID-19, considérant qu'elles peuvent rencontrer des problèmes de communication, dans leur compréhension de la situation ou leur capacité à se protéger, et possiblement de façon plus marquée chez la clientèle pédiatrique et adolescente. De plus, ces personnes, selon leur condition médicale ou comportementale, 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.

D'autres clientèles sont également à risque de déconditionnement, dont la clientèle ayant des problématiques de santé physique qui nécessite des services de réadaptation fonctionnelle intensive, modérée ou post-aiguë, les personnes qui présentent un trouble grave de comportement ainsi que les personnes aînées en perte d'autonomie. Elles doivent donc pouvoir bénéficier d'interventions pour prévenir le déconditionnement. Des directives spécifiques pour prévenir le déconditionnement chez les personnes aînées en contexte de pandémie sont également disponibles.

En raison du fait qu'elles peuvent voir leur sécurité et leur intégrité compromises faute d'intervention professionnelle pertinente et diligente, un certain nombre d'activités doivent être maintenues malgré le contexte qui prévaut.

GÉNÉRALITÉS

Lors d'une période de confinement, en contexte de pandémie, les usagers ayant une DP, une DI, un TSA ou les personnes ayant une problématique de santé physique qui nécessitent des services de réadaptation sont appelés à demeurer plus longtemps dans leur chambre, dans leur ressource d'hébergement ou dans leur domicile. Il faut alors profiter de toutes les occasions pour les stimuler selon leurs capacités et les aider à préserver leur niveau d'autonomie (p. ex. : capacité à se déplacer de manière sécuritaire, à prendre une décision, etc.).

Le contexte de pandémie peut aussi avoir pour conséquences la sous-stimulation et l'isolement, en plus de générer beaucoup de stress, d'anxiété et même de peur. La modification des routines de vie et la perte de repères peuvent aussi entraîner de l'anxiété qui peut se traduire par l'apparition ou l'augmentation de difficultés comportementales pour certaines personnes.

Une approche adaptée à ces clientèles vulnérables s'avère essentielle pour prévenir le déconditionnement. Le modèle de développement humain – processus de production du handicap (MDH-PPH) « est un modèle conceptuel qui s'applique à l'ensemble des personnes ayant des incapacités, peu importe la cause, la nature et la sévérité de leurs déficiences et incapacités »[6]. « Une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) »[7].

En période de confinement, leur participation sociale est limitée et leurs habitudes de vie sont nécessairement bousculées. Selon le MDH-PPH, les habitudes de vie peuvent être déclinées en activités courantes et en rôles sociaux :

- Activités courantes : communication, déplacements, nutrition, condition physique et bien-être psychologique, soins personnels et de santé et habitation.

- Rôles sociaux : responsabilités, relations interpersonnelles, vie associative et spirituelle, éducation, travail et loisirs.

Tous ces éléments seront possiblement influencés à divers degrés par le contexte de pandémie et certains le seront plus que d'autres.

Les directives générales regroupent plusieurs des habitudes de vie mentionnées et les présentent sur trois volets : le bien-être psychologique, la condition physique (autonomie et mobilité) et la nutrition. Certains aspects seront également intégrés directement dans les directives ou dans les exemples d'activités ou d'interventions présentés pour prévenir le déconditionnement (**voir annexe 1**). Elles peuvent être appliquées telles quelles ou être adaptées selon les capacités physiques, sensorielles, intellectuelles et cognitives des usagers. En cas de confinement, il est recommandé que l'annexe 1 soit utilisée pour guider les intervenants, les responsables de milieux de vie, les familles et les proches dans leurs échanges avec les usagers pour prévenir le déconditionnement, selon leurs capacités physiques, sensorielles, intellectuelles et cognitives, et ce, particulièrement pour celles vivant à domicile ou qui demeurent seules. Cette liste pourra leur permettre d'identifier ensemble des activités stimulantes à intégrer à leur routine malgré les contraintes inhérentes aux périodes où l'offre de service se limiterait aux services essentiels.

[6] Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH), 2020, *Site Web* (https://ripph.qc.ca).
[7] *Idem.*

UN PLAN D'ACTION POUR LE MAINTIEN DES SERVICES EN CONTEXTE DE PANDÉMIE

L'article 2.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux indique clairement que le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) doit « rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social »[8].

Il est de la responsabilité des établissements de s'assurer que leurs clientèles, notamment les usagers ayant une DP, une DI ou un TSA ou nécessitant des services de réadaptation bénéficient du maintien des services nécessaires à leur bien-être, à leur intégrité et à leur sécurité lors de la deuxième vague, et ce, en fonction de la capacité des établissements.

Afin de s'assurer de ce maintien, les établissements ont identifié un gestionnaire responsable de la mise en œuvre des actions préventives du déconditionnement des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA :

- Le gestionnaire responsable pour l'établissement, identifié auprès de la Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), sera imputable des actions de l'établissement par rapport aux mesures pour lutter contre le déconditionnement des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA.

- Le gestionnaire devra s'assurer de la mise sur pied et du déploiement d'un plan d'action dans les installations, les milieux de vie concernés et les partenaires identifiés.

- Le plan d'action devra démontrer clairement l'engagement de l'établissement face à sa responsabilité populationnelle : les besoins essentiels de chaque usager ayant une DP, une DI ou un TSA devront être comblés dans tous les milieux. Des mesures devront être prévues pour offrir des services de prévention du déconditionnement aux usagers actuellement en liste d'attente et non connus.

- Le plan d'action devra inclure des modalités permettant aux intervenants de l'établissement d'avoir accès à des moyens technologiques pour contacter les usagers et leur famille. Les interventions par vidéoconférence peuvent apporter une plus-value, spécialement en période de confinement. La vidéoconférence (télésanté, téléréadaptation, etc.) permet non seulement un contact visuel entre l'intervenant et l'usager, mais également de déceler des changements à son état (émotions, hygiène, alimentation, état du milieu de vie, etc.). Si l'accès à ces technologies est limité, soit pour les intervenants ou les usagers, les intervenants devront prévoir d'autres mesures alternatives pour garantir le maintien des services comme le suivi téléphonique ou en personne.

- Le plan d'action devra s'assurer d'inclure des mesures visant à rejoindre les usagers ayant une DP, une DI ou un TSA ou une problématique de santé physique qui résident à domicile, mais qui bénéficient ponctuellement des services de l'établissement.

[8] Légis Québec, 2020, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*(http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2)

La prévention du déconditionnement constitue une priorité et est maintenant inscrite au plan d'action ministériel *COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague* (Axe 2, action 3).

IMPORTANT : Peu importe le niveau d'alerte ou le contexte qui prévaut dans les installations, des mesures de prévention du déconditionnement doivent être instaurées.

Pour appliquer ces directives de façon adéquate, vous devez :

- **Respecter les mesures de PCI** ainsi que **les directives de la santé publique en vigueur;**
- **Référer aux directives spécifiques correspondant au milieu visé** qui stipulent les conditions à respecter pour chaque élément ou activité ainsi que la **gradation des mesures en fonction des paliers d'alertes**.

DIRECTIVES GÉNÉRALES POUR TOUS LES MILIEUX DE VIE, INCLUANT LE DOMICILE

- Informer les personnes travaillant auprès des usagers visés et les prestataires externes offrant des services de réadaptation, incluant les services de SAD en DP-DI et TSA des présentes recommandations afin que les travailleurs les appliquent dans leurs interventions. Les recommandations devront être adaptées localement aux réalités de chaque milieu de vie.

- Les présentes directives sont complémentaires aux directives suivantes :
  - COVID-19 - Directives au réseau de la santé et des services sociaux - CHSLD
  - COVID-19 - Directives au réseau de la santé et des services sociaux - RI-RTF
  - COVID-19 - Directives au réseau de la santé et des services sociaux - RPA
  - COVID-19 - Directives au réseau de la santé et des services sociaux - SAD

  Ces dernières, qui sont mises à jour sur une base régulière en situation de confinement, prévalent sur les présentes directives pour les milieux de vie.

- En présence d'un usager ayant contracté la COVID-19 ou étant à haut risque de l'avoir contractée, adapter les présentes recommandations selon le jugement clinique et les directives liées aux différents milieux de vie et les directives de la santé publique.

- Lors d'un reconfinement, les activités ci-dessous pourront être maintenues sous certaines conditions et en respectant les règles sociosanitaires, le concept de bulle sociale et de distanciation physique lorsque cela s'applique dans le milieu (se référer aux directives spécifiques des différents milieux, les mesures de PCI et les directives de la santé publique en vigueur).

Bien-être psychologique

En période de confinement :

- Assurer une communication régulière avec les usagers, que ce soit en personne ou par téléphone ou par téléintervention (Teams, Zoom, etc.).
- Assurer le repérage téléphonique des usagers en attente de services et collaborer avec les organismes communautaires pour rejoindre la clientèle non desservie par le programme.

- Surveiller fréquemment l'état d'éveil, l'humeur ou tout changement dans l'état mental de l'usager lors de vos communications avec lui (interventions au domicile, par téléphone ou autre moyen technologique) pour détecter l'émergence de problèmes tels que la dépression, l'anxiété ou un trouble de comportement. Faire les interventions ou références pertinentes, le cas échéant.
- S'informer de la qualité du sommeil de l'usager : des changements pourraient indiquer un état inhabituel.
- Encourager et appuyer l'utilisation lorsque possible de différents moyens de communication pour que l'usager contacte ses proches : téléphone, courriels, messages textes, appels vidéo, etc., et l'assister à le faire si requis.
- Discuter d'éléments positifs de leur projet de vie lors des visites et des suivis.
- Assurer un soutien psychosocial ou spirituel aux usagers et à leurs proches que vous identifiez comme étant susceptibles d'être fragilisés par la pandémie (par exemple : anxiété, déprime).
- Développer des initiatives permettant aux usagers de se divertir, de socialiser ou d'exercer leurs fonctions motrices et cognitives, dans le respect des directives de la santé publique en vigueur et les mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Proposer et mettre en place une nouvelle routine pour permettre à l'usager de développer de nouveaux repères.
- Encourager la visite de la famille et des proches pour permettre la socialisation en présentiel, selon les règles en vigueur et le milieu de vie.

- En période de déconfinement:

- Poursuivre les activités prescrites en période de confinement, que ce soit avec l'aide des intervenants, des partenaires, des personnes proches aidantes ou des visiteurs, dans le respect des directives de la santé publique et des mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Effectuer des activités de loisirs de groupe, intérieures ou extérieures. Privilégier le concept de bulle ou de distanciation physique.
- Encourager la visite des personnes proches aidantes et de visiteurs pour permettre la socialisation en présentiel.

Condition physique (autonomie et mobilité)

En période de confinement :

- Soutenir les responsables de ressources d'hébergement dans la mise en place de stratégies visant le maintien de la condition physique (marche dans les corridors, exercices ciblés, etc.).
- Encourager quotidiennement les usagers à se mobiliser de façon régulière et sécuritaire et veiller à l'intégrité de la peau pour prévenir le risque de plaie.
- Fournir l'aide requise pour le positionnement au lit ou au fauteuil, la mobilisation et les déplacements pour assurer le confort et l'autonomie de l'usager (maintien de la clinique mobile).
- Encourager les usagers à effectuer leurs soins de base de façon autonome, tels que l'hygiène personnelle, l'habillement et les activités domestiques ou les faire participer le plus possible à ces activités si de l'aide est requise.
- S'assurer que les professionnels en réadaptation ou autres personnes habilitées à le faire continuent à soutenir les efforts de mobilisation.
- Porter une attention particulière aux éventuels changements dans le profil fonctionnel et les niveaux d'autonomie des usagers lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique avec l'usager ou ses proches pour déceler rapidement un éventuel problème. Faire les interventions et les références pertinentes, le cas échéant.
- Proposer et mettre en place une nouvelle routine composée d'activités courantes auxquelles les clientèles peuvent contribuer, en fonction de leurs capacités.
- Développer des initiatives qui permettent le maintien de l'autonomie et la participation sociale des usagers dans le respect des directives de la santé publique et des mesures de prévention et de contrôle des infections.

En période de déconfinement :

- Poursuivre les activités prescrites en période de confinement, que ce soit avec l'aide des intervenants, des personnes proches aidantes ou des visiteurs, dans le respect des directives de la santé publique et des mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Reprendre de façon plus intensive les interventions des équipes de réadaptation, le cas échéant.
- Effectuer des activités physiques, de réadaptation ou de loisirs de groupe, intérieures ou extérieures en privilégiant le concept de bulles ou la distanciation physique.
- Effectuer des sorties hors du milieu de vie ou des rencontres à l'extérieur.
- Encourager la clientèle à reprendre ses activités de jour, socioprofessionnelles ou communautaires en fonction de la reprise graduelle des services et de ses capacités.

Nutrition

En période de confinement :

- Surveiller l'hydratation, l'appétit et les habitudes de consommation d'aliments, pour déceler rapidement les changements ou un possible problème d'apport alimentaire. Référer à la nutritionniste si nécessaire.
- Utiliser des moyens de communication tels que l'appel vidéo pour permettre de socialiser avec ses proches lors de l'activité repas.
- Développer des initiatives permettant de stimuler les usagers à s'alimenter et à s'hydrater adéquatement, dans le respect des directives de la santé publique et des mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Les personnes proches aidantes qui sont autorisées dans les RAC, les URFI, les RI-RTF, les CHSLD et les logements sociaux, soit 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, peuvent assister l'usager dans la prise des repas.

En période de déconfinement :

- Poursuivre les activités prescrites en période de confinement, que ce soit avec l'aide des intervenants, des personnes proches aidantes ou des visiteurs, dans le respect des directives de la santé publique et des mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Encourager la visite des personnes proches aidantes et des visiteurs à venir prendre les repas avec leur proche, selon les règles en vigueur et le milieu de vie.
- Faire prendre les repas à la salle à manger en compagnie d'autres usagers, selon les règles en vigueur et le milieu de vie.

DIRECTIVES SPÉCIFIQUES

Soutien à domicile

- Maintenir les activités de la vie domestique, particulièrement chez les personnes qui vivent seules, afin d'éviter que les milieux de vie deviennent insalubres faute de capacité de la personne à maintenir son milieu de vie propre.

- Prévenir l'épuisement chez les proches aidants.

- Pour plus de détails, se référer aux directives ministérielles sur le soutien à domicile.

Réadaptation physique (DP et SP)

- Les directives générales s'appliquent à tous les milieux de réadaptation.

- Une attention particulière doit être portée au fait d'offrir les ressources humaines suffisantes pour maintenir les capacités résiduelles des usagers admis dans ces milieux, prévenir le déconditionnement physique et psychologique et prévenir le risque de plaies, de chutes et d'isolement.

Activités socioprofessionnelles ou communautaires en DP, DI et TSA

- En période de reconfinement, les milieux devront adapter leurs services afin de maintenir un certain accès aux usagers (p. ex. : présence en rotation).

- Dans un contexte de distanciation physique, la capacité d'accueil des milieux est réduite. Les milieux visés devront porter une attention particulière aux personnes qui n'auront pas accès ou qui auront un accès réduit à leurs services afin de maintenir un contact régulier (appels, vidéoconférences, etc.).

- Il est possible que certains jeunes ou adultes, pour des raisons liées à leur santé ou à celle de leur famille, ne réintègrent pas l'école ou d'autres services. Une offre de service adaptée devra être planifiée pour répondre à leurs besoins. Si l'usager refuse l'offre de service adaptée, l'établissement devra s'assurer qu'une note est consignée au dossier et qu'une vigie soit faite auprès de l'usager et de sa famille.

- Si l'établissement n'est pas en mesure de conserver ses services ouverts, mais que le traitement de ses employés est maintenu, un plan devra être mis en place pour mobiliser ces employés et mettre en place un filet de sécurité sociale pour les usagers, avec l'implication des proches et des autres intervenants du milieu, avant d'être redéployés dans d'autres milieux, selon les besoins. Il est aussi important de mettre en place des mesures visant à prévenir l'épuisement pour les proches aidants.

Usagers en attente d'un premier service

- Mettre en place un mécanisme pour valider régulièrement la condition des personnes en attente de service afin de prévenir un déconditionnement.

- Mettre en place les services nécessaires, lorsque cela est requis.

Usagers non connus par la direction DI-TSA et DP

- Faire une campagne de sensibilisation auprès des intervenants des autres secteurs d'activités de l'établissement, des organismes communautaires, des réseaux sociaux de l'établissement et du journal local afin d'indiquer les coordonnées de l'établissement si ces personnes ont besoin de soutien, et ce, en collaboration avec ces secteurs (services sociaux généraux, réadaptation hospitalière et 1re ligne en santé physique).

ANNEXE 1

EXEMPLES D'ACTIVITÉS OU D'INTERVENTIONS S'ADRESSANT À LA CLIENTÈLE AYANT UNE DÉFICIENCE, UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME OU UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ PHYSIQUE NÉCESSITANT DES SERVICES DE RÉADAPTATION POUR PRÉVENIR LE DÉCONDITIONNEMENT

Les activités significatives et stimulantes qui génèrent des sentiments positifs et qui permettent le divertissement sont à privilégier. De l'enseignement sur la COVID-19 et sur l'importance de maintenir de bonnes habitudes de vie demeure nécessaire pour encadrer et impliquer les usagers pour maintenir leur "*empowerment*", leur autodétermination et pour prévenir leur déconditionnement.

Bien-être psychologique

Exemples d'activités occupationnelles :

- Mots cachés et mots croisés;
- Sudoku;
- Informatique et jeux vidéo;
- Casse-têtes;
- Activités d'expression artistique (p. ex. : dessin, bricolage, etc.);
- Regarder des albums de photos ou fournir un cadre photo numérique;
- Lire un livre, une revue ou tout autre ouvrage d'intérêt;
- Utiliser différents moyens de communication pour contacter ses proches :
  - téléphone, courriels, messages textes, appels vidéo, etc.;
- Discuter d'éléments positifs de votre projet de vie avec un membre du personnel ou un proche;
- Pratiquer la méditation ou toute autre activité d'intériorisation;
- Écouter de la musique agréable;
- Maintenir une routine régulière;
- Accéder à des activités spirituelles;
- Consulter la page Stress, anxiété et déprime associées à la maladie à coronavirus COVID-19.

Condition physique (autonomie et mobilité)

- Encourager l'usager à participer aux tâches quotidiennes et domestiques du milieu de vie selon ses capacités;
- Bouger les bras et les jambes par soi-même, en position debout, assise ou couchée, ou avec assistance le cas échéant, tant en activités individuelles qu'en groupe. (Yoga, jeux de ballons, activités de loisirs, activités de danse, etc.);
- Encourager l'usager à faire des transferts et des déplacements fréquents dans la chambre. Prévoir des périodes de déplacement plus longues, dans la résidence, ou à l'extérieur, à tour de rôle;
- Visionner des capsules vidéo d'exercices adaptés aux personnes à mobilité réduite (exercices en position assise ou en fauteuil roulant, par exemple);
- Changer de position régulièrement (aux 30 minutes si possible);
- Si possible, se lever debout toutes les heures ou profiter des interventions requises par les intervenants pour se mobiliser afin de prévenir le risque de plaies et de contractures;
- Favoriser des activités respiratoires pour les usagers ayant une atteinte à ce niveau;
- Fournir les aides techniques requises pour assurer leur sécurité et leur autonomie;
- Jouer à des jeux vidéo qui font bouger (p. ex. : WII ou autres);
- Sortir dehors pour respirer l'air frais. Si possible et si cela est sécuritaire, se déplacer à l'extérieur sur les trottoirs ou dans un parc;
- Sortir dans la communauté (p. ex. : restaurant, épicerie, etc.).

Nutrition

- Maintenir de bonnes habitudes alimentaires;
- Boire régulièrement pour bien s'hydrater;
- Informer les intervenants du milieu de vie ou ses proches si les besoins ou les comportements alimentaires changent.

Communication

- Faire des activités de communication avec les enfants : jeux de mots, mimes, apprentissage à la lecture, etc.;
- Suivre les programmes d'activités offerts par les intervenants en fonction des capacités et des intérêts.

Québec

Émission :	02-10-2020	Mise à jour :	10-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-001. REV1

Catégorie(s) :

- ✓ Milieux de vie
- ✓ Ressources intermédiaires (adultes et jeunesse)
- ✓ Ressources de type familial (familles d'accueil et résidences d'accueil)
- ✓ Résidences privées pour aînés
- ✓ CHSLD

Tableaux : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte en lien avec la COVID-19

Remplace les tableaux diffusés le 2 octobre 2020 (non codifiés)

Expéditeur :	**Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)**

Destinataire :	- CISSS et CIUSSS • Toutes les directions des programmes-services; • Directeurs de la qualité • Répondants RI-RTF des établissements. - Hôpital Sainte-Justine - Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James - Associations et organismes représentatifs de RI-RTF - Exploitants des CHSLD PC et PNC - Associations de CHSLD privés - Exploitants des RPA - Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA) - Regroupement québécois des OBNL d'habitation (RQOH)

Émission :	02-10-2020	Mise à jour :	10-11-2020

Directive	
Objet :	En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 dans le monde et de l'augmentation de cas d'infection au Québec, les soins et les services offerts doivent être adaptés pour tenir compte de ce contexte exceptionnel. Les mesures proposées par milieux de vie et par paliers d'alerte tiennent compte de la situation épidémiologique qui prévaut au Québec en date de la présente mise à jour. Ces mesures pourraient être resserrées si une recrudescence de la maladie survenait au Québec.
Mesures à implanter :	Les établissements et les milieux de vie doivent mettre en place et respecter les mesures de protection en lien avec la COVID-19 en fonction des milieux de vie et de la gradation des paliers d'alerte. La présente mise à jour vise à apporter certaines précisions d'application.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : sans objet	
Direction ou service ressource :	**Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial** guichetRIRTF@msss.gouv.qc.ca **Direction du soutien à domicile** certification@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Tableau A : Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les RI de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19 ✓ Tableau B : Directives applicables dans les RI de 19 places ou moins, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, dont le milieu de vie n'est pas le lieu principal de résidence des responsables ✓ Tableau C : Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA) ✓ Tableau D : Directives applicables aux RI adultes dans lesquelles les personnes ne présentent pas de facteurs de vulnérabilité à la COVID-19, les RI appartement supervisé, les RTF et les RIMA ainsi que les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers, qu'il y ait ou non, une personne ou plus ayant des facteurs de vulnérabilité à la COVID-19 ✓ Tableau E : Directives applicables aux RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ / LSSSS)

Émission :	02-10-2020	Mise à jour :	10-11-2020

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

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Natalie Rosebush

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

Version : 2020-09-24 (20-MS-07435-45)
Version : 2020-10-02 (20-MS-07435-45)
Mise à jour : 2020-11-10 DGAPA-001.REV1

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

Pour les mesures non abordées dans le présent tableau, se référer aux directives ministérielles sur le sujet.

TABLEAU A
Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les RI de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Accès au milieu (Visites et sorties) : Le nombre total de personnes qui peuvent visiter un même usager simultanément inclut à la fois les PPA et les visiteurs					
Personnes proches aidantes (PPA)[1] (voir définition[2])					
À l'intérieur du milieu dans la chambre	Permis Maximum 2 personnes à la fois + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 2 personnes à la fois + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 2 PPA à la fois pour un maximum de 4 personnes[3] par période de 24 heures + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 1 PPA à la fois pour un maximum de 2 PPA[1] par période de 24 heures + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 1 PPA à la fois pour un maximum de 2 PPA[1] par période de 24 heures + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs
À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger, etc.)	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre
Parloir	Permis	Permis	Permis Maximum 2 PPA à la fois en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Permis Maximum 1 PPA à la fois	Non permis
Sur le terrain du milieu de vie	Permis Maximum 2 personnes à la fois	Permis Maximum 2 personnes à la fois	Permis Maximum 2 PPA à la fois	Permis Maximum 1 PPA à la fois	Isolement préventif ou isolement : non permis Si éclosion est localisée : non permis, sauf avec l'autorisation de l'équipe PCI

[1] Se référer à la directive sur les visiteurs et les personnes proches aidantes pour un complément d'information disponible 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/proches-aidants/.

[2] Personne proche aidante : Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple, l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et services.
Cela signifie que la famille proche et immédiate doit pouvoir accéder au milieu de vie de son proche, comme pour les PPA.

La dame de compagnie est considérée comme une PPA si elle apporte un soutien et doit éviter la mobilité entre différents résidents.

[3] Le nombre de personnes maximum fait référence au nombre total incluant les personnes proches aidantes et la dame de compagnie.

*CHSLD seulement
**RI seulement

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU A
Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les RI de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Visiteurs[4]					
À l'intérieur du milieu dans la chambre	Permis Maximum 2 personnes à la fois pour un maximum de 4 personnes par période de 24 heures + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 2 personnes à la fois pour un maximum de 4 personnes par période de 24 heures + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Non permis + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Non permis + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Isolement préventif ou isolement : non permis Si éclosion est localisée : non permis, sauf avec l'autorisation de l'équipe PCI + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs
À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger, etc.)	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre	Non permis	Non permis	Non permis
Parloir	Permis	Permis	Permis Maximum 1 personne à la fois	Non permis	Non permis
Sur le terrain du milieu de vie	Permis Maximum 2 personnes à la fois pour un maximum de 4 personnes par période de 24 heures	Permis Maximum 2 personnes à la fois pour un maximum de 4 personnes par période de 24 heures	Non permis	Non permis	Isolement préventif ou isolement : non permis Si éclosion est localisée : non permis, sauf avec l'autorisation de l'équipe PCI + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs
Autres					
Professionnels réguliers de l'équipe interdisciplinaire en CHSLD (ergothérapeute, physiothérapeute, TS, nutri, etc.)*	Permis	Permis	Favoriser la consultation / l'intervention à distance Sinon, ajuster la fréquence selon les besoins signalés	Favoriser la consultation / intervention à distance Sinon, ajuster la fréquence selon les services essentiels	Favoriser la consultation / intervention à distance Sinon, services essentiels seulement
Professionnels de la santé et des services sociaux de l'établissement en RI (ex. : éducateur, ergothérapeute, infirmière, etc.)**	Permis	Permis	Favoriser la consultation ou l'intervention à distance Sinon, ajuster la fréquence selon les besoins signalés	Favoriser la consultation ou intervention à distance Sinon, ajuster la fréquence selon les services essentiels	Favoriser la consultation ou intervention à distance Sinon, services essentiels seulement

[4] Visiteurs : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. Il peut également s'agir d'une personne non connue de l'aidé. De plus, pour les visiteurs qui proviennent d'une région n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, les directives du palier d'alerte les plus contraignantes s'appliquent.

*CHSLD seulement
**RI seulement

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU A
Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les RI de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Professionnels hors établissements (ex. : orthésistes, podologue, etc.)	Permis	Permis	Favoriser la consultation ou l'intervention à distance Sinon, ajuster la fréquence selon les services essentiels	Favoriser la consultation ou l'intervention à distance Sinon, ajuster la fréquence selon les services essentiels	Favoriser la consultation ou intervention à distance Sinon, services essentiels seulement
Personnel rémunéré par le milieu pour des activités de loisirs (ex. : récréologie, musicothérapie, zoothérapie, chansonnier, etc.)	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Membres des comités des usagers ou des résidents*	Permis Favoriser les rencontres virtuelles	Permis Favoriser les rencontres virtuelles	Permis toutefois favoriser les rencontres virtuelles	Permis toutefois favoriser les rencontres virtuelles	Permis si l'éclosion est localisée
Services privés offerts dans les murs du CHSLD (ex. : coiffeuse avec local)	Permis	Permis	Permis	Non permis	Non permis
Personnel engagé par le résident/usager ou les proches (ex. : soins de pieds)	Permis	Permis	Non permis, sauf pour les services essentiels	Non permis, sauf pour les services essentiels	Isolement préventif ou isolement : non permis Si éclosion est localisée : non permis, sauf avec l'autorisation de l'équipe PCI pour les services essentiels
Bénévoles	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Travailleurs pour la construction, la rénovation ou la réparation	Permis	Permis	Permis pour terminer les travaux déjà débutés ou essentiels	Non permis, sauf les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité	Non permis, sauf les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité
Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS) ou d'inspection de la CNESST	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis
Visites par Agrément Canada*	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Visites d'évaluation ministérielle de la qualité des milieux de vie (MSSS)	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non permis

*CHSLD seulement
**RI seulement

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU A
Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les RI de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Visites du processus de contrôle de la qualité des services rendus à l'usager (RSSS)**	Permis	Permis	Permis	Non permis, sauf si visite essentielle	Non permis
Nettoyage des vêtements des résidents/usagers par les familles	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Livraison pour les résidents/usagers (nourriture, achats, etc.) et biens apportés par les familles	Permis	Permis	Permis avec mécanisme sécuritaire pour la livraison. Dépôt à l'accueil, désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 72 heures et remis aux résidents en respectant les mesures de PCI.	Permis avec mécanisme sécuritaire pour la livraison. Dépôt à l'accueil, désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 72 heures et remis aux résidents en respectant les mesures de PCI.	Permis avec mécanisme sécuritaire pour la livraison. Dépôt à l'accueil, désinfection de l'emballage ou du contenant et remis aux résidents en respectant les mesures de PCI.
Animaux de compagnie qui accompagnent une personne proche aidante ou visiteur	Non permis	Non permis	Non permis	Non permis	Non permis
Hébergement temporaire (ex. : lits de répit, dépannage, convalescence)	Permis	Permis	Non permis – sauf pour urgence et avec isolement préventif 14 jours	Non permis – sauf pour urgence et avec isolement préventif 14 jours	Non permis
Résidents / usagers					
Sur le terrain	Permis	Permis	Permis avec supervision	Permis avec supervision	Non permis
Surveillance des symptômes	Quotidiennement	Quotidiennement	Quotidiennement	Quotidiennement	Quotidiennement et ajuster en fonction des directives cliniques
Repas à la salle à manger	Appliquer le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Appliquer le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Appliquer le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres et en limitant le nombre de résidents	Appliquer le concept bulle ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres et en limitant le nombre de résidents	Isolement préventif ou isolement : non permis Si éclosion localisée : non permis sauf si autorisation de l'équipe PCI
Repas à la chambre	Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières de l'usager	Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières de l'usager	Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières de l'usager	Nécessaire si le concept de bulle ne peut être appliqué	Isolement préventif ou isolement : nécessaire Si éclosion est localisée : possible si concept de bulle applicable ou si autorisation de l'équipe PCI

*CHSLD seulement
**RI seulement

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU A
Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les RI de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Activités de groupe dans le milieu ou à l'extérieur sur le terrain du milieu	Permis Soit en appliquant le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Permis Soit en appliquant le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Permis Soit en appliquant le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres et en limitant le nombre de résidents	Permis Soit en appliquant le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres et en limitant le nombre de résidents	Non permis Si éclosion localisée : non permis, sauf si l'organisation des soins et des activités le permet et si les ressources suffisantes sont disponibles
Activités socio-professionnelles (école, stages, travail, centre de jour, etc.)**	Permis	Permis	Permis	Non permis, sauf pour l'usager qui exerçait déjà l'activité et qui ne présente pas de facteurs de vulnérabilité à la COVID-19	Non permis Si éclosion localisée : avec l'autorisation de l'équipe PCI, pour l'usager qui exerçait déjà l'activité et qui ne présente pas de facteurs de vulnérabilité à la COVID-19
Marches extérieures	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager	Permis, uniquement sur le terrain du milieu ou avec supervision à l'extérieur du terrain	Non permis Si éclosion localisée : non permis, sauf avec l'autorisation de l'équipe PCI
Sorties extérieures seuls ou accompagnés d'un PPA (ex. : restaurant, pharmacie, commerce)	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager	Non permis : CHSLD RI : Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager Limiter aux sorties essentielles ou/et privilégier la livraison pour le restaurant, la pharmacie, les commerces	Non permis : CHSLD RI : Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager Limiter aux sorties essentielles ou/et privilégier la livraison pour le restaurant, la pharmacie, les commerces	Non permis, sauf sorties essentielles Non permis en tout temps pour les personnes en isolement
Sorties extérieures pour rendez-vous médicaux[5] ou autres rendez-vous (ex. notaire)	Permis	Permis	Limiter la fréquence des sorties Favoriser la consultation et l'intervention à distance	Limiter la fréquence aux sorties essentielles Favoriser la consultation et l'intervention à distance	Non permis pour les personnes en isolement, sauf si la vie de la personne est en danger Favoriser la consultation et l'intervention à distance

[5] Des précisions seront apportées dans les directives portant sur les trajectoires DGAPA-005.

*CHSLD seulement
**RI seulement

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU A
Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les RI de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Congé temporaire dans la communauté (plus de 24 heures)[6]	Permis	Permis	Limiter la fréquence aux sorties essentielles	Non recommandé Favoriser le maintien du lien social par des moyens alternatifs Permettre seulement, en situation exceptionnelle pour préservation de l'intégrité et de la santé de la personne : - si essentiel pour l'usager; - dans une zone de même niveau d'alerte; - chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint).	Non permis pour les personnes en isolement
Personnel / remplaçants[7]					
Personnel/remplaçants dédiés à un seul milieu de vie	Recommandé	Recommandé	Obligatoire : CHSLD Fortement recommandé : RI	Obligatoire CHSLD Fortement recommandé : RI	Obligatoire
Personnel/remplaçants dédiés à un étage ou unité ou en respectant les différentes zones (chaude, tiède, froide)[6]	Recommandé	Recommandé	Obligatoire : CHSLD pour les PAB Fortement recommandé : RI	Obligatoire : CHSLD pour les PAB Fortement recommandé : RI	Obligatoire, incluant salle de repos dédiée à un étage ou unité
Recours au personnel d'agence[6]	Permis et prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	Permis et prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	En derniers recours, si personnel exclusif au milieu de vie et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	En derniers recours, si personnel exclusif au milieu de vie et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	En derniers recours, si personnel exclusif à un milieu de vie et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI
Changement des vêtements avant et après chaque quart de travail	Recommandé	Recommandé	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

[6] Des précisions seront apportées dans les directives portant sur les trajectoires DGAPA-005.
[7] Doit également être en conformité avec d'autres directives ministérielles ou arrêtés ministériels s'appliquant aux ressources humaines incluant celle sur les stagiaires.

*CHSLD seulement
**RI seulement

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

Les directives sanitaires applicables aux différents milieux de vie sont établies en fonction de 2 principaux éléments :

- Les facteurs de vulnérabilité à la COVID-19 des personnes d'un même milieu de vie;
- L'organisation de services du milieu de vie (milieu de vie similaire à une cellule familiale ou non, nombre de personnes différentes qui offrent les services aux usagers, le nombre potentiel de visites).

Les facteurs de vulnérabilité concernant la complication à la COVID-19 reconnus à ce jour sont les suivants :

- Personnes de 70 ans et plus;
- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosupression.pdf);
- Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (référer à la page 4 de cet avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf);
- Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40);
- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

Si dans le même immeuble on retrouve un milieu de vie (CHSLD, RI ou RPA) et d'autres services tels que des services de réadaptation, un centre de jour, un organisme qui offre du répit avec hébergement, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les différents services se trouvent sur des étages différents;
- les pièces communes (salle à manger, salon) sont distinctes à la fois pour les usagers et pour les membres du personnel;
- les employés sont dédiés à chacun des services.

Pour les milieux de vie mixtes RPA-RI, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les places RPA sont sur un étage ou un bâtiment différent des places RI;
- les pièces communes ne sont pas fréquentées à la fois par les résidents de la RPA et les usagers de la RI.

Toutefois, si les milieux ne sont pas distincts selon les conditions précitées, les directives selon la vocation principale (majorité de places RI, RTF ou RPA) seront celles applicables.

Les directives RPA concernant le port du masque de procédure ou du couvre-visage de même que la tenue d'un registre pour les sorties et entrées des usagers, des visiteurs et du personnel doivent être appliquées, et ce, même si la vocation principale est RI ou RTF.

Les principes précédents sont applicables à l'ensemble des directives qui pourraient être concernées par la mixité.

*CHSLD seulement
**RI seulement

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

Pour les mesures non abordées dans le présent tableau, se référer aux directives ministérielles sur le sujet

TABLEAU B

Directives applicables dans les RI de 19 places ou moins, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, dont le milieu de vie n'est pas le lieu principal de résidence des responsables.

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement ou Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Accès au milieu (visites et sorties) : le nombre de 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). Le nombre total de personnes qui peuvent visiter un même usager simultanément inclut à la fois les PPA et les visiteurs.					
Personnes proches aidantes (PPA) (voir définition[1])					
À l'intérieur du milieu, dans la chambre ou dans une pièce dédiée	Permis Maximum 2 personnes à la fois + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 2 personnes à la fois + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 2 PPA à la fois + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis 1 PPA à la fois + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis 1 PPA à la fois + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs
À l'intérieur du milieu, dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger, etc.)	Permis Maximum 6 personnes (incluant l'usager) à la fois dans le milieu de vie, fortement recommandé que les PPA soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distance physique de 2 mètres	Permis Maximum 6 personnes (incluant l'usager) à la fois dans le milieu de vie, fortement recommandé que les PPA soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distance physique de 2 mètres	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre
Parloir	Permis	Permis	Permis Maximum 2 PPA à la fois en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Permis Maximum 1 PPA à la fois	Non permis
Sur le terrain du milieu de vie	Permis Maximum 2 personnes à la fois,	Permis Maximum 2 personnes à la fois,	Permis Maximum 2 PPA à la fois	Permis Maximum 1 PPA à la fois.	Isolement préventif ou isolement : Non permis

[1] Personne proche aidante : Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple, l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et services.
Cela signifie que la famille proche et immédiate doit pouvoir accéder au milieu de vie de son proche, comme pour les PPA.

La dame de compagnie est considérée comme une PPA si elle apporte un soutien et doit éviter la mobilité entre différents résidents.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B

Directives applicables dans les RI de 19 places ou moins, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, dont le milieu de vie n'est pas le lieu principal de résidence des responsables.

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement ou Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
					Si éclosion localisée : non Permis sauf si autorisation de l'équipe PCI
Visiteurs[2]					
À l'intérieur du milieu, dans la chambre ou dans une pièce dédiée	Permis Maximum 2 personnes à la fois, si la distanciation physique de 2 mètres est possible	Permis Maximum 2 personnes à la fois, si la distanciation physique de 2 mètres est possible	Non permis + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Non permis + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Non permis Sauf si autorisation de l'équipe PCI + se référer aux directives de soins palliatifs
À l'intérieur du milieu, dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger, etc.)	Permis Maximum 10 personnes (incluant l'usager) à la fois dans le milieu de vie, fortement recommandé que ces visiteurs soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres.	Permis Maximum 10 personnes (incluant l'usager) à la fois dans le milieu de vie, fortement recommandé que ces visiteurs soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres.	Non Permis	Non permis	Non permis
Parloir	Permis	Permis	Permis Maximum 1 personne à la fois	Non permis	Non permis
Sur le terrain du milieu de vie	Permis Maximum 2 personnes à la fois	Permis Maximum 2 personnes à la fois	Non permis	Non permis	Non permis
Autres					
Professionnels de la santé et des services sociaux de l'établissement (ex.: éducateur, ergothérapeute, infirmière, etc.)	Permis	Permis	Favoriser la consultation ou l'intervention à distance sinon ajuster la fréquence selon les besoins signalés	Favoriser la consultation ou l'intervention à distance sinon services essentiels seulement	Favoriser la consultation ou l'intervention à distance sinon services essentiels seulement

[2] Visiteurs : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. Il peut également s'agir d'une personne non connue de l'aidé. De plus, pour les visiteurs qui proviennent d'une région n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, les directives du palier d'alerte les plus contraignantes s'appliquent.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B

Directives applicables dans les RI de 19 places ou moins, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, dont le milieu de vie n'est pas le lieu principal de résidence des responsables.

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement ou Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnel engagé (par l'usager ou la PPA) (ex. soins de pieds, coiffeuse, etc.)	Permis	Permis	Non permis Sauf pour services essentiels	Non permis Sauf pour services essentiels	Non permis Sauf pour services essentiels
Bénévoles	Permis	Permis	Services essentiels seulement Maximum 2 personnes à la fois par période de 24 heures Application rigoureuse des mesures PCI	Non permis	Non permis
Travailleurs pour la construction, la rénovation ou la réparation	Permis	Permis	Permis Pour terminer les travaux déjà débutés ou essentiels	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité
Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS) ou d'inspection de la CNESST	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis
Visites d'évaluation ministérielle de la qualité des milieux de vie (MSSS)	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Visites du processus de contrôle de la qualité des services rendus à l'usager	Permis	Permis	Permis	Non permis Sauf si visite essentielle	Non permis
Livraison pour les usagers (nourriture, achats, etc.) et biens apportés par les familles	Permis	Permis	Permis Avec mécanisme sécuritaire pour la livraison : dépôt à l'accueil, désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 72 heures et remis à l'usager en respectant les mesures de PCI.	Permis Avec mécanisme sécuritaire pour la livraison : dépôt à l'accueil, désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 72 heures et remis à l'usager en respectant les mesures de PCI.	Permis Avec mécanisme sécuritaire pour la livraison : dépôt à l'accueil, désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 72 heures et remis à l'usager en respectant les mesures de PCI.
Animaux de compagnie qui accompagnent PPA ou visiteur	Non permis	Non permis	Non permis	Non permis	Non permis

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B

Directives applicables dans les RI de 19 places ou moins, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, dont le milieu de vie n'est pas le lieu principal de résidence des responsables.

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement ou Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Hébergement temporaire (répit, dépannage, convalescence)	Permis	Permis	Permis Pour les ressources qui ont comme seule mission ce type de placement. Recommandé d'offrir des séjours moins fréquents mais prolongés.	Non permis Sauf pour urgence avec isolement préventif de 14 jours	Non permis
Usagers					
Repas à la salle à manger	Permis	Permis	Permis En réduisant le nombre d'usagers en même temps, augmenter les heures de repas ou appliquer le concept de bulle, si possible.	Permis En réduisant le nombre d'usagers en même temps, augmenter les heures de repas ou appliquer le concept de bulle, si possible.	Isolement préventif ou isolement : Non permis Si éclosion localisée : Non Permis sauf si autorisation de l'équipe PCI
Repas à la chambre	Non recommandé Sauf si condition clinique particulière de l'usager	Non recommandé Sauf si condition clinique particulière de l'usager	Non recommandé Sauf si condition clinique particulière de l'usager	Recommandé Si concept de bulle non applicable	Isolement préventif ou isolement : nécessaire Si éclosion localisée : possible si concept de bulle applicable ou si autorisation de l'équipe PCI
Activités de groupe dans le milieu ou sur le terrain	Permis	Permis	Permis En respectant le concept de bulle ou la distanciation physique de 2 mètres entre les personnes	Permis En respectant le concept de bulle ou la distanciation physique de 2 mètres entre les personnes	Non permis
Activités socio-professionnelles (école, stages, travail, centre de jour, etc.)	Permis	Permis	Permis	Non permis, sauf pour l'usager qui exerçait déjà l'activité et qui ne présente pas de facteurs de vulnérabilité à la COVID-19	Non permis Si éclosion localisée : avec l'autorisation de l'équipe PCI, pour l'usager qui exerçait déjà l'activité et qui ne présente pas de facteurs de vulnérabilité à la COVID-19

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B

Directives applicables dans les RI de 19 places ou moins, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, dont le milieu de vie n'est pas le lieu principal de résidence des responsables.

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement ou Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Sorties extérieures seuls ou accompagnés (ex. : restaurant, pharmacie, commerce)	Permis	Permis	Limiter aux sorties essentielles ou/et privilégier la livraison	Limiter aux sorties essentielles ou/et privilégier la livraison	Isolement préventif/Isolement : Non permis En éclosion : Non permis (sauf avec autorisation de l'équipe PCI)
Marche extérieure	Permis Supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager	Permis Supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager	Permis Supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager	Permis Supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager	Isolement préventif/Isolement : Non permis Si éclosion localisée : Non permis (sauf avec autorisation de l'équipe PCI)
Sorties extérieures pour rendez-vous médicaux[3] ou autres rendez-vous (ex. notaire)	Permis	Permis	Limiter la fréquence des sorties	Limiter la fréquence aux sorties essentielles	Non permis pour les personnes en isolement, sauf si la vie de la personne est en danger, favoriser la consultation et l'intervention à distance Si éclosion localisée : limiter la fréquence aux sorties essentielles
Congé temporaire dans la communauté (plus de 24 heures)[3]	Permis	Permis	Limiter la fréquence aux sorties essentielles	Non recommandé Favoriser le maintien du lien social par des moyens alternatifs Permettre seulement, en situation exceptionnelle pour préservation de l'intégrité et de la santé de la personne : - si essentiel pour l'usager; - dans une zone de même niveau d'alerte;	Non permis pour les personnes en isolement

[3] Des précisions seront apportées dans les directives portant sur les trajectoires DGAPA-005.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU B

Directives applicables dans les RI de 19 places ou moins, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, dont le milieu de vie n'est pas le lieu principal de résidence des responsables.

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement ou Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
				- chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint).	
Personnel/remplaçant[4]					
Personnel/remplaçant dédié au milieu de vie	Recommandé	Recommandé	Fortement recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire
Personnel/remplaçant dédié à l'étage ou en respectant les différentes zones (chaude, tiède, froide)	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire
Recours au personnel d'agence	Permis Mais prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	Permis Mais prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	En dernier recours, si personnel exclusif au milieu de vie et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	En dernier recours, si personnel exclusif au milieu de vie et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	En dernier recours, si personnel exclusif au milieu de vie et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI
Changement de vêtement avant et après chaque quart de travail	Recommandé	Recommandé	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

Les directives sanitaires applicables aux différents milieux de vie sont établies en fonction de 2 principaux éléments :

- Les facteurs de vulnérabilité à la COVID-19 des personnes d'un même milieu de vie;
- L'organisation de services du milieu de vie (milieu de vie similaire à une cellule familiale ou non, nombre de personnes différentes qui offrent les services aux usagers, le nombre potentiel de visites).

Les facteurs de vulnérabilité concernant la complication à la COVID-19 reconnus à ce jour sont les suivants :

- Personnes de 70 ans et plus;
- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosupression.pdf);
- Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (référer à la page 4 de cet avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf);
- Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40);
- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

[4] Doit également être en conformité avec d'autres directives ministérielles ou arrêtés ministériels s'appliquant aux ressources humaines incluant celle sur les stagiaires.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

Si dans le même immeuble on retrouve un milieu de vie (CHSLD, RI ou RPA) et d'autres services tels que des services de réadaptation, un centre de jour, un organisme qui offre du répit avec hébergement, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les différents services se trouvent sur des étages différents;
- les pièces communes (salle à manger, salon) sont distinctes à la fois pour les usagers et pour les membres du personnel;
- les employés sont dédiés à chacun des services.

Pour les milieux de vie mixtes RPA-RI, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les places RPA sont sur un étage ou un bâtiment différent des places RI;
- les pièces communes ne sont pas fréquentées à la fois par les résidents de la RPA et les usagers de la RI.

Toutefois, si les milieux ne sont pas distincts selon les conditions précitées, les directives selon la vocation principale (majorité de places RI, RTF ou RPA) seront celles applicables.

Les directives RPA concernant le port du masque de procédure ou du couvre-visage de même que la tenue d'un registre pour les sorties et entrées des usagers, des visiteurs et du personnel doivent être appliquées, et ce, même si la vocation principale est RI ou RTF.

Les principes précédents sont applicables à l'ensemble des directives qui pourraient être concernées par la mixité.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

Pour les mesures non abordées dans le présent tableau, se référer aux directives ministérielles sur le sujet.

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Accès au milieu (visites et sorties) Le nombre total de personnes qui peuvent visiter un même usager simultanément inclut à la fois les PPA et les visiteurs					
Personnes proches aidantes (PPA) (voir définition[1])					
À l'intérieur dans l'unité locative	Permis Maximum 10 personnes à la fois dans l'unité locative incluant le résident + se référer aux directives des visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 10 personnes à la fois dans l'unité locative incluant le résident + se référer aux directives des visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 6 personnes à la fois dans l'unité locative incluant le résident, coordination nécessaire par la résidence + se référer aux directives des visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 1 PPA à la fois, coordination nécessaire par la résidence + se référer aux directives des visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 1 personne à la fois, coordination nécessaire par la résidence + se référer aux directives des visites pour les soins palliatifs
À l'intérieur de la résidence dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger)	Non permis Sauf pour circuler vers l'unité locative	Non permis Sauf pour circuler vers l'unité locative	Non permis Sauf pour circuler vers l'unité locative	Non permis Sauf pour circuler vers l'unité locative	Non permis Sauf pour circuler vers l'unité locative
Parloir	Permis	Permis	Permis Maximum 2 personnes à la fois en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Permis Maximum 1 personne à la fois	Non permis
Sur le terrain de la RPA	Permis Maximum 10 personnes à la fois incluant le résident, fortement recommandé que les personnes soient en provenance de maximum 3	Permis Maximum 10 personnes à la fois incluant le résident, fortement recommandé que les personnes soient en provenance de maximum	Permis Maximum 6 personnes à la fois incluant le résident, fortement recommandé que les personnes soient en provenance de maximum 2	Permis Maximum 1 personne à la fois	Isolement préventif/Isolement : Non permis Si éclosion localisée : Non permis (sauf avec autorisation de l'équipe PCI)

[1] Personne proche aidante : Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychique, psychologique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple, l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou l'organisation des soins et services. Cela signifie que la famille proche et immédiate doit pouvoir accéder au milieu de vie de son proche, comme pour les PPA.

La dame de compagnie est considérée comme une PPA si elle apporte un soutien et doit éviter la mobilité entre différents résidents.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres	3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres	ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres		
Visiteurs[2] :					
À l'intérieur de l'unité locative	Permis Maximum 10 personnes à la fois dans l'unité locative incluant le résident, fortement recommandé que les personnes soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres + se référer aux directives des visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 10 personnes à la fois dans l'unité locative incluant le résident, fortement recommandé que les personnes soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres + se référer aux directives des visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 6 personnes à la fois dans l'unité locative incluant le résident, fortement recommandé que les personnes soient en provenance de maximum 2 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres + se référer aux directives des visites pour les soins palliatifs	Non permis Se référer aux directives des visites pour les soins palliatifs	Non permis Sauf avec autorisation de l'équipe PCI + se référer aux directives des visites pour les soins palliatifs
À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger, etc.)	Non permis Sauf pour circuler vers l'unité locative	Non permis Sauf pour circuler vers l'unité locative	Non permis Sauf pour circuler vers l'unité locative	Non permis	Non permis
Parloir	Permis	Permis	Permis Maximum 2 personnes à la fois en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Non permis	Non permis
Sur le terrain de la RPA	Permis Maximum 10 personnes à la fois incluant le résident, fortement recommandé que les personnes soient	Permis Maximum 10 personnes à la fois incluant le résident, fortement recommandé que les personnes	Permis Maximum 6 personnes à la fois incluant le résident, fortement recommandé que les personnes	Non permis	Non permis

[2] Visiteurs : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. Il peut également s'agir d'une personne non connue de l'aidé. De plus, pour les visiteurs qui proviennent d'une région n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, les directives du palier d'alerte les plus contraignants s'appliquent.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres	soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres	soient en provenance de maximum 2 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres		
Autres					
Professionnels de la santé et des services sociaux de l'établissement (ex. : éducateur, ergothérapeute, infirmière)	Permis	Permis	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance, sinon ajuster la fréquence selon les besoins signalés	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance, sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance, sinon services essentiels seulement
Professionnels de la santé et des services sociaux hors établissement (ex. : dentiste, audioprothésiste)	Permis	Permis	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance, sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance, sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels	Non permis Sauf dans les zones qui ne sont pas en éclosion, lorsque l'éclosion est localisée
Personnel rémunéré par la résidence pour des activités de loisirs (ex. récréologie, musicothérapie, zoothérapie)	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Personnel des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) ou travailleur dans le cadre la modalité allocation directe/chèque emploi service (AD/CES)	Permis : maintenir l'intensité habituelle	Permis : maintenir l'intensité habituelle	Permis : maintenir l'intensité habituelle	Permis : maintenir l'intensité habituelle	Non permis Sauf pour les services essentiels – pour plus de précisions, voir le tableau gradation des mesures Soutien à domicile
Personnel engagé (par le résident ou la PPA) (ex. soins de pieds, coiffeuse, entretien ménager etc.)	Permis	Permis	Non permis Sauf pour services essentiels	Non permis Sauf pour services essentiels	Non permis Sauf pour services essentiels
Services privés offerts dans les murs de la RPA (ex. salon de coiffure, dépanneur)	Permis	Permis	Permis Seulement pour les résidents de la RPA	Permis Seulement pour les résidents de la RPA, avec respect rigoureux des	Non permis Sauf avec autorisation de l'équipe PCI

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
				consignes sanitaires[3] et vérification de leur application	
Bénévoles	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Travailleurs de la construction ou de rénovation	Permis	Permis	Non permis Sauf pour terminer les travaux déjà débutés ou essentiels	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaire pour assurer la sécurité des résidents	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité des résidents
Visites de location	Permis	Permis	Permis Favoriser les visites virtuelles ou limiter la fréquence	Non recommandé Favoriser les visites virtuelles ou s'assurer de mettre en place toutes les mesures PCI et limiter le nombre de personnes présentent lors de la visite soit au futur résident et à une personne proche aidante qui peut l'accompagner	Non permis Sauf pour urgence
Visites des équipes responsables de la certification des RPA	Permis	Permis	Permis	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, avec accompagnement de l'équipe PCI	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, avec accompagnement de l'équipe PCI
Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS) ou d'inspection de la CNESST	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis
Visites ministérielles d'inspection	Permis	Permis	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, avec accompagnement de l'équipe PCI	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, avec accompagnement de l'équipe PCI	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, avec accompagnement de l'équipe PCI

[3] Pour plus d'informations, consulter le : https://www.inspq.qc.ca/publications/2997-soins-esthetiques-covid19

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Visites d'évaluation de la conformité effectuées par Agrément Canada	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Livraison pour les résidents (médicaments, nourriture, achats, etc.) et biens apportés par les familles	Permis	Permis	Permis Avec mécanisme sécuritaire de livraison : dépôt à l'accueil, désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 72 heures et remis au résident en respectant les mesures PCI	Permis Avec mécanisme sécuritaire de livraison : dépôt à l'accueil, désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 72 heures et remis au résident en respectant les mesures PCI	Permis Avec mécanisme sécuritaire de livraison : dépôt à l'accueil, désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 72 heures et remis au résident en respectant les mesures PCI
Animaux de compagnie qui accompagnent une personne proche aidante ou visiteur	Non permis	Non permis	Non permis	Non permis	Non permis
Hébergement temporaire (répit, dépannage, convalescence)	Permis	Permis	Non permis Sauf pour urgence et avec isolement préventif 14 jours, à convenir avec le CISSS/CIUSSS lorsqu'il y a entente de services	Non permis Sauf pour urgence et avec isolement préventif 14 jours, non recommandé lorsqu'il y a entente de services avec CISSS/CIUSSS	Non permis
Nettoyage des vêtements des résidents par les familles	Permis	Permis	Permis Sur place, maximum de 2 personnes, si le 2 m de distance est respecté à la buanderie, le port du masque est obligatoire et une désinfection doit être faite après utilisation	Non permis	Non permis
Résidents					
Repas					
Salle à manger	Permis : à prioriser Retirer les repas style buffet et bar à salades, appliquer le concept de bulle si possible ou distanciation physique de 2 m	Permis : à prioriser Retirer les repas style buffet et bar à salades, appliquer le concept de bulle si possible ou distanciation physique de 2 m	Permis mais non recommandé Retirer les repas style buffet et bar à salades, appliquer le concept de bulle si possible ou distanciation physique	Permis mais non recommandé Retirer les repas style buffet et bar à salades, appliquer le concept de bulle si possible ou distanciation physique	Non permis

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
			de 2 m ou en limitant le nombre de résidents	de 2 m ou en limitant le nombre de résidents	
À l'unité locative	Non recommandé Sauf pour condition clinique particulière de l'usager	Non recommandé Sauf pour condition clinique particulière de l'usager	Recommandé	À prioriser	À prioriser
Activité de groupe dans la RPA	Permis Appliquer le concept de bulle si possible ou distanciation physique de 2 m et maximum de 50 personnes	Permis Appliquer le concept de bulle si possible ou distanciation physique de 2 m et maximum de 50 personnes	Permis Appliquer le concept de bulle si possible ou distanciation physique de 2 m et maximum de 25 personnes	Permis Seulement si concept de bulle est applicable, une bulle à la fois	Non permis
Activités socio-professionnelles (stages, travail, centre de jour, etc.)	Permis	Permis	Permis	Non permis Sauf pour l'usager qui exerçait déjà l'activité et qui ne présente pas de facteurs de vulnérabilité à la COVID-19	Non permis Si éclosion localisée : avec l'autorisation de l'équipe PCI, pour l'usager qui exerçait déjà l'activité et qui ne présente pas de facteurs de vulnérabilité à la COVID-19
Sorties extérieures seuls ou accompagnés (ex. : restaurant, pharmacie, commerce)	Permis	Permis	Limiter aux sorties essentielles ou/et privilégier la livraison	Limiter aux sorties essentielles ou/et privilégier la livraison	Isolement préventif/Isolement : Non permis En éclosion : Non permis (sauf avec autorisation de l'équipe PCI)
Marche extérieure	Permis	Permis	Permis	Permis	Isolement préventif/Isolement : Non permis Si éclosion localisée : Non permis (sauf avec autorisation de l'équipe PCI)

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Sorties extérieures pour rendez-vous médicaux[4] ou autres rendez-vous (ex. notaire)	Permis	Permis	Limiter la fréquence des sorties	Limiter la fréquence aux sorties essentielles	Non permis pour les personnes en isolement, sauf si la vie de la personne est en danger, favoriser la consultation et l'intervention à distance Si éclosion localisée : limiter la fréquence aux sorties essentielles
Sorties extérieures pour plus de 24 heures[4]	Permis	Permis	Limiter la fréquence des sorties	Limiter la fréquence aux sorties essentielles	Non permis
Surveillance des symptômes	Quotidiennement à l'unité de soins seulement	Quotidiennement à l'unité de soins seulement	Quotidiennement à l'unité de soins seulement	Quotidiennement à l'unité de soins seulement	Quotidiennement à l'unité de soins seulement
Personnel/Remplaçants[5]					
Personnel/remplaçants dédiés à un milieu de vie	Recommandé	Recommandé	Fortement recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire
Personnel/remplaçants dédiés à l'étage ou l'unité ou en respectant les différentes zones (chaude, tiède, froide)	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire, incluant salle de repos dédiée à un étage ou unité
Recours au personnel d'agence	Permis Prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	Permis Prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	Permis En dernier recours, prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	Permis En dernier recours, si exclusif à la résidence	Permis En dernier recours, si exclusif à la résidence
Changement de vêtements avant et après chaque quart de travail	Recommandé	Recommandé	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
Autres services offerts par la RPA					
Services de sécurité	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle

[4] Des précisions seront apportées dans les directives portant sur les trajectoires DGAPA-005.
[5] Doit également être en conformité avec d'autres directives ministérielles s'appliquant aux ressources humaines le cas échéant incluant celle sur les stagiaires.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)**
Entretien des vêtements et de la literie	Permis Maintenir la fréquence habituelle Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches	Permis Maintenir l'intensité habituelle Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches	Permis Prioriser les clientèles plus vulnérables ou ayant des besoins spécifiques (ex. : usager en situation d'incontinence ou ayant peu de vêtements) Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches avec mécanisme sécuritaire de livraison (dépôt à l'accueil, désinfection de l'emballage ou du contenant et remis au résident en respectant les mesures PCI) ou maximum de 2 personnes si le 2 mètres de distance est respecté à la buanderie de la RPA	Permis Prioriser les clientèles plus vulnérables ou ayant des besoins spécifiques (ex. : usager en situation d'incontinence ou ayant peu de vêtements) Non permis pour les familles	Suspendre de façon générale les services d'entretien des vêtements et de la literie, excepté si l'interruption de ce service compromet l'intégrité ou la sécurité de l'usager, notamment en raison d'un risque d'insalubrité Non permis pour les familles
Services d'entretien ménager dans les unités locatives et dans les espaces communs	Maintenir la fréquence habituelle Dans les espaces communs, assurer l'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des lieux physiques, notamment les boutons d'ascenseurs, poignés de porte. Ainsi, les surfaces fréquemment touchées dans les aires communes doivent être nettoyées et désinfectées plusieurs fois par jour, au minimum aux 2 à 4 heures.	Maintenir la fréquence habituelle Dans les espaces communs, assurer l'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des lieux physiques, notamment les boutons d'ascenseurs, poignés de porte. Ainsi, les surfaces fréquemment touchées dans les aires communes doivent être nettoyées et désinfectées plusieurs fois par jour, au minimum aux 2 à 4 heures.	Maintenir la fréquence habituelle si les services sont offerts par la RPA ou par une EESAD ou par un travailleur dans le cadre de la modalité AD/CES Dans les espaces communs, assurer l'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des lieux physiques, notamment les boutons d'ascenseurs, poignés de porte. Ainsi, les surfaces fréquemment touchées dans les aires communes doivent être nettoyées et	Maintenir la fréquence habituelle si les services sont offerts par la RPA ou par une EESAD ou par un travailleur dans le cadre de la modalité AD/CES Dans les espaces communs, assurer l'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des lieux physiques, notamment les boutons d'ascenseurs, poignés de porte. Ainsi, les surfaces fréquemment touchées dans les aires communes doivent être nettoyées et désinfectées plusieurs fois par jour, au minimum aux 2 à 4 heures.	Suspendre les services d'entretien ménager, excepté si l'interruption de ce service compromet l'intégrité ou la sécurité de l'usager, notamment en raison d'un risque d'insalubrité Prise en charge de la gestion des services devant être maintenus par le RSSS lorsque ces services sont habituellement offerts par un autre prestataire que la RPA Dans les espaces communs, assurer l'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des lieux physiques,

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
			désinfectées plusieurs fois par jour, au minimum aux 2 à 4 heures.		notamment les boutons d'ascenseurs, poignés de porte. Ainsi, les surfaces fréquemment touchées dans les aires communes doivent être nettoyées et désinfectées plusieurs fois par jour, au minimum aux 2 à 4 heures.
Services d'assistance personnelle (ex. : aide à l'alimentation, aux soins d'hygiène, à l'habillage, administration des médicaments, lavage des cheveux)	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle Évaluer la possibilité que l'usager ou la personne proche aidante participe aux soins et l'accompagner dans la prise en charge de certains soins	Maintenir l'intensité habituelle Évaluer la possibilité que l'usager ou la personne proche aidante participe aux soins et l'accompagner dans la prise en charge de certains soins	Réduire la fréquence des services dans la mesure où ceci ne compromet pas l'intégrité ou la sécurité de l'usager et de la personne proche aidante Permettre la dispensation des services par le prestataire habituel (personnel de l'EESAD ou de la RPA), à la condition que ce dernier soit formé sur les mesures PCI (notamment sur le port et le retrait de l'ÉPI) et qu'il les applique de façon rigoureuse Prise en charge par le RSSS des services habituellement dispensés dans le cadre de l'AD/CES
Distribution des médicaments	Permis	Permis	Permis Mettre en place des moyens alternatifs permettant de limiter les contacts, par exemple, laisser les médicaments à la l'unité locative et appeler le résident par téléphone pour sa prise de médication	Permis Mettre en place des moyens alternatifs permettant de limiter les contacts, par exemple, laisser les médicaments à la l'unité locative et appeler le résident par téléphone pour sa prise de médication	Permis Mettre en place des moyens alternatifs permettant de limiter les contacts, par exemple, laisser les médicaments à la l'unité locative et appeler le résident par téléphone pour sa prise de médication Permettre la dispensation des services par le prestataire habituel

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
					(personnel de l'EESAD ou de la RPA), à la condition que ce dernier soit formé sur les mesures PCI (notamment sur le port et le retrait de l'ÉPI) et qu'il les applique de façon rigoureuse Prise en charge par le RSSS des services habituellement dispensés dans le cadre de l'AD/CES
Services de soins infirmiers	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	Poursuivre uniquement les services infirmiers essentiels	Poursuivre uniquement les services infirmiers essentiels
Services de répit ou de convalescence par la RPA	Maintenu	Maintenu	Suspendu Sauf pour urgence et avec isolement préventif 14 jours	Suspendu Sauf pour urgence et avec isolement préventif 14 jours	Suspendu

Les directives sanitaires applicables aux différents milieux de vie sont établies en fonction de deux principaux éléments :

- Les facteurs de vulnérabilité à la COVID-19 des personnes d'un même milieu de vie;
- L'organisation de services du milieu de vie (milieu de vie similaire à une cellule familiale ou non, nombre de personnes différentes qui offrent les services aux usagers, le nombre potentiel de visites).

Les facteurs de vulnérabilité concernant la complication à la COVID-19 reconnus à ce jour sont les suivants :

- Personnes de 70 ans et plus;
- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosupression.pdf);
- Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (référer à la page 4 de cet avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf);
- Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40);
- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

Si dans le même immeuble on retrouve un milieu de vie (CHSLD, RI ou RPA) et d'autres services tels que des services de réadaptation, un centre de jour, un organisme qui offre du répit avec hébergement, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les différents services se trouvent sur des étages différents;
- les pièces communes (salle à manger, salon) sont distinctes à la fois pour les usagers et pour les membres du personnel;
- les employés sont dédiés à chacun des services.

Pour les milieux de vie mixtes RPA-RI, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les places RPA sont sur un étage ou un bâtiment différent des places RI;
- les pièces communes ne sont pas fréquentées à la fois par les résidents de la RPA et les usagers de la RI.

Toutefois, si les milieux ne sont pas distincts selon les conditions précitées, les directives selon la vocation principale (majorité de places RI, RTF ou RPA) seront celles applicables.

Les directives RPA concernant le port du masque de procédure ou du couvre-visage de même que la tenue d'un registre pour les sorties et entrées des usagers, des visiteurs et du personnel doivent être appliquées, et ce, même si la vocation principale est RI ou RTF.

Les principes précédents sont applicables à l'ensemble des directives qui pourraient être concernées par la mixité.

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

Pour les mesures non abordées dans le présent tableau, se référer aux directives ministérielles sur le sujet

TABLEAU D

Directives applicables aux RI adultes dans lesquelles les personnes ne présentent pas de facteurs de vulnérabilité à la COVID-19, les RI appartement supervisé, les RTF et les RIMA ainsi que les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers, qu'il y ait ou non, une personne ou plus ayant des facteurs de vulnérabilité à la COVID-19.

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement ou Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Accès au milieu (Visites et sorties) : 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/remplaçants absents). Il est à noter que le nombre total de personnes qui peuvent visiter un même usager simultanément inclut à la fois les PPA et les visiteurs.					
Personnes proches aidantes (PPA) (voir définition[1])					
À l'intérieur du milieu dans la chambre ou dans une pièce dédiée	Permis Maximum 2 personnes à la fois + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 2 personnes à la fois + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 2 personne à la fois + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 1 PPA à la fois + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis 1 PPA à la fois + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs
À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger)	Permis Maximum 10 personnes à la fois incluant l'usager/résident, fortement recommandé que les personnes soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Permis Maximum 10 personnes à la fois incluant l'usager/résident, fortement recommandé que les PPA soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Permis Maximum 6 personnes à la fois incluant l'usager/résident, fortement recommandé que les PPA soient en provenance de maximum 2 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre
Sur le terrain du milieu	Permis	Permis	Permis	Permis Maximum 1 personne à la fois	Isolement préventif/Isolement : Non permis

[1] Personne proche aidante : Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychique, psychologique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple, l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou l'organisation des soins et services. Cela signifie que la famille proche et immédiate doit pouvoir accéder au milieu de vie de son proche, comme pour les PPA.

La dame de compagnie est considérée comme une PPA si elle apporte un soutien et doit éviter la mobilité entre différents résidents.

***RPA seulement**

**** RI-RTF seulement**

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

	Maximum 10 à la fois incluant l'usager/résident, fortement recommandé que les personnes soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Maximum 10 personnes à la fois incluant l'usager/résident, fortement recommandé que les personnes soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Maximum 6 personnes à la fois incluant l'usager/résident, fortement recommandé que les personnes soient en provenance de maximum 2 ménages, en respectant la distance physique de 2 mètres.		Si éclosion localisée : Non permis (sauf avec autorisation de l'équipe PCI)
Visiteurs[2]					
À l'intérieur du milieu, dans la chambre ou dans une pièce dédiée	Permis Maximum 2 personnes à la fois, en respectant la distanciation physique de 2 mètres + se référer aux directives des visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 2 personnes à la fois, en respectant la distanciation physique de 2 mètres + se référer aux directives des visites pour les soins palliatifs	Permis Maximum 2 personnes à la fois, en respectant la distanciation physique de 2 mètres + se référer aux directives des visites pour les soins palliatifs	Non permis Se référer aux directives des visites pour les soins palliatifs	Non permis Sauf avec autorisation de l'équipe PCI + se référer aux directives des visites pour les soins palliatifs
À l'intérieur dans les espaces communs	Permis Maximum 10 personnes à la fois incluant l'usager/résident, fortement recommandé que les visiteurs soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres.	Permis Maximum 10 personnes à la fois incluant l'usager/résident, fortement recommandé que les visiteurs soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres.	Permis Maximum 6 personnes à la fois incluant l'usager/résident, fortement recommandé que les visiteurs soient en provenance de maximum 2 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres.	Non permis	Non permis
Sur le terrain du milieu de vie	Permis Maximum 10 personnes à la fois incluant l'usager/résident, fortement recommandé que les visiteurs soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres.	Permis Maximum 10 personnes à la fois incluant l'usager/résident, fortement recommandé que les visiteurs soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres.	Permis Maximum 6 personnes à la fois incluant l'usager/résident, fortement recommandé que les visiteurs soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres.	Non permis	Non permis
Autres					
Professionnels de la santé et des services sociaux de l'établissement (ex. : éducateur, ergothérapeute, infirmière)	Permis	Permis	Favoriser la consultation et l'intervention à distance, sinon ajuster la fréquence selon les besoins signalés	Favoriser la consultation et l'intervention à distance, sinon services essentiels seulement	Favoriser la consultation et l'intervention à distance, sinon services essentiels seulement
Professionnels de la santé et des services sociaux hors établissement (ex. : dentiste, audioprothésiste)*	Permis	Permis	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance, sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance, sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels	Non permis Sauf urgence et en dehors du milieu

[2] Visiteurs : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. Il peut également s'agir d'une personne non connue de l'aidé. De plus, pour les visiteurs qui proviennent d'une région n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, les directives du palier d'alerte les plus contraignantes s'appliquent.

***RPA seulement**
**** RI-RTF seulement**

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

	Personnel rémunéré par le responsable du milieu de vie pour des activités de loisir (ex. : récréologie, musicothérapie, zoothérapie)	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
	Personnel des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) ou travailleur dans le cadre de la modalité allocation directe/chèque emploi service (AD/CES)*	Permis : maintenir l'intensité habituelle	Permis : maintenir l'intensité habituelle	Permis : maintenir l'intensité habituelle	Permis : maintenir l'intensité habituelle	Non permis Sauf pour les services essentiels – pour plus de précisions, voir le tableau gradation des mesures Soutien à domicile
	Personnel engagé (par le résident/usager ou la PPA) (ex. soins de pieds, coiffeuse, entretien ménager*)	Permis	Permis	Non permis Sauf pour services essentiels	Non permis Sauf pour services essentiels	Non permis Sauf pour services essentiels
	Bénévoles	Permis	Permis	Services essentiels seulement Maximum 2 personnes à la fois par période de 24 heures Application rigoureuse des mesures PCI	Non permis	Non permis
	Travailleurs pour la construction, la rénovation ou la réparation	Permis	Permis	Non permis Sauf pour terminer les travaux déjà débutés ou essentiels	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité
	Visites de location*	Permis	Permis	Permis Favoriser les visites virtuelles ou limiter la fréquence	Non recommandé Favoriser les visites virtuelles ou s'assurer de mettre en place toutes les mesures PCI et limiter le nombre de personnes présentent lors de la visite soit au futur résident et à une personne proche aidante qui peut l'accompagner	Non permis Sauf pour urgence
	Visites des équipes responsables de la certification des RPA*	Permis	Permis	Permis	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, avec accompagnement de l'équipe PCI	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, avec accompagnement de l'équipe PCI
	Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS) ou d'inspection de la CNESST	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis
	Visites ministérielles d'inspection*	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non Permis

***RPA seulement**

**** RI-RTF seulement**

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

			Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, avec accompagnement de l'équipe PCI	Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, avec accompagnement de l'équipe PCI	Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, avec accompagnement de l'équipe PCI
Visites d'évaluation de la conformité effectuées par Agrément Canada*	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Visites d'évaluation ministérielle de la qualité des milieux de vie (MSSS)**	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Visites du processus de contrôle de la qualité des services rendus à l'usager**	Permis	Permis	Permis	Non permis, Sauf si visite essentielle	Non permis
Livraison pour les résidents/usagers (nourriture, achats, etc.) et biens apportés par les familles	Permis	Permis	Permis Avec mécanisme sécuritaire de livraison : dépôt à l'accueil, désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 72 heures et remis à l'usager en respectant les mesures de PCI.	Permis Avec mécanisme sécuritaire de livraison : dépôt à l'accueil, désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 72 heures et remis à l'usager en respectant les mesures de PCI.	Permis Avec mécanisme sécuritaire de livraison : dépôt à l'accueil, désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 72 heures et remis à l'usager en respectant les mesures de PCI.
Animaux de compagnie qui accompagnent PPA ou visiteur	Non permis	Non permis	Non permis	Non permis	Non permis
Hébergement temporaire (répit, dépannage, convalescence)	Permis	Permis	Non permis Sauf pour les ressources qui ont comme seule mission ce type de placement. Recommandé d'offrir des séjours moins fréquents mais prolongés.	Non permis	Non permis
Nettoyage des vêtements des résidents par les familles*	Permis	Permis	Permis Sur place, maximum de 2 personnes, si le 2 m de distance est respecté à la buanderie, le port du masque est obligatoire et une désinfection doit être faite après utilisation	Non permis	Non permis
Résidents/Usagers					
Repas à la salle à manger	Permis	Permis	Permis	Permis	Non permis pour la personne concernée
Repas à la chambre	Non recommandé Sauf pour condition clinique particulière de l'usager	Non recommandé Sauf pour condition clinique particulière de l'usager	Non recommandé Sauf pour condition clinique particulière de l'usager	Non recommandé Sauf pour condition clinique particulière de l'usager	Obligatoire

***RPA seulement**
**** RI-RTF seulement**

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

Activités de groupe	Permis	Permis	Permis	Permis	Non permis pour la personne concernée
Activités socio-professionnelles, (école, stages, travail, centre de jour, etc.)	Permis	Permis	Permis	Non permis Sauf pour l'usager qui exerçait déjà l'activité et qui ne présente pas de facteurs de vulnérabilité à la COVID-19	Non permis Si éclosion localisée : avec l'autorisation de l'équipe PCI, pour l'usager qui exerçait déjà l'activité et qui ne présente pas de facteurs de vulnérabilité à la COVID-19
Sorties extérieures seuls ou accompagnés (ex. : restaurant, pharmacie, commerce)	Permis	Permis	Limiter aux sorties essentielles ou/et privilégier la livraison	Limiter aux sorties essentielles ou/et privilégier la livraison	Isolement préventif/Isolement : Non permis En éclosion : Non permis (sauf avec autorisation de l'équipe PCI)
Marche extérieure	Permis	Permis	Permis	Permis	Isolement préventif/Isolement : Non permis Si éclosion localisée : Non permis (sauf avec autorisation de l'équipe PCI)
Sorties extérieures pour rendez-vous médicaux[3] ou autres rendez-vous (ex. notaire)	Permis	Permis	Limiter la fréquence des sorties	Limiter la fréquence aux sorties essentielles	Non permis pour les personnes en isolement, sauf si la vie de la personne est en danger, favoriser la consultation et l'intervention à distance Si éclosion localisée : limiter la fréquence aux sorties essentielles
Congé temporaire dans la communauté (plus de 24 heures)[3]	Permis	Permis	Limiter la fréquence aux sorties essentielles	Non recommandé Favoriser le maintien du lien social par des moyens alternatifs Permettre seulement, en situation exceptionnelle pour préservation de l'intégrité et de la santé de la personne : - si essentiel pour l'usager;	Non permis pour les personnes en isolement

[3] Des précisions seront apportées dans les directives portant sur les trajectoires DGAPA-005.

***RPA seulement**
**** RI-RTF seulement**

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

				- dans une zone de même niveau d'alerte; - chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint).	
Personnel/remplaçant[4]					
Personnel/remplaçant dédié au milieu de vie	Recommandé	Recommandé	Fortement recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire
Recours au personnel d'agence[4]	Permis Prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	Permis Prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	Permis Prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	Permis En dernier recours, prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	Permis En dernier recours, si exclusif à la résidence
Autres services offerts par la RPA : Voir tableau des gradations C : Résidences privées pour aînés (RPA)					

Les directives sanitaires applicables aux différents milieux de vie sont établies en fonction de 2 principaux éléments :

- Les facteurs de vulnérabilité à la COVID-19 des personnes d'un même milieu de vie;
- L'organisation de services du milieu de vie (milieu de vie similaire à une cellule familiale ou non, nombre de personnes différentes qui offrent les services aux usagers, le nombre potentiel de visites).

Les facteurs de vulnérabilité concernant la complication à la COVID-19 reconnus à ce jour sont les suivants :

- Personnes de 70 ans et plus;
- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosupression.pdf);
- Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (référer à la page 4 de cet avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf)
- Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40);
- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

Si dans le même immeuble on retrouve un milieu de vie (CHSLD, RI ou RPA) et d'autres services tels que des services de réadaptation, un centre de jour, un organisme qui offre du répit avec hébergement, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les différents services se trouvent sur des étages différents;
- les pièces communes (salle à manger, salon) sont distinctes à la fois pour les usagers et pour les membres du personnel;
- les employés sont dédiés à chacun des services.

[4] Doit également être en conformité avec d'autres directives ministérielles ou arrêtés ministériels s'appliquant aux ressources humaines incluant celle sur les stagiaires.

***RPA seulement**
**** RI-RTF seulement**

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

Pour les milieux de vie mixtes RPA-RI, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les places RPA sont sur un étage ou un bâtiment différent des places RI;
- les pièces communes ne sont pas fréquentées à la fois par les résidents de la RPA et les usagers de la RI.

Toutefois, si les milieux ne sont pas distincts selon les conditions précitées, les directives selon la vocation principale (majorité de places RI, RTF ou RPA) seront celles applicables.

Les directives RPA concernant le port du masque de procédure ou du couvre-visage de même que la tenue d'un registre pour les sorties et entrées des usagers, des visiteurs et du personnel doivent être appliquées, et ce, même si la vocation principale est RI ou RTF.

Les principes précédents sont applicables à l'ensemble des directives qui pourraient être concernées par la mixité.

***RPA seulement**
**** RI-RTF seulement**

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

Pour les mesures non abordées dans le présent tableau, se référer aux directives ministérielles sur le sujet

TABLEAU E
Directives applicables aux RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ / LSSSS)

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1 (Vigilance)**	**Palier d'alerte 2 Préalerte**	**Palier d'alerte 3 Alerte**	**Palier d'alerte 4 Alerte maximale**	**Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)**
Accès au milieu : le nombre de nouvelles personnes 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 / remplaçants absents). Il est à noter que le nombre total de personnes qui peuvent visiter le milieu de vie simultanément, inclut à la fois les visiteurs des usagers et les parents ainsi que les visiteurs de la RI-RTF.					
Visiteurs[1]					
À l'intérieur et à l'extérieur (sur le terrain) du milieu	Permis Maximum 10 visiteurs à la fois dans le milieu de vie, fortement recommandé que les visiteurs soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distance physique de 2 mètres.	Permis Maximum 10 visiteurs à la fois dans le milieu de vie, fortement recommandé que les visiteurs soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distance physique de 2 mètres.	Permis Maximum 6 visiteurs à la fois dans le milieu de vie, fortement recommandé que les visiteurs soient en provenance de maximum 2 ménages, en respectant la distance physique de 2 mètres.	Non permis	Non permis
Accompagner l'usager à l'extérieur du terrain (ex. : marche)	Permis	Permis	Permis	Non permis	Non permis
Parents[2](ou toute autre personne en contexte d'ordonnance)					
Visites à l'intérieur du milieu dans la chambre de l'usager	Permis Maximum 2 parents à la fois	Permis Maximum 2 parents à la fois	Permis Maximum 1 parent à la fois. Ajuster la fréquence en compensant par d'autres moyens (ex. : téléphonique ou virtuel)	Permis Maximum 1 parent à la fois pour apporter son aide ou son soutien au jeune, dans sa chambre ou dans une pièce dédiée.	Permis Maximum 1 parent à la fois pour apporter son aide ou son soutien au jeune, dans sa chambre ou dans une pièce dédiée, à la condition de respecter les mesures PCI indiquées.
Visites à l'extérieur du milieu sur le terrain	Permis Maximum 10 personnes à la fois, fortement recommandé que les personnes soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Permis Maximum 10 personnes à la fois, fortement recommandé que les personnes soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Permis Maximum 6 personnes à la fois, fortement recommandé que les personnes soient en provenance de maximum 2 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres. Ajuster la fréquence en compensant	Permis Maximum 1 parent à la fois. Ajuster la fréquence en compensant par d'autres moyens (ex. : téléphonique).	Permis Maximum 1 parent à la fois.

[1] **Visiteurs** : Toute personne qui souhaite visiter l'usager. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. Il peut également s'agir d'une personne non connue de l'aidé. De plus, pour les visiteurs qui proviennent d'une région n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, les directives du palier d'alerte les plus contraignantes s'appliquent.
[2] Pour les parents qui proviennent d'une région n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, les directives du palier d'alerte les plus contraignantes s'appliquent.

TABLEAU E
Directives applicables aux RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ / LSSSS)

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1 Vigilance**	**Palier d'alerte 2 Préalerte**	**Palier d'alerte 3 Alerte**	**Palier d'alerte 4 Alerte maximale**	**Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)**
			par d'autres moyens (ex. : téléphonique).		
Sortie liée au contact parent-enfant	Permis En respectant les mesures édictées par la santé publique ainsi que l'arrêté ministériel 2020-032 et l'algorithme décisionnel sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant	Permis En respectant les mesures édictées par la santé publique ainsi que l'arrêté ministériel 2020-032 et l'algorithme décisionnel sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant	Permis En respectant les mesures édictées par la santé publique ainsi que l'arrêté ministériel 2020-032 et l'algorithme décisionnel sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant	Permis En respectant les mesures édictées par la santé publique ainsi que l'arrêté ministériel 2020-032 et l'algorithme décisionnel sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant	Non permis Prévoir, dans la mesure du possible, des modalités alternatives.
Autres					
Professionnels de la santé et des services sociaux de l'établissement (ex. : éducateur, ergothérapeute, infirmière, etc.)	Permis	Permis	Favoriser la consultation / l'intervention à distance sinon, ajuster la fréquence des suivis selon les besoins signalés.	Services essentiels seulement N.B. Les interventions faites dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse sont tous considérés comme des services essentiels.	Services essentiels seulement N.B. Les interventions faites dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse sont toutes considérées comme des services essentiels.
Personnel rémunéré par la ressource pour des activités de loisirs (ex. : récréologie, musicothérapie, zoothérapie)	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Bénévole(s) qui entrent dans la ressource	Permis	Permis	Non permis Sauf pour les services essentiels avec l'application rigoureuse des mesures PCI	Non permis	Non permis
Travailleurs pour la construction, la rénovation ou la réparation	Permis	Permis	Permis Pour terminer les travaux déjà débutés ou essentiels	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité
Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS) ou d'inspection de la CNESST	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis
Visites d'évaluation ministérielle de la qualité des milieux de vie (MSSS)	Permis	Permis	Non Permis	Non Permis	Non Permis
Visites du processus de contrôle de la qualité des services rendus à l'usager	Permis	Permis	Permis	Non permis Sauf si visite essentielle	Non permis

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU E
Directives applicables aux RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ / LSSSS)

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1 Vigilance**	**Palier d'alerte 2 Préalerte**	**Palier d'alerte 3 Alerte**	**Palier d'alerte 4 Alerte maximale**	**Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)**
Livraison pour les usagers (nourriture, achats, etc.) et biens apportés par les familles	Permis	Permis	Permis Désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 72 heures et remis aux usagers en respectant les mesures de PCI.	Permis Désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 72 heures et remis aux usagers en respectant les mesures de PCI.	Permis Désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 72 heures et remis aux usagers en respectant les mesures de PCI.
Animaux de compagnie qui accompagnent un visiteur	Non permis	Non permis	Non permis	Non permis	Non permis
Hébergement temporaire (répit, dépannage) Exclut les placements d'urgence	Permis	Permis	Permis	Non permis	Non permis Sauf si l'usager en besoin d'hébergement temporaire est COVID positif et ce, en guise de zone tampon.
Usagers					
Repas à la salle à manger	Permis	Permis	Permis	Permis	Non permis pour la personne concernée
Repas à la chambre	Non recommandé	Non recommandé	Non recommandé	Non recommandé	Obligation pour la personne concernée
Activités de groupe	Permis	Permis	Permis	Permis	Non permis Pour la personne concernée
Fréquentation de garderie / milieu scolaire (incluant les stages reliés au contexte scolaire)	Permis	Permis	Se référer aux directives du ministère de la Famille / du ministère de l'Éducation	Se référer aux directives du ministère de la famille / du ministère de l'éducation	Non permis
Activités socio-professionnelles/ cliniques ou thérapeutiques (intégration par les stages, travail, centre de jour, etc.)	Permis En cohérence avec l'algorithme décisionnel sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant	Permis En cohérence avec l'algorithme décisionnel sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant	Permis En cohérence avec l'algorithme décisionnel sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant	Permis En cohérence avec l'algorithme décisionnel sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant	Non permis
Sorties extérieures (restaurants, pharmacie, etc.)	Permis	Permis	Non recommandé / privilégier la livraison pour le restaurant, la pharmacie, les commerces	Limiter aux sorties essentielles ou/et privilégier la livraison pour le restaurant, la pharmacie, les commerces	Non permis pour tous
Marches à l'extérieur	Permis	Permis	Permis	Permis Uniquement sur le terrain ou à l'extérieur du terrain avec supervision seulement	Non permis pour la personne concernée

COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

TABLEAU E
Directives applicables aux RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ / LSSSS)

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1 Vigilance**	**Palier d'alerte 2 Préalerte**	**Palier d'alerte 3 Alerte**	**Palier d'alerte 4 Alerte maximale**	**Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)**
Personnel/remplaçant/stagiaire[3]					
Personnel/remplaçant dédié au milieu de vie	Recommandé	Recommandé	Fortement recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire

N.B. Les facteurs de vulnérabilité des autres personnes vivant dans ces RI-RTF (usagers ainsi que les responsables et les membres de leur famille) doivent néanmoins, dans le cadre des consignes, des mesures et informations émises par la Direction de la santé publique, être pris en considération pour identifier les directives qu'il serait raisonnable d'appliquer (catégorie 2 ou 4).

Les directives sanitaires applicables aux différents milieux de vie sont établies en fonction de 2 principaux éléments :

- Les facteurs de vulnérabilité à la COVID-19 des personnes d'un même milieu de vie;
- L'organisation de services du milieu de vie (milieu de vie similaire à une cellule familiale ou non, nombre de personnes différentes qui offrent les services aux usagers, le nombre potentiel de visites).

Les facteurs de vulnérabilité concernant la complication à la COVID-19 reconnus à ce jour sont les suivants :

- Personnes de 70 ans et plus;
- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosupression.pdf);
- Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (référer à la page 4 de cet avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf);
- Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40);
- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

[3] Doit également être en conformité avec d'autres directives ministérielles ou arrêtés ministériels s'appliquant aux ressources humaines, notamment la directive sur les stagiaires.

Émission :	06-15-2020	Mise à jour :	06-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-007

Catégorie(s) :
- ✓ Priorisation soins intensifs
- ✓ Éthique

Protocoles de priorisation aux soins intensifs

1-Protocole national de priorisation de l'accès aux soins intensifs adultes en contexte extrême de pandémie.

2-Défendre les intérêts des enfants tout en maximisant les ressources médicales dans le contexte de la pandémie de COVID-19 au Québec : l'allocation des lits de soins intensifs (SI) et respirateurs pédiatriques dans le contexte de la pandémie de COVID-19 au Québec

1-Remplace la directive émise le 1er avril 2020, mise à jour le 15 juin 2020

2- Première diffusion

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)**

Destinataire :	Tous les établissements publics (CISSS, CIUSSS, établissements non fusionnés) : – Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG); – Directeurs des services professionnels (DSP); – Chefs de département des soins intensifs adultes, pédiatriques et néonatals

Directive	
Objet :	Cet envoi contient une mise à jour du *Protocole national de triage pour l'accès aux soins intensifs (adultes)*, appelé dorénavant *Protocole national de priorisation pour l'accès aux soins intensifs adultes en contexte extrême de pandémie*. Il contient également le protocole de priorisation pour le volet pédiatrique et néonatal intitulé *Défendre les intérêts des enfants tout en maximisant les ressources médicales dans le contexte de la pandémie de COVID-19 au Québec : l'allocation des lits de soins intensifs (SI) et respirateurs pédiatriques dans le contexte de la pandémie de COVID-19 au Québec*. Note : Ces travaux ont été effectués par un comité nommé par le Comité éthique COVID-19 et mandaté pour réaliser la présente mise à jour. Les deux protocoles ont été adoptés par le Comité directeur clinique COVID-19.
Nouvelles mesures à implanter :	✓ Appropriation du contenu des protocoles par des formations et simulations auprès des équipes visées et selon les unités de soins intensifs de l'établissement (adulte, pédiatrique et néonatal); ✓ Identification et nomination des membres des équipes de priorisation; ✓ Mettre en place des mécanismes afin de s'assurer qu'un accompagnement en tout temps serait offert aux personnes vulnérables (ex : aînés, personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, troubles mentaux) en lien avec l'application du protocole de priorisation (accueil, évaluation, communications, etc.).

Émission :	06-15-2020	Mise à jour :	06-11-2020

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : N/A	
Direction ou service ressource :	Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)
Documents annexés :	✓ *Protocole national de priorisation pour l'accès aux soins intensifs adultes en contexte extrême de pandémie* (mis à jour) ✓ *Défendre les intérêts des enfants tout en maximisant les ressources médicales dans le contexte de la pandémie de COVID-19 au Québec : l'allocation des lits de soins intensifs (SI) et respirateurs pédiatriques dans le contexte de la pandémie de COVID-19 au Québec* (première version)

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

msss.gouv.qc.ca/directives

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Lucie Opatrny

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

Santé et Services sociaux Québec

PRIORISATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS (ADULTES) EN CONTEXTE EXTRÊME DE PANDÉMIE

Pour Dre Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe

Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

Version 2020-11-02

Rédaction du protocole (mars 2020)

Coordination :

Marie-Ève Bouthillier (responsable) Bureau de l'éthique clinique (UdeM) et CISSS de Laval

Rédaction :

Marie-Ève Bouthillier (responsable) Bureau de l'éthique clinique (UdeM) et CISSS de Laval
Michel Lorange, éthicien clinique et organisationnel, CISSS de Laval
Marie Claude Laflamme, adjointe à la directrice, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, CISSS de Laval
Jean-Simon Fortin, conseiller en éthique, CISSS de Laval

Processus de consultation :

Outre les auteurs, 41 personnes ont participé à la conception du protocole et à sa révision. Le processus de consultation et le nom des personnes impliquées sont présentés à l'Annexe A.

Source :

En mars 2020, le protocole a été traduit et adapté du *Hamilton Health Science Critical Care Triage.*

Mise à jour du protocole – été-automne 2020

Comité responsable de la mise à jour :

Marie-Eve Bouthillier (responsable) Bureau de l'éthique clinique (UdeM) et CISSS de Laval
Dr Joseph Dahine, intensiviste, CISSS de Laval
Dre Isabelle Mondou, conseillère en éthique clinique, Collège des médecins du Québec
Vincent Dumez, co-directeur, co-directeur exécutif, Centre d'Excellence sur le Partenariat avec les Patients et le Public (CEPPP)
Dre Marie-Pier Boucher, urgentologue, CISSS de Chaudière-Appalaches
Clara Dallaire, étudiante au doctorat en éthique clinique, stagiaire

Experts, personnes, organismes et associations consultés

Voir Annexe D

Priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie

Table des matières

Modifications et ajouts entre la version mars 2020 et automne 2020 3

Sommaire exécutif 10

1. Introduction 15

2. Buts et objectifs 16

3. Outil d'évaluation 18

4. Politique 18

4.1 Processus de priorisation pour l'accès aux soins intensifs pour les adultes 18

4.2 Aperçu des processus d'évaluation avant l'admission aux soins intensifs (adultes) 28

5. Procédure de priorisation pour l'accès aux soins intensifs 30

5.1 Objectif et structure de l'équipe de priorisation 30

5.2 Qualifications des équipes de priorisation 31

5.3 Rôle des médecins de soins intensifs dans les unités de soins intensifs 32

5.4 Rôles du président au sein de l'équipe de priorisation 32

5.5 Rôles du deuxième médecin et du non-médecin dans l'équipe de priorisation 33

5.6 Rôle des médecins consultants 33

5.7 Prise de décision de l'équipe de priorisation 34

5.9 Communication des décisions de l'équipe de priorisation 34

5.10 Soutien moral et psychosocial aux professionnels et au personnel lié au plan de pandémie 35

5.11 Soutien psychosocial aux patients et proches lié au plan de pandémie 36

5.12 Examen de la qualité 37

6. Documentation 38

6.1 Documentation de l'état de priorisation du patient 38

7. Définitions et liste d'acronymes 38

Liste des acronymes 39

8. Plan provincial de contingence 39

9. Références 39

10. Annexes 43

Annexe A : Processus détaillé de consultation printemps 2020 43

Annexe B : L'éthique de l'allocation des ressources en contexte de pénurie 46

Annexe C : FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE 49

Annexe D : MISE À JOUR DU PROTOCOLE DE TRIAGE POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN CAS EXTRÊME DE PANDÉMIE - Été 2020 Comité éthique COVID-19..... 59

Modifications et ajouts entre la version mars 2020 et automne 2020

A-Liste des modifications

1. Terminologie

Plusieurs termes ont changé dans la nouvelle version.

Ancienne version (printemps 2020)	Nouvelle version (automne 2020)
Titre du protocole	
Triage pour l'accès aux soins intensifs (adultes) et l'allocation des ressources telles que les respirateurs en situation extrême de pandémie	Priorisation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie
Termes	
Triage	Priorisation
Critère d'inclusion	Indication clinique de soins intensifs
Critères d'exclusion	Diagnostics et paramètres cliniques
Critères supplémentaires de triage	Règles de décision en cas d'égalité
Titre du formulaire	
Formulaire de triage des soins intensifs adultes en situation de pandémie	Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie

2. Aspects cliniques

Le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie* a été revu et changé.

Ancienne version (printemps 2020)	**Nouvelle version (automne 2020)**
Sections du formulaire	
Critères d'exclusion de A à L	Trois sections : **A (1-9)** : Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80 %-50%-30 % de mortalité **B (1) :** Visant à identifier les personnes ayant un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé **C (1) :** Visant à identifier par le jugement clinique les personnes ayant un pronostic défavorable pour l'accès aux SI ou un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé **Section synthèse de l'évaluation** **Section réservée à l'équipe de priorisation**
Critères d'exclusion	**Diagnostics et paramètres cliniques**
D : Déficience cognitive sévère due à une maladie progressive - incapacité totale d'effectuer les activités de la vie quotidienne et domestique de manière indépendante en raison d'une déficience cognitive progressive qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.	**Section C1** : Visant à identifier par le jugement clinique les personnes ayant un pronostic de plus de 80 %, 50 %, 30 % (selon l'étape) ou un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé Autre(s) élément(s) clinique(s) ou condition(s) responsable(s) d'un risque de mortalité > 80 %-50 %-30 % ou qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI (expliquer ci-dessous). Ex. : Trouble neurocognitif majeur dégénératif (démence) comme défini par un score de (selon étape) sur l'échelle de de détérioration globale (Échelle de Reisberg)

	Étape 1 : 7 Étape 2 : 6 Étape 3 : 6
Ancienne version (printemps 2020)	**Nouvelle version (automne 2020)**
E : Maladie neuromusculaire avancée et irréversible (par exemple, la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique) qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI. Étape 1 et 2 Étape 3 : Maladie neurodégénérative neuromusculaire irréversible avancée et modérée (par exemple la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique) qui a un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.	**B (1) :** Visant à identifier les personnes ayant un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé Maladie neurodégénérative sévère et irréversible qui a un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI. Étape 1 et 2 Étape 3 : Maladie neurodégénérative modérément sévère et irréversible qui a un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI
I : Toute personne ayant un score de fragilité clinique ≥ (selon étape) en raison d'une condition ou atteinte progressive sous-jacente qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI. Étape 1 : 7 Étape 2 : Étape 3 : 4	**A9 :** Un score de fragilité clinique ≥ (selon étape) en raison d'une condition ou atteinte progressive sous-jacente Étape 1 : 7 et l'échelle s'applique sur une population âgée de plus de 65 ans. Étape 2 et 3 : 6 et l'échelle s'applique sur une population âgée de plus de 50 ans.

3. Aspects clinico-administratifs

Ancienne version (printemps 2020)	Nouvelle version (automne 2020)
Approche de la priorisation	
Le moment et l'ampleur de l'augmentation de la demande sont susceptibles de varier selon les régions et les installations, de sorte que lorsqu'un site s'approche de sa capacité maximale, le MSSS doit faire des efforts importants pour transférer les patients ou les équipements vers d'autres hôpitaux. Lorsque tous les hôpitaux d'une région sont proches de leur capacité, ou lorsque les ressources de transport ne permettent plus de réaffecter les patients vers des hôpitaux moins occupés, le MSSS doit clairement informer ces hôpitaux qu'un scénario de triage est imminent.	Le moment et l'ampleur de l'augmentation de la demande sont susceptibles de varier selon les établissements et les régions. Lorsqu'un site s'approche de sa capacité maximale, la Direction de la coordination ministérielle (DCM) s'assure de transférer les patients vers une installation offrant les services appropriés et la capacité pour répondre à la demande. Cette coordination de la DCM se fait à l'aide du Centre d'optimisation, occupation des lits de soins intensifs (COOLSI). Lorsque tous les hôpitaux d'une région sont proches de leur capacité maximale, des transferts inter régions sont alors faits (prévus au plan de contingence). Le MSSS avise les installations du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) d'une saturation, lorsque toutes les installations ne sont plus en mesure d'admettre un patient dans une unité de soins intensifs ou de soins avancés (intermédiaires ou de surcapacité).
Déclenchement de la priorisation	
Le déclenchement du triage aux soins intensifs en contexte de pandémie est annoncé par le MSSS en fonction du plan de contingence et des niveaux d'alerte et de la situation locale.	Le déclenchement d'une priorisation pour l'accès aux soins intensifs en contexte extrême de pandémie est annoncé par le MSSS en fonction de la saturation du système, du plan de contingence, des niveaux d'alerte et de la situation locale. Une surcharge est à prévoir lorsque la capacité de base des soins intensifs risque d'être dépassée de 50 à 100 % du fait du nombre de demandes d'admission aux soins intensifs et du nombre de lits occupés. Ainsi, à partir d'une augmentation atteignant 150 % de la capacité de base des soins intensifs, les établissements doivent **se préparer** à une mise en place possible du protocole de priorisation (étape avant la

	priorisation), revoir la réaffectation des ressources humaines et s'assurer de délester des activités pour répondre autant que possible à la surcharge. **À l'atteinte de 200 % du niveau de saturation, la priorisation débute (étape 1) avec l'accord du DSP.** En résumé : • À 150 %, mise sous tension – Préparation à la priorisation • 200 %, début de la priorisation - Étape 1
Ancienne version (printemps 2020)	**Nouvelle version (automne 2020)**
Critères de transition d'une étape de priorisation à l'autre	
Pré-triage Atteinte d'un niveau de saturation de 50 % des lits, transition vers étape 1 de triage avec l'accord du DSP	**Préparation à la priorisation** À **150 % de la capacité de base** : mise en tension du protocole (préparation à la priorisation) et lors de l'atteinte de **200 % de saturation** : transition vers l'étape 1 de priorisation **avec l'accord du DSP**
Transition de l'étape 1 à l'étape 2 Quand le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de critères d'exclusion de l'étape 1 dépasse le nombre de lits disponibles, avec l'accord du DSP	**Transition de l'étape 1 à l'étape 2** Quand le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2 devient égal au nombre de patients qui sont aux SI et qui présentent au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2, avec l'accord du DSP
Transition de l'étape 2 à l'étape 3 Quand le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de critères d'exclusion de l'étape 2 dépasse le nombre de lits disponibles avec l'accord du DSP	**Transition de l'étape 2 à l'étape 3** Quand le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 3 **devient égal** au nombre de patients qui sont aux SI et qui présentent au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 3, avec l'accord du DSP

Transition de l'étape 3 à 2 à 1 vers arrêt de la priorisation Aucune indication	**Transition de l'étape 3 à 2 à 1 vers arrêt de la priorisation** À partir du moment où des lits de SI se libèrent et les patients qui attendent une admission aux SI ne répondent pas aux diagnostics et paramètres cliniques de l'étape 3, un processus de transition inverse s'enclenche vers l'étape 2, puis vers l'étape 1. Aucun lit ne doit rester vide avant un retour à une situation pandémique telle que la priorisation n'est plus de mise.
Ancienne version (printemps 2020)	**Nouvelle version (automne 2020)**
Mise en œuvre de la priorisation aux patients qui reçoivent des SI	
Étape 1-2-3 Donner congé des SI aux patients qui présentent le plus de critères d'exclusion de l'étape 1-2-3 (selon l'étape) classés en ordre du nombre de critères d'exclusion et qui ne s'améliorent pas ou se détériorent	**Étape 1-2-3** Donner congé des SI aux patients qui présentent au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable **de l'étape 1-2-3** (selon l'étape) **OU** qui ne montrent **pas d'amélioration clinique** après 21 jours **OU** qui présentent une **détérioration clinique substantielle**.
Mise en œuvre de la priorisation à l'urgence et sur les autres unités (patients en attente d'admission aux SI)	
Étape 1-2-3 Admettre aux SI les patients qui ne présentent pas de critères d'exclusion de l'étape 1-2-3 (selon l'étape)	**Étape 1-2-3** N'admettre aux SI QUE les patients qui n'ont aucun diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 1-2-3 (selon l'étape). S'il n'y a pas assez de lits disponibles aux SI pour tous ces patients, donner la priorité à ceux qui, parmi eux, ont le meilleur pronostic clinique.
Concernant l'équipe de priorisation	
Membre non-médecin Le membre de l'équipe de triage non-médecin doit être un dirigeant (c'est-à-dire directeur ou gestionnaire) ou un éthicien.	**Membre non-médecin** Le membre de l'équipe de priorisation non-médecin **doit être idéalement une personne ayant des compétences en éthique (c'est-à-dire conseiller en éthique de l'établissement),** ou un dirigeant (c'est-à-dire directeur ou gestionnaire).

B-Liste des ajouts à signaler

- Ajout d'un sommaire exécutif

- Ajout d'une section Modifications et ajouts entre la version mars 2020 et automne 2020

- Ajout de références appuyant les aspects cliniques et l'aspect légal (ACPM)
- Dans l'**introduction**, dans la section qui porte sur **les postulats** sur lesquels repose le protocole, ajout d'une mention spécifique d'éviter la discrimination :

    - Dans l'introduction : Les choix de priorisation **ne doivent en aucun cas**, être basés sur des motifs discriminatoires tels qu'énoncés à l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*. Ces motifs sont : la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap. Les choix de priorisation **ne doivent jamais** reposer sur la « valeur sociale » d'un individu ou sur un jugement concernant la qualité de vie.

- Dans l'**introduction**, dans la section qui porte sur **les postulats** sur lesquels repose le protocole, ajout d'un postulat affirmant la nécessité d'éviter de déclencher le protocole :

    - Toutes les mesures possibles doivent d'abord être mises en place pour éviter de déclencher le présent protocole : en augmentant la capacité (surcapacité) des installations désignées, par des transferts inter établissements d'une même région (surtout au niveau de la région 06) et des transferts inter régions organisés par la Direction de la coordination ministérielle (DCM) à l'aide du COOLSI (centre d'optimisation, occupation des lits de soins intensifs).

- Dans l'**introduction**, dans la section qui porte sur **les postulats** sur lesquels repose le protocole, ajout d'un postulat affirmant que tous les patients recevront des soins :

    - Un protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs ne vise pas à décider qui recevra ou non des soins. Tous les patients seront soignés. Chaque vie humaine est valorisée et chaque être humain mérite le respect, les soins et la compassion. Toutefois, cela ne signifie pas que tous les patients recevront ou devraient recevoir des soins intensifs. Ceux qui ne recevront pas de soins intensifs ne seront pas abandonnés; ils continueront à recevoir d'autres soins, les plus appropriés à leur état, et possibles dans le contexte;

- Dans la section 5.11 **Soutien psychosocial aux patients et proches lié au plan de pandémie,** ajout de suggestions de stratégie d'accompagnement des patients et des proches :

    - Les CISSS et CIUSSS ainsi que chaque établissement devront mettre en place des mécanismes afin de s'assurer qu'un accompagnement en tout temps sera offert aux personnes vulnérables (ex : aînés, personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, troubles mentaux) en lien avec l'application du protocole de priorisation (accueil, évaluation, communications, etc.). Les directions cliniques devront déterminer de quelle façon ces mécanismes s'actualiseront.

Sommaire exécutif

Contexte et objectifs

En contexte extrême de pandémie, la pénurie de ressources peut rendre très difficile la prise de décision clinique. Un protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs en contexte extrême de pandémie vise à allouer les ressources :

- en maximisant les bénéfices**, c'est-à-dire réduire la mortalité et sauver le plus de vies possible;**
- en étant juste et **équitable** (standardiser à l'échelle du Québec et éviter toute discrimination);
- en se fondant sur les meilleures données disponibles sur les plans scientifiques et éthiques.

Postulats sur lesquels s'appuie le protocole

- Toutes les mesures possibles doivent d'abord être mises en place pour éviter de déclencher le présent protocole (utilisation du COOLSI - Centre d'optimisation, occupation des lits de soins intensifs).

- Demeure essentiel en amont l'établissement de niveaux de soins[1] ou d'interventions médicales (NIM), appropriés à la condition clinique de chaque patient.

- Des indications, diagnostics et paramètres cliniques transparents et standards sont clairement identifiés pour prioriser l'accès des patients aux lits et ressources de soins intensifs. Face à des égalités sur le plan clinique, des règles de décision permettent de résoudre les impasses;

- Le choix des patients qui seront priorisés pour l'accès aux lits et ressources de soins intensifs est fait par une équipe de priorisation qui n'est pas en contact avec les patients; cette équipe est détachée des personnes visées et a la responsabilité de faire les choix les plus objectifs possible;

- Les choix de priorisation ne doivent en aucun cas, être basés sur des motifs discriminatoires tels qu'énoncés à l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*. Ces motifs sont : la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap. Les choix ne doivent pas non plus reposer sur la «valeur sociale» d'un individu ou sur un jugement quant à la qualité de vie.

- En raison du contexte exceptionnel de la situation, et dans une obligation d'efficacité et de rapidité d'exécution, la hiérarchie décisionnelle est primordiale;

[1] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux -INESSS (2016). Les niveaux de soins. Normes et standards de qualité, repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

- Le protocole de priorisation s'applique à tous les patients adultes, peu importe l'âge et la pathologie : il n'est pas exclusif à l'infection à la source de la pandémie;
- Tous les patients seront soignés. Chaque vie humaine est valorisée et chaque être humain mérite le respect, les soins et la compassion. Toutefois, cela ne signifie pas que tous les patients recevront ou devraient recevoir des soins intensifs. Ceux qui ne recevront pas de soins intensifs ne seront pas abandonnés; ils continueront à recevoir d'autres soins, les plus appropriés à leur état, et possibles dans le contexte.
- Il existe un protocole de priorisation distinct pour la pédiatrie et la néonatologie.
- La pandémie commande une gestion des lits et ressources de soins intensifs dans une perspective nationale, et vise les patients adultes considérés globalement.

Processus de priorisation pour l'accès aux soins intensifs pour les adultes

Mise en œuvre de la priorisation aux SI (patients qui reçoivent des SI)		**Mise en œuvre de la priorisation à l'urgence et sur les autres unités (patients en attente d'admission aux SI)**		**Critères de transition vers l'étape suivante**
1. Priorisation basée sur les indications, diagnostics et paramètres cliniques	**2. Règles de décision en cas d'égalité clinique**	**2. Priorisation basée sur les indications, diagnostics et paramètres cliniques**	**2. Règle de décision en cas d'égalité clinique**	
Préparation à la priorisation				
Évaluer tous les patients qui reçoivent des SI en regard des diagnostics et paramètres cliniques (Formulaire d'évaluation pour l'accès aux SI Annexe C)	s.o.	Évaluer tous les patients en attente d'admission aux SI en regard des indications, diagnostics et paramètres cliniques d'admission aux SI (Formulaire d'évaluation pour l'accès aux SI Annexe C)	s.o.	À 150 % de la capacité de base : mise en tension du protocole (préparation à la priorisation) et lors de l'atteinte de **200 % de saturation** : transition vers l'étape 1 de priorisation **avec l'accord du DSP**
Étape 1 de priorisation : Seuls les patients qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'ÉTAPE 1 peuvent recevoir des SI (Formulaire d'évaluation pour l'accès aux SI Annexe C) Les patients qui ne sont pas priorisés pour recevoir des SI reçoivent alors des soins appropriés à leur état.				
Donner congé des SI aux patients qui présentent au moins un diagnostic ou paramètre clinique	À pronostics et risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux, parmi les patients recevant des SI, appliquer les règles de décision : **cycle de vie en**	N'admettre aux SI QUE les patients qui n'ont aucun diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 1. S'il n'y a pas assez de lits	À pronostics et risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux parmi les patients qui sont en attente d'une admission aux SI, appliquer les règles	Quand le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2 **devient égal** au nombre de

défavorable de l'étape 1 **OU qui ne montrent pas d'amélioration clinique après 21 jours** **OU qui présentent une détérioration clinique substantielle.**	**premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation** pour déterminer l'ordre de cessation des SI.	disponibles aux SI pour tous ces patients, donner la priorité à ceux qui, parmi eux, ont le meilleur pronostic clinique.	de décision : **cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation** pour déterminer leur ordre de priorité d'admission aux SI.	patients qui sont aux SI et qui présentent au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2, avec l'accord du DSP

Étape 2 de priorisation : Seuls les patients qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'ÉTAPE 2 peuvent recevoir des SI (Formulaire d'évaluation pour l'accès aux SI Annexe C) Les patients qui ne sont pas priorisés pour recevoir des SI reçoivent alors des soins appropriés à leur état.

Donner congé des SI aux patients qui présentent au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2 **OU qui ne montrent pas d'amélioration clinique après 21 jours** **OU qui présentent une détérioration clinique substantielle.**	À pronostics et risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux, parmi les patients recevant des SI, appliquer les règles de décisions : **cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation** pour déterminer l'ordre de cessation des SI.	N'admettre aux SI QUE les patients qui n'ont aucun diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2. S'il n'y a pas assez de lits disponibles aux SI pour tous ces patients, donner la priorité à ceux qui, parmi eux, ont le meilleur pronostic clinique.	À pronostics et risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux parmi les patients qui sont en attente d'une admission aux SI, appliquer les règles de décision : **cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation** pour déterminer leur ordre de priorité d'admission aux SI.	Quand le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 3 **devient égal** au nombre de patients qui sont aux SI et qui présentent au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 3, avec l'accord du DSP

Étape 3 de priorisation : Seuls les patients qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'ÉTAPE 3 peuvent recevoir des SI (Formulaire d'évaluation pour l'accès aux SI Annexe C) Les patients qui ne sont pas priorisés pour recevoir des SI reçoivent alors des soins appropriés à leur état.

Donner le congé des SI aux patients qui présentent au moins un diagnostic et paramètre clinique défavorable de l'étape 3 OU qui ne démontrent aucune amélioration clinique après 21 jours ou une détérioration clinique substantielle.	À pronostics et risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux, parmi les patients recevant des SI, appliquer les règles de décision : **cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation** pour déterminer l'ordre de cessation des SI.	N'admettre aux SI QUE les patients qui n'ont aucun diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 3.	À pronostics et risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux parmi les patients en attente d'une admission aux SI, appliquer les règles de décision : **cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation** pour déterminer leur ordre de priorité d'admission aux SI.	s.o.

Préparation à la priorisation

L'état clinique de tous les patients nécessitant des soins intensifs, incluant ceux qui en reçoivent déjà, est évalué selon les diagnostics et paramètres cliniques énumérés, pour chacune des trois étapes, dans le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes*. Le médecin traitant évalue, un second contre-vérifie et tous deux signent le formulaire et l'envoi à l'équipe de priorisation. Les formulaires d'évaluation doivent être conservés dans le dossier du patient (avec le formulaire NIM du patient) pour un accès facile, une copie étant conservée par l'équipe de priorisation pour référence.

Le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes* contient *:*

- **Les indications cliniques de soins intensifs** qui permettent d'identifier les patients pouvant bénéficier d'une admission en soins intensifs. Les indications cliniques portent principalement sur l'insuffisance respiratoire et le choc, car c'est la capacité à fournir un respirateur et un soutien hémodynamique qui différenciera l'unité de soins intensifs des autres secteurs de soins aigus.
- **Les diagnostics et paramètres cliniques** qui permettent d'établir un pronostic à court terme des patients lors d'un séjour aux soins intensifs. Ils indiquent la probabilité de survivre à une maladie aiguë et le risque d'un sevrage ventilatoire prolongé.
  Ces diagnostics et paramètres cliniques ne sont pas exhaustifs : ils reflètent des preuves connues ou des indicateurs de pronostic basés sur l'expérience clinique et les données probantes actuelles. Le jugement clinique doit compléter ces paramètres cliniques, car certaines affections non répertoriées peuvent également influer sur le pronostic ou le risque de sevrage ventilatoire prolongé, les patients qui en souffrent doivent être priorisés de manière appropriée.

Équipe de priorisation

L'équipe de priorisation de l'organisation est composée de trois personnes, dont :

- Médecin intensiviste ou urgentologue/urgentiste (président);
- Médecin de l'établissement;
- Non-médecin ayant une expérience appropriée idéalement en éthique, ou en clinique et gestion.

L'équipe de priorisation est chargée de prendre toutes les décisions de priorisation pour l'accès aux soins intensifs pour tous les patients, COVID-19 + ou non. Les membres potentiels de l'équipe de priorisation seront identifiés et recevront la formation nécessaire pour exercer leur rôle. Les membres de l'équipe devront se relayer pour minimiser la fatigue physique, émotionnelle et psychologique. Pendant sa période d'exercice, cette équipe doit être disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, car la priorisation peut être nécessaire à tout moment.

Dans l'idéal, l'équipe de priorisation prendra des décisions par consensus des trois membres par le dialogue, la délibération et la consultation appropriée pour clarifier les zones d'incertitude clinique. Les décisions seront conformes aux directives des autorités provinciales. Si une situation clinique ne permet pas aux trois membres de parvenir à une décision unanime, ils devront/pourront demander l'avis d'un confrère consultant. En cas d'égalité concernant l'état clinique, autrement dit à pronostics et risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux, la priorisation sera déterminée à l'aide des **règles de décision** prévues : cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, la randomisation.

Les membres de l'équipe de priorisation doivent se récuser de tout cas impliquant des conflits d'intérêts (parents, collègues, etc.).

Les résultats de chaque décision de l'équipe de priorisation seront communiqués au médecin qui s'occupe du patient. L'équipe de priorisation aidera et soutiendra au besoin le médecin ou l'unité de soins intensifs pour communiquer au patient ou son représentant les décisions de priorisation qu'elle aura prises.

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

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

Soutien psychosocial aux patients et proches lié au plan de pandémie

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

Les CISSS et CIUSSS ainsi que chaque établissement devront mettre en place des mécanismes afin de s'assurer qu'un accompagnement en tout temps sera offert aux personnes vulnérables (ex. : aînés, personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, santé mentale) en lien avec l'application du protocole de priorisation (accueil, évaluation, communications, etc.). Les directions cliniques devront déterminer de quelle façon ces mécanismes s'actualiseront.

Examen de la qualité

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

Documentation de l'état de priorisation du patient

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

1. Introduction

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

En contexte extrême de pandémie, la pénurie de ressources peut rendre très difficile la prise de décision clinique. Au moment où un processus de priorisation doit être mis en place, c'est que le système est saturé et le manque de ressources est bel et bien réel. Cette situation peut causer une souffrance morale chez les soignants en raison des choix déchirants auxquels ils pourraient être confrontés. Afin de faciliter une prise de décision difficile, mais nécessaire, les postulats guident le présent protocole :

- Toutes les mesures possibles doivent d'abord être mises en place pour éviter de déclencher le présent protocole : en augmentant la capacité (surcapacité) des installations désignées, par des transferts inter établissements d'une même région (surtout au niveau de la région 06) et des transferts inter régions organisés par la direction de la coordination ministérielle (DCM) à l'aide du COOLSI (centre d'optimisation, occupation des lits de soins intensifs).

- L'application de ce protocole de priorisation en situation d'exception ne diminue en rien l'obligation d'avoir des discussions sur les niveaux de soins[3] ou d'interventions médicales (NIM), appropriés à la condition de chaque patient en amont et de façon continuelle avec ce dernier et ses proches;

- Des indications, diagnostics et paramètres cliniques sont clairement identifiés pour prioriser l'accès des patients aux lits et ressources de soins intensifs. Ils doivent être similaires d'un établissement à l'autre (transparents et standards). Les diagnostics et paramètres cliniques requis pour l'accès aux soins intensifs deviennent de plus en plus contraignants au fur et à mesure de l'aggravation de la pénurie de ressources. Face à des égalités sur le plan clinique, des règles de décision permettent de résoudre les impasses;

---

[2] Extrait de Dahine, J. « Le triage et le transfert de patients aux soins intensifs : une revue systématique de critères de sélection », UdM, décembre 2018, page 2, repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/23917

.

[3] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux -INESSS (2016). Les niveaux de soins. Normes et standards de qualité, repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

- Le choix des patients qui seront priorisés pour l'accès aux lits et ressources de soins intensifs est fait par une équipe de priorisation qui n'est pas en contact avec les patients; cette équipe est détachée des personnes visées et a comme responsabilité de faire des choix les plus objectifs possible;

- Les choix de priorisation **ne doivent en aucun cas**, être basés sur des motifs discriminatoires tels qu'énoncés à l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*. Ces motifs sont : la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap. Les choix de priorisation **ne doivent jamais** reposer sur la « valeur sociale » d'un individu ou sur un jugement concernant la qualité de vie.

- En raison du contexte exceptionnel de la situation, et dans une obligation d'efficacité et de rapidité d'exécution, la hiérarchie décisionnelle est primordiale;

- Le protocole de priorisation s'applique à tous les patients adultes, peu importe l'âge et la pathologie : il n'est pas exclusif à l'infection à la source de la pandémie.

- Un protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs ne vise pas à décider qui recevra ou non des soins. Tous les patients seront soignés. Chaque vie humaine est valorisée et chaque être humain mérite le respect, les soins et la compassion. Toutefois, cela ne signifie pas que tous les patients recevront ou devraient recevoir des soins intensifs. Ceux qui ne recevront pas de soins intensifs ne seront pas abandonnés; ils continueront à recevoir d'autres soins, les plus appropriés à leur état, et possibles dans le contexte;

- Il existe un protocole de priorisation distinct pour la pédiatrie et la néonatologie. Le protocole n'est pas exclusif à l'infection à la source de la pandémie;

- La pandémie commande une gestion des lits et ressources de soins intensifs dans une perspective nationale, et vise les patients adultes considérés globalement.

De façon responsable, transparente et courageuse, chaque établissement décide donc de se préparer à cette éventualité en s'appropriant ce protocole de priorisation, basé sur les meilleures données disponibles et convenu nationalement tel que décrit dans le processus de mise à jour décrit à l'annexe D.

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

2. Buts et objectifs

L'objectif général d'un système de priorisation est de minimiser la mortalité et la morbidité pour l'ensemble d'une population, et non plus seulement pour chaque individu indépendamment du reste de la population, et de veiller à ce que ces décisions soient justes et équitables, en s'assurant qu'elles respectent les valeurs éthiques tant substantives que procédurales.

Ce protocole a été élaboré pour une application spécifique à une situation extrême de pandémie au SRAS-CoV-2, qui risque d'entraîner une augmentation importante des besoins en soins intensifs, sans que des ressources suffisantes pour répondre à la demande ~~ne~~ soient disponibles.

Remarque : ce protocole s'applique à tous les patients évalués pour recevoir des soins intensifs ou recevant des soins intensifs, quelle que soit l'étiologie de leur maladie.

Ce protocole est basé sur les hypothèses suivantes :

- Pendant une pandémie, la disponibilité des soignants pourrait être réduite en raison de maladies personnelles, d'absentéisme et de responsabilités familiales. Une pénurie de soignants entraînera une diminution des services habituels.
- Tous les patients, quel que soit leur statut de priorisation ou leur état clinique, ont le droit d'avoir accès aux soins, y compris aux traitements médicaux appropriés pour maximiser les résultats, ainsi qu'à un soutien pour le confort et la gestion des symptômes.
- Tous les efforts seront faits pour maintenir une communication efficace, claire et transparente avec les patients et leurs proches, notamment sur le statut de priorisation, afin que les soins appropriés puissent être en cohérence avec les souhaits et les valeurs connus des patients.

L'annexe B présente les valeurs éthiques pertinentes pour répondre à la pandémie.

Principes directeurs du présent protocole

1. Maximisation des bénéfices : Viser à tirer le maximum d'avantages pour une communauté en allouant les ressources en priorité à ceux qui en tirent le plus grand bénéfice, dans le but de minimiser la mortalité.

2. Proportionnalité : Le nombre de personnes et l'ampleur des impacts négatifs encourus par ces personnes par le système de priorisation ne doivent pas dépasser ce qui serait nécessaire pour répondre à l'augmentation de la demande. Même si une seule personne subit des impacts négatifs, l'ampleur de ces impacts pour cette personne doit toujours respecter ce principe éthique de proportionnalité. En d'autres termes, la réponse ne devrait pas affecter négativement plus de personnes que celles qui auraient été affectées si l'approche « premier arrivé, premier servi » avait été utilisée. Les systèmes de priorisation ont nécessairement un effet sur les personnes appartenant à des groupes vulnérables, la proportionnalité est donc un principe permettant de garder une vigie afin de minimiser cet effet (Thompson et coll, 2006).

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

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

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

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

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

3. Outil d'évaluation

Annexe C : *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie*

4. Politique

4.1 Processus de priorisation pour l'accès aux soins intensifs pour les adultes

Le processus de priorisation pour les adultes est décrit dans la présente section. Le processus est basé sur un ensemble d'indications, diagnostics et paramètres cliniques décrits dans le formulaire d'évaluation à l'annexe B. Lors d'égalité sur le plan clinique des règles de décision de dernier recours sont proposées : cycle de vie, personnels soignants exposés à la COVID-19 et randomisation.

Étapes de la réponse à une pandémie :

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

Approche de la priorisation

Le lancement d'un processus de priorisation pour l'accès aux soins intensifs devrait être le résultat d'une décision bien coordonnée et planifiée, prise au niveau régional de concert avec le MSSS. Chaque établissement connaît le nombre précis de patients gravement malades et mécaniquement ventilés qu'il peut accueillir avec ses ressources (y compris les consommables), son personnel et ses espaces. Le moment et l'ampleur de l'augmentation de la demande sont susceptibles de varier selon les établissements et les régions. Lorsqu'un site s'approche de sa capacité maximale, la direction de la coordination ministérielle (DCM) s'assure de transférer les patients vers une installation offrant les services appropriés et la capacité pour répondre à la demande. Cette coordination de la DCM se fait à l'aide du COOLSI. Lorsque tous les hôpitaux d'une région sont proches de leur capacité maximale, des transferts inter régions sont alors faits (prévus au plan de contingence). Le MSSS avise les installations du réseau d'une saturation lorsque toutes les installations ne sont plus en mesure d'admettre un patient dans une unité de soins intensifs ou de soins avancés (intermédiaires ou de surcapacité).

Note : Le nombre de demandes peut fluctuer, nécessitant une surveillance en continu pour déterminer si la priorisation est toujours nécessaire, ou si les hôpitaux peuvent modifier les étapes de priorisation.

Priorisation pour l'accès aux soins intensifs en contexte extrême de pandémie

Le déclenchement d'une priorisation pour l'accès aux soins intensifs en contexte extrême de pandémie est annoncé par le MSSS en fonction de la saturation du système, du plan de contingence, des niveaux d'alerte et de la situation locale.

Une surcharge est à prévoir lorsque la capacité de base des soins intensifs risque d'être dépassée de 50 à 100% du fait du nombre de demandes d'admission aux soins intensifs et du nombre de lits occupés.

Ainsi, à partir d'une augmentation atteignant 150% de la capacité de base des soins intensifs, les établissements doivent **se préparer** à une mise en place possible du protocole de priorisation (étape avant la priorisation), revoir la réaffectation des ressources humaines et s'assurer de délester des activités pour répondre autant que possible à la surcharge.

À l'atteinte de 200 % du niveau de saturation, la priorisation débute (étape 1) avec l'accord du DSP.

En résumé :

- À 150 %, mise sous tension – Préparation à la priorisation
- 200 %, début de la priorisation - Étape 1

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

Mise en œuvre de la priorisation aux SI (patients qui <u>reçoivent</u> des SI)		**Mise en œuvre de la priorisation à l'urgence et sur les autres unités (patients <u>en attente d'admission</u> aux SI)**		**Critères de transition vers l'étape suivante**
1. Priorisation basée sur les indications, diagnostics et paramètres cliniques	**2. Règles de décision en cas d'égalité clinique**	**2. Priorisation basée sur les indications, diagnostics et paramètres cliniques**	**2. Règle de décision en cas d'égalité clinique**	
Préparation à la priorisation				
Évaluer tous les patients qui reçoivent des SI en regard des diagnostics et paramètres cliniques (Formulaire d'évaluation pour l'accès aux SI Annexe C)	s.o.	Évaluer tous les patients en attente d'admission aux SI en regard des indications, diagnostics et paramètres cliniques d'admission aux SI (Formulaire d'évaluation pour l'accès aux SI Annexe C)	s.o.	À 150 % de la capacité de base : mise en tension du protocole (préparation à la priorisation) et lors de l'atteinte de **200 % de saturation** : transition vers l'étape 1 de priorisation **avec l'accord du DSP**
Étape 1 de priorisation : Seuls les patients qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'ÉTAPE 1 peuvent recevoir des SI (Formulaire d'évaluation pour l'accès aux SI Annexe C) **Les patients qui ne sont pas priorisés pour recevoir des SI reçoivent alors des soins appropriés à leur état.**				
Donner congé des SI aux patients qui présentent au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 1 OU **qui ne montrent** pas d'amélioration clinique **après 21 jours** OU **qui présentent une** détérioration clinique substantielle**.**	**À pronostics et risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux, parmi les patients recevant des SI, appliquer les règles de décision : cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer l'ordre de cessation des SI.**	**N'admettre aux SI QUE les patients qui n'ont aucun diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 1. S'il n'y a pas assez de lits disponibles aux SI pour tous ces patients, donner la priorité à ceux qui, parmi eux, ont le meilleur pronostic clinique.**	**À pronostics et risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux parmi les patients qui sont en attente d'une admission aux SI, appliquer les règles de décisions : cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer leur ordre de priorité d'admission aux SI.**	**Quand le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2 devient égal au nombre de patients qui sont aux SI et qui présentent au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2, avec l'accord du DSP**

Étape 2 de priorisation : Seuls les patients qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'ÉTAPE 2 peuvent recevoir des SI (Formulaire d'évaluation pour l'accès aux SI Annexe C) **Les patients qui ne sont pas priorisés pour recevoir des SI reçoivent alors des soins appropriés à leur état.**				
Donner congé des SI aux patients qui présentent au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2 OU **qui ne montrent** pas d'amélioration clinique **après 21 jours** OU **qui présentent une** détérioration clinique substantielle**.**	À pronostics et risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux, parmi les patients recevant des SI, appliquer les règles de décisions : **cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation** pour déterminer l'ordre de cessation des SI.	N'admettre aux SI QUE les patients qui n'ont aucun diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2. S'il n'y a pas assez de lits disponibles aux SI pour tous ces patients, donner la priorité à ceux qui, parmi eux, ont le meilleur pronostic clinique.	À pronostics et risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux parmi les patients qui sont en attente d'une admission aux SI, appliquer les règles de décisions : **cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation** pour déterminer leur ordre de priorité d'admission aux SI.	Quand le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 3 **devient égal** au nombre de patients qui sont aux SI et qui présentent au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 3, avec l'accord du DSP
Étape 3 de priorisation : Seuls les patients qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'ÉTAPE 3 peuvent recevoir des SI (Formulaire d'évaluation pour l'accès aux SI Annexe C) **Les patients qui ne sont pas priorisés pour recevoir des SI reçoivent alors des soins appropriés à leur état.**				
Donner le congé des SI aux patients qui présentent au moins un diagnostic et paramètre clinique défavorable de l'étape 3 OU **qui ne démontrent** aucune amélioration clinique **après 21 jours ou une** détérioration clinique substantielle**.**	À pronostics et risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux, parmi les patients recevant des SI, appliquer les règles de décision : **cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation** pour déterminer l'ordre de cessation des SI.	N'admettre aux SI QUE les patients qui n'ont aucun diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 3.	À pronostics et risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux parmi les patients en attente d'une admission aux SI, appliquer les règles de décision : **cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation** pour déterminer leur ordre de priorité d'admission aux SI.	s.o.

Si le système est toujours débordé, le lancement de la priorisation pour l'accès aux soins intensifs, en utilisant les directives nationales incluses dans le présent protocole, sera autorisé par le MSSS, en consultation avec les DSP et les chefs des soins intensifs.

Une fois la mise en tension à 150% de niveau de saturation, la préparation à la priorisation s'amorce. Tous les patients admis doivent être évalués en fonction des diagnostics et paramètres cliniques par le médecin traitant, et une validation additionnelle doit être réalisée par un deuxième médecin en utilisant le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie* que l'on retrouve à l'annexe C.

À 200 % de niveau de saturation, l'étape 1 de priorisation débute avec l'accord du DSP.

Les indications cliniques de soins intensifs permettent d'identifier les patients qui peuvent bénéficier d'une admission en soins intensifs. Les indications cliniques portent principalement sur l'insuffisance respiratoire et le choc, car c'est la capacité à fournir un respirateur et un soutien hémodynamique qui différenciera l'unité de soins intensifs des autres secteurs de soins aigus.

Les diagnostics et paramètres cliniques permettent d'établir une pronostication à court terme des patients lors d'un séjour aux soins intensifs. Ils indiquent la probabilité de survivre à une maladie aiguë et le risque d'un sevrage ventilatoire prolongé.

Ces diagnostics et paramètres cliniques ne sont pas exhaustifs : ils reflètent des preuves connues ou des indicateurs de pronostic basés sur l'expérience clinique et les données probantes actuelles. Le jugement clinique doit compléter ces paramètres cliniques, car certaines affections non répertoriées peuvent également influer sur le pronostic ou le risque de sevrage ventilatoire prolongé.

Si un patient a besoin de soins intensifs (réponds aux indications cliniques), le médecin traitant acheminera le formulaire dûment rempli et contre vérifié par un deuxième médecin à l'équipe de priorisation pour une évaluation plus approfondie de la priorisation à établir.

Les diagnostics et paramètres cliniques appliqués permettent d'établir une **pronostication à court terme** des patients aux soins intensifs par la présence de comorbidité(s) pouvant influencer le taux de survie (Douglas 2020; Biddison 2018). La priorisation repose d'abord et avant tout sur les diagnostics et paramètres cliniques.

Lorsque des patients démontrent un pronostic similaire, il peut être nécessaire d'appliquer des **règles de décision pour résoudre l'impasse**. Ces règles répondent à différents raisonnements éthiques. À chance de survie égale, on peut suivre une logique basée sur les principes suivants, dans l'ordre :

- Le cycle de vie : cette règle de décision met de l'avant « l'équité intergénérationnelle » en priorisant les personnes présentant un moins grand nombre d'étapes de vie devant elles (William, 1997). Ainsi, selon l'équité intergénérationnelle, il serait juste de donner priorité aux personnes qui se trouvent à un stade de vie moins avancé pour leur permettre d'avoir la même chance. Ce principe ne favorise pas les plus jeunes par rapport aux plus vieux en terme absolu, mais, entre deux personnes ayant un même pronostic clinique, il donne plutôt priorité à la personne qui se trouve à un stade de vie moins avancé. Il faut rappeler que cette règle n'est pas applicable à toutes les situations. Il se peut que l'écart d'âge (une génération par exemple) ne soit pas suffisant. Ainsi, si la règle de décision du cycle de vie n'est pas applicable dans la situation, par exemple, s'il faut trancher entre deux patients ayant respectivement 65 ans et 55 ans, il faut appliquer la prochaine règle (personnel soignant) et si l'impasse est non résolue, il faut procéder à une randomisation. La règle du cycle de vie s'applique à l'ensemble de la population et devrait précéder les autres règles de décision en cas d'égalité clinique.

- Le personnel soignant : cette règle permet de favoriser le traitement de membres du personnel de santé et services sociaux qui sont exposés aux risques de contagion lorsqu'ils fournissent des soins et services à la population. En période de pandémie, il est important de protéger et de soutenir la santé du personnel afin d'assurer que les soins et services essentiels continuent à être fournis. Cet argumentaire est basé sur une combinaison du principe de réciprocité pour les services fournis et des raisons de santé publique (Bailey et coll., 2011; Emmanuel et coll., 2020).

Puisque cette règle de décision est difficile à opérationnaliser, l'équipe de priorisation devra juger de son application à l'aide de la liste suivante (non exhaustive) : professionnels et techniciens de la santé et des services sociaux, préposés, brancardiers, aides-soignants, etc.

- La randomisation: lorsque toutes les autres règles de décision ne permettent pas de prioriser, l'équipe de priorisation procède par randomisation. Cette approche de la justice permet une égalité des chances entre individus (Winsor & al 2015; Farmer 2012). La justification de la randomisation est la suivante :
  - Réduit la charge de la prise de décision en ne la confiant pas à une seule personne (comme le président de l'équipe de priorisation), ce qui peut entraîner un préjudice moral et un épuisement professionnel après des cas répétés;
  - Réduit le risque médicolégal pour un individu (comme le président) et pour l'organisation dans les situations d'incertitude;
  - Reconnait l'incertitude réelle qu'une telle situation présente, plutôt que de se rabattre sur des certitudes exagérées ou erronées;
  - Soutient l'équilibre des pouvoirs entre les trois membres de l'équipe de priorisation;
  - Encourage tous les membres de l'équipe de priorisation à défendre leurs idées et leurs points de vue : encourage la délibération, la consultation et le partage d'opinions diverses. Cela rendra les décisions plus solides qu'une forme autocratique de prise de décision;
  - Est efficace lorsque les décisions doivent être prises rapidement;
  - L'absence de consensus représente une grande incertitude et la volonté de recourir à une méthode de décision par randomisation démontre la valeur de l'humilité;
  - La randomisation est le processus le plus équitable lorsque l'incertitude est élevée et atténue le risque de partialité implicite dans la prise de décision.

Préparation à la priorisation

Lorsque le réseau atteint son point de saturation (toutes les installations sont saturées et en surcapacité à 150 %, le DSP, de concert avec le MSSS, informe les acteurs concernés afin qu'ils se préparent à mettre en œuvre la priorisation pour l'accès aux soins intensifs en situation extrême de pandémie.

A. Évaluer tous les patients **qui reçoivent des soins intensifs** en regard des diagnostics et paramètres cliniques (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C)

B. Évaluer tous les patients **en attente d'admission aux soins intensifs** en regard des indications, diagnostics et paramètres cliniques (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C)

C. Mobiliser l'équipe de priorisation afin qu'elle se prépare à intervenir lors du déclenchement de l'étape 1 de priorisation.

Étape 1 de priorisation

À 200 % de niveau de saturation, l'étape 1 de priorisation débute avec l'accord du DSP.

L'étape 1 de priorisation donne la priorité aux patients dont le taux de mortalité estimé à court terme est inférieur à 80 % ou ceux qui n'ont pas un risque élevé de séjour prolongé aux soins intensifs. Seule l'équipe de priorisation détermine les priorités d'admission et de congé des soins intensifs. La priorisation se base sur les indications, diagnostics et paramètres cliniques identifiés dans le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C. Seuls les patients nécessitant des soins intensifs et ayant été priorisés par l'équipe de priorisation sont admis aux soins intensifs. Les patients qui ne sont pas priorisés pour recevoir des SI reçoivent alors d'autres soins appropriés à leur état.

A. Donner congé des soins intensifs aux patients stables qui n'en nécessitent plus et aux patients qui présentent :

- Au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 1 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C)

OU

- Aucune amélioration clinique après 21 jours de ventilation (risque de chronicisation et de trachéotomie);

OU

- Détérioration clinique substantielle malgré les soins intensifs prodigués, selon le jugement clinique global.

L'évaluation clinique avant le congé des soins intensifs répond à la préoccupation éthique concernant l'acceptabilité d'une cessation des soins intensifs, en particulier si un patient n'a pas continué à se détériorer pendant qu'il recevait ces soins (Lee Daugherty Biddison, 2018). De plus, pour certains patients qui répondent favorablement aux soins intensifs, un investissement important de ressources a été réalisé en vue de leur rétablissement. Ils devraient pouvoir poursuivre leur traitement (essai thérapeutique), à moins qu'ils ne présentent une détérioration clinique substantielle. La durée de l'essai thérapeutique est de 21 jours maximum pour la COVID-19, tant que les soins demeurent appropriés sur le plan clinique. Ceci permet de ne pas défavoriser indûment une personne dont les soins continuent d'être bénéfiques et proportionnés.

B. À pronostics ou risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux, parmi les patients recevant des SI, appliquer les règles de décision : le cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer l'ordre de congé des SI, si applicable.

C. N'admettre aux soins intensifs QUE les patients qui n'ont aucun diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 1 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C).

D. S'il n'y a pas assez de lits disponibles aux soins intensifs pour tous ces patients, donner la priorité à ceux qui, parmi eux, ont le meilleur pronostic clinique et un moindre risque de sevrage ventilatoire prolongé.

E. À pronostics ou risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux parmi ceux en attente d'une admission aux soins intensifs, appliquer les règles de décision : le cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer l'ordre de priorité d'admission aux SI.

F. Orienter les patients qui ne sont pas priorisés pour l'admission aux SI vers d'autres soins appropriés à leur état.

Le patient (ou son représentant légal) doit être informé, si possible, de la décision de cesser les SI et de son transfert vers des lits de soins appropriés à son état.

Chaque établissement doit communiquer au DSP le nombre de patients pour qui les soins intensifs sont cessés à l'étape 1 de priorisation, afin d'aider à la planification.

Une fois que l'étape de priorisation 1 est lancée, chaque établissement doit examiner et identifier tous les patients qui occupent un lit de soins intensifs dont les diagnostics et paramètres cliniques permettent une pronostication correspondant à l'étape 2 de priorisation (moins de 50 % de taux de mortalité prévue et risque élevé de séjour prolongé aux soins intensifs). Les patients (ou leur représentant légal) et le DSP doivent en être informés.

La transition vers l'étape 2 de priorisation s'effectue avec l'accord du DSP quand le nombre de patients en attente de SI qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2 devient égal au nombre de patients qui sont aux SI et qui présentent au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2.

Transition vers étape 2 de priorisation

Nombre de patients en attente **sans diagnostic ou paramètre clinique** défavorable **de l'étape 2**	=	Nombre de patients aux SI **avec ≥ 1 diagnostic ou paramètre clinique** défavorable **de l'étape 2**

Étape 2 de priorisation

Dans le cadre de l'étape 1 de priorisation, le DSP, en collaboration avec le chef médical des soins intensifs, doit continuer à coordonner le transfert des patients afin d'optimiser l'utilisation de toutes les ressources de soins intensifs avant de lancer l'étape 2 de priorisation.

Cette étape priorise les patients dont le taux de mortalité estimé à court terme est inférieur à 50 % ou ceux qui n'ont pas un risque élevé de sevrage ventilatoire prolongé aux soins intensifs. Seule l'équipe de priorisation détermine les priorités d'admission et de congé des soins intensifs. La priorisation se base sur les indications, diagnostics et paramètres cliniques identifiés dans le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C. Seuls les patients nécessitant des soins intensifs et ayant été priorisés par l'équipe de priorisation sont admis aux soins intensifs. Les patients qui ne sont pas priorisés pour recevoir des SI reçoivent alors d'autres soins appropriés à leur état.

A. Donner congé des soins intensifs aux patients qui présentent :

- Au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C)

OU

- Aucune amélioration clinique après 21 jours de ventilation (risque de chronicisation et de trachéotomie);

OU

- Détérioration clinique substantielle malgré les soins intensifs prodigués, selon le jugement clinique global.

B. À pronostics ou risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux, parmi les patients recevant des SI, appliquer les règles de décision : le cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer l'ordre de congé des SI, si applicable.

C. N'admettre aux soins intensifs QUE les patients qui n'ont aucun diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C).

D. S'il n'y a pas assez de lits disponibles aux soins intensifs pour tous ces patients, donner la priorité à ceux qui, parmi eux, ont le meilleur pronostic clinique et un moindre risque de sevrage ventilatoire prolongé.

E. À pronostics ou risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux parmi ceux en attente d'une admission aux soins intensifs, appliquer les règles de décision : le cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer l'ordre de priorité d'admission aux SI.

F. Orienter les patients qui ne sont pas priorisés pour l'admission aux SI vers d'autres soins appropriés à leur état.

Le patient (ou son représentant légal) doit être informé, si possible, de la décision de cesser les SI et de son transfert vers des lits de soins appropriés à son état.

Chaque établissement doit communiquer au DSP le nombre de patients pour qui les soins intensifs sont cessés à l'étape 2 de priorisation, afin d'aider à la planification.

Les hôpitaux doivent ensuite se préparer à un scénario de priorisation de l'étape 3, comme pour les étapes précédentes. La transition vers l'étape 3 de priorisation s'effectue quand le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 3 devient égal au nombre de patients présentement aux SI qui présentent au moins un diagnostic et paramètre clinique défavorable de l'étape 3, avec l'accord du DSP.

Transition vers étape 3 de priorisation

Nombre de patients en attente **sans diagnostic ou paramètre clinique** défavorable **de l'étape 3**	=	Nombre de patients aux SI **avec ≥ 1 diagnostic ou paramètre clinique** défavorable **de l'étape 3**

Étape 3 de priorisation

Cette étape 3 priorise les patients dont le taux de mortalité estimé est inférieur à 30 % ou ceux qui n'ont pas un risque de séjour prolongé aux soins intensifs. Seule l'équipe de priorisation détermine les priorités d'admission et de congé des soins intensifs. La priorisation se base sur les indications, diagnostics et paramètres cliniques identifiés dans le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C. Seuls les patients nécessitant des soins intensifs et ayant été priorisés par l'équipe de priorisation sont admis aux soins intensifs. Les patients qui ne sont pas priorisés pour recevoir des SI reçoivent alors d'autres soins appropriés à leur état.

A. Donner congé des soins intensifs aux patients qui présentent :

- Au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 3 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C)

OU

- Aucune amélioration clinique après 21 jours de ventilation (risque de chronicisation et de trachéotomie);

OU

- Détérioration clinique substantielle malgré les soins intensifs prodigués, selon le jugement clinique global.

B. À pronostics ou risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux, parmi les patients recevant des SI, appliquer les règles de décision : le cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer l'ordre de congé des SI, si applicable.

C. N'admettre aux soins intensifs QUE les patients qui n'ont aucun diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 3 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C).

D. S'il n'y a pas assez de lits disponibles aux soins intensifs pour tous ces patients, donner la priorité à ceux qui, parmi eux, ont le meilleur pronostic clinique et un moindre risque de sevrage ventilatoire prolongé.

E. À pronostics ou risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux parmi ceux en attente d'une admission aux soins intensifs, appliquer les règles de décision : le cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer l'ordre de priorité d'admission aux SI.

F. Orienter les patients qui ne sont pas priorisés pour l'admission aux SI vers d'autres soins appropriés à leur état.

Le patient (ou son représentant légal) doit être informé de la décision de changer l'orientation des soins, si possible, le patient sera transféré vers des lits de soins non intensifs, comprenant les mesures palliatives appropriées.

Chaque établissement doit communiquer au DSP le nombre de patients pour qui les soins intensifs sont cessés à l'étape 3 de priorisation, afin d'aider à la planification.

Une fois que l'étape de priorisation 3 est lancée, chaque établissement doit examiner et identifier tous les patients qui occupent un lit de soins intensifs dont les diagnostics et paramètres cliniques permettent une pronostication correspondant à l'étape 3 de priorisation (moins de 30 % de taux de mortalité prévue et risque de séjour prolongé). Les patients (ou leur représentant légal) et le DSP doivent en être informés.

À partir du moment où des lits de SI se libèrent et les patients qui attendent une admission aux SI ne répondent pas aux diagnostics et paramètres cliniques de l'étape 3, un processus de transition inverse s'enclenche vers l'étape 2, puis vers l'étape 1. Aucun lit ne doit rester vide avant un retour à une situation pandémique telle que la priorisation n'est plus de mise.

Surveillance continue des ressources

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

4.2 Aperçu des processus d'évaluation avant l'admission aux soins intensifs (adultes)

Le Comité directeur clinique COVID-19 du MSSS a approuvé le 6 octobre 2020 le présent protocole de priorisation incluant le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs en contexte extrême de pandémie* présenté à l'annexes C.

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

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

Évaluation dans le service des urgences

L'évaluation clinique des patients nécessitant des soins intensifs au sein du service des urgences suivra deux filières :

Évaluation standard (l'évaluation avant l'intubation est possible) :

- L'urgentologue/urgentiste identifie les patients qui devraient avoir besoin de soins intensifs dans le cadre de l'évaluation à l'urgence. L'urgentologue/urgentiste est chargé de réaliser l'évaluation initiale du patient, en utilisant le ***Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie*** (annexe C).
- Il doit voir à ce que la seconde évaluation par un autre médecin (cosignataire du formulaire pour confirmation) soit faite et envoyée à l'équipe de priorisation, validée et conservée dans le dossier du patient.
- Les patients qui ne sont pas priorisés pour les soins intensifs par l'équipe de priorisation ne seront PAS intubés et resteront aux urgences ou seront transférés dans un autre lieu pour une prise en charge médicale appropriée, comprenant des soins palliatifs au besoin.

Patients émergents (évaluation avant intubation impossible) :

- Dans la mesure du possible, les décisions d'intuber doivent être prises APRÈS que le patient a été priorisé selon ce protocole. Cela devrait inclure l'utilisation appropriée de mesures de temporisation pour soutenir l'oxygénation et l'utilisation des ressources humaines pour recueillir les informations pertinentes nécessaires à une évaluation rapide.
- Les urgentologues/urgentistes feront tous les efforts possibles pour évaluer les patients selon les diagnostics et paramètres cliniques prévus en utilisant le Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs pour les adultes en situation extrême de pandémie (annexe C) avant l'intubation si l'urgence clinique le permet. Tout patient ayant un ou plusieurs diagnostics et paramètres cliniques selon l'étape de priorisation en vigueur sera pris en charge médicalement et recevra les soins les plus appropriés selon les circonstances.
- L'intubation en urgence doit se dérouler dans un cadre approprié compte tenu du risque de génération de virus en aérosol et conformément aux meilleures pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections.
- Si une intubation urgence est requise avant que l'évaluation des diagnostics et des paramètres cliniques ne soit complétée, une fois réalisée et le patient stabilisé, l'évaluation standard se poursuit, et le formulaire du patient est envoyé à l'équipe de priorisation.
- L'équipe de priorisation prendra la décision finale concernant la priorisation du patient et l'orientation des soins : admission à l'unité de soins intensifs ou changement de l'orientation des soins vers d'autres soins appropriés, en fonction de l'étape de priorisation actuelle (1, 2, 3) et des ressources disponibles.

Évaluation dans les services/unités de l'hôpital

- Le médecin traitant sur les unités de soins identifie les patients qui devraient avoir besoin de soins intensifs dans le cadre de l'évaluation à l'urgence. Il est chargé de réaliser l'évaluation clinique, en utilisant le ***Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs en situation extrême de pandémie*** (annexe C).
- Il doit voir à ce que la seconde évaluation par un autre médecin (cosignataire du formulaire pour confirmation) soit faite et envoyée à l'équipe de priorisation, validée et conservée dans le dossier du patient.
- Les patients qui ne sont pas priorisés pour les soins intensifs par l'équipe de priorisation resteront à l'unité ou seront transférés dans un autre lieu pour une prise en charge médicale appropriée, comprenant des soins palliatifs au besoin.

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

- Si l'état d'un patient s'aggrave et que le patient répond aux indications cliniques de soins intensifs et n'a pas de diagnostics et paramètres cliniques pour l'étape de priorisation donnée, le médecin traitant doit contacter l'équipe de priorisation pour l'informer et convenir de l'orientation à donner selon la priorisation accordée par l'équipe de priorisation.
- Les patients non priorisés pour l'admission aux soins intensifs par l'étape de priorisation actuelle ne seront PAS intubés et resteront dans le service pour une gestion médicale appropriée, comprenant des soins palliatifs au besoin.
- Les patients admissibles à l'étape actuelle de priorisation qui nécessitent une intubation ne seront pas intubés/ventilés avant que l'équipe de priorisation ne prenne une décision (si le temps le permet).

Si une intubation d'urgence est nécessaire dans le service, l'évaluation de l'équipe de priorisation se poursuivra et le patient sera soit priorisé pour l'accès à des soins intensifs, ou s'il n'est pas priorisé, il sera traité médicalement dans le service, avec des soins palliatifs au besoin.

Évaluation urgente dans les services/unités de l'hôpital

- Les contraintes en matière de ressources humaines peuvent ne pas permettre le fonctionnement du Code bleu ou des équipes de réaction rapide. Les patients qui « codent » ou se détériorent rapidement recevront des soins médicaux et palliatifs appropriés si les soins intensifs ne sont pas une option.
- À l'étape de priorisation 3, les patients qui font un arrêt cardiaque ne seront pas priorisés pour les soins intensifs, et le code bleu ne doit plus être activé.
- Dans la mesure du possible, les décisions d'intuber doivent être prises APRÈS l'évaluation clinique du patient, conformément aux diagnostics et paramètres cliniques prévus au présent protocole et selon l'étape de priorisation (1,2,3) en vigueur. Cela devrait inclure l'utilisation appropriée de mesures de temporisation pour soutenir l'oxygénation et l'utilisation des ressources (c'est-à-dire le personnel soignant) pour recueillir les informations pertinentes nécessaires à une évaluation rapide.
- L'intubation doit toujours se dérouler selon les meilleures pratiques en matière de contrôle et prévention des infections (PCI) et dans un cadre approprié, compte tenu du risque de génération de virus en aérosol.
- Si une intubation urgente est requise avant que l'évaluation des diagnostics et des paramètres cliniques ne soit complétée, une fois réalisée et le patient stabilisé, l'évaluation standard se poursuit, et le formulaire du patient est envoyé à l'équipe de priorisation.
- L'équipe de priorisation prendra la décision finale concernant la priorisation du patient et l'orientation des soins : admission à l'unité de soins intensifs ou changement de l'orientation des soins vers d'autres soins appropriés, en fonction de l'étape de priorisation actuelle (1, 2, 3) et des ressources disponibles.

5. Procédure de priorisation pour l'accès aux soins intensifs

5.1 Objectif et structure de l'équipe de priorisation

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

La priorisation en cas extrême de pandémie est un défi à la fois clinique, organisationnel et psychologique; les personnes chargées d'évaluer les patients et de prendre les décisions concernant la priorisation des patients doivent avoir l'expérience et la formation appropriées ainsi que la résilience personnelle et le soutien organisationnel/logistique nécessaires pour prendre ces décisions (Christian et coll. 2014). En outre, l'hôpital a l'obligation éthique de veiller à ce que les décisions relatives à l'allocation des ressources reflètent systématiquement des valeurs et des principes transparents, et ne soient pas prises de manière idiosyncrasique.

Une équipe de priorisation sera nommée pour l'établissement par le DSP afin de soutenir les décisions d'allocation des ressources en matière de soins intensifs fondées sur des preuves scientifiques et sur l'éthique.

Les membres potentiels de l'équipe de priorisation seront identifiés et recevront la formation nécessaire pour exercer leur rôle. Les membres de l'équipe devront se relayer pour minimiser la fatigue physique, émotionnelle et psychologique. Pendant sa période d'exercice, cette équipe doit être disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, car la priorisation peut être nécessaire à tout moment. De même, il est essentiel que le DSP soit en mesure de fournir des données actualisées sur les ressources disponibles afin que la priorisation soit le reflet de la réalité.

Membres de l'équipe de priorisation

L'équipe de priorisation de l'établissement est composée de trois personnes, dont :

- Médecin intensiviste ou urgentologue/urgentiste (président);
- Médecin de l'établissement;
- Non-médecin ayant une expérience appropriée idéalement en éthique, ou en clinique et gestion.

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

La combinaison de deux médecins permet d'évaluer les avantages des soins intensifs pour les patients en soins aigus, tandis que le non-médecin apporte son soutien en matière de rigueur procédurale et d'atténuation des biais dans les situations d'incertitude. Il s'assure du respect d'un traitement égal des cas soumis à l'équipe de priorisation, de la résolution des conflits, de la transparence et de la clarté concernant la justification éthique des décisions. Plus largement, il veille au respect des principes éthiques rappelés dans le document.

Les membres de l'équipe de priorisation doivent être déchargés de leurs tâches cliniques/professionnelles pendant un certain temps pour pouvoir participer à l'équipe de priorisation, afin d'éviter les conflits d'intérêts (par exemple, la défense des intérêts de certains patients au détriment d'autres) et minimiser l'épuisement professionnel.

5.2 Qualifications des équipes de priorisation

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

- Avoir de solides compétences en matière de facilitation/médiation et en matière de soins intensifs;
- Avoir des compétences en matière de raisonnement éthique et une sensibilité envers le traitement équitable des patients;
- Être engagé à éviter les biais et la discrimination;
- Avoir la capacité à gérer la complexité et à répondre à un environnement en constante évolution;
- Être résiliant et courageux;
- Avoir la volonté de remettre en question et de poser des questions difficiles;
- Être engagé à la rigueur et à la transparence des procédures;
- Être capable de faciliter les décisions motivées sous pression et d'appliquer ce protocole de manière cohérente;

- Être capable de documenter les décisions de manière appropriée et d'en rendre compte tout au long de la chaîne de commandement;
- Avoir la capacité de réflexion et d'amélioration continue de la qualité.

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

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

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

Tout patient intubé qui a un ou plusieurs diagnostics et paramètres cliniques de l'étape (1, 2, 3) en vigueur est orienté vers l'équipe de priorisation qui prendra la décision en matière de priorisation (maintien ou nouvelle orientation des soins).

5.4 Rôles du président au sein de l'équipe de priorisation

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

<u>Expert médical</u>

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

<u>Président</u>

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

5.5 Rôles du deuxième médecin et du non-médecin dans l'équipe de priorisation

Deuxième médecin

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

Membre non-médecin

Le membre de l'équipe de priorisation non-médecin doit être idéalement une personne ayant des compétences en éthique (c'est-à-dire conseiller en éthique de l'établissement), ou un dirigeant (c'est-à-dire directeur ou gestionnaire). Ses responsabilités sont les suivantes :

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

5.6 Rôle des médecins consultants

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

Le rôle de ces médecins consultants n'est pas de défendre les intérêts des patients individuels, mais de fournir leur évaluation la plus précise du pronostic anticipé du patient à court terme, à la lumière des diagnostics et paramètres cliniques prévus.

5.7 Prise de décision de l'équipe de priorisation

Dans l'idéal, l'équipe de priorisation prendra des décisions par consensus des trois membres par le dialogue, la délibération et la consultation appropriée pour clarifier les zones d'incertitude clinique. Les décisions seront conformes aux directives des autorités provinciales. Si une situation clinique ne permet pas aux trois membres de parvenir à une décision unanime, ils devront/pourront demander l'avis d'un confrère consultant. En cas d'égalité concernant l'état clinique, autrement dit à pronostics et risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux, la priorisation sera déterminée à l'aide des **règles de décision** prévues : cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, la randomisation.

5.8 Conflits d'intérêts

Les membres de l'équipe de priorisation doivent se récuser de tout cas impliquant des conflits d'intérêts :

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

5.9 Communication des décisions de l'équipe de priorisation

<u>Communication lors de l'admission</u>

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

<u>Communication des résultats de la priorisation</u>

Les résultats de chaque décision de l'équipe de priorisation seront communiqués au médecin qui s'occupe du patient. L'équipe de priorisation aidera et soutiendra au besoin le médecin ou l'unité de soins intensifs pour communiquer au patient ou à son représentant les décisions de priorisation qu'elle aura prises. Le type de soutien peut varier en fonction de la relation (ou de l'absence de relation) du médecin traitant avec le patient et sa famille, de la situation clinique ou d'autres facteurs, notamment l'accès à d'autres soignants significatifs du patient ou de sa famille, comme les travailleurs sociaux.

Préalablement à l'admission aux soins intensifs, le médecin qui s'occupe du patient lui communiquera ce qui suit :

- « Nous pourrons vous admettre aux soins intensifs. Vous devez comprendre que, dans le contexte actuel de la pandémie, l'équipe traitante devra réévaluer régulièrement la pertinence et la continuation de certains traitements offerts. Si des soins intensifs ne sont plus justifiés, vous recevez tous les autres soins nécessaires selon votre condition. Vous et votre famille serez informés de l'évolution de la situation et de l'orientation préconisée, le cas échéant. »

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Impliquer les services de consultation en éthique clinique;
2. Impliquer les équipes psychosociales de l'établissement en soutien.

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

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

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

Suggestions de stratégie d'accompagnement des patients et des proches

Les CISSS et CIUSSS ainsi que chaque établissement devront mettre en place des mécanismes afin de s'assurer qu'un accompagnement en tout temps sera offert aux personnes vulnérables (ex : aînés, personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, troubles mentaux) en lien avec l'application du protocole de priorisation (accueil, évaluation, communications, etc.). Les directions cliniques devront déterminer de quelle façon ces mécanismes s'actualiseront.

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

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

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

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

4. **Un espace palliatif.** Aménager un espace spécial pour les personnes redirigées implicitement en soins palliatifs afin qu'elles puissent mourir dans la dignité et une atmosphère paisible (par exemple une pièce isolée sans éclairage ou bruit agressant) propice à l'accompagnement d'un proche ou à un dernier contact intime à distance. La présence d'un intervenant spirituel pourrait aussi être proposée.
   Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser une personne mourir dans des conditions dégradantes.

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

5.12 Examen de la qualité

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

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

Toutes modifications à ce protocole seront proposées au sous-comité des soins critiques du MSSS par le DSP.

6. Documentation

6.1 Documentation de l'état de priorisation du patient

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

- Les formulaires d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie doivent être conservés dans le dossier du patient (avec le formulaire NIM du patient) pour un accès facile, une copie étant conservée par l'équipe de priorisation pour référence.

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

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

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

7. Définitions et liste d'acronymes

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

Sous-comité soins critiques :

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

Liste des acronymes

CEPPP : Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public
CHU : Centre hospitalier universitaire
CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CMQ : Collège des médecins du Québec
CUSM : Centre universitaire de santé McGill
CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
COOLSI : Centre d'optimisation occupation des lits de soins intensifs
COVID-19 : Maladie à coronavirus 2019
DSP : Directeur des services professionnels
EPT : Événement à potentiel traumatique
ICM : Institut de cardiologie de Montréal
IUCPQ : Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
NIM : Niveau d'intervention médicale ou niveau de soin
NYHA : *New York Heart Association*
RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec
SRAS-CoV-2 : coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère
SI : Soins intensifs
UdeM : Université de Montréal
USI : Unité de soins intensifs

8. Plan provincial de contingence

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

9. Références

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

ACPM - Cadres de référence en matière d'éthique et protocoles d'affectation des ressources en soins intensifs pendant la pandémie de COVID-19. Juin 2020 Repéré à https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2020/navigating-ethical-frameworks-and-critical-care-resource-allocation-protocols-amid-covid-19

Aziz, S., Arabi, Y. M., Alhazzani, W., Evans, L., Citerio, G., Fischkoff, K., ... & Azoulay, E. (2020). Managing ICU surge during the COVID-19 crisis: rapid guidelines. Intensive Care Medicine. https://doi.org/10.1007/s00134-020-06092-5

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

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

Bellelli, G., Rebora, P., Valsecchi, M.G. et al. Frailty index predicts poor outcome in COVID-19 patients. Intensive Care Med 46, 1634–1636 (2020). https://doi.org/10.1007/s00134-020-06087-2

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HEWITT, Jonathan, CARTER, Ben, VILCHES-MORAGA, Arturo, et al. The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. The Lancet Public Health, 2020, vol. 5, no 8, p. e444-e451.

Haas, L. E., de Lange, D. W., van Dijk, D., & van Delden, J. J. (2020). Should we deny ICU admission to the elderly? Ethical considerations in times of COVID-19. Critical Care, 24(1), 1-3.

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

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux -INESSS (2016). Les niveaux de soins. Normes et standards de qualité, repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

Joebges and Biller-Andorno Critical Care (2020) Ethics guidelines on COVID-19 triage−an emerging international consensus, 24:201 https://doi.org/10.1186/s13054-020-02927-1

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

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

Maves, R. C., Downar, J., Dichter, J. R., Hick, J. L., Devereaux, A., Geiling, J. A., ... & Rubinson, L. L. (2020). Triage of scarce critical care resources in COVID-19: an implementation guide for regional allocation - An expert panel report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians. Chest. 158(1):212-225

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

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

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

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

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

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

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

Thompson, Alison K., Faith, Karen, Gibson, Jennifer L., et al. Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. BMC medical ethics, 2006, vol. 7, no 1, p. 12. Repéré à https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1698926/pdf/1472-6939-7-12.pdf

Truog, R. D., Mitchell, C., & Daley, G. Q. (2020). The toughest triage—allocating ventilators in a pandemic. New England Journal of Medicine, 382(21), 1973-1975.

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

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

Vincent, J. L., & Creteur, J. (2020). Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care, 9(3), 248-252.

Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the "fair innings" argument. Health Econ. 1997;6(2):117-132. doi:10.1002/(SICI)1099-1050 (199703)6:2<117::AID-HEC256>3.0.CO;2-B

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

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

10. Annexes

Annexe A : Processus détaillé de consultation printemps 2020

Des consultations ont été réalisées lors du processus d'élaboration du protocole national triage aux soins intensifs. Les activités menées entre le 17 et le 25 mars 2020 sont présentées ici.

Équipe projet

Mandat : L'équipe projet a pour mandat de planifier l'élaboration d'un protocole national de triage aux soins intensifs dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 au Québec, de coordonner et de réaliser les consultations auprès des parties prenantes, d'intégrer les commentaires et de rédiger les versions du document en vue de son approbation par le comité ministériel en soins intensifs. Elle a fondé ses travaux sur les meilleures données scientifiques disponibles et sur une analyse des divers protocoles de triage disponibles pour consultation à travers le monde.

Composition :

Marie-Ève Bouthillier (responsable) Bureau de l'éthique clinique (UdeM) et CISSS de Laval
Michel Lorange, éthicien clinique et organisationnel, CISSS de Laval
Marie-Claude Laflamme, adjointe à la directrice, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, CISSS de Laval
Jean-Simon Fortin, conseiller en éthique, CISSS de Laval

Comité de travail #1

Mandat : Le premier comité de travail a formulé des orientations sur la conduite du projet, a donné son avis sur les versions partagées du protocole national de triage aux soins intensifs, en plus de rappeler le contexte gouvernemental et provincial d'implantation des recommandations. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (20 membres) : MSSS, conseillers en éthique, avocats, professionnels de la santé et des services sociaux et gestionnaires.

Nom	Rôle	Appartenance
Natacha Besançon	Conseillère en éthique	CUSM
Marie-Eve Bouthillier	Responsable/Éthicienne/ Bureau éthique UdeM	CISSS de Laval
Michael Chassé	Intensiviste	CHUM
Geneviève Dupont-Thibodeau	Intensiviste pédiatrique	CHU Ste-Justine
Claudine Fecteau	Conseillère en éthique	MSSS-DGCPPQ
Isabelle Jeanson	Travailleuse sociale	CISSS de Laval
Marie-Claude Laflamme	Adjointe à la directrice, DQEPE	CISSS de Laval
Renaud-Xavier Leblanc	Urgentologue	CISSS de Laval
Mark Liszkowski	Chef des soins intensifs	ICM
Michel Lorange	Conseiller en éthique	CISSS de Laval
Pierre Ouellette	Médecin soins palliatifs	CISSS de Laval
Camille Paquin	Avocate	CISSS de Laval
Antoine Payot	Néonatalogiste, responsable Bureau éthique UdeM	CHU Ste-Justine
Élodie Petit	Conseillère en éthique	ICM
Marie-Ève Poirier	Psychologue	CISSS de Laval
Isabelle Routhier	Avocate	CISSS de Laval
Mathieu Simon	Pneumologue-intensiviste	IUCPQ

Nom	Rôle	Appartenance
Hugues Vaillancourt	Conseiller en éthique	MSSS-DGCPPQ
Lucie Wade	Conseillère en éthique	CUSM
Jean-Simon Fortin	Conseiller en éthique	CISSS de Laval

Comité de révision #1

Mandat : Le deuxième comité de travail, conviant une diversité de perspectives professionnelles, a donné son avis sur les versions partagées du protocole national de triage aux soins intensifs. Il a également informé l'équipe projet quant à l'applicabilité du protocole dans les milieux de pratiques à travers le réseau de la santé et des services sociaux. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (28 membres) : Directions générales (MSSS), direction nationale (MSSS), conseillers en éthique, avocats, professionnels de la santé et des services sociaux, gestionnaires, patient partenaire.

Nom	Rôle	Appartenance
Valérie Badro	Conseillère en éthique	CIUSSS NIM
Marie-Eve Bouthillier	Responsable/Éthicienne/ Bureau éthique UdeM	CISSS de Laval
Macha Bourdages	Chef des soins intensifs pédiatrique	CHU de Québec
Franco Carnevale	Éthicien clinique, infirmier, psychologue	Université McGill
Joseph Dahine	Intensiviste, Directeur médical, DQEPE	CISSS de Laval
Annie Dubois	Gestionnaire, coordonnatrice médicale	CISSS de Laval
Vincent Dumez	Co-Dir., Centre d'excellence partenariat soin	DCPP, UdeM
Amélie Dupont-Thibodeau	Néonatalogiste, conseillère en éthique	CHU Ste-Justine
Claudine Fecteau	Conseillère en éthique	MSSS-DGCPPQ
Jean-Simon Fortin	Conseiller en éthique	CISSS de Laval
Nathalie Gaucher	Urgentologue pédiatrique, Bureau éthique UdeM	CHU Ste-Justine
Kevin Hayes	Conseiller en éthique	CIUSSS COM
Paul-André Lachance	Urgentologue	CISSS de Laval
Marie-Claude Laflamme	Adjointe à la directrice, DQEPE	CISSS de Laval
Daniel LaRoche	DQEPE	CHU de Québec
Annie Lecavalier	Intensiviste	CISSS de Laval
Marie-Claude Levasseur	Infirmière, coordonnatrice unité éthique	CHU Ste-Justine
Michel Lorange	Éthicien clinique et organisationnel	CISSS de Laval
Isabelle Mondou	Conseillère en éthique	CMQ
Mathieu Moreau	Médecin de famille travaillant au soins intensifs et à l'urgence	CIUSSS NIM
Louise Passerini	Pneumologue-intensiviste	CISSS-MC
Diane Poirier	Présidente du comité ministériel des soins critiques Covid-19 et responsable du COOLSI au MSSS	DCM-MSSS
Saieem Razack	Chef soins intensifs pédiatrique	CUSM
Delphine Roigt	Conseillère en éthique	CIUSSS EIM
Sébastien Roulier	Chef soins intensifs pédiatrique	CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Nom	Rôle	Appartenance
Baruch Toledano	Chef soins intensifs pédiatrique	CHU Ste-Justine
Hugues Vaillancourt	Conseiller en éthique	MSSS-DGCPPQ
Paul Warshawsky	Intensiviste	CIUSSS COM
Matthew-John Weiss	Intensiviste pédiatrique	CHU de Québec

Comité de révision #2

Mandat : Le comité de révision a donné son avis sur la version finale du protocole national de triage aux soins intensifs. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (47 membres) : MSSS, conseillers en éthique, avocats, professionnels de la santé et des services sociaux, gestionnaires et patient partenaire. Ces personnes sont l'ensemble des noms figurant aux comités de travail et de révision 1.

Comité consultatif de patients

Mandat : Le comité de patients a donné son avis sur une version partagée du protocole national de triage aux soins intensifs. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (4 membres) : Patients

Comité consultatif de l'INESSS

Mandat : Le comité composé de professionnels scientifiques de l'INESSS a soutenu la revue de la littérature scientifique et grise. Ce comité a donné son avis sur les versions partagées du protocole national de triage aux soins intensifs. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (4 membres) : Professionnels scientifiques (éthique et méthodologie).

Nom	Rôle	Appartenance
Isabelle Ganache	Directrice, Bureau – Méthodologies et éthique	INESSS
Catherine Olivier	Professionnelle scientifique - volet éthique	INESSS
Monika Wagner	Professionnelle scientifique en méthodologie	INESSS
Olivier Demers-Payette	Professionnel scientifique en méthodologie	INESSS

Annexe B : L’éthique de l’allocation des ressources en contexte de pénurie

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

Ces principes procéduraux sont les suivants :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- En s'efforçant de préserver autant d'équité que possible entre les besoins des patients souffrant de la COVID-19 et ceux des patients qui ont besoin d'un traitement urgent pour d'autres maladies ou blessures.
- En établissant des processus/règles de décision équitables.

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

Obligation de fournir des soins. Les travailleurs de la santé ont le devoir éthique de fournir des soins et de soulager.

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

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

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

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

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

Principes de priorisation :

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

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

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

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

- Un protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs ne vise pas à décider qui recevra ou non des soins. Tous les patients seront soignés. Chaque vie humaine est valorisée et chaque être humain mérite le respect, les soins et la compassion. Toutefois, cela ne signifie pas que tous les patients recevront ou devraient recevoir des soins intensifs. Ceux qui ne recevront pas de soins intensifs ne seront pas abandonnés; ils continueront à recevoir d'autres soins, les plus appropriés à leur état, et possibles dans le contexte.

Annexe C : FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE *(FORMULAIRE EN COURS DE NORMALISATION)*

Santé et Services sociaux Québec

FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE
(FORMULAIRE EN COURS DE NORMALISATION)

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

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

Date de naissance : _____

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

Étape de priorisation : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

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

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

- **<u>Indications cliniques de soins intensifs</u> (doivent présenter UNE des indications suivantes)**

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

- **<u>Diagnostics et paramètres cliniques pour l'admission aux soins intensifs</u>**

	SECTION A Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité	SECTION A Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité	SECTION A Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité
	Nombre d'éléments de la section A présents : _____	**Nombre d'éléments de la section A présents : _____**	**Nombre d'éléments de la section A présents : _____**
A1	☐ Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 80% sur la base du score TRISS	☐ Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 50% sur la base du score TRISS	☐ Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 30% sur la base du score TRISS

EXEMPLE

Santé et Services sociaux Québec

FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE
(FORMULAIRE EN COURS DE NORMALISATION)

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

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

Date de naissance : _____

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

	SECTION A Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité	SECTION A Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité	SECTION A Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité
A2	☐ Brûlures graves avec <u>2 des paramètres suivants</u> : • Âge > 60 • 40% de la surface corporelle totale affectée • Brûlure d'inhalation qui entraine une insuffisance respiratoire hypoxémique		
A3	☐ Arrêt cardiaque : • Sans témoin • Réanimé, mais ne répondant pas à la thérapie électrique (défibrillation ou stimulation) • Arrêts cardiaques récurrents • Arrêt cardiaque nécessitant ECMO		☐ Arrêt cardiaque
A4	☐ Maladie maligne métastatique présentant l'une des caractéristiques suivantes : • Classe ECOG > = 2 • Maladie évoluant ou stable sous traitement • Plan de traitement actif avec un risque de mortalité > 80% à 1 an • Plan de traitement (expérimental) non éprouvé • Plan de traitement qui ne serait lancé que si le patient se rétablissait d'une maladie grave	☐ Maladie maligne métastatique présentant l'une des caractéristiques suivantes : • Classe ECOG > = 2 • Maladie évoluant ou stable sous traitement • Plan de traitement actif avec un risque de mortalité > 50 % à 1 an • Plan de traitement (expérimental) non éprouvé • Plan de traitement qui ne serait lancé que si le patient se rétablit d'une maladie grave	☐ Maladie maligne métastatique
A5	☐ Événement neurologique grave et irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 80 %, sur la base : • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 4-7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, WFNS grade 5 (GCS 3-6) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT	☐ Événement neurologique grave et irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 50 %, sur la base : • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 3-7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, WFNS grade 5 (GCS 3-12 OU 13-14 AVEC déficits focaux) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT • Pour les accidents ischémiques aigus, un NIHSS de 22-42	☐ Événement ou état neurologique irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 30 % sur la base : • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 2 à 7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, le score un score WFNS grade 2-5 (GCS<15) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT • Pour les accidents ischémiques aigus, un NIHSS de 14-42

EXEMPLE

Santé et Services sociaux Québec

FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE
(FORMULAIRE EN COURS DE NORMALISATION)

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

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

Date de naissance : _____

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

	SECTION A Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité	SECTION A Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité	SECTION A Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité
A6	☐ Défaillance terminale ou sévère d'un organe répondant aux paramètres suivants ET : • qui ne sont pas actuellement sur la liste d'attente pour le don d'organes OU • suspension des processus provinciaux de don d'organes en cas de pandémie **Cœur :** • Insuffisance cardiaque de classe 3 ou 4 selon la NYHA **Poumons :** • Maladie pulmonaire obstructive chronique avec VEMS < 30 % prévu, PaO2 de base < 55 mmHg ou hypertension pulmonaire secondaire • Oxygénodépendance au domicile • Fibrose kystique avec VEMS post-bronchodilatateur < 30% ou PaO2 de référence < 55 mmHg • Fibrose pulmonaire avec VC ou TLC < 60% prévue, PaO2 de base < 55 mmHg, ou hypertension pulmonaire secondaire • Toute autre cause d'hypertension pulmonaire avec insuffisance cardiaque classe 3 ou 4 selon la NYHA, pression de l'oreillette droite > 10 mmHg ou pression artérielle pulmonaire moyenne > 50 mmHg	☐ Défaillance terminale ou sévère d'un organe répondant aux critères suivants ET : • qui ne sont pas actuellement sur la liste d'attente pour le don d'organes OU • suspension des processus provinciaux de don d'organes en cas de pandémie **Cœur :** • Insuffisance cardiaque de classe 3 ou 4 selon la NYHA **Poumons :** • Maladie pulmonaire obstructive chronique avec VEMS < 50 % prévu, PaO2 de base < 55 mmHg ou hypertension pulmonaire secondaire • Fibrose kystique avec VEMS post-bronchodilatateur < 30% ou PaO2 de référence < 55 mmHg • Fibrose pulmonaire avec VC ou TLC < 60% prévue, PaO2 de base < 55 mmHg, ou hypertension pulmonaire secondaire • Toute autre cause d'hypertension pulmonaire avec insuffisance cardiaque classe 3 ou 4 selon la NYHA, pression de l'oreillette droite > 10 mmHg ou pression artérielle pulmonaire moyenne > 50 mmHg	☐ Défaillance terminale ou sévère d'un organe (tout diagnostic) ou transplantation d'un organe antérieure avec preuve de rejet chronique ou de dysfonctionnement chronique de l'organe transplanté.

EXEMPLE

Santé et Services sociaux Québec

FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE
(FORMULAIRE EN COURS DE NORMALISATION)

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

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

Date de naissance : _____

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

	SECTION A Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité	SECTION A Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité	SECTION A Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité
	Foie : • Insuffisance hépatique chronique associée à la défaillance de 2 autres organes (ACLF grade 2-3) • Score MELD ≥ 40	**Foie :** • Insuffisance hépatique chronique associée à la défaillance de 2 autres organes (ACLF grade 1-3) • Score MELD > 30	
A7	☐ Chirurgie palliative élective		☐ Chirurgie palliative élective ou d'urgence
A8	☐ Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours avec un score ProVent de 4-5	☐ Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours avec un score ProVent de 2-5	☐ Toute personne sous ventilation mécanique pendant > = 21 jours évoluant vers une chronisation de la ventilation avec trachéotomie envisagée
A9	☐ Un score de fragilité clinique ≥ 7 en raison d'une **condition ou atteinte progressive** sous-jacentete L'échelle s'applique sur une population âgée de plus de 65 ans.	☐ Un score de fragilité clinique ≥ 6 en raison d'une **condition ou atteinte progressive** sous-jacente L'échelle s'applique sur une population âgée de plus de 50 ans.	

	SECTION B Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant **un risque prévisible de sevrage** ventilatoire prolongé	SECTION B Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un **risque prévisible de** sevrage ventilatoire prolongé	SECTION B Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un **risque prévisible de** sevrage ventilatoire prolongé
	Nombre d'éléments de la section B présents : _____	**Nombre d'éléments de la section B présents : _____**	**Nombre d'éléments de la section B présents : _____**
B1	☐ Maladie neurodégénérative **sévère et irréversible** qui a un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.		☐ Maladie neurodégénérative **modérément sévère et irréversible** qui a un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.

EXEMPLE

Santé et Services sociaux Québec

FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE
(FORMULAIRE EN COURS DE NORMALISATION)

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

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

Date de naissance : _____

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

	SECTION C Étape 1 de priorisation Visant à identifier par le jugement clinique les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité ou un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé	**SECTION C Étape 2 de priorisation Visant à identifier par le jugement clinique les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité ou un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé**	**SECTION C Étape 3 de priorisation Visant à identifier par le jugement clinique les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité ou un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé**
C1	☐ Autre(s) élément(s) clinique(s) ou condition(s) responsable(s) d'un risque de mortalité >80% ou qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI (expliquer ci-dessous) Ex. : Trouble neurocognitif **majeur dégénératif (démence)** tel que défini par un score de 7 sur l'échelle de détérioration globale (Échelle de Reisberg)	☐ Autre(s) élément(s) clinique(s) ou condition(s) responsable(s) d'un risque de mortalité >50% ou qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI (expliquer ci-dessous). Ex : Trouble neurocognitif **majeur dégénératif (démence)** tel que défini par un score de 6 sur l'échelle de détérioration globale (Échelle de Reisberg)	☐ Autre(s) élément(s) clinique(s) ou condition(s) responsable(s) d'un risque de mortalité >30% ou qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI (expliquer ci-dessous). Ex : Trouble neurocognitif **majeur dégénératif (démence)** tel que défini par un score de 6 sur l'échelle de détérioration globale (Échelle de Reisberg)

Le jugement clinique peut être soutenu par un outil d'évaluation de la sévérité et de la morbidité reconnu et utilisé dans l'établissement (p.ex. SOFA, MODS, Apache) .Explications concernant le jugement clinique et le caractère approprié des soins :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

*Le jugement clinique ne doit pas reposer sur des motifs discriminatoires en vertu de la Charte des droits et libertés du Québec (la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Autre	**Le patient fait-il partie du personnel soignant du réseau de la santé et des services sociaux ayant été exposé à la COVID-19?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

EXEMPLE

Santé et Services sociaux Québec

FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE
(FORMULAIRE EN COURS DE NORMALISATION)

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

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

Date de naissance : _____

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

	Synthèse de l'évaluation		
	Étape 1 **Nombre d'éléments présents** **Section A : _____** **Section B : _____** **Section C : _____** **Total :**	**Étape 2** **Nombre d'éléments présents** **Section A : _____** **Section B : _____** **Section C : _____** **Total :**	**Étape 3** **Nombre d'éléments présents** **Section A : _____** **Section B : _____** **Section C : _____** **Total :**

Réservé à l'équipe de priorisation			
Priorité clinique			
Règles de décision en cas d'égalité clinique	**1. Cycle de vie**	**2. Personnel soignant du réseau de la santé et des services sociaux ayant été exposé à la COVID-19** ☐ Oui ☐ Non	**3. Randomisation**

EXEMPLE

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

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

Confirmé par : _____ _____ Heure (hh:mm) _____
(Nom en lettres moulées) (Signature et Désignation)
PRÉSIDENT DE L'ÉQUIPE DE PRIORISATION

Santé et Services sociaux Québec

FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE
(FORMULAIRE EN COURS DE NORMALISATION)

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

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

Date de naissance : _____

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

L'échelle de détérioration globale, également appelée échelle de Reisberg* **Évaluation de la démence**
Stade 1: Pas de déficit cognitif N'éprouve aucune difficulté dans la vie quotidienne.
Stade 2: Déficit cognitif très léger Oublie les noms et l'emplacement des objets. Peut avoir de la difficulté à trouver ses mots.
Stade 3: Déficit cognitif léger A de la difficulté à s'orienter dans un endroit inconnu. A de la difficulté à fonctionner au travail.
Stade 4: Déficit cognitif modéré (Trouble neurocognitif majeur léger) A de la difficulté à accomplir des tâches complexes (finances, magasinage, planification d'un repas avec des invités).
Stade 5: Déficit cognitif relativement grave (Trouble neurocognitif majeur modéré) A besoin d'aide pour choisir ses vêtements. A besoin qu'on lui rappelle que c'est l'heure de la douche ou du bain.
Stade 6: Déficit cognitif grave (Trouble neurocognitif majeur modérément sévère) Perd la notion des expériences et événements récents de sa vie. A besoin d'aide pour prendre son bain, ou a peur de prendre son bain. A de plus en plus besoin d'aide pour aller aux toilettes ou est incontinent.
Stade 7: Déficit cognitif très grave (Trouble neurocognitif majeur sévère) Utilise un vocabulaire très restreint qui se réduira bientôt à quelques mots seulement. Perd la capacité de marcher et de s'asseoir. A besoin d'aide pour manger.

*Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., and Crook, T. (1982). Modified from Global Deterioration Scale. American Journal of Psychiatry, 139:1136–1139

EXEMPLE

Santé et Services sociaux Québec

FORMULAIRE

FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE *(FORMULAIRE EN COURS DE NORMALISATION)*

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

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

RAMQ : _____

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

Score de Fragilité Clinique*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

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

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

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

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

EXEMPLE

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

Santé et Services sociaux Québec

FORMULAIRE

FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE *(FORMULAIRE EN COURS DE NORMALISATION)*

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

Ne pas inscrire le nom

Numéro de dossier : _____

RAMQ : _____

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

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

Score ProVent (calculé à 14 jours d'hospitalisation aux soins intensifs)		
Âge > 50 ans	1 pt	Un résultat de 4 – 5 à 14 jours de ventilation suggère un taux de mortalité de ~90 % à 1 an. Un résultat de 2 – 3 à 14 jours de ventilation suggère un taux de mortalité de ~56 % à 80 % à 1 an.
Âge ≥ 65 ans	2 pts	
Décompte plaquettaire < 150	1 pt	
Besoin d'hémodialyse	1 pt	
Besoin de vasopresseurs	1 pt	
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4223371/pdf/cc13994.pdf		

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

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

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

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

EXEMPLE

Annexe D : MISE À JOUR DU PROTOCOLE DE TRIAGE POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN CAS EXTRÊME DE PANDÉMIE – Été-Automne 2020 Comité éthique COVID-19

Objectifs de la démarche

1. Faire la mise à jour scientifique et éthique d'un protocole initialement établi en contexte d'urgence;
2. Assurer la mise en œuvre d'un plan de communication comprenant les éléments énumérés au plan de travail ci-après.

Mise en place d'un Comité responsable de la mise à jour du protocole (objectif 1)

- Origine : À la demande du Comité éthique COVID-19, un Comité responsable de la mise à jour du protocole est mis sur pied afin de lui proposer une mise à jour du protocole selon le plan de travail décrit plus bas.
- Mandat :
    - Identifier et convenir des modifications au protocole requises à la lumière des informations tirées des différentes démarches du plan de travail décrit ci-bas.
    - En collaboration avec le Comité éthique COVID-19, définir et alimenter les différentes démarches de communications requises pour renforcer la compréhension du protocole et des modifications qui lui sont apportées, et pour favoriser l'adhésion des parties prenantes;
    - Définir et exécuter au besoin des démarches supplémentaires à celles identifiées dans le plan de travail, dans la mesure où elles sont jugées pertinentes au renforcement ou à la validation des assises scientifiques et éthiques du protocole.
- Composition :
    - Marie-Eve Bouthillier, responsable du comité
    - Dre Isabelle Mondou, conseillère en éthique, Collège des médecins du Québec
    - Dr Joseph Dahine, intensiviste, CISSS de Laval
    - Dre Marie-Pier Boucher, Urgentologue, déléguée par le sous-comité ministériel des urgences covid-19
    - Vincent Dumez, Co-directeur, Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public
    - Clara Dallaire, étudiante au doctorat en éthique clinique, stagiaire

Sommaire des activités menées au cours de l'été et de l'automne 2020

- Échanges avec Société québécoise de la déficience intellectuelle (SQDI) et Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)
- Mise à jour des meilleures données scientifiques disponibles et protocoles des divers pays; INESSS
- Communications avec éthiciens du RSSS
- Communications avec Comité éthique COVID-19
- Mobilisation des experts et cliniciens spécialistes pertinents (Québec et Ontario)
- Travaux sur l'application de la règle de décision « cycle de vie »

- Mobilisation des représentants d'associations, directions MSSS et des cliniciens pertinents
- Rencontres avec sous-comité soins critiques
- Rencontres avec Direction des services en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
- Intégration des informations et formulation d'une mise à jour du protocole envoyée en consultation à la fin du mois d'août
- Adoption par le comité directeur COVID-19 du protocole pédiatrique
- Présentation aux trois ministres du protocole pédiatrique
- Consultation avec OPHQ et organismes de défenses des droits des patients
- Rédaction d'un document de vulgarisation / de TC
- Implication de patients partenaires ou des représentants d'association de patients : fait en collaboration avec OPHQ et leurs interlocuteurs

Liste des personnes consultées et qui ont commenté le protocole au cours de l'été et de l'automne 2020

Personnes ayant participé à l'élaboration du protocole en mars 2020 et leurs équipes

- Dr Paul-André Lachance, urgentologue, CISSS de Laval
- Dr Mathieu Moreau, médecin de famille travaillant aux soins intensifs et à l'urgence, CIUSSS NIM
- Dr Matthew-John Weiss, intensiviste pédiatre, CHU de Québec
- Marie-Eve Poirier, MSc, MPs, Psychologue, CISSS de Laval
- Delphine Roigt, LLB, Conseillère en éthique, CIUSSS EIM
- Marie-Claude Levasseur, PhD (c), Infirmière, coordonnatrice unité éthique, CHU Ste-Justine
- Valérie Badro, Conseillère en éthique, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
- Franco Carnevale, inf., PhD (Psych), PhD (Phil), Éthicien clinique, infirmier, psychologue, McGill
- Lucie Wade, MSc médecine expérimentale, spécialisation en bioéthique - Éthicienne clinique, Centre universitaire de santé McGill
- Daniel La Roche, directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles, CHU de Québec
- François Pouliot, conseiller en éthique, CHU de Québec
- Philippe Bélanger, conseiller en éthique, CHU de Québec
- Geneviève Desgagnés, conseillère en éthique, CHU de Québec
- Dr Jacques Brochu, anesthésiologiste et éthicien, CHU de Québec
- Dre Virginie Bibeau, médecin intensiviste, CHU de Québec
- Dr Mathieu Simon, Mathieu Simon md frcpc fccm, Pneumologue – Intensiviste, Chef - Soins intensifs, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Experts scientifiques

Gériatrie

- Dre Josée Verdon, MD FRCPC MSc, Université McGill, Gériatrie
- Dr David Lussier, MD, FRCPC, Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal
- Dr Frédéric Duong, MD, FRCPC, CISSS de Laval

Soins intensifs

- Dr Han Ting Wang, MD, FRCPC, CIUSSS de l'est de l'île de Montréal
- Dr James Downar, MD, FRCPC, Chef de la Division of Palliative Care, University of Ottawa, Department of Critical Care, The Ottawa Hospital
- Dre Diane Poirier, MD Msc, Présidente du comité ministériel des soins critiques Covid-19 et responsable du COOLSI au MSSS
- Dre Louise Passerini, Pneumologue et intensiviste, Hôpital Charles LeMoyne, CISSS Montérégie Centre
- Membres du sous-comité soins critiques MSSS

Éthique

- Andrea Frolic, Director, Ethics and Care Ecologies Programs, Hamilton Health Sciences, Assistant Professor, McMaster University
- Comité éthique COVID du MSSS
    - Marie-Eve Bouthillier, présidente, Comité éthique COVID-19
    - Jean-Simon Fortin, conseiller en éthique, Centre d'éthique du Centre intégré de soins et de services de Laval
    - Dre Céline Crowe, présidente, Comité national d'éthique sur le vieillissement
    - David Hughes, éthicien, Commission d'éthique en sciences et technologies
    - Isabelle Ganache, directrice, Bureau Méthodologies et éthique de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
    - Dre Isabelle Mondou, conseillère en éthique clinique, Collège des médecins du Québec
    - Michel Désy, éthicien, Équipe conseil en éthique de l'Institut national de santé publique
    - Claudine Fecteau, conseillère en éthique, Direction de l'éthique et de la qualité, Ministère de la Santé et des Services sociaux
    - Hugues Vaillancourt, conseiller en éthique, Direction de l'éthique et de la qualité, Ministère de la Santé et des Services sociaux
    - Vincent Dumez, co-directeur, Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public

  Agents de liaison en éthique du Réseau de la santé et des services sociaux :
    - Ana Marin, conseilliere en éthique, Centre intégré de soins et de services de Chaudière-Appalaches
    - Karine Bédard, conseillère en éthique, Centre hospitalier de l'université de Montréal
    - Philippe Bélanger, conseiller en éthique, Centre hospitalier universitaire de Québec
- Comité liaison des éthiciens du réseau

INESSS

- Isabelle Ganache, Directrice – Bureau de développement et du soutien méthodologique et de l'éthique, INESSS
- Catherine Olivier, Professionnelle scientifique - volet éthique, INESSS
- Monika Wagner, Professionnelle scientifique en méthodologie, INESSS
- Olivier Demers-Payette, Professionnel scientifique en méthodologie, INESSS

Office des personnes handicapées du Québec

- Sabrina Collin, Conseillère juridique- Secrétariat général, communications et affaires juridiques
- Ophélie Sylvestre, Directrice - Direction de la simplification des démarches d'accès et de l'intervention auprès des réseaux
- Valéry Thibeault, Conseillère experte- Direction de la simplification des démarches d'accès et de l'intervention auprès des réseaux
- Catherine Vallée-Dumas, Agente d'information- Secrétariat général, communications et affaires juridiques

Organismes du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées ayant participé à la consultation

- Samuel Ragot, Conseiller à la promotion et à la défense des droits - Société québécoise de la déficience intellectuelle
- Luc Chulak, Directeur général- Fédération québécoise de l'autisme
- Anik Larose, Directrice générale- Société québécoise de la déficience intellectuelle
- Stéphanie Cloutier, Conseillère juridique Société québécoise de la déficience intellectuelle
- Véronique Vézina, Directrice générale par intérim - Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec

Direction des services en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique, Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Geneviève Poirier, Directrice, Direction des services en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
- Catherine Côté-Giguère, Conseillère aux programmes, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
- Christine Lanctôt, Conseillère aux programmes, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
- Raymond Massé, Professeur retraité, anthropologie de la santé, Université Laval

Institut universitaire DI-TSA

- Mme Rebecca Beaulieu-Bergeron, psychologue au SQE TGC, Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation, CIUSSS Mauricie-Centre du Québec
- Mme Jacinthe Cloutier, Directrice adjointe des services adulte DI-TSA, Programme DI-TSA-DP, CIUSSS Mauricie-Centre du Québec

Santé et Services sociaux Québec

DÉFENDRE LES INTÉRÊTS DES ENFANTS TOUT EN MAXIMISANT LES RESSOURCES MÉDICALES DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 AU QUÉBEC : L'ALLOCATION DES LITS DE SOINS INTENSIFS (SI) ET RESPIRATEURS PÉDIATRIQUES DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 AU QUÉBEC

Pour Dre Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe
Direction générale des affaires universitaires,
médicales, infirmières et pharmaceutiques

Version 2020-11-02

Pourquoi réfléchir aux enfants dans le contexte de la pandémie de COVID-19 ?

Les enfants bénéficient de ressources en santé qui leur sont dédiées. Dans le système de santé québécois, des lits de soins intensifs (SI) et des respirateurs leur sont spécifiquement réservés. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, la population adulte est plus affectée par l'infection que la population pédiatrique et les besoins des adultes seront probablement plus importants, nécessitant potentiellement la réquisition de ressources pédiatriques. En effet, si les ressources pour soigner les adultes manquent, il convient de se demander dans quelles situations les ressources dédiées aux enfants pourraient servir à soigner des adultes. Par contre, il est aussi essentiel de définir des règles qui protègent les intérêts des enfants face à des besoins populationnels qui pourraient être très grands. Dans un contexte extrême de pandémie, toutes les ressources physiques, matérielles et humaines doivent être pensées afin de bénéficier à l'ensemble de la population québécoise en cas de besoin. La réflexion sur l'allocation des ressources de SI et de respirateurs doit donc aussi inclure une réflexion sur les ressources pédiatriques.
Il est fondamental de réfléchir à cette problématique en amont d'une situation de crise.

Les décisions complexes au sujet de l'allocation des ressources de SI et de respirateurs sont des mesures de dernier recours qui ne doivent être mises en place qu'après l'optimisation des ressources, comme stipulé dans le Protocole national de priorisation pour l'accès aux soins intensifs adulte en contexte extrême de pandémie de COVID-19.

Pourquoi avoir une réflexion particulière en pédiatrie ?

La population pédiatrique est une de nos populations les plus vulnérables. Les enfants sont des êtres humains en développement, caractérisés par une immaturité physique et psychologique et des besoins particuliers, ainsi qu'une dépendance quasi complète aux adultes. La société québécoise s'est donné la responsabilité morale et légale de défendre les intérêts des enfants. Dans une réflexion sur l'allocation de ressources rares en contexte de pandémie, cette responsabilité demeure primordiale et centrale. Les intérêts des enfants doivent être défendus pour éviter toute forme de partialité. De fait, la prudence est de rigueur pour toute réflexion qui inclut les enfants.

Une réflexion pédiatrique sur l'allocation des ressources ne peut pas se faire sur les mêmes bases cliniques que la réflexion pour la population adulte, puisque les enfants ont des pronostics cliniques qui les différencient fortement du monde adulte. Les enfants ont d'excellents taux de survie lors de séjours aux SI (moins de 5 % de mortalité aux SI au Canada) et ont une très grande capacité de récupération. De plus, compte tenu des petits nombres d'enfants atteints de maladies graves, des données statistiques pronostiques fiables et valides ne sont que rarement disponibles pour les problèmes de santé pédiatriques.

Principes de base pour l'allocation des lits de SI et respirateurs pour la pédiatrie

<u>Dans le contexte pandémique, la réflexion sur l'allocation des ressources a un objectif global de maximiser les bénéfices :</u> en minimisant la mortalité de la population dans son ensemble.

Au sein de cette réflexion, quelques objectifs particuliers doivent aussi être retenus pour la pédiatrie. Les choix devront répondre au devoir sociétal, moral et légal de défendre les intérêts des enfants, en évitant que les enfants soient injustement défavorisés par rapport aux adultes, et la réflexion devra porter sur l'ensemble de la population pédiatrique, incluant les nouveau-nés.

Afin de minimiser la mortalité globale de la population, toutes les ressources de SI et respirateurs disponibles (adultes et pédiatriques) devront être utilisées avant d'initier quelconque priorisation. Les ressources locales devront être optimisées, ainsi que l'accès aux ressources disponibles ailleurs dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Les ressources pédiatriques devront donc être saturées avant de procéder à toute forme de priorisation en allouant, par exemple, des ressources pédiatriques à la population adulte en besoin.

De plus, l'allocation des ressources en contexte extrême de pandémie assure que les ressources disponibles ne soient pas surutilisées par un nombre restreint de patients, alors que les besoins populationnels sont importants. L'allocation des ressources en pédiatrie devra se baser sur des diagnostics et paramètres cliniques visant à identifier les enfants pour lesquels l'utilisation de ressources de SI au-delà de la norme attendue n'améliore probablement pas le pronostic vital. Ces diagnostics et paramètres cliniques ont été développés par un consensus d'experts vu le manque de données probantes sur cette question. **Les choix d'allocation de ressources ne doivent en aucun cas être basés sur des motifs discriminatoires comme énoncés à l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec.***

Considérations spécifiques à la néonatologie en contexte extrême de la pandémie de COVID-19

Les nouveau-nés ont eux aussi des ressources qui leur sont dédiées sur les unités de soins intensifs néonatals (USIN). Les USIN évoluent dans un système de gestion de lits et de ressources qui est différent de celui en pédiatrie et pour les adultes. Il existe déjà une gestion provinciale des lits de néonatologie et les femmes enceintes où leurs nouveau-nés sont transférés entre différentes unités néonatales de la province afin d'optimiser la demande de lits spécialisés. Il y a quotidiennement une gestion des transferts de nouveau-nés des niveaux secondaires vers les niveaux tertiaires et inversement afin de maintenir une capacité de lits tertiaires disponibles pour les nouveau-nés qui en auraient besoin (environ 8 % des 83 000 naissances annuelles au Québec).

Il existe une légère variation saisonnière dans le taux d'occupation et d'acuité dans les USIN, puisque le nombre d'admissions varie selon le nombre de naissances et non selon les infections saisonnières comme aux soins intensifs adultes et pédiatriques. Généralement, les pics d'occupations dans les unités néonatales sont d'avril à juin; néanmoins, les taux d'occupation des unités tertiaires de néonatologie sont régulièrement saturés au Québec en dehors de ces périodes.

Au contraire des adultes et des enfants plus âgés, la durée de ventilation des nouveau-nés ne conditionne pas obligatoirement leur probabilité de survie. La majorité des nouveau-nés prématurés nécessitent plusieurs semaines de support respiratoire pour arriver à une autonomie complète.

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, la néonatologie doit contribuer à la disponibilité des ressources matérielles et humaines pour l'ensemble de la population québécoise. Les appareils de support respiratoire spécifiques à la néonatologie sont utilisés de façon préférentielle afin de libérer d'autres respirateurs polyvalents qui peuvent être utilisés dans les populations adultes et pédiatriques. Il est toutefois important de noter que la réduction de l'occupation des USIN n'est pas envisageable en raison de la nécessité de prise en charge immédiate des nouveau-nés en détresse au moment de leur naissance. Une temporisation des hospitalisations ne peut être envisagée en néonatologie dans le contexte d'un système, dont les ressources sont déjà saturées.

Néanmoins, les ressources disponibles ne doivent pas être surutilisées par un nombre restreint de patients, alors que les besoins populationnels sont importants. Ainsi, l'allocation des ressources en néonatologie devra se baser sur des diagnostics et paramètres cliniques visant à identifier les nouveau-nés pour lesquels l'utilisation de ressources de SIN au-delà de la norme attendue n'améliorerait probablement pas le pronostic vital. L'estimation de la probabilité de survie d'un nouveau-né est souvent incertaine et ne peut pas répondre à des scores aussi précis qu'en SI adulte ou même pédiatrique. Elle exige donc la considération d'un ensemble de variables cliniques.

Principes d'allocation des ressources entre les enfants et les adultes

Commencer une gestion d'allocation des ressources pédiatriques trop rapidement (par exemple, lors des étapes initiales de priorisation adulte au moment où les personnes au pronostic le plus défavorable ne seront pas priorisées) amènerait un débalancement en défaveur des enfants qui ont d'excellents pronostics vitaux. Par contre, ne pas allouer de ressources pédiatriques à une population adulte avec de bons pronostics vitaux serait en défaveur de la population québécoise dans son ensemble.

Vu l'excellent pronostic vital des enfants admis sur une unité de SI, les lits de SI et les respirateurs pédiatriques seront octroyés aux enfants selon les standards de soins habituels pendant la pandémie de COVID-19. Une approche visant l'allocation des ressources aux enfants avec les meilleures chances de survie aura lieu **uniquement**, lorsque l'étape de priorisation des adultes avec de bons pronostics vitaux sera amorcée. Ceci correspond à l'étape 2 de priorisation du protocole adulte, lorsque le pronostic de survie estimé des adultes est de 50 %.

<u>À l'étape 1 de priorisation adulte:</u>
Les unités de SI pédiatriques demeureront accessibles aux enfants requérant des SI et les lits ou respirateurs non comblés seront mis à la disposition de la population adulte. En cas de besoin d'un lit de SI ou d'un respirateur pour un enfant et qu'il y a un manque de lits ou de respirateurs sur les unités de SI pédiatriques du fait de la présence d'un ou plusieurs adultes, les adultes seront transférés vers les unités de SI adultes afin de permettre l'admission de l'enfant en besoin. L'allocation des ressources entre les adultes en besoins de SI se fera selon le protocole de priorisation adulte pour l'étape 1. Le transfert du patient adulte vers des ressources appropriées sera coordonné par les équipes de priorisation adulte et les équipes d'allocations des ressources pédiatriques concernées.

À l'étape 2 et 3 de priorisation adulte:

En cas de manque de lits ou de respirateurs sur une unité de SI pédiatriques, la présente réflexion sert à identifier les enfants pour lesquels il y a probablement peu de bénéfices à prodiguer des SI supplémentaires compte tenu des ressources que leur état de santé requiert et de leur pronostic vital réservé.

Deux niveaux[1] d'allocations des ressources pédiatriques (A et B) définissent l'indication clinique de soins intensifs et les diagnostics et paramètres cliniques[2]. **À l'étape 2 de priorisation, le niveau A d'allocation des ressources pédiatriques est activé**. **À l'étape 3 de priorisation, le niveau B d'allocation des ressources pédiatriques est activé (Figure 1).** Ces deux niveaux **d'allocation des ressources** pédiatriques correspondent à deux niveaux de diagnostics et paramètres cliniques. Les enfants avec les plus grandes probabilités de mortalité sont identifiés dans le niveau A. Le niveau B n'est activé que lorsque les ressources disponibles pour la population sont toutes épuisées et que les besoins en SI et en respirateurs dépassent de loin leur disponibilité, soit à l'étape 3 de priorisation adulte.

Figure 1 : Étapes de priorisation adulte et niveaux d'allocation de ressources pédiatriques

Étape 1 priorisation adulte >80 % mortalité prévue	**Étape 2 priorisation adulte >50 % mortalité prévue**	**Étape 3 priorisation adulte >30 % mortalité prévue**
Allocation des ressources pédiatriques selon les standards de soin habituels	**Niveau A d'allocation de ressources pédiatriques >70 % mortalité prévue**	**Niveau B d'allocation de ressources pédiatriques >50 % mortalité prévue**

Lorsque le niveau A est activé, pour avoir accès à un lit de SI ou un respirateur, un patient pédiatrique doit avoir une indication clinique de soins intensifs et ne doit pas avoir de diagnostics et paramètres cliniques défavorables. Si plusieurs enfants ont une indication clinique de soins intensifs, ils seront alors référés à l'équipe d'allocation des ressources pédiatriques qui sera responsable d'identifier les patients pédiatriques à prioriser. La randomisation (hasard) sera employée pour briser les impasses face aux décisions de priorisation lorsque des patients ont des pronostics similaires. Ceci sera fait à l'aide d'un outil de randomisation. Le patient qui n'aura pas accès aux SI ou au respirateur se verra offrir tout autre traitement ou soin requis par son état de santé, comme décidé de concert avec l'enfant et sa famille ou son représentant légal. Une réévaluation de la disponibilité des lits de SI et des respirateurs pédiatriques se fera au moins toutes les 24 heures, ainsi qu'une réévaluation de la condition clinique des patients ayant une indication clinique de soins intensifs.

Application pratique : l'équipe d'allocation des ressources pédiatriques

[1] La notion de « niveau » d'allocation des ressources sera utilisée pour différencier des étapes de priorisation adulte.

[2] Tels que définis dans le présent protocole d'allocation des ressources (cf. tableau pp 8-12)

Les soignants impliqués directement dans les soins des enfants ne seront pas responsables de décider de l'allocation de ressources entre les patients à leur charge, puisque cette décision est trop difficile moralement, particulièrement en pédiatrie.

Une équipe sera responsable de l'allocation des ressources en pédiatrie. Elle sera composée de trois membres : un président de comité (médecin intensiviste pédiatrique), un membre du personnel infirmier-cadre des soins intensifs, et un membre ayant une expertise en éthique. Beaucoup d'enfants sont atteints de maladies rares pour lesquelles les données de pronostics sont peu développées. Il sera alors recommandé que l'équipe d'allocation des ressources pédiatriques consulte un médecin spécialiste du problème de santé particulier de l'enfant pour informer la réflexion sur le pronostic de la maladie d'un patient.

L'équipe d'allocation des ressources pédiatriques sera responsable d'aider les soignants des unités pédiatriques à identifier les patients avec au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable à un accès aux soins intensifs. Si deux patients pédiatriques ou plus remplissent au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable à un accès aux soins intensifs, le choix de l'allocation des ressources entre ces patients sera fait sur la base de l'outil de randomisation par l'équipe d'allocation des ressources pédiatriques.

Les patients développant une ou des indications cliniques de SI sans un diagnostic ou paramètre clinique défavorable à un accès aux soins intensifs se verront octroyer un lit, en priorité, par rapport aux patients ayant au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable à un accès aux soins intensifs.

Par contre, si un patient développe une ou des indications cliniques de SI tout en ayant un diagnostic ou paramètre clinique défavorable à un accès aux soins intensifs et qu'aucun lit de SI n'est disponible, il ne pourra pas être admis aux SI. Toutefois, les autres soins requis par son état de santé lui seront offerts dans le contexte d'une décision partagée avec l'enfant et ses parents ou son représentant légal. En contexte d'urgence, les options de soins plus limitées seront offertes au patient et ses parents à la suite de la concertation du médecin traitant avec le médecin de garde des soins intensifs pédiatriques et le président de l'équipe d'allocation des ressources pédiatriques.

Les modalités de fonctionnement des équipes d'allocation des ressources pédiatriques seront les mêmes que les modalités de fonctionnement des équipes de priorisation adulte, entre autres pour assurer une centralisation des données et un processus de révision constant.

Allocation des ressources en néonatologie et application pratique

L'intégration des nouveau-nés au processus d'allocation des ressources s'appliquera uniquement aux respirateurs (et non aux lits de soins intensifs néonatals). L'allocation des ressources néonatales sera initiée aux mêmes étapes que l'allocation des ressources pédiatriques (Figure 2). **Ainsi, à l'étape 2 de priorisation adulte, le niveau A d'allocation des ressources néonatales est activé**. **À l'étape 3 de priorisation adulte, le niveau B d'allocation des ressources néonatales est activé.**

Figure 2 : Étapes de priorisation adulte et niveaux d'allocation des ressources pédiatriques et néonatales

Étape 1 priorisation adulte **> 80 % mortalité prévue**	**Étape 2 priorisation adulte** **>50 % mortalité prévue**	**Étape 3 priorisation adulte** **>30 % mortalité prévue**
Allocation des ressources pédiatriques selon les standards de soins habituels	**Niveau A d'allocation de ressources pédiatriques** **>70 % mortalité prévue**	**Niveau B d'allocation de ressources pédiatriques** **>50 % mortalité prévue**
Allocation des ressources néonatales selon les standards de soins habituels	**Niveau A d'allocation de ressources néonatales** Mortalité à 1 an estimée à plus de 70 %	**Niveau B d'allocation de ressources néonatales** Mortalité à 1 an estimée à plus de 50 %

Les nouveau-nés seront admis sur les USIN selon leurs besoins cliniques et selon les pratiques cliniques habituelles. En cas de manque de respirateurs pour les populations pédiatriques ou adultes, les nouveau-nés qui ont un diagnostic ou paramètre clinique défavorable à un accès aux soins intensifs seront identifiés par les équipes cliniques pour participer à la redistribution des respirateurs. L'ensemble des nouveau-nés québécois qui remplissent au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable à un accès aux soins intensifs seront considérés ensemble, dans un même groupe, vu l'organisation centralisée des ressources néonatales au Québec.

Équipe d'allocation des ressources néonatales

Une seule équipe d'allocation des ressources néonatales sera responsable de l'allocation des ressources néonatales au Québec. Elle sera composée de trois membres : un président de comité (médecin néonatologiste), un membre du personnel infirmier cadre d'une USIN, et un membre ayant une expertise en éthique. Ces membres seront nommés de concert par les chefs de département des quatre facultés de médecine représentées par les unités de néonatologie de niveau III/IV. Idéalement, les trois personnes ne seront pas issues de la même organisation afin d'assurer une représentativité des USIN.

Si deux nouveau-nés ou plus remplissent au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable à un accès aux soins intensifs, le choix de l'allocation des ressources entre ces patients sera fait sur la base de l'outil de randomisation par l'équipe d'allocation des ressources néonatales.

Proposition de protocole d'allocation des ressources pédiatriques pour les unités de soins intensifs pédiatriques du Québec

Le protocole d'allocation des ressources des patients en âge pédiatrique ne sera activé que lorsque l'étape 2 de priorisation des patients adultes sera activé. Deux niveaux d'allocation des ressources, A et B sont décrits. À l'étape 2 de priorisation adulte, le niveau A d'allocation des ressources

pédiatriques est activé. À l'étape 3 de priorisation adulte, le niveau B d'allocation des ressources pédiatriques est activé. Les niveaux A et B d'allocation des ressources chez les enfants sont activés par les directeurs des services professionnels (DSP) de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Figure 1 : Étapes de priorisation adulte et niveaux d'allocation des ressources pédiatriques

Étape 1 priorisation adulte >80 % mortalité prévue	**Étape 2 priorisation adulte >50 % mortalité prévue**	**Étape 3 priorisation adulte >30 % mortalité prévue**
Allocation des ressources pédiatriques selon les standards de soins habituels	**Niveau A d'allocation de ressources pédiatriques >70 % mortalité prévue**	**Niveau B d'allocation de ressources pédiatriques >50 % mortalité prévue**

Indications cliniques de soins intensifs :
Pour être admis dans un lit de soins intensifs, un patient doit satisfaire à l'une des indications cliniques de soins intensifs (soutien ventilatoire (intubation ou VNI), soutien vasopresseur/vasoactif, soutien/surveillance neurologique).

Diagnostic ou paramètre clinique défavorable à un accès aux soins intensifs:
Un patient avec une indication de soins intensifs, présentant un ou plusieurs diagnostics ou paramètres cliniques défavorables à un accès aux soins intensifs, pourrait ne pas être priorisé pour une place à l'unité de SIP, selon le niveau d'allocation de ressources.
Étant donné que les patients pédiatriques ont généralement des résultats favorables, dans l'ensemble (moins de 5 % de mortalité aux soins intensifs pédiatriques), ce protocole a pour objectif de prioriser les patients qui sont les plus susceptibles de survivre avec le moins de ressources afin de maximiser le nombre de vies sauvées dans un contexte de ressources limitées.

Les diagnostics ou paramètres cliniques présentés ne sont pas exhaustifs. Le jugement clinique doit les compléter, car il est possible que des patients se présentent avec des conditions non listées, mais qui ont néanmoins un pronostic réservé. Par souci de justice, même si les diagnostics ou paramètres cliniques ne sont pas explicitement listés, tous les patients doivent être évalués de façon appropriée au contexte et de manière équitable.

Diagnostics et paramètres cliniques en contexte extrême de pandémie de COVID-19
Clientèle pédiatrique
Version du 14 avril 2020

Réflexions sur l'allocation de ressources pédiatriques en contexte extrême de pandémie par les quatre chefs de service de soins intensifs pédiatriques au Québec.

Dre Macha Bourdages, CHU de Québec – Université Laval, Québec
Dr Saleem Razack, Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill, Montréal
Dr Sébastien Roulier, CIUSSS-Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke
Dr Baruch Toledano, CHU Sainte-Justine, Montréal

En collaboration avec Dre Nathalie Gaucher, expertise éthique

---

Indications cliniques de soins intensifs

Indications cliniques pour une admission aux soins intensifs de pédiatrie Le patient doit présenter <u>au moins une</u> indication parmi A, B et C **ET** Le patient doit présenter l'indication D		
A	Nécessite un support respiratoire par ventilation invasive Note : L'indication A est retenue si le patient présente un des 4 énoncés présentés dans la colonne de droite.	☐ Hypoxémie réfractaire caractérisée par $SpO_2 < 90$ % avec un masque réservoir avec $FiO_2 > 0,60$ ☐ Acidose respiratoire avec pH < 7,2 **ET** • Enfant < 1 an : pCO2 > 65 mm Hg • Enfant > 1 an : pCO2 > 55 mm Hg ☐ Indices cliniques d'insuffisance respiratoire telle que : • Atteinte du niveau de conscience • Fatigue respiratoire évidente avec risque d'arrêt respiratoire imminent • Respiration anarchique chez nourrisson de moins d'un mois ☐ Incapacité de protéger ou maintenir les voies aériennes perméables
B	Système cardiovasculaire Note : L'indication B est retenue si le patient présente un des 2 énoncés présentés dans la colonne de droite.	☐ Hypotension définie par une pression artérielle systolique < 5e percentile pour l'âge ou hypotension relative **ET** Indices cliniques de bas débit ou choc tel que : • État réfractaire à une réanimation liquidienne de 40 mL/kg • Altération de l'état de conscience • Autres éléments démontrant une défaillance d'organe • Prise en charge avec agent vasopresseur ou inotrope

		• Diminution du débit urinaire (ne peut être considéré comme seul critère d'instabilité) ☐ Présence d'arythmie avec atteinte hémodynamique significative ou risque imminent d'arrêt
C	Système neurologique	☐ Altération significative de l'état de conscience (par exemple GCS<10)
D	Niveaux de soins	☐ Niveaux de soins avec objectif A ou B tel que reconnu par INESSS, c'est-à-dire : • Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires • Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités

Diagnostics et paramètres cliniques en contexte extrême de pandémie de COVID-19

Diagnostics et paramètres cliniques en contexte extrême de pandémie de COVID-19 pour prioriser l'admission aux soins intensifs pédiatriques

Le patient ne doit répondre à aucun des diagnostics et paramètres cliniques suivants pour être priorisé aux soins intensifs pédiatriques.

Niveau A d'allocation des ressources pédiatriques (Visant à prioriser les personnes ayant < 70 % de mortalité prévue)	
A	☐ Arrêt cardiaque avec ou sans témoin qui ne répond pas aux interventions de réanimation proposées dans le PALS après 20 minutes de réanimation
B	☐ Arrêts cardiaques récurrents sans stabilité hémodynamique et présentant des signes d'encéphalopathie anoxo-ischémique aigüe.
C	☐ Hypotension (pression artérielle systolique < 5^{e} centile pour l'âge) irréversible et persistante c'est-à-dire hypotension qui persiste après une période de 6 heures malgré une réanimation liquidienne et une thérapie vasopressive.
D	☐ Traumatisme crânien grave avec GCS ≤ 4 qui persiste plus de 6 heures après l'événement ET sans cause réversible identifiée.
E	☐ Brûlure grave avec atteinte de plus de 80 % de la surface corporelle [après évaluation de cette étendue par une équipe experte en présence physique ou télémédecine].
F	☐ Nécessité d'un support par ECMO pour une 2^{e} fois durant le même épisode de soins.
G	☐ PARDS comme défini par le PALICC avec un index d'oxygénation* >18 chez un patient avec une greffe de moelle osseuse. *IO = (FiO2 × MAP × 100)/Pao2
H	☐ Défaillance d'organes requérant 3 modalités de support définies comme suit : • Ventilation mécanique invasive pour supporter la fonction respiratoire affectée par une pathologie respiratoire • Hémofiltration veino-veineuse continue ou CVVH pour supporter la fonction rénale

	• Hautes doses d'amines pour supporter la fonction cardiovasculaire : présence de 3 amines ou 2 amines à doses vasopressives maximales • ECMO

Niveau B d'allocation des ressources pédiatriques (Visant à prioriser les personnes ayant < 50 % de mortalité prévue)	
A	☐ Atteinte pulmonaire sévère et aigüe caractérisée par un IO > 35 pour plus de 6 heures
B	☐ Critère oncologique : moins de 50 % de chance de survie prévue à 5 ans avec traitements
C	☐ Brûlure grave avec atteinte de plus de 60 % de la surface corporelle [après évaluation de cette étendue par une équipe experte en présence physique ou télémédecine].
D	☐ Patient avec Immunodeficience sévère avec choc septique ou PARDS comme défini par le PALICC
E	☐ Condition neurologique ou neuromusculaire sévère préexistante avec 1 des critères suivants: • Antécédent de 2 séjours aux SIP d'une durée de plus de 4 semaines **OU** 1 séjour de plus de 8 semaines pour insuffisance respiratoire aigüe supportée par une ventilation invasive ou non-invasive au cours des 12 derniers mois • Ventilation invasive de plus de 21 jours, sans possibilité de sevrage
F	☐ Défaillance d'un organe en phase terminale répondant aux critères suivants **ET** : i) qui ne sont pas actuellement sur la liste d'attente pour le don d'organes **OU** ii) suspension des processus provinciaux de don d'organes en cas de pandémie • Atteinte cardiaque sévère telle que : i. Dysfonction cardiaque avec pronostic réservé sans greffe ii. Malformation complexe avec pronostic réservé • Atteinte pulmonaire sévère chronique telle que : i. Syndrome restrictif sévère [VEMS <25 % prédit] ii. Défaut d'oxygénation important [PaO_2 < 55 mm Hg à l'air ambiant **OU** oxygéno-dépendance chronique] iii. Hypertension pulmonaire sévère secondaire à la maladie de base iv. Hypoplasie pulmonaire avec PCO_2 > 65 mm Hg de base. v. Hypertension pulmonaire primaire avec NYHA classe III ou IV et pression artérielle pulmonaire systémique • Atteinte gastro-intestinale i. Atteinte hépatique en attente de greffe avec encéphalopathie grade III ou IV ii. Maladie gastro-intestinale sévère chez patient dépendant d'une alimentation intraveineuse et avec indication de greffe intestinale • Atteinte rénale chronique i. Nourrisson de moins de 6 kg dépendant d'une hémodialyse et qui a des symptômes respiratoires nécessitant un support ventilatoire invasif.

Proposition de protocole d'allocation des ressources néonatales pour les unités de soins intensifs néonatals du Québec

Le protocole d'allocation des ressources des unités de néonatologie ne sera activé que lorsque l'étape 2 de priorisation des patients adultes sera en vigueur. Deux niveaux d'allocation des ressources, A et B sont décrits dans le présent protocole. À l'étape 2 de priorisation adulte, le niveau A d'allocation des ressources néonatales est activé. À l'étape 3 de priorisation adulte, le niveau B d'allocation des ressources néonatales est activé. Les niveaux A et B d'allocation des ressources chez les nouveau-nés sont activés par les DSP de concert avec le MSSS.

Figure 2 : Étapes de priorisation adulte et niveaux d'allocation des ressources pédiatriques et néonatales

Étape 1 priorisation adulte **> 80 % mortalité prévue**	**Étape 2 priorisation adulte** **>50 % mortalité prévue**	**Étape 3 priorisation adulte** **>30 % mortalité prévue**
Allocation des ressources pédiatriques selon les standards de soins habituels	**Niveau A d'allocation des ressources pédiatriques** **>70 % mortalité prévue**	**Niveau B d'allocation des ressources pédiatriques** **>50 % mortalité prévue**
Allocation des ressources néonatales selon les standards de soins habituels	**Niveau A d'allocation des ressources néonatales** Mortalité à 1 an estimée à plus de 70 %	**Niveau B d'allocation des ressources néonatales** Mortalité à 1 an estimée à plus de 50 %

Diagnostics et paramètres cliniques en contexte extrême de pandémie de COVID-19:
Les diagnostics et paramètres cliniques pour la néonatologie sont basés sur la probabilité de survie à un an établie par l'équipe traitante en fonction des caractéristiques individuelles de chaque patient.

Les nouveau-nés seront admis sur les USIN selon les standards de soins habituels.

Indications cliniques de soins intensifs :
Il n'y a pas d'indication clinique spécifique pour le protocole d'allocation des ressources néonatales. La pronostication de survie nécessite une évaluation initiale du nouveau-né afin de pouvoir statuer de façon plus scientifique sur la capacité de survie.

Diagnostics et paramètres cliniques :
Niveau A d'allocation des ressources néonatales :
Mortalité à un an estimée à plus de 70 %

Niveau B d'allocation des ressources néonatales :
Mortalité à un an estimée à plus de 50 %

Les diagnostics et paramètres cliniques présentés ne sont pas exhaustifs. Le jugement clinique doit les compléter, car il est possible que des patients se présentent avec des conditions non listées, mais qui ont néanmoins un pronostic réservé. Par souci de justice, même si les diagnostics et paramètres cliniques ne sont pas explicitement listés, tous les patients doivent être évalués de façon appropriée au contexte et de manière équitable. De plus, l'utilisation des ressources au-delà de ce qui est attendu pour une pathologie donnée devra être prise en charge par l'équipe d'allocation des ressources néonatales dans son évaluation des patients.

Diagnostics et paramètres cliniques en contexte extrême de pandémie de COVID-19
Clientèle néonatale
Version du 14 avril 2020

Réflexions sur l'allocation des ressources néonatales en contexte extrême de pandémie :
Dre Sophie Nadeau, CHU de Québec – UL, Québec
Dr Marc Beltempo, Hôpital de Montréal pour enfants, CUSM, Montréal
Dre Édith Massé, CIUSSS-Estrie-CHUS, Sherbrooke
Dre Anne-Monique Nuyt, CHU Sainte-Justine, Montréal
Dr Romain Mandel, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal

En collaboration avec Dre Nathalie Gaucher, expertise éthique

PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PROTOCOLE NATIONAL DE PRIORISATION POUR LA PÉDIATRIE PRINTEMPS 2020

Mandat

Le mandat d'élaborer le protocole de priorisation des soins intensifs a été confié par le Comité directeur clinique COVID-19 du MSSS, présidé par la sous-ministre adjointe, D^{re} Lucie Opatrny.

Équipe projet

L'équipe projet, présidée par la professeure d'éthique clinique Nathalie Gaucher, est composée de quatre professeurs-éthiciens cliniques, dont trois sont des médecins spécialistes (urgentologue-pédiatre(1), néonatalogistes (2). Ce groupe a planifié et a réalisé la rédaction d'un protocole national de triage aux soins intensifs pour la pédiatrie et la néonatalogie dans le contexte de la pandémie de COVID-19 au Québec. Cette équipe a coordonné et a réalisé des consultations auprès d'experts provenant de divers champs d'expertise.

1. Équipe projet (4 membres) : Il a formulé des orientations sur la conduite du projet a fait une revue de la littérature a consulté les équipes d'autres hôpitaux (*Sick Kids*) en plus de préparer une proposition de recommandations.

2. Deux comités de révision (23 membres) : Il a donné son avis sur les versions partagées du protocole national de triage pédiatrique et néonatal aux soins intensifs. Il a également informé l'équipe projet quant à l'applicabilité du protocole dans les milieux de pratiques à travers le réseau de la santé et des services sociaux.

L'équipe projet a collecté et a analysé les commentaires émis pour intégrer, le cas échéant, les clarifications nécessaires au protocole. L'équipe projet a rédigé les versions du document en vue de son approbation par le comité ministériel. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres des comités consultés.

Processus détaillé de consultation

Des consultations ont été réalisées lors du processus d'élaboration du protocole national de priorisation pour l'accès aux soins intensifs adultes et par la suite le projet spécifique de priorisation pour les ressources pédiatrique a été approfondi. Les activités menées sont présentées ici.

Équipe projet

Mandat : L'équipe projet, présidée par la professeure d'éthique clinique Nathalie Gaucher, a pour mandat de planifier l'élaboration d'un protocole national de priorisation de l'accès aux soins intensifs pédiatriques et néonatals dans le contexte de la pandémie de COVID-19 au Québec, de coordonner et de réaliser les consultations auprès des parties prenantes, d'intégrer les

commentaires et de rédiger les versions du document en vue de son approbation par le comité ministériel en soins intensifs.

Composition (4 membres) : Nathalie Gaucher (responsable), Antoine Payot, Amélie Dupont Thibodeau, Marie-Eve Bouthillier

Comité 1 pédiatrie

Mandat : Le comité de révision a formulé des commentaires et des précisions sur les orientations proposées. Il a donné son avis sur les versions partagées du protocole national de priorisation de l'accès aux soins intensifs pédiatriques, en plus de rappeler le contexte gouvernemental et provincial d'implantation des recommandations. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (17 membres) :

Prénom	Nom	Rôle	Appartenance
Nathalie	Gaucher	Urgentologue pédiatre, Bureau éthique UdeM	CHU Ste-Justine
Marie-Ève	Bouthillier	Éthicienne/professeure, Bureau éthique UdeM	CISSS de Laval
Amélie	Dupont-Thibodeau	Néonatologiste, Bureau éthique UdeM	CHU Ste-Justine
Geneviève	Dupont-Thibodeau	Intensiviste pédiatrique	CHU Ste-Justine
Catherine	Farrel	Intensiviste pédiatrique	CHU Ste-Justine
Marc-Antoine	Marquis	Pédiatre, soins palliatifs	CHU Ste-Justine
Magdalena	Jaworski	Pédiatre	CHU Ste-Justine
Michel	Duval	Oncologue pédiatre	CHU Ste-Justine
Michel	Lorange	Conseiller en éthique	CISSS de Laval
Marie-José	Clermont	Néphrologue pédiatre	CHU Ste-Justine
Marie-Claude	Levasseur	Infirmière, coordonnatrice unité éthique	CHU Ste-Justine
Antoine	Payot	Néonatologiste, responsable Bureau éthique UdeM	CHU Ste-Justine
Marie-France	Langlet	Co-directrice du Bureau du partenariat patient	CHU Ste-Justine
Saleem	Razack	Chef soins intensifs pédiatrique	CUSM
Baruch	Toledano	Chef soins intensifs pédiatrique	CHU Ste-Justine
Sébastien	Roulier	Chef soins intensifs pédiatrique	CIUSSS de l'Estrie - CHUS
Matthew-John	Weiss	Intensiviste pédiatrique	CHU de Québec
Macha	Bourdages	Chef soins intensifs pédiatrique	CHU de Québec
Claude	Cyr	Intensiviste pédiatrique	CIUSSS de l'Estrie - CHUS
Hema	Patel	Pédiatre, complex care service	CUSM
Joanne	Liu	Urgentologue pédiatre	CHU Ste-Justine

Comité 2 - néonatologie

Mandat : Le comité 2 a formulé des commentaires et des précisions sur les orientations proposées. Il a donné son avis sur les versions partagées du protocole national de priorisation aux soins intensifs néonatals, en plus de rappeler le contexte gouvernemental et provincial d'implantation des recommandations. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (6 membres) :

Prénom	Nom	Rôle	Appartenance
Nathalie	Gaucher	Urgentologue pédiatre, Bureau éthique UdeM	CHU Ste-Justine
Marc	Beltempo	Néonatalogiste	CUSM
Edith	Massé	Néonatalogiste	CIUSSS-Estrie-CHUS
Anne-Monique	Nuyt	Néonatalogiste	CHU Ste-Justine
Romain	Mandel	Néonatalogiste	HMR
Sophie	Nadeau	Néonatalogiste	CHU de Québec

PERSONNES ET INSTANCES QUI ONT COMMENTÉ LE PROTOCOLE NATIONAL DE PRIORISATION POUR LA PÉDIATRIE AUTOMNE 2020

Office des personnes handicapées du Québec

- Sabrina Collin, conseillère juridique- Secrétariat général, communications et affaires juridiques
- Ophélie Sylvestre, directrice - Direction de la simplification des démarches d'accès et de l'intervention auprès des réseaux
- Valéry Thibeault, conseillère experte- Direction de la simplification des démarches d'accès et de l'intervention auprès des réseaux
- Catherine Vallée-Dumas, agente d'information- Secrétariat général, communications et affaires juridiques

Organismes du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées ayant participé à la consultation

- Samuel Ragot, conseiller à la promotion et à la défense des droits - Société québécoise de la déficience intellectuelle
- Luc Chulak, directeur général- Fédération québécoise de l'autisme
- Anik Larose, directrice générale- Société québécoise de la déficience intellectuelle
- Stéphanie Cloutier, conseillère juridique Société québécoise de la déficience intellectuelle
- Véronique Vézina, directrice générale par intérim - Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec

Direction des services en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique, ministère de la Santé et des Services sociaux

- Geneviève Poirier, directrice, Direction des services en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
- Catherine Côté-Giguère, conseillère aux programmes, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
- Christine Lanctôt, conseillère aux programmes, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
- Raymond Massé, professeur retraité, anthropologie de la santé, Université Laval

Institut universitaire DI-TSA

- Mme Rebecca Beaulieu-Bergeron, psychologue au SQE TGC, Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation, CIUSSS Mauricie-Centre du Québec
- Mme Jacinthe Cloutier, directrice adjointe des services adulte DI-TSA, Programme DI-TSA-DP, CIUSSS Mauricie-Centre du Québec

Santé et Services sociaux Québec

DT9500

Initiales des médecins		
1	2	3

Ne pas inscrire le nom

N° de dossier : _____

Date de naissance : Année Mois Jour

N° d'assurance maladie : _____

Date : Année Mois Jour Heure : :

ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE

< = moins de		
> = supérieur à		
≥ = supérieur ou égal à		
FiO2 : Fraction inspirée en oxygène		
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux	SBP = Pression artérielle systolique	VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde
ECMO : Extra-corporeal Membrane Oxygenation	SpO2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls	NYHA : New York Heart Association
MELD : Model for End-Stage Liver Disease	USI = Unité de soins intensifs	VC : Capacité vitale
TLC : Capacité pulmonaire totale	PaO2 : Pression partielle d'oxygène	

Étape de priorisation : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

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

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

• Indications cliniques de soins intensifs (doivent présenter UNE des indications suivantes)

Critères	Présentation clinique
Exigence d'une assistance respiratoire invasive	☐ Hypoxémie réfractaire (SpO2 < 90% malgré une FiO2 > 0.50 au masque réservoir) ☐ Acidose respiratoire avec pH < 7.2 ☐ Signes cliniques d'insuffisance respiratoire (utilisation des muscles accessoires, fatigue respiratoire) ☐ Incapacité de protéger ou d'entretenir les voies aériennes
Hypotension	☐ Pression artérielle systolique < 90mmHg ou une hypotension relative avec signes cliniques de choc réfractaire à la réanimation volémique nécessitant un soutien par vasopresseur/inotrope qui ne peut être géré hors USI (altération du niveau de conscience, diminution du débit urinaire, autre défaillance organique terminale)

• Diagnostics et paramètres cliniques pour l'admission aux soins intensifs

	SECTION A Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité	SECTION A Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité	SECTION A Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité
	Nombre d'éléments de la section A présents : _____	**Nombre d'éléments de la section A présents :** _____	**Nombre d'éléments de la section A présents :** _____
A1	☐ Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 80% sur la base du score TRISS	☐ Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 50% sur la base du score TRISS	☐ Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 30% sur la base du score TRISS
A2	☐ Brûlures graves avec 2 des paramètres suivants : • Âge > 60 ans • 40% de la surface corporelle totale affectée • Brûlure d'inhalation qui entraine une insuffisance respiratoire hypoxémique		
A3	☐ Arrêt cardiaque : • Sans témoin • Réanimé, mais ne répondant pas à la thérapie électrique (défibrillation ou stimulation) • Arrêts cardiaques récurrents • Arrêt cardiaque nécessitant ECMO		☐ Arrêt cardiaque

< = moins de	Initiales des médecins			N° de dossier
> = supérieur à	1	2	3	
≥ = supérieur ou égal à				
FiO2 : Fraction inspirée en oxygène				
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux	SBP = Pression artérielle systolique			VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde
ECMO : Extra-corporeal Membrane Oxygenation	SpO2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls			NYHA : New York Heart Association
MELD : Model for End-Stage Liver Disease	USI = Unité de soins intensifs			VC : Capacité vitale
TLC : Capacité pulmonaire totale	PaO2 : Pression partielle d'oxygène			

	SECTION A Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité	SECTION A Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité	SECTION A Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité
A4	☐ Maladie maligne métastatique présentant l'une des caractéristiques suivantes : • Classe ECOG ≥ 2 • Maladie évoluant ou stable sous traitement • Plan de traitement actif avec un risque de mortalité > 80% à 1 an • Plan de traitement (expérimental) non éprouvé • Plan de traitement qui ne serait lancé que si le patient se rétablissait d'une maladie grave	☐ Maladie maligne métastatique présentant l'une des caractéristiques suivantes : • Classe ECOG ≥ 2 • Maladie évoluant ou stable sous traitement • Plan de traitement actif avec un risque de mortalité > 50 % à 1 an • Plan de traitement (expérimental) non éprouvé • Plan de traitement qui ne serait débuté que si le patient se rétablit d'une maladie grave	☐ Maladie maligne métastatique
A5	☐ Événement neurologique grave et irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 80 %, sur la base : • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 4-7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, WFNS grade 5 (GCS 3-6) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT	☐ Événement neurologique grave et irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 50 %, sur la base : • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 3-7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, WFNS grade 3-5 (GCS 3-12 OU 13-14 AVEC déficits focaux) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT • Pour les accidents ischémiques aigus, un NIHSS de 22-42	☐ Événement ou état neurologique irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 30 % sur la base : • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 2 à 7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, le score WFNS grade 2-5 (GCS<15) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT • Pour les accidents ischémiques aigus, un NIHSS de 14-42
A6	☐ Défaillance terminale ou sévère d'un organe répondant aux paramètres suivants ET : • qui ne sont pas actuellement sur la liste d'attente pour le don d'organes OU • suspension des processus provinciaux de don d'organes en cas de pandémie **Cœur :** • Insuffisance cardiaque de classe 3 ou 4 selon la NYHA **Poumons :** • Maladie pulmonaire obstructive chronique avec VEMS < 30 % prévu, PaO2 de base < 55 mmHg ou hypertension pulmonaire secondaire • Oxygénodépendance au domicile • Fibrose kystique avec VEMS post-bronchodilatateur < 30% ou PaO2 de référence < 55 mmHg • Fibrose pulmonaire avec VC ou TLC < 60% prévue, PaO2 de base < 55 mmHg, ou hypertension pulmonaire secondaire • Toute autre cause d'hypertension pulmonaire avec insuffisance cardiaque classe 3 ou 4 selon la NYHA, pression de l'oreillette droite > 10 mmHg ou pression artérielle pulmonaire moyenne > 50 mmHg **Foie :** • Insuffisance hépatique chronique associée à la défaillance de 2 autres organes (ACLF grade 2-3) • Score MELD ≥ 40	☐ Défaillance terminale ou sévère d'un organe répondant aux critères suivants ET : • qui ne sont pas actuellement sur la liste d'attente pour le don d'organes OU • suspension des processus provinciaux de don d'organes en cas de pandémie **Cœur :** • Insuffisance cardiaque de classe 3 ou 4 selon la NYHA **Poumons :** • Maladie pulmonaire obstructive chronique avec VEMS < 50 % prévu, PaO2 de base < 55 mmHg ou hypertension pulmonaire secondaire • Fibrose kystique avec VEMS post-bronchodilatateur < 30% ou PaO2 de référence < 55 mmHg • Fibrose pulmonaire avec VC ou TLC < 60% prévue, PaO2 de base < 55 mmHg, ou hypertension pulmonaire secondaire • Toute autre cause d'hypertension pulmonaire avec insuffisance cardiaque classe 3 ou 4 selon la NYHA, pression de l'oreillette droite > 10 mmHg ou pression artérielle pulmonaire moyenne > 50 mmHg **Foie :** • Insuffisance hépatique chronique associée à la défaillance de 2 autres organes (ACLF grade 1-3) • Score MELD > 30	☐ Défaillance terminale ou sévère d'un organe (tout diagnostic) ou transplantation d'un organe antérieure avec preuve de rejet chronique ou de dysfonctionnement chronique de l'organe transplanté.

< = moins de	
> = supérieur à	
≥ = supérieur ou égal à	
FiO2 : Fraction inspirée en oxygène	
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux	
ECMO : Extra-corporeal Membrane Oxygenation	
MELD : Model for End-Stage Liver Disease	
TLC : Capacité pulmonaire totale	

Initiales des médecins			N° de dossier
1	2	3	

SBP = Pression artérielle systolique		VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde
SpO2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls		NYHA : New York Heart Association
USI = Unité de soins intensifs		VC : Capacité vitale
PaO2 : Pression partielle d'oxygène		

	SECTION A Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité	SECTION A Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité	SECTION A Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité
A7	☐ Chirurgie palliative élective		☐ Chirurgie palliative élective ou d'urgence
A8	☐ Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours avec un score ProVent de 4-5	☐ Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours avec un score ProVent de 2-5	☐ Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours évoluant vers une chronisation de la ventilation avec trachéotomie envisagée
A9	☐ Un score de fragilité clinique ≥ 7 en raison d'une **condition ou atteinte progressive** sous- jacente L'échelle s'applique sur une population âgée de plus de 65 ans.	☐ Un score de fragilité clinique ≥ 6 en raison d'une **condition ou atteinte progressive** sous-jacente L'échelle s'applique sur une population âgée de plus de 50 ans.	

	SECTION B Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé	SECTION B Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé	SECTION B Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé
	Nombre d'éléments de la section B présents : _____	**Nombre d'éléments de la section B présents :** _____	**Nombre d'éléments de la section B présents :** _____
B1	☐ Maladie neurodégénérative **sévère et irréversible** qui a un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.		☐ Maladie neurodégénérative **modérément sévère et irréversible** qui a un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.

	SECTION C Étape 1 de priorisation Visant à identifier par le jugement clinique les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité ou un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé	SECTION C Étape 2 de priorisation Visant à identifier par le jugement clinique les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité ou un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé	SECTION C Étape 3 de priorisation Visant à identifier par le jugement clinique les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité ou un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé
C1	☐ Autre(s) élément(s) clinique(s) ou condition(s) responsable(s) d'un risque de mortalité >80% ou qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI (expliquer ci-dessous) Ex. : Trouble neurocognitif **majeur dégénératif (démence)** tel que défini par un score de 7 sur l'échelle de détérioration globale (Échelle de Reisberg)	☐ Autre(s) élément(s) clinique(s) ou condition(s) responsable(s) d'un risque de mortalité >50% ou qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI (expliquer ci-dessous). Ex : Trouble neurocognitif **majeur dégénératif (démence)** tel que défini par un score de 6 sur l'échelle de détérioration globale (Échelle de Reisberg)	☐ Autre(s) élément(s) clinique(s) ou condition(s) responsable(s) d'un risque de mortalité >30% ou qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI (expliquer ci-dessous). Ex : Trouble neurocognitif **majeur dégénératif (démence)** tel que défini par un score de 6 sur l'échelle de détérioration globale (Échelle de Reisberg)

S'il y a lieu, décrire la situation clinique ou indiquer le diagnostic ou tout autre paramètre clinique ou score de sévérité que vous utilisez dans votre pratique courante vous permettant d'estimer le pronostic à court terme du patient :

_____

_____

_____

*Le jugement clinique ne doit pas reposer sur des motifs discriminatoires en vertu de la Charte des droits et libertés du Québec (la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

< = moins de	
> = supérieur à	
≥ = supérieur ou égal à	
FiO2 : Fraction inspirée en oxygène	
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux	SBP = Pression artérielle systolique
ECMO : Extra-corporeal Membrane Oxygenation	SpO2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls
MELD : Model for End-Stage Liver Disease	USI = Unité de soins intensifs
TLC : Capacité pulmonaire totale	PaO2 : Pression partielle d'oxygène

VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde	
NYHA : New York Heart Association	
VC : Capacité vitale	

N° de dossier

Autre	**Le patient fait-il partie du personnel soignant du réseau de la santé et des services sociaux ayant été exposé à la COVID-19?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Synthèse de l'évaluation

Étape 1	**Étape 2**	**Étape 3**
Nombre d'éléments présents	**Nombre d'éléments présents**	**Nombre d'éléments présents**
Section A : _____	**Section A :** _____	**Section A :** _____
Section B : _____	**Section B :** _____	**Section B :** _____
Section C : _____	**Section C :** _____	**Section C :** _____
Total :	**Total :**	**Total :**

Réservé à l'équipe de priorisation

Priorité clinique			
Règles de décision en cas d'égalité clinique	**1. Cycle de vie**	**2. Personnel soignant du réseau de la santé et des services sociaux ayant été exposé à la COVID-19** ☐ Oui ☐ Non	**3. Randomisation**

Rempli par : (nom en lettres moulées)	Signature:	Initiales 1	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure :
Rempli par : (nom en lettres moulées)	Signature:	Initiales 2	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure :

PRÉSIDENT DE L'ÉQUIPE DE PRIORISATION

Confirmé par : (nom en lettres moulées)	Signature:	Initiales 3	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure :

L'échelle de détérioration globale, également appelée échelle de Reisberg*
Évaluation de la démence

Stade 1: Pas de déficit cognitif
N'éprouve aucune difficulté dans la vie quotidienne.

Stade 2: Déficit cognitif très léger
Oublie les noms et l'emplacement des objets.
Peut avoir de la difficulté à trouver ses mots.

Stade 3: Déficit cognitif léger
A de la difficulté à s'orienter dans un endroit inconnu.
A de la difficulté à fonctionner au travail.

Stade 4: Déficit cognitif modéré (Trouble neurocognitif majeur léger)
A de la difficulté à accomplir des tâches complexes (finances, magasinage, planification d'un repas avec des invités).

Stade 5: Déficit cognitif relativement grave (Trouble neurocognitif majeur modéré)
A besoin d'aide pour choisir ses vêtements.
A besoin qu'on lui rappelle que c'est l'heure de la douche ou du bain.

Stade 6: Déficit cognitif grave (Trouble neurocognitif majeur modérément sévère)
Perd la notion des expériences et événements récents de sa vie.
A besoin d'aide pour prendre son bain, ou a peur de prendre son bain.
A de plus en plus besoin d'aide pour aller aux toilettes ou est incontinent.

Stade 7: Déficit cognitif très grave (Trouble neurocognitif majeur sévère)
Utilise un vocabulaire très restreint qui se réduira bientôt à quelques mots seulement.
Perd la capacité de marcher et de s'asseoir.
A besoin d'aide pour manger.

*Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., and Crook, T. (1982). Modified from Global Deterioration Scale. American Journal of Psychiatry, 139:1136–1139

N° de dossier

Score de Fragilité Clinique*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

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

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

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

1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008
2. K Protocole et al. A. global clinical ressource of illness and familly in absolutely people CMAJ 2008-173-489-495

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

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

N° de dossier

Score ProVent (calculé à 14 jours d'hospitalisation aux soins intensifs)		
Âge > 50 ans	1 pt	Un résultat de 4 – 5 à 14 jours de ventilation suggère un taux de mortalité de ~90 % à 1 an. Un résultat de 2 – 3 à 14 jours de ventilation suggère un taux de mortalité de ~56 % à 80 % à 1 an.
Âge ≥ 65 ans	2 pt	
Décompte plaquettaire < 150	1 pt	
Besoin d'hémodialyse	1 pt	
Besoin de vasopresseurs	1 pt	
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4223371/pdf/cc13994.pdf		

Score NIHSS	
0-7	Associé à une mortalité à 30 jours de 4.2 %
8-13	Associé à une mortalité à 30 jours de 13.9 %
14-21	Associé à une mortalité à 30 jours de 31.6 %
22-42	Associé à une mortalité à 30 jours de 53.5 %
https://www.stroke.nih.gov/documents/NIH Stroke scale 508C.pdf	

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

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

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

Santé et Services sociaux Québec

DT9501

ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS NÉONATALS EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE

Ne pas inscrire le nom

N° de dossier : _____

Date de naissance : Année Mois Jour

N° d'assurance maladie : _____

Date : Année Mois Jour Heure : :

< = moins de
> = supérieur à
≥ = supérieur à environ

Niveau d'allocation des ressources néonatales en vigueur : A ☐ B ☐

Amorcer des discussions en regard des objectifs de soins appropriés avec les parents ou le représentant légal de l'enfant.

Indications cliniques pour une admission aux soins intensifs néonatals

☐ Le patient nécessite un support respiratoire.

- **Diagnostics et paramètres cliniques en contexte extrême de pandémie de COVID-19 pour prioriser l'admission aux soins intensifs néonatals**

Diagnostic(s)	
Complications/Facteurs aggravants	

Niveau A d'allocation des ressources néonatales
Visant à prioriser les personnes ayant < 70 % de mortalité prévue

☐ Survie à un an estimée à plus de 30 %

À l'étape de priorisation A, si cette case n'est pas cochée, le patient doit être présenté à l'équipe de priorisation.

Niveau B d'allocation des ressources néonatales
Visant à prioriser les personnes ayant < 50 % de mortalité prévue

☐ Survie à un an estimée à plus de 50 %

À l'étape de priorisation B, si cette case n'est pas cochée, le patient doit être présenté à l'équipe de priorisation.

Rempli par : (nom en lettres moulées)	Signature:	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure :
Vérifié par : (nom en lettres moulées)	Signature:	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure :
PRÉSIDENT DE L'ÉQUIPE DE PRIORISATION				
Confirmé par : (nom en lettres moulées)	Signature:	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure :

Santé et Services sociaux Québec

DT9502

Initiales des médecins		
1	2	3

Ne pas inscrire le nom

N° de dossier : _____

Date de naissance : Année Mois Jour

N° d'assurance maladie : _____

Date : Année Mois Jour Heure : :

ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS PÉDIATRIQUES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE

< = moins de		
> = supérieur à	PALS : Pediatric Advanced Life Support	SIP : Soins intensifs pédiatriques
≥ = supérieur à environ	ECMO : Extra-corporeal Membrane Oxygenation	VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde
FiO2 : Fraction inspirée en oxygène	PARDS : Pediatric Acute Respiratory Distress Syndrome	NYHA : New York Heart Association
pCO2 : Pression partielle de gaz carbonique	PALICC : Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference	VC : Capacité vitale
GCS : Glasgow Coma Scale	IO : Index d'oxygénation	TLC : Capacité pulmonaire totale
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux	PaO2 : Pression partielle d'oxygène	MELD : Model for End-Stage Liver Disease
	CVVH : Hémofiltration veino-veineuse continue	MAP : Mean Airway Pressure

Niveau d'allocation des ressources pédiatriques en vigueur : ☐ **A** ☐ **B**

NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE (INESSS OU L'ÉQUIVALENT)	☐	**Objectif A**	**Prolonger la vie par tous les moyens 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**
	NON CONNU		**Déterminer le niveau d'intervention médicale**

***Amorcer des discussions en regard des objectifs de soins appropriés avec le patient, sa famille ou son représentant.**

Indications cliniques pour une admission aux soins intensifs de pédiatrie

Le patient doit présenter au moins une indication parmi A, B et C
ET
Le patient doit présenter l'indication D

A
Nécessite un support respiratoire par ventilation invasive

Note : L'indication A est retenue si le patient présente un des 4 énoncés présentés dans la colonne de droite.

☐ Hypoxémie réfractaire caractérisée par SpO2 < 90 % avec un masque réservoir avec FiO2 > 0,60

☐ Acidose respiratoire avec pH < 7,2 ET
- Enfant < 1 an : pCO2 > 65 mm Hg
- Enfant > 1 an : pCO2 > 55 mm Hg

☐ Indices cliniques d'insuffisance respiratoire tels que :
- Atteinte du niveau de conscience
- Fatigue respiratoire évidente avec risque d'arrêt respiratoire imminent
- Respiration anarchique chez nourrisson de moins d'un mois

☐ Incapacité de protéger ou maintenir les voies aériennes perméables

B
Système cardiovasculaire

Note : L'indication B est retenue si le patient présente un des 2 énoncés présentés dans la colonne de droite.

☐ Hypotension définie par une pression artérielle systolique < 5e percentile pour l'âge ou hypotension relative

ET

Indices cliniques de bas débit ou choc tel que :
- État réfractaire à une réanimation liquidienne de 40 mL/kg
- Altération de l'état de conscience
- Autres éléments démontrant une défaillance d'organe
- Prise en charge avec agent vasopresseur ou inotrope
- Diminution du débit urinaire (ne peut être considéré comme seul critère d'instabilité)

☐ Présence d'arythmie avec atteinte hémodynamique significative ou risque imminent d'arrêt cardiaque.

Initiales des médecins			N° de dossier
1	2	3	

< = moins de		
> = supérieur à	PALS : Pediatric Advanced Life Support	SIP : Soins intensifs pédiatriques
≥ = supérieur à environ	ECMO : Extra-corporeal Membrane Oxygenation	VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde
FiO2 : Fraction inspirée en oxygène	PARDS : Pediatric Acute Respiratory Distress Syndrome	NYHA : New York Heart Association
pCO2 : Pression partielle de gaz carbonique	PALICC : Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference	VC : Capacité vitale
GCS : Glasgow Coma Scale	IO : Index d'oxygénation	TLC : Capacité pulmonaire totale
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux	PaO2 : Pression partielle d'oxygène	MELD : Model for End-Stage Liver Disease
	CVVH : Hémofiltration veino-veineuse continue	MAP : Mean Airway Pressure

C Système neurologique	☐ Altération significative de l'état de conscience (par exemple GCS<10)
D Niveaux de soins	☐ Niveaux de soins avec objectif A ou B tel que reconnu par INESSS, c'est-à-dire : • Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires • Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités

- **Diagnostics et paramètres cliniques en contexte extrême de pandémie de COVID-19 pour prioriser l'admission aux soins intensifs pédiatriques**

Le patient ne doit répondre à aucun des diagnostics et paramètres cliniques suivants pour être priorisé aux soins intensifs pédiatriques.

Niveau A d'allocation des ressources pédiatriques (Visant à prioriser les personnes ayant < 70 % de mortalité prévue ou une survie à un an estimée à plus de 30 %)	
A	☐ Arrêt cardiaque avec ou sans témoin qui ne répond pas aux interventions de réanimation proposées dans le PALS après 20 minutes de réanimation
B	☐ Arrêts cardiaques récurrents sans stabilité hémodynamique et présentant des signes d'encéphalopathie anoxo-ischémique aigüe.
C	☐ Hypotension (pression artérielle systolique < 5e centile pour l'âge) irréversible et persistante c'est-à-dire hypotension qui persiste après une période de 6 heures malgré une réanimation liquidienne et une thérapie vasopressive.
D	☐ Traumatisme crânien grave avec GCS ≤ 4 qui persiste plus de 6 heures après l'événement ET sans cause réversible identifiée.
E	☐ Brûlure grave avec atteinte de plus de 80 % de la surface corporelle [après évaluation de cette étendue par une équipe experte en présence physique ou télémédecine].
F	☐ Nécessité d'un support par ECMO pour une 2e fois durant le même épisode de soins.
G	☐ PARDS comme défini par le PALICC avec un index d'oxygénation* >18 chez un patient avec une greffe de moelle osseuse. *IO = (FiO2 × MAP × 100)/Pao2
H	☐ Défaillance d'organes requérant 3 modalités de support définies comme suit : • Ventilation mécanique invasive pour supporter la fonction respiratoire affectée par une pathologie respiratoire • Hémofiltration veino-veineuse continue ou CVVH pour supporter la fonction rénale • Hautes doses d'amines pour supporter la fonction cardiovasculaire : présence de 3 amines ou 2 amines à doses vasopressives maximales • ECMO

N° de dossier

< = moins de		
> = supérieur à	PALS : Pediatric Advanced Life Support	SIP : Soins intensifs pédiatriques
≥ = supérieur à environ	ECMO : Extra-corporeal Membrane Oxygenation	VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde
FiO2 : Fraction inspirée en oxygène	PARDS : Pediatric Acute Respiratory Distress Syndrome	NYHA : New York Heart Association
pCO2 : Pression partielle de gaz carbonique	PALICC : Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference	VC : Capacité vitale
GCS : Glasgow Coma Scale	IO : Index d'oxygénation	TLC : Capacité pulmonaire totale
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux	PaO2 : Pression partielle d'oxygène	MELD : Model for End-Stage Liver Disease
	CVVH : Hémofiltration veino-veineuse continue	MAP : Mean Airway Pressure

Niveau B d'allocation des ressources pédiatriques
(Visant à prioriser les personnes ayant < 50 % de mortalité prévue ou une survie à un an estimée à plus de 50 %)

A ☐ Atteinte pulmonaire sévère et aigüe caractérisée par un IO > 35 pour plus de 6 heures

B ☐ Critère oncologique : moins de 50 % de chance de survie prévue à 5 ans avec traitements

C ☐ Brûlure grave avec atteinte de plus de 60 % de la surface corporelle [après évaluation de cette étendue par une équipe experte].

D ☐ Patient avec Immunodeficience sévère avec choc septique ou PARDS comme défini par le PALICC

E ☐ Condition neurologique ou neuromusculaire sévère préexistante avec 1 des critères suivants:

- Antécédent de 2 séjours aux SIP d'une durée de plus de 4 semaines OU 1 séjour de plus de 8 semaines pour insuffisance respiratoire aigüe supportée par une ventilation invasive ou non-invasive au cours des 12 derniers mois
- Ventilation invasive de plus de 21 jours, sans possibilité de sevrage

F ☐ Défaillance d'un organe en phase terminale répondant aux critères suivants ET :

i) qui ne sont pas actuellement sur la liste d'attente pour le don d'organes OU
ii) suspension des processus provinciaux de don d'organes en cas de pandémie

- Atteinte cardiaque sévère telle que :
  i. Dysfonction cardiaque avec pronostic réservé sans greffe
  ii. Malformation complexe avec pronostic réservé
- Atteinte pulmonaire sévère chronique telle que :
  i. Syndrome restrictif sévère [VEMS <25 % prédit]
  ii. Défaut d'oxygénation important [PaO2 < 55 mm Hg à l'air ambiant OU oxygéno-dépendance chronique]
  iii. Hypertension pulmonaire sévère secondaire à la maladie de base
  iv. Hypoplasie pulmonaire avec PCO2 > 65 mm Hg de base.
  v. Hypertension pulmonaire primaire avec NYHA classe III ou IV et pression artérielle pulmonaire systémique
- Atteinte gastro-intestinale
  i. Atteinte hépatique en attente de greffe avec encéphalopathie grade III ou IV
  ii. Maladie gastro-intestinale sévère chez patient dépendant d'une alimentation intraveineuse et avec indication de greffe intestinale
- Atteinte rénale chronique
  i. Nourrisson de moins de 6 kg dépendant d'une hémodialyse et qui a des symptômes respiratoires nécessitant un support ventilatoire invasif.

Rempli par : (nom en lettres moulées)	Signature:	Initiales 1	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure :
Rempli par : (nom en lettres moulées)	Signature:	Initiales 2	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure :
PRÉSIDENT DE L'ÉQUIPE DE PRIORISATION					
Confirmé par : (nom en lettres moulées)	Signature:	Initiales 3	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure :

0Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	10-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-022.REV1

Catégorie(s) :
- ✓ Adoption
- ✓ Délestage
- ✓ Évaluation

Plan de réorganisation et de délestage des services en adoption internationale selon les paliers d'alerte des établissements

Cette directive remplace la directive DGPPFC-022 émise le 5 octobre 2020

Expéditeur :	Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)

Destinataire :	CIUSSS, CISSS et CHU Ste-Justine • Direction protection de la jeunesse • Direction programme jeunesse

Directive DGPPFC-022.REV1	
Objet :	Services maintenus et réorganisés en adoption internationale selon les paliers d'alerte des établissements en situation de COVID
Principe :	N/A
Mesures à implanter :	Des modifications ont été apportées au plan de réorganisation des services en adoption internationale pour le maintien de certaines activités en palier orange et rouge. Les changements sont mis en surbrillance jaune dans le document en annexe.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : **N/A**	
Direction ou service ressource :	**Secrétariat à l'adoption internationale** 514 873-5226 adoption.quebec@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Plan de réorganisation des activités ✓ Liste des services essentiels- Adoption internationale

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

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Chantal Maltais

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Version : 2020-11-11

GUIDE DE RÉORGANISATION ET DE DÉLESTAGE DES ACTIVITÉS SELON LES PALIERS D'ALERTE

DIRECTION GÉNÉRALE DES PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS

ADOPTION INTERNATIONALE

	PALIER 1 NOUVELLE NORMALITÉ	**PALIER 2 PRÉ ALERTE**	**PALIER 3 ALERTE MODÉRÉE**	**PALIER 4 ALERTE MAXIMALE**	**Particularités en cas d'éclosion dans certains milieux**
Évaluation psychosociale en adoption internationale, mise à jour (2 ans) de l'évaluation psychosociale ou modification de projet	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours au télétravail ou téléconsultation privilégiée lorsque possible	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours au télétravail ou téléconsultation privilégiée lorsque possible	• Les services jugés essentiels sont dispensés (voir annexe) • Respect et rappel fréquent des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours accru au télétravail et téléconsultation	Sans objet
Évaluation psychosociale et mise à jour pour un enfant identifié	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours au télétravail ou téléconsultation privilégiée lorsque possible	• Tous les services sont dispensés • Respect et rappel des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours accru au télétravail et téléconsultation exigée	• Les services jugés essentiels sont dispensés (voir annexe) • Respect et rappel fréquent des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours accru au télétravail et téléconsultation exigée	Sans objet

Production de rapport d'évolution pour finaliser la démarche d'adoption et/ou acquérir un statut au Canada (Thaïlande – Philippines)	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours au télétravail ou téléconsultation privilégiée lorsque possible	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours accru au télétravail et téléconsultation exigée	• Les services jugés essentiels sont dispensés (voir annexe) • Respect et rappel fréquent des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours accru au télétravail et téléconsultation exigée	Sans objet
Production de rapports d'évolution	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours au télétravail ou téléconsultation privilégiée lorsque possible	• Les services jugés essentiels sont dispensés • Respect et rappel fréquent des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours accru au télétravail et téléconsultation exigée	• Les services jugés essentiels sont dispensés (voir annexe) • Respect et rappel fréquent des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours accru au télétravail et téléconsultation exigée	Sans objet
Contact après l'arrivée de l'enfant	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours au télétravail ou téléconsultation privilégiée lorsque possible	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours accru au télétravail et téléconsultation exigée	• Les services jugés essentiels sont dispensés (voir annexe) • Respect et rappel fréquent des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours accru au télétravail et téléconsultation exigée	Sans objet

Formation à l'adoption	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours au télétravail ou téléconsultation privilégiée lorsque possible	• Les services jugés essentiels sont dispensés • Respect et rappel fréquent des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours accru au télétravail et téléconsultation exigée	• Les services jugés essentiels sont dispensés (voir annexe) • Respect et rappel fréquent des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours accru au télétravail et téléconsultation exigée	Sans objet
Soutien de groupe COVID-19 pour les adoptants	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours au télétravail ou téléconsultation privilégiée lorsque possible	• Tous les services sont dispensés • Respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours accru au télétravail et téléconsultation exigée	• Les services jugés essentiels sont dispensés (voir annexe) • Respect et rappel fréquent des mesures sanitaires déterminées par la santé publique • Recours accru au télétravail et téléconsultation exigée	Sans objet

LISTE DES SERVICES ESSENTIELS – ADOPTION INTERNATIONALE

Services rendus lorsque applicables	Activité	Détails	Intervention directe auprès de l'usager	Autre modalité technologique
Adoption internationale	Évaluation psychosociale en adoption internationale	Réception de la demande, envoi de documents à compléter. Sur réception, désignation d'un évaluateur, transmission du mandat et de la documentation		✓
		Rencontres pour évaluer le(s) candidat(s) à l'adoption	✓	✓
		Rédaction du rapport d'évaluation psychosociale et échange autour de l'analyse avec le(s) candidat(s) à l'adoption		✓
		Prise de notes, analyse et transmission de la décision au SAI		✓
	Mise à jour (2 ans) de l'évaluation psychosociale ou modification de projet	Réception de la demande, envoi de documents à compléter. Sur réception, désignation d'un évaluateur, transmission du mandat et de la documentation		✓
		Rencontres pour évaluer le(s) candidat(s) à l'adoption.	✓	✓
		Rédaction du rapport et échange autour de l'analyse avec le(s) candidat(s) à l'adoption		✓
		Prise de notes, analyse et transmission de la décision au SAI		✓
	Évaluation psychosociale et mise à jour pour un enfant identifié	Réception de la demande, envoi de documents à compléter. Sur réception, désignation d'un évaluateur, transmission du mandat et de la documentation		✓
		Rencontres pour évaluer le(s) candidat(s) à l'adoption	✓	✓
		Rédaction du rapport d'évaluation psychosociale et échange autour de l'analyse avec le(s) candidat(s) à l'adoption		✓

LISTE DES SERVICES ESSENTIELS – ADOPTION INTERNATIONALE

		Prise de notes, analyse et transmission de la décision au SAI		✓
	Production de rapport d'évolution pour finaliser la démarche d'adoption et/ou acquérir un statut au Canada (Thaïlande – Philippines - Canada)	Réception de la demande, désignation d'un évaluateur, transmission du mandat et de documentation (si requis)		✓
		Rencontre(s) et rédaction du rapport d'évolution		✓
		Prise de notes et transmission du rapport au SAI		✓
	Production de rapports d'évolution	Réception de la demande, désignation d'un évaluateur, transmission du mandat et de documentation (si requis)		✓
		Rencontre et rédaction du rapport d'évolution		✓
		Prise de notes et transmission du rapport au SAI		✓
	Contact après l'arrivée de l'enfant	Réception de la demande, activités administratives reliées et prises de notes		✓
		Prise de contact avec les adoptants pour s'enquérir de leur situation familiale à la suite de l'arrivée de l'enfant et référence aux services sociaux ou médicaux appropriés		✓
	Formations à l'adoption	Rencontre de groupe ou individuelle avec les candidats à l'adoption à l'adoption		✓
		Rencontre de groupe ou individuelle avec les adoptants et l'enfant		✓
		Activités administratives reliées à la planification et à la tenue de ces formations		✓
	Soutien de groupe COVID-19 pour les adoptants	Rencontre de groupe avec les candidats à l'adoption en attente d'aller à la rencontre de l'enfant qui leur a été apparenté		✓

Émission :	21-09-2020	Mise à jour :	13-11-2020

Le 21 septembre

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGILEA-001

Catégorie(s) :
- ✓ Équipements de protection individuels
- ✓ Approvisionnement
- ✓ Priorisation

Directive sur la stratégie d'approvisionnement des équipements de protection individuelle

Remplace la directive émise le 21 septembre 2020 (non codifiée)

Expéditeur :	Destinataire :
Direction générale des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l'approvisionnement.	- Tous les CISSS et les CIUSSS et les établissements non fusionnés - Secteur/ service de la logistique et des approvisionnements

Directive	
Objet :	Cette directive contient l'actualisation des orientations stratégiques ayant trait à l'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures requis. Gestion concertée des approvisionnements critiques et de la distribution en contexte de perturbation mondiale de la chaîne d'approvisionnement.
Mesures à implanter :	✓ Détermination des produits essentiels ✓ Ententes d'approvisionnement ✓ Constitution de réserves ✓ Support des établissements à différents partenaires et organismes

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources	
Notes importantes : N.A.	
Direction ou service ressource :	**Direction du génie biomédical, de la logistique et de l'approvisionnement** Courriel : dgai@msss.gouv.qc.ca Téléphone : 581 814-9100 poste 61159
Documents annexés :	✓ Directive DGILEA-001

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

Le sous-ministre adjoint,
Original signé par
Luc Desbiens

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

Émission :	21-09-2020	Mise à jour :	13-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGILEA-001

Directive

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

1. La détermination d'une liste formelle des produits essentiels à la prestation de soins et de services et la catégorisation de ceux-ci en produits critiques ou produits essentiels.
2. La réalisation d'ententes d'approvisionnement avec des fournisseurs et la constitution des réserves de 24 semaines de produits critiques nécessaires pour la pandémie. Ces réserves pourront être localisées chez les fournisseurs ou dans des entrepôts centraux du réseau de la santé et des services sociaux.

En sus de leurs propres besoins, les établissements publics (centres intégrés de santé et de services sociaux, centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux ou établissements non fusionnés) ont la responsabilité d'aider à l'approvisionnement des différents organismes suivants :

- Cliniques désignées d'évaluation COVID-19, préhospitalier, centres d'hébergement et de soins de longue durée (établissements publics et privés), ressources intermédiaires, ressources de type familial, groupes de médecine de famille (masques de procédure) ainsi que les cliniques ayant augmenté leur offre de service en présentiel dans le cadre de la pandémie;
- Résidences privées pour aînés, maisons de soins palliatifs, maisons de naissances, proches aidants, soutien à domicile (incluant les *entreprises d'économie sociale en aide à domicile* (EÉSAD) *et* travailleurs qui dispensent des services dans le cadre de l'allocation directe/chèque emploi-service);
- Communautés religieuses assurant des services d'hébergement, organismes communautaires, refuges, les ressources d'hébergement pour personnes en situation d'itinérance (refuges), les ressources offrant de l'hébergement en dépendance (RHD).

En référence aux mesures exceptionnelles en cas de pandémie, nous vous invitons à considérer les éléments suivants :

1. Les EPI distribués par le MSSS ont préalablement été inspectés par des cliniciens et testés en laboratoire, lorsque jugé nécessaire;
2. Le MSSS ne reprendra aucun EPI distribué;
3. Tous les EPI distribués par le MSSS doivent être considérés dans l'allocation permise par établissement;
4. Les EPI distribués par le MSSS sont ceux qui sont accessibles dans un contexte de pénurie mondiale.

Notes :

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

En cette période de pandémie, nous prions les établissements de bâtir un inventaire d'un mois minimum d'équipements de protection individuelle (EPI), de ne pas surconsommer, de s'en tenir aux besoins normaux ou à une consommation moyenne de leurs fournitures, produits d'entretien, denrées et équipements. Commander en quantités raisonnables permettra aux fournisseurs de rationaliser leurs livraisons à tous les établissements. Depuis le 28 septembre 2020, les établissements ne sont plus autorisés à faire des contrats de gré à gré ou des achats sur demande pour les EPI suivants : blouses (ne s'applique pas aux blouses et gants stériles), gants, masques de procédures, visières, écouvillons, désinfectants et lingettes. Les établissements devront poursuivre leurs ententes contractuelles, notamment avec les distributeurs réguliers, et pourront utiliser la réserve ministérielle pour s'assurer d'une disponibilité adéquate d'EPI.

Mesures préventives dédiées aux intervenantes et intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7

Mise en contexte

En raison de la pandémie de la maladie à coronavirus COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite transmettre des lignes directrices au réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 relatives aux orientations ministérielles de l'Offre de services sociaux généraux.

Ces orientations visent à soutenir les équipes et gestionnaires de façon à maintenir la couverture du service essentiel qu'est le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 tout en limitant le risque d'exposition du personnel ainsi que des personnes qui requièrent une intervention immédiate. Certaines de ces orientations peuvent vous soutenir dans la mise en place des mesures préventives pour les autres services de l'Offre de services sociaux généraux. Notez qu'il est de la responsabilité des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) de suivre les recommandations du gouvernement considérant que la situation évolue de jour en jour.

Assurez-vous de mettre en place les consignes suivantes

- Suivre les recommandations officielles de la santé publique pour la prévention des infections et sensibiliser vos proches à l'importance de les suivre.

Avant de réaliser un déplacement dans le milieu

Dans la mesure du possible :

- Tenter de résoudre la crise par téléphone ou virtuellement (ex. : Teams, Zoom, etc.).
- Communiquer avec l'usager par téléphone pour effectuer un premier dépistage et vérifier la présence de conditions requérant la mise en place de mesures particulières de prévention. Les éléments à surveiller sont :
    - un retour de voyage depuis moins de 14 jours;

- la présence de symptômes d'allure grippale (fièvre, toux, difficultés respiratoires,) perte subite de l'odorat ou du goût sans congestion nasale;
- un contact étroit avec un cas probable ou confirmé de la COVID-19;

  ou
- la présence de toute consigne d'isolement (ex. : une personne qui n'a plus de symptômes, mais qui attend toujours le résultat de son test).

- Dans l'affirmative :
  - Offrir un accompagnement à l'usager en crise si celui-ci doit contacter la ligne d'information 1 877 644-4545, car il présente des symptômes compatibles avec la COVID-19. Faire l'appel **avec** l'usager par téléphone.
  - Si l'usager est à haut risque d'avoir contracté la COVID-19 OU si l'usager a été dépisté positif à la COVID-19 et qu'il doit demeurer en isolement, ce dernier doit être accompagné ou dirigé vers le service approprié, par téléphone ou en personne avec les mesures de prévention maximales, selon le contexte de la situation et la capacité de l'usager à effectuer la démarche par lui-même.
  - S'assurer d'avoir mis en place toutes les mesures de prévention et de protection nécessaires reliées à la COVID-19 si l'équipe d'intervention de crise dans le milieu 24/7 doit intervenir auprès d'un usager en crise. Pour ce faire, se référer aux plus récentes orientations de votre établissement en matière d'équipement et de protection individuelle.
- Évaluer avec soin la pertinence de chaque intervention impliquant une sortie dans le milieu. Cette réflexion peut se faire conjointement avec l'équipe, le supérieur immédiat ou à l'aide des outils disponibles (ex. : outil d'aide à la décision).
- Favoriser la mobilisation des proches ou du réseau social de la personne pour traverser la période de crise.
- L'intervenant du service d'intervention de crise dans le milieu **prendra la décision finale** concernant la sortie dans le milieu. Cette décision ne devra en aucun cas compromettre l'intégrité ou la sécurité de la personne.
- Privilégier la réalisation des suivis post-crise ou des suivis étroits par téléphone ou par tout autre moyen technologique.

Déplacements dans le milieu

Dans la mesure du possible, nous recommandons de **restreindre les déplacements dans le milieu aux situations qui l'exigent**.

Pour les situations qui l'exigent :

- Vérifier l'état de santé de l'usager avant l'arrivée au domicile.
- Rassurer les personnes quant au fait qu'aucun intervenant présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 ne se présentera auprès d'eux.
- Prévenir l'usager des mesures préventives qui seront prises pour prévenir les infections afin de le préparer.
- Éviter les formules de politesse d'usage impliquant une proximité (serrage de mains, accolades, etc.).
- Pour les interventions impliquant un risque de contamination, vous référer aux directives les plus récentes de votre établissement en matière d'équipement et de protection individuelle.
- Ayez à votre disposition une trousse d'hygiène pour vos déplacements (ex. : masques, mouchoirs, lingettes désinfectantes, gel désinfectant, solution désinfectante, documentation pertinente).
- S'assurer d'avoir un suivi de l'intervention permettant de conserver la trace des personnes rencontrées et de documenter les personnes dans le souci de dépister les situations comportant des risques de transmission :
    - Personnes de plus de 70 ans;
    - Personnes avec une maladie chronique (ex. : diabète, maladie pulmonaire, respiratoire ou rénale;
    - Personnes de retour de voyage depuis 14 jours;
    - Personnes dans l'entourage d'une personne à risque;
    - Personnes qui présentent des symptômes compatibles avec la COVID-19.

Si vous parvenez à désescalader la crise et à mettre en place des modalités de soutien pour la personne :

- Assurez-vous que l'usager dispose des produits d'hygiène de base à la maison (savon, désinfectant, thermomètre pour les personnes à risque).
- Assurez-vous d'avoir toute la documentation pertinente par écrit de la santé publique à transmettre aux personnes que vous rencontrez lors d'une intervention dans le milieu.
- Informez verbalement l'usager, et par écrit dans la mesure du possible, des directives de la santé publique (ex. : relatives aux sorties, à l'isolement de 14 jours). Référez-vous aux documents préparés par votre gestionnaire ou à la section COVID-19 pour les professionnels du site internet du MSSS. Des références sont suggérées en annexe.

- Assurez-vous que les personnes mobilisées pour soutenir la personne qui a des symptômes compatibles à la COVID-19 soient informées de son état de santé et des mesures de protection à mettre en place. Elles pourront accomplir leur rôle de soutien tout en suivant rigoureusement les consignes et directives gouvernementales en matière de santé publique afin d'éviter la propagation de la COVID-19. Vous pouvez les informer de la documentation pertinente à cet effet en les invitant à visiter le site web Quebec.ca ou en privilégiant la transmission de ces informations par voie électronique.

Mesures pour les interventions dans le milieu en présence d'une personne qui présente des symptômes, qui est à haut risque ou qui a contracté la COVID-19

Si vous devez intervenir ou êtes intervenus auprès d'une personne qui présente des symptômes :

- Appliquer les mesures de prévention et de protection recommandées par les équipes de prévention et de contrôle des infections (PCI) (mesures d'hygiène et étiquette respiratoire) en vous référant aux directives les plus récentes de votre établissement.
- Si vous parvenez à désescalader la crise et à mettre en place des modalités de soutien pour la personne, assurez-vous que cette dernière connaît les recommandations de la santé publique liées à son état. Assurez-vous que la personne comprenne bien les informations transmises et référez-la à la page web Quebec.ca.
- Assurez-vous que l'usager puisse être évalué au téléphone par une infirmière au numéro 1 877 644-4545 afin de déterminer si des démarches de dépistage de la COVID-19 doivent être entreprises.
- Advenant que vous deviez appliquer la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui* (LPP/P-38.001) et que la personne nécessite d'être évaluée en vue d'être mise sous garde, référez-vous à votre gestionnaire pour la marche à suivre.
- À moins d'orientations différentes de votre établissement, avant de prendre la décision conjointement avec les policiers qu'une personne doit être transportée au service des urgences, assurez-vous que les services ambulanciers et préhospitaliers d'urgence soient informés qu'une personne présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou ayant contracté la COVID-19 doit être amenée pour une évaluation afin que les mesures de prévention requises soient appliquées et que la personne soit dirigée au bon endroit.

- Après le départ de la personne en situation de crise, les surfaces et les objets touchés par cette dernière doivent être nettoyés et désinfectés selon les procédures habituelles, en utilisant les produits désinfectants réguliers.
- Après l'intervention, l'intervenant doit retirer les équipements de protection individuelle et se laver les mains régulièrement par la suite, particulièrement à l'entrée et à la sortie de chaque milieu.
- Informer immédiatement par téléphone ou tout autre moyen technologique votre supérieur hiérarchique désigné si vous avez été en présence d'une personne qui a des symptômes.

Autres précautions suggérées

- À titre préventif, vous pouvez assurer un suivi quotidien de l'apparition de symptômes compatibles avec la COVID-19.
- Si vous éprouvez des problèmes de santé physique ou psychologique, informez rapidement votre gestionnaire de votre état.

À noter : Ce document a été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les éléments mentionnés dans ce document s'appuient sur la connaissance actuelle en lien avec le coronavirus en date du 20 octobre 2020. Une mise à jour de ce document pourra être réalisée, au besoin.

Annexe : Références – Maladie à coronavirus COVID-19

La maladie à coronavirus au Québec
https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/

Consignes et directives dans le contexte de la COVID-19
https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/consignes-directives-contexte-covid-19/#c47702

Étapes en cas de symptômes – Coronavirus (COVID-19)
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-210-22W.pdf

COVID-19 pour les professionnels
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/

Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-210-31W.pdf

Consignes à suivre pour la personne malade en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-210-35W.pdf

Consignes à suivre pour la personne de retour d'un pays étranger – Coronavirus (COVID-19)
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-210-33W.pdf

Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de la COVID-19
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-210-32W.pdf

Trousse portant sur l'identification des personnes à risque de vulnérabilité psychosociale
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-05W.pdf

Guide autosoins - COVID-19

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-210-30FA.pdf

Fiches psychosociales COVID-19

Stress, anxiété et déprime associés à la maladie à coronavirus COVID-19
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-210-14W.pdf

Mon enfant est inquiet en raison de la pandémie. Comment le soutenir?
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-210-15W.pdf

Je suis en deuil d'une ou de personnes chères en raison de la pandémie
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-210-17W.pdf

Affiche de recommandations : On reste à la maison et on sauve des vies! – COVID-19
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-210-F-on-se-protege.pdf

Outils d'intervention du Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP)

Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP) (2020). *Repères pour l'intervention téléphonique*. Saguenay : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay−Lac-Saint-Jean.

Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP) (2020). *Repères d'intervention psychosociale en contexte de pandémie (Révisé Mars 2020)*. Saguenay : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay−Lac-Saint-Jean.

20-210-84W

Émission :	11-05-2020	Mise à jour :	11-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-026

Catégorie(s) :

- ✓ Intervenantes/intervenants
- ✓ Intervention dans le milieu
- ✓ Crise
- ✓ Services sociaux généraux
- ✓ Psychosocial

Mesures préventives dédiées aux intervenantes et intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7

Remplace la directive émise le 11 mai 2020 (non codifiée)

Expéditeur :	Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)

Destinataire :	Tous les établissements publics du RSSS • Direction des services sociaux généraux

Directive	
Objet	Lignes directrices au réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 relatives aux orientations ministérielles de l'Offre de services sociaux généraux. Ces orientations visent à soutenir les équipes et gestionnaires de façon à maintenir la couverture du service essentiel qu'est le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 tout en limitant le risque d'exposition du personnel ainsi que des personnes qui requièrent une intervention immédiate. Certaines de ces orientations peuvent vous soutenir dans la mise en place des mesures préventives pour les autres services de l'offre de services sociaux généraux.
Mesures à implanter	Des changements mineurs ont été apportés aux mesures émises en mai 2020. Ils sont surlignés en jaune dans la directive. **Modifications mineures de la terminologie :** • Avant de réaliser un déplacement dans le milieu; • Lorsqu'un déplacement dans le milieu est requis; • Pour les interventions dans le milieu en présence d'une personne qui présente des symptômes, qui est à haut risque ou qui a contracté la COVID-19; • Autres précautions suggérées; • Références.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : non applicable	
Direction ou service ressource :	**Direction des services sociaux généraux** Marylaine Chaussé, directrice marylaine.chausse@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	Mesures préventives dédiées aux intervenantes et intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7

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

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Chantal Maltais

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

Émission :	12-10-2020	Mise à jour :	13-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-009

Catégorie(s) : ✓ Urgence

Directives services d'urgence

Remplace directives émises du 17 avril au 16 octobre 2020

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) – Direction des services d'urgence (DSU)**
Destinataire :	Tous les établissements publics (CISSS, CIUSSS, établissements non fusionnés) – Directeurs des services professionnels (DSP); – Gestionnaires et chefs médicaux des urgences

Directive	
Objet :	Cet envoi contient une mise à jour des directives cliniques spécifiques aux services d'urgence dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Ces directives sont complémentaires au Plan provincial de contingence COVID-19 – Centres hospitaliers, au Guide de délestage des activités selon les niveaux d'alerte des établissements ainsi qu'aux recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
Mesures à implanter :	✓ Application des modifications apportées à l'Outil de triage ✓ Mise en place des différentes mesures émises dans le cadre du Plan de contingence et de gestion de la capacité en fonction du niveau d'alerte déterminé dans le cadre du Plan provincial de contingence COVID-19 – Centres hospitaliers (volet Plan de contingence) ✓ Application des différentes mesures émises dans le cadre du Plan de contingence et de gestion de la capacité selon l'encombrement quotidien (volet Plan de désencombrement)

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : Ces recommandations sont sujettes à changement ou à éclaircissement au fur et à mesure de l'évolution de la situation.	
Direction ou service ressource :	Direction des services d'urgence
Documents annexés :	✓ Critères suspicion maladie infectieuse COVID-19 – DGAPUAC (nouveau en date du 2 novembre 2020) ✓ Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence (mise à jour le 30 octobre 2020) ✓ Outil d'orientation pour le filtrage à l'urgence (nouveau en date du 30 octobre 2020) ✓ Plan de contingence et de gestion de la capacité des urgences – COVID-19 (mise à jour le 5 novembre 2020 et ajout d'un plan de désencombrement) ✓ Zones de traitement à l'urgence (mise à jour le 2 novembre 2020)

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accueil clinique
Direction des services d'urgence

2020-11-27

Plan de contingence et de désencombrement des urgences - COVID-19

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 9e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-6982
Télécopieur : 418 266-6937
www.msss.gouv.qc.ca

Prémisse

La pandémie de la COVID-19 a forcé les gestionnaires des services d'urgence à utiliser divers moyens pour diminuer le risque de transmission nosocomiale. Ainsi, un plan de contingence a été élaboré lors de la première vague en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) afin de diminuer les risques de contamination des usagers et du personnel. À ce moment, l'ensemble des urgences du Québec a été subdivisé en zones de traitement distinctes (zone chaude, tiède et froide) et plusieurs mesures de prévention et de contrôle des infections ont été instaurées ce qui a entrainé une perte significative de civières dans plusieurs installations. Néanmoins, toutes les urgences doivent continuer à assurer la prise en charge de la clientèle qu'elle soit porteuse ou non de la COVID-19.

Ce document présente les divers éléments à mettre en place dans les services d'urgences afin d'assurer une offre de soins sécuritaire et efficiente dans le contexte actuel. Il comprend une mise à jour du plan de contingence détaillant les mesures à appliquer en fonction de l'évolution de la pandémie au niveau local et régional ainsi qu'une révision du plan de désencombrement adapté à la diminution de la capacité d'accueil des urgences.

Plan de contingence des urgences COVID-19

L'adaptation de l'offre de services dans une urgence se fait de façon graduée, et ce, en fonction du niveau d'alerte de l'installation. Ce dernier est déterminé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en collaboration avec les établissements. On retrouve ainsi des niveaux d'alerte propres à la situation qui évolue progressivement selon la situation épidémiologique régionale et locale, le contrôle de la transmission et la capacité du système de soins. Notons cependant que l'application des interventions peut varier selon la situation de l'urgence et de l'installation.

<table>
<tr><td></td><td colspan="4">PLAN DE CONTINGENCE – INTERVENTIONS</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">LES NIVEAUX D’ALERTE SONT DÉTERMINÉS SELON LE PLAN DE CONTINGENCE PROVINCIAL – CENTRE HOSPITALIER
Pour chacun des niveaux, poursuivre les interventions des niveaux précédents</td></tr>
<tr><td></td><td>Niveau d’alerte 1</td><td>Niveau d’alerte 2</td><td>Niveau d’alerte 3</td><td>Niveau d’alerte 4</td></tr>
<tr><td>Organisation physique des urgences</td><td>○ Guichet unique à l’entrée de l’urgence
○ Implanter les zones de traitement chaudes, tièdes et froides
○ Aucun usager au corridor en zone chaude/tiède</td><td>○ Instaurer un filtrage et prétriage idéalement dans une aire dédiée de l’hôpital (garage, roulotte, tente, salle de décontamination, etc.)
○ Instaurer 2 zones de triage distinctes :
▪ Triage sans la COVID-19
▪ Triage de la COVID-19 suspectée ou confirmée</td><td>○ Limiter les risques de contamination et propagation :
▪ Aucun séjour de plus de 24h pour les usagers non hospitalisés
▪ Aucun séjour de plus de 36h pour les usagers hospitalisés
○ Taux d’occupation de la zone chaude-tiède inférieur à 85 % (calculé selon le nombre maximal de civières disponibles dans ces 2 zones)</td><td>○ Aucun séjour de plus de 24h pour tous les usagers</td></tr>
<tr><td>Triage et réorientation</td><td>○ Effectuer un filtrage et prétriage
○ S’assurer d’avoir la dernière mise à jour de l’outil d’évaluation pour les infirmières au triage de l’urgence
○ Effectuer prioritairement le triage des usagers arrivant en ambulance (ou autres transports) afin de libérer les TAP et les transporteurs le plus rapidement possible
○ Réorientation de la clientèle réorientable</td><td>○ Offrir à toute la clientèle réorientable un rendez-vous vers les CDÉ ou les cliniques froides</td><td>○ Réorientation systématique de la clientèle réorientable vers les CDÉ et cliniques froides avec rendez-vous
○ Mettre en place une procédure de prise en charge graduelle par les médecins spécialistes directement à l’urgence</td><td>○ Mettre en place une procédure de prise en charge systématique par les médecins spécialistes directement à l’urgence</td></tr>
<tr><td>Normes de prévention et contrôle des infections</td><td colspan="2">○ S’assurer du respect de l’étiquette respiratoire
○ Port d’un couvre-visage pour les usagers et accompagnateurs âgés de 10 ans et plus sans contre-indications (voir directives de la santé publique)
○ Dépistage des usagers selon les recommandations de la santé publique
○ Utilisation des ordonnances collectives de dépistage
○ Autoriser la présence d’accompagnateurs en fonction des directives émises par le MSSS
○ Éviter lorsque possible que le personnel passe de la zone chaude-tiède à la zone froide dans un même quart de travail
○ Port d’EPI en fonction du palier d’alerte régional :
▪ Région verte ou jaune : masque de procédure lorsqu’à moins de 2 m. d’un usager (le changer lorsque mouillé, souillé ou à la fin du quart de travail)
▪ Région orange ou rouge : masque de procédure et protection oculaire lorsqu’à moins de 2 m d'un usager et port du masque de procédure recommandé pour tous les usagers[1]
○ Faire des audits réguliers sur le respect des normes de PCI
○ Supervision de la mise en place et du retrait des EPI</td><td colspan="2">○ Se munir d’un mécanisme permettant l’obtention rapide des résultats de dépistage de la COVID-19 (en < 8h)
○ Interdiction pour le personnel passer de la zone chaude/tiède à la zone froide</td></tr>
<tr><td>Trajectoire de soins</td><td>○ Mettre à la disposition des TAP une aire de décontamination et une station de désinfection (voir Transfert des patients entre les SPU et les salles d’urgence)
○ Réviser les trajectoires de soins de la clientèle (voir Plan de gestion des NSA) et de transferts interétablissements
○ Favoriser le transport alternatif pour les transferts interétablissements et les retours à domicile
○ Adapter les processus en lien avec le plan de contingence des services préhospitaliers</td><td>○ Une personne doit assurer la coordination de la trajectoire de soins des usagers
○ Favoriser les alternatives à l’hospitalisation</td><td colspan="2">○ Réviser tous les usagers à l’urgence pour lesquels aucune décision n’a été prise y compris les usagers admis en attente d’un lit
○ Voir à l’élargissement de l’offre de service du transport alternatif
○ Bonifier la coordination intrahospitalière dans un mode 24/7 (système de garde, gestion des cas particuliers)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Volet maintien des activités:
Ressources humaines (RH)</td><td>○ Remettre à jour les listes de rappel des RH supplémentaires et des bénévoles
○ Prévoir du personnel de soutien afin de répondre à la demande de soins (hygiène et salubrité, agente administrative, etc.)</td><td>○ Mettre en place les mesures d’accueil et d’intégration pour ce personnel supplémentaire</td><td colspan="2">○ Déployer les effectifs supplémentaires nécessaires suivant les besoins et le plan de l’établissement (ex. : adaptation des horaires et charge de travail)
○ Révision des congés octroyés et des quarts de travail pour optimiser le nombre de ressources disponibles (ex. : quart de 12 heures)</td></tr>
<tr><td colspan="4">○ S’assurer que l’équipe soignante a reçu la formation requise sur les procédures d’utilisation des EPI
○ Maintenir une distance minimale de deux mètres avec les autres travailleurs de la santé (sur l’unité, au poste de garde, à la cafétéria, lors des repas, lors des réunions, à l’extérieur, lors des pauses, etc.). Si impossible, le port du masque de procédure est nécessaire
○ Suivre les mises à jour du MSSS en lien avec la prévention et contrôle des infections
○ Mécanisme de suivi pour le personnel avec une exposition accidentelle
○ Prévoir un mécanisme de dépistage efficace pour le personnel
○ Suivre régulièrement les directives de la santé publique pour la prise en charge et la levée des mesures d’isolement des travailleurs de la santé</td></tr>
<tr><td>○ Se préoccuper des risques d’absentéisme (maladie personnelle ou familiale, garderie, etc.)</td><td colspan="3">○ Surveiller les cas de détresse liée à la surcharge de travail ou autre : intervention psychosociale</td></tr>
<tr><td>Ressources matérielles</td><td colspan="4">○ S’assurer de disposer d’une réserve du matériel critique pour une durée de 7 jours
○ Appliquer les procédures d’obtention du matériel (voir la section Matériel et approvisionnement)</td></tr>
</table>

[1] https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19

Plan de désencombrement COVID-19

En raison de la restructuration et des exigences en prévention et contrôle des infections liées à la pandémie de la COVID-19, la capacité d'accueil des urgences a diminué. Dans le contexte actuel, il est également essentiel de limiter l'utilisation des lits de débordement afin de minimiser les risques de transmission nosocomiale. Le plan de désencombrement publié à l'automne dernier a donc été révisé afin de prendre en compte cette nouvelle réalité. Ainsi, les taux d'occupation utilisés pour l'activation des différents niveaux ont été revus à la baisse. Les installations devront donc appliquer ce dernier lorsque leur taux d'occupation, qui correspond au nombre d'usagers présents sur civières à l'urgence sur le nombre de civières fonctionnelles (au permis), sera supérieur à 100%, et ce, indépendamment du niveau d'alerte de leur installation. Les taux déterminés pour l'activation des différents niveaux pourraient également être revus à la baisse dans certaines installations ayant une capacité maximale inférieure à 140%.

PLAN DE DÉSENCOMBREMENT – INTERVENTIONS	
LES MESURES S'APPLIQUENT INDÉPENDAMMENT DU NIVEAU D'ALERTE Pour chacun des niveaux, poursuivre les interventions des niveaux précédents	
Taux d'occupation de 100 % à 120 %	○ Mettre en place un coordonnateur médical ○ Réorientation systématique de la clientèle réorientable vers les CDÉ et les cliniques froides ○ Prolonger la présence des médecins consultants de 8h à 20h ○ Prolonger les plages horaires des plateaux techniques de 8h à 20h ○ Planifier le départ de l'usager dès son arrivée ○ Évaluer la pertinence d'admettre des usagers « hors secteur »
Taux d'occupation de 121 % à 140 %	○ Aucun séjour de plus de 24h à l'urgence ○ Suivi de la situation avec le coordonnateur de la gestion des lits ○ Admettre les usagers « hors secteur » ○ Alternatives à l'observation ou l'hospitalisation : ▪ UHB ▪ Hospitalisation à domicile ▪ Accueil clinique ▪ Consultation et/ou imagerie en externe (retourner l'usager à domicile pour la nuit, lorsque possible) ○ Majorer la présence des médecins (quart « casino ») ○ Prolonger la présence des médecins consultants de 8h à 22h ○ Prolonger les plages horaires des plateaux techniques de 8h à 22h ○ Augmenter la présence des professionnels des équipes multidisciplinaires (TS, physio, ergo, inf. de liaison, etc.) ○ Se munir d'une équipe d'hygiène et salubrité spécifique à l'urgence pour la désinfection des civières ○ Suivi ministériel et détermination d'actions concrètes
Taux d'occupation de 141 % et plus	○ Rétablir rapidement un taux d'occupation de la zone tiède - chaude < 85 % (calculé selon le nombre maximal de civières disponibles dans ces 2 zones) ○ Instaurer une surcapacité hospitalière ○ Prise en charge directe par les médecins spécialistes à l'urgence ○ Suivi ministériel et détermination d'actions concrètes

Critères suspicion maladie infectieuse COVID-19 DGAPUAC

Contexte

Dans le contexte de la pandémie actuelle, l'évaluation du risque infectieux lié à la COVID-19 lors de la prestation de soins de santé est essentielle. De plus, une cohérence entre les critères utilisés en préhospitalier, en première ligne et aux urgences est primordiale afin d'améliorer la fluidité et l'efficience des services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Ainsi, les questionnaires d'évaluation spécifiques aux Centres de communication santé (CCS), aux services ambulanciers ainsi qu'aux urgences ont été revus et harmonisés en partenariat avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et la Direction des services de proximité en santé physique (DSPSP). Dans un souci d'assurer la protection des usagers et du personnel soignant, les différents outils ont également été revus à la suite de l'implantation des paliers d'alerte régionaux et l'émission de nouvelles recommandations par l'INSPQ concernant, notamment les symptômes associés à la COVID-19.

Ce document présente les critères retenus par la Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accueil clinique (DGAPUAC) pour l'évaluation du risque infectieux lié à la COVID-19. Par la suite, des questionnaires spécifiques aux CCS, services ambulanciers et services d'urgence ont été élaborés en fonction des facteurs suivants :

1. Le temps disponible pour effectuer le questionnaire;
2. L'expertise de l'évaluateur;
3. Les sources d'information accessibles lors de l'évaluation.

Exclusions

CCS :

Omettre le questionnaire dans les situations suivantes :

- Application de DPA pour soins urgents;
- Raccrochage urgent.

Urgences :

Omettre le questionnaire au triage si situation de détresse ou d'arrêt cardio-respiratoire (ACR) (ETG : P1)

Critères unifiés

PARTIE 1 : CONFIRMATION PAR TEST DE LABORATOIRE OU LIEN ÉPIDÉMIOLOGIQUE

****Si accessible, validation du résultat final du test de laboratoire directement par l'interrogation d'une banque de données informatique****

CCS / Services ambulanciers :

Q : Est-ce qu'il/elle a reçu un diagnostic de la COVID-19 dans les 28 derniers jours?

SI OUI : Cas CONFIRMÉ

SI NON/INCONNU : Poursuivre le questionnaire

Urgences :

Q : Est-ce qu'il/elle a reçu un diagnostic de la COVID-19 dans les 3 derniers mois?

SI NON : poursuivre le questionnaire PARTIE 2 – TABLEAU CLINIQUE

SI OUI

Q : Est-ce que la personne est considérée rétablie selon les normes établies par l'INSPQ?

OUI : Guérison. Cas NON SUSPECTÉ. Fin du questionnaire

NON : Cas CONFIRMÉ

PARTIE 2 : TABLEAU CLINIQUE

Enfant de 0 mois à 5 ans

CETTE SECTION EST FACULTATIVE DANS LES QUESTIONNAIRES DES CCS ET DES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS (TAP)

*Q : Est-ce qu'il/elle présente **UN** des symptômes ou regroupement de symptômes suivants? :*

- *Fièvre ≥ 38,5 °C (rectale);*
- *Symptômes respiratoires : toux nouvelle ou aggravée, difficulté à respirer;*
- *Rhinorrhée ou congestion nasale ou mal de gorge **ET** fièvre ≥ 38,1 °C (rectale);*
- *Douleurs abdominales, vomissements ou diarrhée **ET** fièvre ≥ 38,1 °C (rectale).*

Enfant de 5 ans et plus et l'adulte – GRILLE PRINCIPALE

*Q : Est-ce qu' il/elle présente **UN** des symptômes suivants? :*

- *Fièvre ≥ 38,1 °C buccale;*
- *Perte subite de l'odorat (anosmie), avec ou sans perte du goût (agueusie);*
- *Toux nouvelle ou aggravée;*
- *Difficulté à respirer, essoufflement (dyspnée).*

OU

*Q : Est-ce qu' il/elle présente **AU MOINS DEUX** des symptômes suivants? :*

- *Fatigue intense;*
- *Douleurs musculaires généralisées;*
- *Mal de gorge;*
- *Perte d'appétit importante;*
- *Nausées ou vomissements;*
- *Diarrhée;*
- *Douleur abdominale.*

Note : il semble que la fièvre, la détresse respiratoire, la perte subite de l'odorat et du goût sont les symptômes les plus spécifiques de la COVID-19. En présence des symptômes généraux, l'appréciation clinique tiendra compte des autres symptômes associés à la plainte principale de l'usager et à la demande de soins qui pourraient expliquer de façon évidente ces symptômes. La présence d'un lien d'exposition complètera l'évaluation du risque associé à ces symptômes.

PARTIE 3 : CRITÈRES D'EXPOSITION

Q : Est-ce qu'il/elle a eu une exposition à risque élevé ou modéré dans les 14 derniers jours?*

*Les expositions considérées à risque élevé et modéré sont :

- Personne vivant sous le même toit ou lien intime d'une personne confirmée de la COVID-19.
- Personne prodiguant des soins corporels à une personne confirmée COVID-19, ou contact avec liquides biologiques infectieux (sans port de l'ÉPI approprié).
- Contact > 15 min cumulatives à moins de 2 m avec une personne confirmée COVID-19 dans les 14 derniers jours, sans mesures de protection efficaces (masque chirurgical ou médical).
- Exposition significative (incluant un autre pays) dans un lieu public, une unité de soins hospitalière, un milieu de vie, de travail ou milieu scolaire identifié comme en éclosion par la santé publique ou la PCI locale (liste à jour nécessaire)

Note : Pour les nourrissons et les enfants, il est essentiel de questionner les contacts des parents, des milieux de garde et de la classe scolaire.

PARTIE 4 : DÉTERMINATION DU RISQUE COVID-19

	Terminologie	Résultats du triage
1)	COVID-19 Confirmé	Diagnostic de la COVID-19
2)	COVID-19 Suspecté « Risque Élevé »	Tableau clinique positif (+) + critères d'exposition positifs (+)
3)	COVID-19 Suspecté « Risque Faible ou Modéré »	Tableau clinique positif (+) + critères d'exposition négatifs (-) Tableau clinique négatif (-) + critères d'exposition positifs (+)
4)	COVID-19 Non suspecté	Tableau clinique négatif (-) + critères d'exposition négatifs (-)
5)	COVID-19 Non validé	Questionnaire impossible à compléter

Application

CCS:

- Situation 1, 2 et 3 : risque infectieux, risque COVID-19. Code 10-46
- Situation 5 : Information. L'évaluation du risque sera reprise si possible par le technicien ambulancier

Techniciens ambulanciers :

- Équipement de protection individuelle (EPI) de base en tout temps selon recommandations du directeur médical national (DMN).
- Rehaussement des EPI lors des interventions IMGA, selon recommandation DMN.

Urgences :

- L'information du préhospitalier permet la prévision de la zone et la civière à assigner à l'usager.
- L'évaluation du risque permet la sélection du type et de la section physique de l'isolement requis à l'usager. Sans créer des sous-sections physiquement distinctes dans la zone tiède, il faut, dans la mesure du possible, diminuer la proximité des usagers suspectés à « risque FAIBLE OU MODÉRÉ » des usagers à « risque ÉLEVÉ ».

Questionnaires spécifiques

Centre de communication santé (CCS) :

Se référer à *CCS - Questionnaire identification maladie infectieuse (COVID-19)*

Urgences :

Se référer à *l'Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence – COVID-19*

Services ambulanciers :

Se référer au Questionnaire identifiant la maladie infectieuse – COVID-19

Références

Direction générale adjointe de la protection de la santé publique. Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : Situation et recommandations. 2020-09-25

INSPQ. Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires. Version 7.3. 28 août 2020

INSPQ. Questionnaire des symptômes COVID-19

INSPQ. Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé. Version 8.1. 1 septembre 2020.

INESSS. Site web. Section COVID-19.

Gouvernement du Canada. Signes, symptômes et gravité de la COVID-19 : Guide à l'intention des cliniciens. 18 septembre 2020

gouvernement du Canada. Définition nationale de cas provisoire : Maladie à coronavirus (COVID-19). 2 avril 2020

Coronavirus (COVID-19)

Québec

Mise à jour: 2020-10-30

OUTIL DÉCISIONNEL POUR L'INFIRMIÈRE AU TRIAGE DE L'URGENCE

PARTIE 1 – CONFIRMATION LABORATOIRE OU CLINIQUE

- **Avez-vous reçu un diagnostic de la COVID-19 (test de dépistage positif) dans les 3 derniers mois?**

Si NON → Passer à la PARTIE 2
Si OUI dans les 10 derniers jours → Cas confirmé et passer à la PARTIE 3
Si OUI et > 10 jours → **Valider si « rétabli »** (voir Annexe 1ère puce) **: Si rétabli** → cas non suspecté et passer à la PARTIE 4 **| Si non rétabli** → cas confirmé et passer à la PARTIE 3

PARTIE 2 – CRITÈRES D'EXPOSITION ET CRITÈRES CLINIQUES

- **Avez-vous eu une exposition à risque modéré ou élevé à la COVID-19 dans les 14 derniers jours?**
  - Personne vivant sous le même toit ou partenaire intime d'une personne confirmée de la COVID-19;
  - Contact prolongé (> 15 minutes cumulatives ou continues), à moins de 2 mètres, avec une personne confirmée de la COVID-19 (sans port du masque chirurgical ou médical);
  - Personne prodiguant des soins corporels à un cas confirmé de la COVID-19 ou personnel soignant en contact direct avec un cas confirmé de la COVID-19 (sans port EPI approprié);
  - Personnel ayant eu un contact direct avec des liquides biologiques infectieux (expectorations ou crachats reçus dans le visage, les yeux, etc.);
  - Exposition dans un milieu identifié comme « en éclosion » par la santé publique (école, restaurant, résidence pour personnes âgées, milieu de travail, etc.);
  - Séjour de plus de 48h dans un centre hospitalier en éclosion (hospitalisation ou urgence);
  - Séjour de plus de 48h dans une zone considérée à risque (extérieur du Canada ou région en palier orange ou rouge lorsque la consultation a lieu dans une région verte ou jaune).

Si OUI → Cas suspecté et passer à la PARTIE 3 **| Si NON** → Passer à la question suivante

- **Avez-vous 1 des symptômes suivants :**
  - Fièvre (>38,1°C buccale)
  - Toux récente ou toux chronique exacerbée
  - Difficultés respiratoires, essoufflement (dyspnée)
  - Anosmie d'apparition brutale sans congestion nasale avec ou sans agueusie

OU au moins 2 des symptômes suivants :
- Fatigue intense
- Douleurs musculaires généralisées
- Céphalée
- Rhinorrhée
- Otalgie
- Mal de gorge
- Douleur abdominale
- Diarrhée
- Nausées ou vomissements
- Perte d'appétit importante

Pour la clientèle 0-5 ans : Est-ce que l'enfant présente un des symptômes ou regroupement de symptômes suivants?
- Fièvre ≥ 38.5 C (rectale)
- Symptômes respiratoires : toux nouvelle ou aggravée, difficulté à respirer
- Rhinorrhée ou congestion nasale ou mal de gorge **ET** fièvre ≥ 38.1 C (rectale)
- Douleurs abdominales, vomissements ou diarrhée **ET** fièvre ≥ 38.1 C (rectale)

Si OUI** → Cas suspecté et passer à la PARTIE 3 **| Si NON** → Cas non suspecté et passer à la PARTIE 4

PARTIE 3 – PRISE EN CHARGE DES CAS SUSPECTÉS *(Zone tiède)* OU CONFIRMÉS *(Zone chaude)*

1. Faire porter un masque de procédure à l'usager;
2. Placer l'usager dans une pièce individuelle avec la porte fermée si disponible, sinon à plus de 2 mètres des autres usagers (voir Annexe 2e puce pour l'orientation en zone tiède);
3. Mesures contre la transmission par gouttelettes/contact avec protection oculaire;
4. Si usagers susceptibles d'avoir une IMGA : Précautions aériennes-contact avec protection oculaire et isolement en chambre à pression négative si disponible (sinon pièce fermée).
5. **Réorientation :** Réorienter si possible les cas réorientables en clinique désignée d'évaluation (CDÉ) via RVSQ.

PARTIE 4 – PRISE EN CHARGE DES CAS NON SUSPECTÉS OU « RÉTABLIS » *(Zone froide)*

Régions en palier vert ou jaune : Tous les travailleurs de la santé qui sont à moins de 2 mètres de l'usager doivent porter un masque de procédure.
Régions en palier orange ou rouge : Tous les travailleurs de la santé qui sont à moins de 2 mètres doivent porter un masque de procédure et une protection oculaire.
Réorientation : Réorienter si possible les cas réorientables en clinique froide (à l'exception des usagers présentant tous symptômes infectieux qui doivent être redirigés vers les CDÉ).

Annexe

1. Réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de la COVID-19

Situation de l'usager « rétabli »		Prise en charge
MALADIE LÉGÈRE OU MODÉRÉE **Plus de 10 jours** après le début des symptômes	Usager COVID confirmée (test de laboratoire) • qui rencontre le délai de 10 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)	Admettre en **zone froide**
MALADIE SÉVÈRE (ADMIS À USI EN LIEN AVEC LA COVID-19) **Plus de 21 jours** après le début des symptômes	Usager COVID confirmée (test de laboratoire) • qui rencontre le délai de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)	Admettre en **zone froide**
USAGER IMMUNOSUPPRIMÉ **Plus de 21 jours et moins de 28 jours** après le début des symptômes	Usager COVID confirmée (test de laboratoire) • qui rencontre le délai de plus de 21 jours, mais moins de 28 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) • et n'ayant pas eu de test de laboratoire de contrôle	Admettre en **zone chaude** et • Attendre le délai de 28 jours après le début des symptômes puis transférer en zone froide. **OU** • Réaliser un test de laboratoire de contrôle : o Si positif : attendre le délai de 28 jours après le début des symptômes puis transférer en zone froide o Si 2 PCR négatifs (à 24 heures d'intervalle) : transférer en zone froide
USAGER IMMUNOSUPPRIMÉ **Plus de 28 jours** après le début des symptômes	COVID confirmée (test de laboratoire) • qui rencontre le délai de 28 jours, post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)	Admettre en **zone froide**

* Sans prise d'antipyrétique

2. Orientation des patients suspectés en zone tiède

Sans créer des sous-sections physiquement distinctes dans la zone tiède, il faut, **dans la mesure du possible**, diminuer la proximité des usagers suspectés à « risque FAIBLE OU MODÉRÉ » des usagers à « risque ÉLEVÉ ».

COVID-19 Suspecté « Risque Élevé »	Tableau clinique positif (+) + critères d'exposition positifs (+)
COVID-19 Suspecté « Risque Faible ou Modéré »	Tableau clinique positif (+) + critères d'exposition négatifs (-) Tableau clinique négatif (-) + critères d'exposition positifs (+)

OUTIL D'ORIENTATION POUR LE FILTRAGE À L'URGENCE

- **Avez-vous reçu un diagnostic de la COVID-19 dans les 28 derniers jours?**
- **Avez-vous été en contact avec une personne atteinte de la COVID-19 au courant des 14 derniers jours?**
- **Êtes-vous actuellement en isolement en lien avec la COVID (voyage, contact de cas, attente de résultat)?**
- **Avez-vous des symptômes de grippe ou gastro-entérite?**

Si OUI à l'UNE de ces questions → Masque de procédure et orientation vers corridor chaud

Si NON à TOUTES ces questions → Couvre-visage ou masque de procédure* et orientation vers corridor froid

*Le port du masque de procédure pour tous les usagers peut être recommandé en fonction du palier d'alerte régional et de l'évaluation de l'épidémiologie locale (voir Recommandations INSPQ).

Mise à jour : 2020-11-02

ZONES DE TRAITEMENT - URGENCE

Note : présentement la définition de cas de la COVID-19 confirmée repose sur un test de dépistage positif ou sur une confirmation par lien épidémiologique de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ou suite à un diagnostic par un médecin. Cette définition pourra être modifiée selon l'évolution de la pandémie.

En référence au Plan de contingence des urgences en situation de pandémie COVID-19, il est demandé aux différents services d'urgence de planifier et de mettre en place des secteurs dédiés dans les urgences.

Trois zones sont à identifier soit :

- **Zone froide : clientèle sans la COVID-19**
- **Zone tiède : pour les cas de la COVID-19 suspectés**
- **Zone chaude : pour les cas de la COVID-19 confirmée**

Ces informations sont notamment issues des recommandations de l'INSPQ concernant les mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée.

Il est également envisageable de mettre en place une zone dite « tampon » qui pourra être utilisée pour la clientèle froide ou tiède selon les besoins ponctuels. Il est néanmoins primordial de ne pas mélanger la clientèle tiède et froide dans une même zone « tampon ».

Le mouvement du personnel soignant n'est pas recommandé entre les zones de traitement. De plus, une attention particulière doit être portée à la clientèle vulnérable à risque de contracter la maladie (ex. : usager immunosupprimé).

Objectifs du document

Ce document vise à :

- Proposer des modalités d'adaptation et des recommandations sur l'organisation des soins et des services offerts aux urgences. Ces recommandations sont effectuées en tenant compte des aires ambulatoires, des aires des civières, des aires de choc et des secteurs dédiés à une clientèle spécifique. Ces éléments représentent les meilleures pratiques à ce jour et le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est conscient que les réalités physiques propres à chaque milieu peuvent rendre leur application plus difficile;

- Préparer les urgences à traiter la clientèle en respectant les mesures de prévention et de contrôle des infections en présence d'usagers sains (sans symptôme de la COVID-19), d'usagers avec la COVID-19 suspectée et d'usagers avec un diagnostic de la COVID-19 confirmée. Les dispositions mises en place dans les urgences visent donc la diminution de risque de contamination entre les usagers avec un diagnostic de la COVID-19 confirmée et les usagers sains ou suspectés d'un diagnostic de la COVID-19.

Contraintes

- Les configurations physiques actuelles des urgences (subdivisées en zones d'intensité et en zones spécialisées de soins) ;
- Le nombre de salles fermées (pression négative ou non) varie d'une installation à l'autre ;
- Le fait de compartimenter l'urgence en plusieurs secteurs à vocation exclusive limite les possibilités d'adaptation advenant une augmentation de l'achalandage.

Mobilité du personnel et mesures de distanciation

Le mouvement du personnel soignant n'est pas recommandé entre les zones de traitement. De plus, **la distanciation physique en tout temps entre les travailleurs de la santé est obligatoire**, et ce, indépendamment du niveau d'alerte de la région. Vous pouvez également vous référer aux recommandations émises par l'INSPQ, pour de plus amples détails concernant la hiérarchie des mesures de contrôle en milieu de travail ainsi que la prise en charge et la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé.

Mesures de protection minimales

Tous les travailleurs qui sont à moins de deux mètres d'un usager doivent porter un masque de procédure. De plus, le port d'une protection oculaire chez les travailleurs de la santé et le port du masque de procédure pour tous les usagers peuvent être recommandés en fonction du palier d'alerte régional et de l'évaluation de l'épidémiologie locale.

Mesures de protection spécifiques aux usagers avec la COVID-19 suspectée ou confirmée

Des mesures contre la transmission par **gouttelettes-contact** incluant le port d'une protection oculaire d'emblée pour les usagers à l'urgence (ambulant ou sur civière) doivent être appliquées. De plus, tous les usagers suspectés ou confirmés doivent porter un masque de procédure.

La notion de sévérité de l'état de santé est un élément de surveillance cruciale pour le traitement de la clientèle avec un diagnostic de la COVID-19 **suspectée ou confirmée**. Ainsi, dans les deux cas, en présence d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA) des précautions additionnelles **aériennes-contact** doivent être mise en place en raison du risque d'aérosolisation des particules.

En plus des éléments de protection lors de l'isolement gouttelettes/contact, les précautions **aériennes-contact** incluent :

- Le port du masque respirateur N-95 ;
- Le choix d'une salle à pression négative (en l'absence de disponibilité de chambre à pression négative, une chambre individuelle avec porte fermée est requise).

Il est alors fortement recommandé de traiter **tous les usagers instables suspectés ou confirmés en salle de choc**. Pour le choix du traitement recommandé pour les usagers instables, veuillez vous référer au *Guide de procédures techniques SOINS INTENSIFS ET URGENCE SARS-CoV-2 (COVID-19)* dans la sous-section *Procédures et protocoles*.

Les usagers avec la COVID-19 suspectée orientés vers l'aire de choc seront considérés avec un diagnostic de la COVID-19 positive à la suite des interventions d'urgence, à moins que le temps de repos de la salle de choc utilisée (changement d'air et désinfection) soit suffisant. Cette directive devra également être validée auprès de votre équipe de prévention et contrôle des infections.

Vous pouvez également vous référer à la section Prévention et contrôle des infections disponible sur le site Internet de l'INSPQ, afin d'obtenir des informations complémentaires concernant les mesures de désinfection ainsi que les équipements de protection individuelle (ÉPI) et leurs possibilités de réutilisation.

Proposition d'aménagement

Prétriage et triage :

Dans le contexte actuel, un agent de sécurité doit effectuer un premier filtrage de la clientèle afin de diriger adéquatement les personnes se présentant à l'urgence. Pour ce faire, les installations peuvent utiliser le formulaire de filtrage disponible à l'annexe 1. L'agent de sécurité a également le devoir de s'assurer du respect des mesures de protection (hygiène des mains, distanciation physique, étiquette respiratoire, port du masque si symptômes).

Par la suite, le personnel infirmier doit effectuer un prétriage en se basant sur l'Outil d'évaluation pour les infirmières au triage de l'urgence publié par le MSSS. Il est recommandé d'effectuer ce dernier à l'extérieur de l'installation afin de diminuer le déplacement des usagers. Ainsi, le garage des ambulanciers, les chambres de décontamination ou des roulottes extérieures peuvent être aménagés à cet effet. Suite au prétriage, l'usager doit être orienté vers le triage sans la COVID-19 (triage froid) ou vers le triage de la COVID-19 suspectée ou confirmée (triage chaud).

Un processus de réorientation systématique de la clientèle ambulatoire non urgente doit être mis en place, lorsque le centre hospitalier est en niveau d'alerte 3 ou 4 afin de réorienter, sur rendez-vous, les usagers de façon sécuritaire. Les usagers suspectés, confirmés (non considérés «rétablis») et ceux présentant des symptômes infectieux seront réorientés vers les cliniques désignées d'évaluation via Rendez-vous santé Québec (RVSQ) alors que les usagers sans suspicion de la COVID-19 ou considérés «rétablis» seront redirigés vers les cliniques froides.

Lorsque jugée nécessaire, l'implication des médecins spécialistes dans les cliniques externes doit être mise à profit.

À la suite de son évaluation, l'infirmière sera en mesure d'orienter les usagers non réorientés dans l'une des aires de traitement décrites ici-bas. Vous pouvez vous référer à l'annexe 2 pour visualiser l'algorithme de triage proposé.

Zone froide :

La zone froide représente la zone de traitement où sont soignés tous les usagers considérés «rétablis » ou ne présentant pas de risque infectieux lié à la COVID-19 (tableau clinique compatible ou critères d'exposition). L'urgence doit donc disposer ses lieux physiques pour la zone froide selon ces différentes déclinaisons :

- Aire ambulatoire ;
- Aire des civières ;
- Aire de choc.

Ainsi, les urgences doivent maintenir leur fonctionnement habituel en termes de services. Il est également recommandé que l'aire ambulatoire soit dans un autre secteur de l'hôpital afin de diminuer le risque de transmission nosocomiale. La superficie de l'aire ambulatoire devra également être modulée avec l'évolution de la pandémie et le nombre de consultations reliées à la COVID-19.

Les mesures de distanciation physique doivent être respectées entre les usagers dans l'aire d'attente.

Zone tiède :

La zone tiède représente la zone de traitement réservée aux usagers suspectés (tableau clinique compatible ou critères d'exposition) sans critère de sévérité. La disposition des lieux physiques de la zone tiède est la suivante :

- Aire ambulatoire ;
- Aire des civières.

Dans cette zone, l'usager doit porter un masque de procédure en tout temps et être installé dans une pièce individuelle avec la porte fermée. La contingence de l'urgence peut rendre l'application de cette recommandation impossible. Dans ce cas, il est essentiel de cohorter séparément les usagers confirmés, les usagers suspectés et les usagers sains.

Si deux cas suspectés sont placés dans la même pièce, il est obligatoire de garder une séparation physique (ex. : rideaux fermés) ou de maintenir une distance minimale de deux mètres entre eux (port du masque de procédure recommandé pour les usagers dans les deux cas). Des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette dédiée (ou chaise d'aisance dédiée) doivent également être prévus pour chaque usager. Comme mentionné plus haut, une attention particulière devra également être portée aux usagers ayant des besoins de protection supplémentaire (ex. : usager immunosupprimé).

Finalement, sans créer des sous-sections physiquement distinctes dans la zone tiède, il faut, dans la mesure du possible, diminuer la proximité des usagers suspectés considérés à « risque FAIBLE OU MODÉRÉ » des usagers considérés à « risque ÉLEVÉ ».

COVID-19 Suspecté « Risque Élevé »	Tableau clinique positif (+) + critères d'exposition positifs (+)
COVID-19 Suspecté « Risque Faible ou Modéré »	Tableau clinique positif (+) + critères d'exposition négatifs (-) Tableau clinique négatif (-) + critères d'exposition positifs (+)

Les mesures de précautions additionnelles par **gouttelettes-contact** avec une protection oculaire sont essentielles pour cette zone. Ainsi, le port de la blouse à manche longue, de protection oculaire et d'un masque de procédure est nécessaire pour la protection du personnel soignant dans cette zone. Il est également essentiel de changer la blouse et les gants (masque ou protection oculaire lorsque souillé) entre chaque usager.

Zone chaude :

La zone chaude représente la zone de traitement réservée aux usagers avec un diagnostic de la COVID-19 confirmée. Celle-ci se décline comme suit :

- Aire ambulatoire ;
- Aire des civières ;
- Aire de choc (risque d'aérosols).

Les mesures de précautions additionnelles sont les mêmes que pour la clientèle avec un diagnostic de la COVID-19 suspectée, soit par **gouttelettes-contact** avec protection oculaire. Les EPI sont donc les mêmes pour la zone tiède et la zone chaude. De plus, le principe de cohorte doit être respecté de façon stricte afin d'empêcher la transmission communautaire de la clientèle de la zone tiède.

ANNEXE 1 : Outil d'orientation pour le filtrage à l'urgence

Santé et Services sociaux Québec

2020-10-30

OUTIL D'ORIENTATION POUR LE FILTRAGE À L'URGENCE

- **Avez-vous reçu un diagnostic de la COVID-19 dans les 28 derniers jours?**
- **Avez-vous été en contact avec une personne atteinte de la COVID-19 au courant des 14 derniers jours?**
- **Êtes-vous actuellement en isolement en lien avec la COVID (voyage, contact de cas, attente de résultat)?**
- **Avez-vous des symptômes de grippe ou gastro-entérite?**

Si OUI à l'UNE de ces questions → Masque de procédure et orientation vers corridor chaud

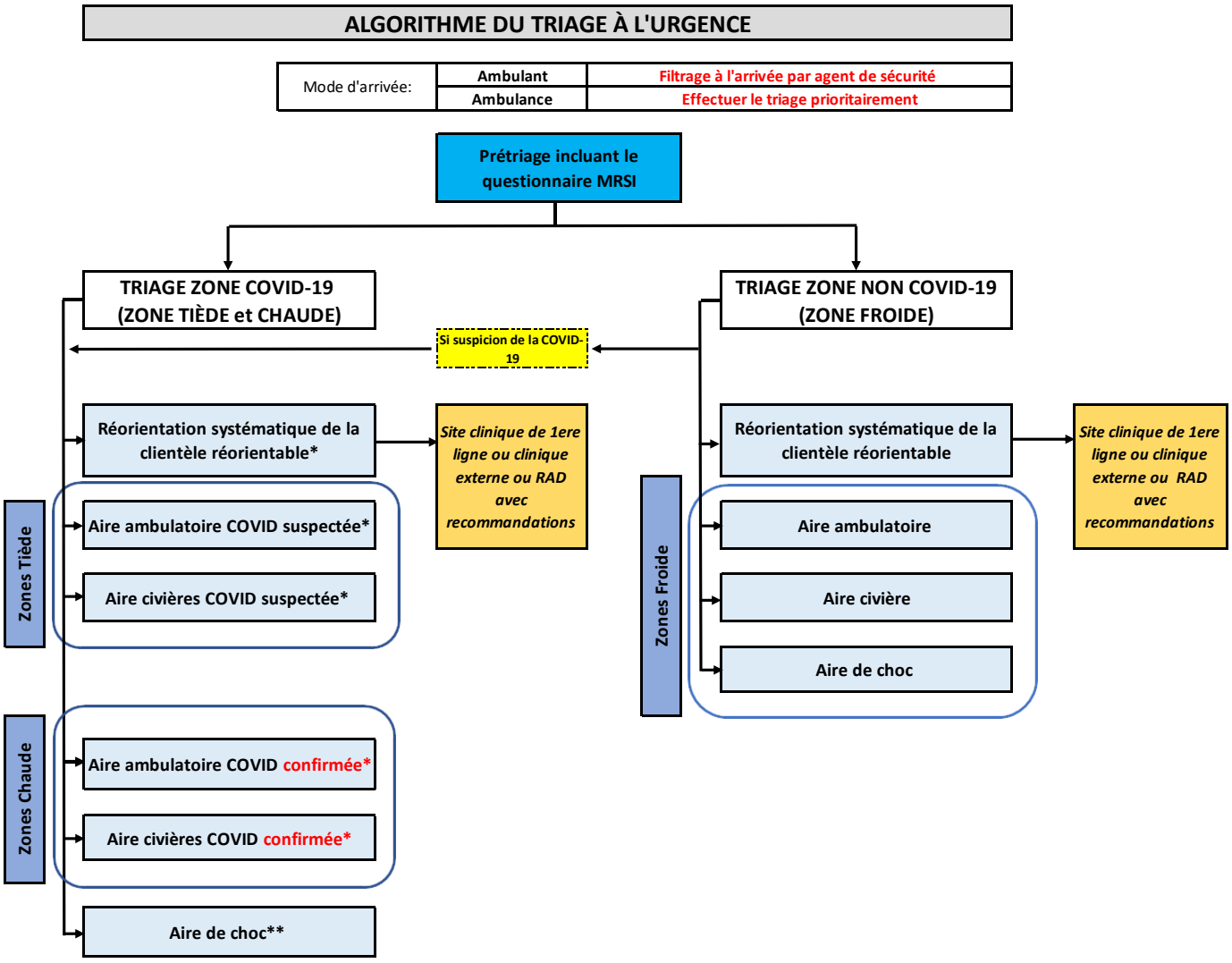
Si NON à TOUTES ces questions → Couvre-visage ou masque de procédure* et orientation vers corridor froid

*Le port du masque de procédure pour tous les usagers peut être recommandé en fonction du palier d'alerte régional et de l'évaluation de l'épidémiologie locale (voir Recommandations INSPQ).

ANNEXE 2 : Algorithme de prétriage et triage

Santé et Services sociaux Québec

2020-10-30



RAD = Retour à domicile

*Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire pour les usagers suspectés ou confirmés de la COVID-19
**Précaution additionnelles aériennes-contact avec protection oculaire pour les usagers suspectés ou confirmés de la COVID-19 lors d'une IMGA

Toujours se référer aux dernières recommandations en contrôle et prévention des infections:
https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections

Émission :	16-11-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-008

Catégorie(s) : ✓ Dépistage

Cibles et modalités d'accès au dépistage

Première diffusion

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) – Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux (DGAASPEM)**	**Destinataires :**	Tous les établissements publics (CISSS, CIUSSS, établissements non fusionnés) – Directeurs des services professionnels (DSP); – Chefs des Départements régionaux de médecine générale (DRMG).

Directive	
Objet :	En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 dans le monde et de l'augmentation de cas d'infection au Québec, les soins et les services offerts doivent être adaptés pour tenir compte de ce contexte exceptionnel. Les mesures proposées balisent les cibles et les modalités d'accès au dépistage de même que les activités de communication et de reddition de compte attendues.
Mesures à implanter :	✓ Cibles d'accès au dépistage ✓ Éligibilité au service de dépistage ✓ Adaptation de l'offre de service de dépistage ✓ Priorisation du dépistage ✓ Trajectoire pour les travailleurs de la santé et des services sociaux ✓ Trajectoire pour un dépistage avant une admission ou une chirurgie ✓ Trajectoire pour les personnes voyageant vers une région isolée ✓ Ressources humaines ✓ Communication de l'offre de service à la population ✓ Mesure des délais d'attente en sans rendez-vous et valise de garde ✓ Formulaire GESTRED 44500

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : N/A	
Direction ou service ressource :	**Direction des services de proximité en santé physique**
Documents annexés :	• Cibles et modalités d'accès au dépistage

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

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

Émission :	16-11-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-008

Directive

Cibles d'accès au dépistage

- Le délai d'accès à un dépistage sur rendez-vous doit être inférieur à 24 heures.
- Le délai d'attente sur un site de dépistage sans rendez-vous doit être inférieur à deux (2) heures.
- La divulgation du résultat doit être réalisée à l'intérieur des délais suivants :
  - moins de 12 heures pour les travailleurs de la santé et des services sociaux;
  - moins de 24 heures pour les citoyens symptomatiques ou ayant été en contact avec un cas confirmé;
  - moins de 48 heures dans les autres situations.
- Afin d'atteindre ces cibles, les prélèvements doivent être acheminés sans délai au laboratoire.

Éligibilité au service de dépistage

- Les tests de dépistage de la COVID-19 sont couverts pour toutes les personnes présentes sur le territoire du Québec, qu'elles aient une carte d'assurance maladie ou non.
- Les cliniques désignées de dépistage (CDD) doivent dépister les citoyens qui ne résident pas dans leur territoire et qui en feraient la demande.

Adaptation de l'offre de service de dépistage

- Advenant une augmentation significative de la demande, les établissements sont tenus d'adapter leur offre de services de dépistage selon les stratégies les plus adaptées à leur réalité, par exemple :
  - par un élargissement des horaires d'ouverture;
  - par l'ajout de personnel;
  - par la conversion d'une offre sur rendez-vous en sans rendez-vous.
- Les établissements doivent de plus maintenir une offre de service de dépistage adéquate les fins de semaine, les jours fériés et tout au long de la période des fêtes.

Priorisation du dépistage

Les établissements doivent connaître et appliquer les balises de priorisation du dépistage ainsi que la fréquence de dépistage prescrite à des fins d'enquête et de contrôle des éclosions ou pour protéger des milieux vulnérables. Ces balises et recommandations sont élaborées et mises à jour par la Direction générale de la Santé publique et disponibles sur le site Internet du MSSS :

- La classification dans l'accès au TAAN
- Utilisation des tests selon les paliers d'alerte

Référence : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/depistage/

Trajectoire pour les travailleurs de la santé et des services sociaux

Afin d'éviter des bris de services, tous les travailleurs de la santé et des services sociaux, qu'ils soient à l'emploi du réseau public ou du secteur privé, ainsi que leurs contacts domiciliaires (même adresse de résidence ou en garde partagée d'enfants), doivent bénéficier d'une trajectoire permettant d'accélérer leur processus de dépistage.

Les établissements visés par cette directive sont responsables de mettre en place les mécanismes nécessaires, soit :

- Une modalité d'accès sans attente :
  - via les lieux de dépistage communautaires habituels;
  - via des cliniques pour les employés du réseau, avec la collaboration des bureaux de santé.
- Une communication des résultats en moins de 12 heures.
- Un transport fréquent des échantillons vers les laboratoires.
- Une entente avec un laboratoire serveur pour établir des corridors afin d'accélérer le traitement du prélèvement.

Les établissements sont également responsables de communiquer cette offre de service et les modalités d'accès aux personnes ciblées de leur région.

Trajectoire pour un dépistage avant une admission ou une chirurgie

Une trajectoire doit être mise en place pour les patients ambulatoires ou hospitalisés sans symptômes compatibles avec la COVID-19 qui subiront une greffe, seront admis dans les unités de soins aigus, subiront une procédure immunosuppressive (radiothérapie, oncologie) ou encore pourraient nécessiter une intubation ou une bronchoscopie afin qu'ils puissent être dépistés 24 à 48 heures avant la date prévue de leur admission.

Trajectoire pour les voyageurs allant vers les régions isolées

La priorité de dépistage *M18 – Personne sans symptômes compatibles de la COVID-19 dans le cadre de l'application de programmes de gestion des entrées dans les régions isolées* vise à préserver les communautés éloignées.

- L'utilisation de ce code de priorité (M18) doit être réservée exclusivement aux personnes devant être dépistées avant de visiter des régions isolées suivantes :
  - Basse-Côte-Nord et certaines communautés isolées (Harrington Harbour, Anticosti, une partie de la Minganie, MRC du Golfe, Schefferville et communauté de Naskapi);
  - Nord du Québec;
  - Terres-Cries de la Baie-James;
  - Nunavut.
- Une trajectoire doit être définie pour cette clientèle afin d'assurer la disponibilité du résultat dans les délais prescrits, avant la date prévue de départ.

Ressources humaines

Afin de vous aider à bonifier l'offre de service de dépistage, nous vous invitons à consulter les arrêtés ministériels autorisant certains professionnels à effectuer des prélèvements dans le contexte de dépistage de la COVID-19 à la condition d'avoir suivi une formation à cet effet dispensée sous l'autorité du directeur des soins infirmiers de l'établissement. Ils sont inscrits dans les arrêtés ministériels 2020-034, 2020-039 et 2020-087.

Communication de l'offre de service à la population

Votre établissement doit utiliser tous les moyens à sa disposition pour communiquer son offre de service de dépistage à la population de son territoire.

Tout ajustement à l'offre de service en dépistage doit également être communiqué à la Direction des services de proximité en santé physique par le biais d'un formulaire disponible dans TEAMS, afin d'assurer que le portrait général de cette offre soit maintenu à jour et que ces informations soient diffusées à la population sur le site Quebec.ca (outil d'autoévaluation).

Émission :	16-11-2020	Mise à jour :	

Mesure des délais d'attente en sans rendez-vous et valise de garde

Afin de suivre et de rendre disponible aux citoyens l'information concernant les délais d'attente dans vos sites sans rendez-vous, il est indispensable que les responsables de vos établissements transmettent les informations requises par le biais de la valise de garde, et ce, à chaque heure demandée. Pour toute question ou ajustement relatifs à cet outil, nous vous invitons à contacter le Centre de services, à l'adresse suivante : 00_SOG_Centre_de_services@ssss.gouv.qc.ca.

Formulaire GESTRED 44500

Le formulaire 44500 est à compléter tous les jours pour communiquer l'offre de service de dépistage communautaire par site (heures, capacité et modalité) et le volume de dépistage réalisé.

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	17-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-017.REV1

Catégorie(s) :
- ✓ Jeunes en difficulté
- ✓ Contact
- ✓ Visite
- ✓ Sortie
- ✓ Algorithme

Algorithme décisionnel concernant les contacts et visites d'un jeune hébergé

Remplace la directive émise le 5 octobre 2020 (non codifiée)

Expéditeur :	**Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)**
Destinataire :	Tous les CISSS et les CIUSSS • Directeurs des programmes jeunesse • Directeurs de la protection de la jeunesse

Directive	
Objet :	Algorithme décisionnel concernant les contacts et visites d'un jeune hébergé
Mesures à implanter :	L'algorithme décisionnel détaille le processus établi pour aider à la prise de décision quant aux contacts entre un jeune hébergé en ressource intermédiaire ou de type familial ou en centre de réadaptation et la personne désignée. Il s'agit d'une mise-à-jour mineure de la directive émise le 5 octobre 2020. Les modifications sont surlignées en jaune

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes :	
Direction ou service ressource :	Boîte corporative de la Direction générale adjointe des services à la famille, à l'enfance et à la jeunesse : dgasfej@ssss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	1. Directive DGPPFC-017.REV1.

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Chantal Maltais

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

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	17-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle **DGPPFC-017.REV1**

Directive

ALGORITHME DÉCISIONNEL CONCERNANT LES CONTACTS ET VISITES D'UN JEUNE HÉBERGÉ

L'algorithme décisionnel s'inscrit dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire décrété par le gouvernement du Québec, le 13 mars 2020, et des directives de la Direction générale de la santé publique (DGSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19.

Il se conforme aussi à l'arrêté ministériel 2020-006, du 19 mars 2020, précisant que « sont suspendues les conclusions d'une décision ou d'une ordonnance rendue par la Cour du Québec, ordonnant tout contact en présence physique de l'enfant avec ses parents, ses grands-parents ou toute autre personne, dans la mesure où le directeur de la protection de la jeunesse considère, suivant les recommandations de santé publique, que ces conclusions ne peuvent être respectées d'une façon qui protège la santé de la population dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Le directeur de la protection de la jeunesse doit, lorsque possible, prévoir d'autres modalités de contact sécuritaire par tout moyen jugé utile, notamment des moyens technologiques. Le directeur de la protection de la jeunesse doit permettre l'exécution des conclusions dès qu'elles peuvent être appliquées sans représenter une menace à la santé de la population. »

Dans le présent document, l'expression « la personne désignée » fait référence « aux parents, grands-parents ou à toute autre personne », comme il est mentionné dans l'arrêté ministériel susmentionné.

L'algorithme décisionnel détaille le processus établi pour aider à la prise de décision quant aux contacts entre un jeune hébergé (en ressource intermédiaire ou de type familial ou en centre de réadaptation), ci-après « milieu d'hébergement », et la personne désignée. Aux fins de l'algorithme, pour des besoins de simplification, la présente concerne aussi les jeunes confiés à un parent dont les modalités de contact sont ordonnées dans une décision de la Cour du Québec avec son autre parent ou une autre personne.

Principe directeur

Assurer une gestion de risque responsable en tenant compte de la protection de la santé de la population, tout en considérant le meilleur intérêt de l'enfant et le respect de ses droits (et ceux de la personne désignée).

1re étape : Documentation des facteurs de risque

Trois éléments sont à prendre en considération.

Facteurs de risque associés à la COVID-19

- Les questions suivantes concernant l'enfant, la personne désignée et le milieu d'hébergement permettront de documenter les facteurs de risque :
    - **L'un d'eux a-t-il reçu un diagnostic de COVID-19 ou est-il en attente du résultat d'un test de détection pour la COVID-19?**
    - **L'un d'eux est-il en contact étroit (par exemple : vivant sous le même toit) avec une personne ayant eu un diagnostic de COVID-19?**
    - **L'un d'eux a-t-il voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours?**
    - **L'un d'eux a-t-il un ou des symptômes associés à la COVID-19**
        - **fièvre;**

- **apparition ou aggravation d'une toux;**
- **difficultés respiratoires;**
- **perte d'odorat soudaine sans congestion nasale, avec ou sans perte de goût**
- **nez qui coule ou congestion nasale;**
- **vomissements, seulement chez l'enfant;**
- **maux de ventre, seulement chez l'enfant;**
-

Facteurs de risque associés à la santé globale des individus

- L'état de santé des personnes présentes dans les milieux de vie concernés, soit le milieu de la personne désignée et le milieu d'hébergement, devra être documenté.
- Les facteurs de vulnérabilités concernant la complication à la COVID-19 reconnus à ce jour sont les suivants:
  - Personnes de 70 ans et plus
  - Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosupression.pdf)
  - Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. (référer à la page 4 de cet avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf)
  - Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40)
  - Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires)

- Ces situations particulières doivent être prises en considération dans l'évaluation des facteurs de risque.

Facteurs de risque associés au milieu familial de la personne désignée

- Le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) déterminera également si les mesures minimales requises pour assurer la santé et la protection des personnes et du public sont garanties en regard de la COVID-19 :
  - environnement physique, par exemple : grandeur du logement, proximité, conditions de vie à la maison, etc.;
  - mode de vie de la personne désignée, par exemple : problèmes de toxicomanie, d'itinérance, de négligence quant aux soins à donner à l'enfant, etc.;
  - vulnérabilité de l'usager;
  - capacité de la personne désignée de mettre en place au moment de la visite, les mesures de protection recommandées pour diminuer les risques de contagion ou de contamination (en s'assurant d'être à jour sur les mesures les plus récentes recommandées par la santé publique) :
- Consignes sanitaires générales (pour tous, en tout temps)

  Hygiène des mains
  - Se laver souvent les mains avec de l'eau et du savon pendant au moins 20 secondes. (https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-207-03F.pdf)
  - Utiliser une solution hydroalcoolique (60 % ou plus) s'il n'y a pas d'accès à de l'eau et à du savon.

  Hygiène et étiquette respiratoire
  - Tousser et éternuer dans le creux du bras et non dans les mains. (https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-207-01F.pdf)
  - Jeter immédiatement dans une poubelle tout mouchoir en papier utilisé et se laver les mains par la suite.
  - Éviter de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées.

  Mesures de distanciation physique
  - Suivre les consignes gouvernementales sur les rassemblements privés selon les différents paliers d'alerte Garder une distance de 2 mètres entre les personnes si vous quittez votre domicile.
- Consignes spécifiques pour les sorties ou visites
  - À l'arrivée au lieu de rencontre, se laver les mains avec de l'eau et du savon (durant 20 secondes) ou avec une solution désinfectante à base d'alcool (par exemple : Purell).

- Nettoyer et désinfecter, avant et après la rencontre, les objets et les surfaces touchés fréquemment tels que poignées de porte, robinets, interrupteurs, rampes d'escalier et toilettes. (https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement/nettoyage-surfaces)

Se laver les mains après le contact avec une de ces surfaces.

- Se laver les mains en sortant du lieu de rencontre.

Facteurs de risque associés aux conséquences de la suspension de contacts

- Dans le contexte où les mesures sanitaires mises en place par le gouvernement s'étirent dans le temps, il devient important d'évaluer les conséquences d'une suspension de contacts pour l'enfant. Divers facteurs peuvent ainsi être pris en considération, notamment :
  - le projet de vie de l'enfant (contexte du placement, sa durée et sa projection dans le temps, l'éventualité d'un retour dans le milieu familial, etc.);
  - la signification du contact pour l'enfant (déroulement, sens accordé au contact, comment il le vit, qualité du lien, attachement, etc.);
  - la notion de temps (âge de l'enfant, temps écoulé depuis le dernier contact, etc.);
  - les modalités habituelles de contacts (nature, fréquence, durée, supervision ou non, environnement physique, etc.);
  - les enjeux relationnels et de continuité de la figure parentale (attachement, état des contacts depuis la COVID-19, mesures alternatives, niveau de détresse de l'enfant, etc.).

2e étape : Appréciation du risque avec la personne désignée et Application de la décision

Le DPJ procédera ensuite, avec la personne désignée, à l'évaluation de la situation et des facteurs de risque ainsi qu'à la prise de décision quant au contact et ses modalités, à partir des dimensions évaluées précédemment :

- les facteurs associés à la COVID-19;
- les facteurs associés à la santé globale des individus;
- les facteurs associés au milieu familial de la personne désignée : capacité de mettre en place les conditions minimales requises à la situation précise;
- les facteurs de risque associés aux conséquences de la suspension de contacts.

Jusqu'à indication contraire :

- **Pour toutes les situations, il sera possible pour la personne désignée et le DPJ de conclure une entente sur des modalités différentes de celles prévues, y compris celles ordonnées par la Chambre de la jeunesse ou de la Cour supérieure. Certaines personnes désignées pourraient en effet demander ou consentir à modifier les contacts vu le contexte de la COVID-19.**
- **Si les mesures de prévention et de protection minimales ne peuvent être garanties ou assurées, le DPJ pourra suspendre temporairement un contact, y compris celui prévu dans le cadre d'une ordonnance. Cette décision devra toutefois être réévaluée selon l'évolution de la situation.**

Trois situations possibles :

1. **Présence d'un facteur de risque associé à la COVID-19 (si la réponse est OUI à l'une des questions posées à la 1re étape)**

Le contact physique (visite, sortie dans le milieu) n'est pas possible advenant la présence d'une personne répondant à ces critères, que ce soit l'enfant, la personne désignée ou le milieu d'hébergement (c'est-à-dire s'il y a une réponse positive à l'une des questions des facteurs de risque associés à la COVID-19), et ce, pour la durée de la période de contagion, soit :

- pour les personnes ayant des symptômes : 10 jours depuis le début des symptômes, amélioration des symptômes aigus depuis 24 heures (sauf une toux résiduelle et la perte de l'odorat qui peuvent persister) et absence de fièvre depuis 48 heures sans prise d'antipyrétiques (consultez le document suivant : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/consignes-isolement-personne-symptomatique-covid-19/);

- délai de 14 jours depuis la dernière exposition à risque élevé à un cas de COVID-19 ou 14 jours depuis le retour de voyage, même si le résultat d'un test est négatif ;
- =résultat de COVID-19 positif: délai de 10 jours depuis le début des symptômes ou depuis le test si asymptomatique. Si symptomatique, il doit aussi avoir amélioration des symptômes aigus depuis 24 heures (sauf une toux résiduelle et la perte de l'odorat qui peuvent persister) et absence de fièvre depuis 48 heures sans prise d'antipyrétiques.

Au terme de ce délai, la situation pourra être réévaluée et, le cas échéant, une nouvelle décision pourra être appliquée en fonction de l'évolution de la situation.

Des alternatives virtuelles devront être proposées pour permettre le maintien du lien (par exemple : vidéoconférence, téléphone).

2. Présence d'un facteur de risque

La capacité de la personne désignée à mettre en application les mesures de prévention et de protection minimales de la santé publique sera prise en considération dans la décision du DPJ (elles sont précisées plus haut).

a. Présence d'un facteur de risque, avec capacité de la personne désignée à appliquer les mesures minimales de prévention et de protection

Le contact peut avoir lieu, mais la personne qui présente un facteur de risque de complication associé à la santé doit rester à 2 mètres de toute autre personne. Sinon, la personne qui s'en approche devra porter un masque ou un couvre-visage. Cependant, le couvre-visage maison n'est pas obligatoire pour un enfant de moins de 10 ans.

b. Présence d'un facteur de risque, avec limite dans la capacité de la personne désignée à appliquer les mesures minimales de prévention et de protection

Étant donné la limite dans la capacité de la personne désignée ou de son impossibilité d'offrir un milieu approprié, il y aura lieu d'offrir des alternatives au contact (en nature, lieu, durée), par exemple :

- un contact dans un milieu offrant une garantie de diminution des risques de contagion ou de contamination (par exemple : chez un tiers en mesure d'assurer les mesures d'hygiène, dans un organisme communautaire, etc.);
- une sortie à l'extérieur (par exemple : marche, parc, etc.);
- une alternative virtuelle (par exemple : vidéoconférence, téléphone).

Dans le contexte de la prolongation des mesures de prévention émises par le gouvernement, il est important d'apprécier la valeur relative de chacun des facteurs de risque afin de déterminer lesquels ont préséance ou sont moins dommageables.

Malgré les limites d'un parent à offrir des garanties minimales de prévention, un contact physique pourrait ainsi être autorisé lorsque les conséquences de la suspension des contacts sont jugées plus dommageables pour l'enfant (par exemple : enfant en détresse de cette rupture de lien, impact possible sur le plan de l'attachement, la suspension nuit au processus de retour dans le milieu, etc.). Il faudrait alors établir une modalité de contact adaptée à la situation, mais qui assure en même temps la protection de la santé de la population (par exemple : supervision de contact avec lavage de mains préalable, port du masque ou autres mesures sanitaires).

3. aucun facteur de risque identifié

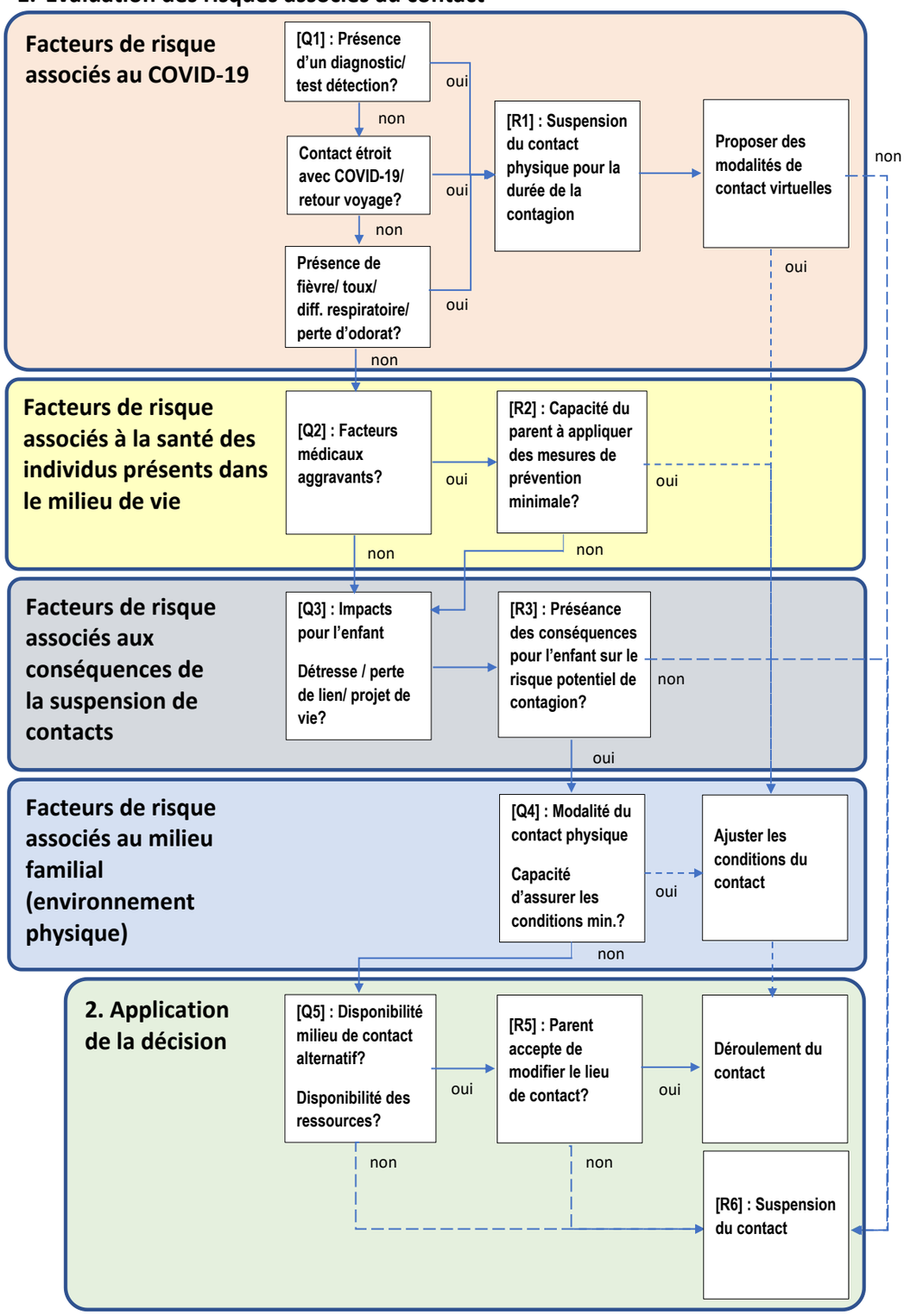
Le contact se maintient, selon l'entente avec la personne désignée.

Émission :	05-10-2020	**Mise à jour :**	17-11-2020

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	17-11-2020

ALGORITHME DÉCISIONNEL

1. Évaluation des risques associés au contact



20-210-290W

Québec

Émission :	17-11-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-030

Catégorie(s) :
- ✓ Équipements de protection individuels
- ✓ Dépistage
- ✓ Milieux de vie
- ✓ Santé mentale
- ✓ Psychiatrie légale

Directives ministérielles en santé mentale et psychiatrie légale

Première diffusion

Expéditeur :	**Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)**

Destinataire :	Tous les établissements du RSSS • Directions santé mentale-dépendance-itinérance • Départements de psychiatrie

Directive	
Objet :	La situation pandémique continuera d'évoluer de manière variable selon les régions entrainant des enjeux différents pour la population et les établissements offrant des services à la clientèle en santé mentale. Les directives ministérielles en santé mentale et psychiatrie légale visent à planifier les soins et services en santé mentale en contexte de pandémie.
Mesures à implanter :	✓ Maintien, renforcement et adaptation des services en fonction du niveau d'alerte ✓ Promotion de certaines activités en situation pandémique ✓ Adaptation de l'offre de service aux consignes de la santé publique ✓ Adaptation des services offerts en groupe ✓ Accentuation des liens de collaboration et de soutien avec les partenaires ✓ Mesures de soutien pour les familles, les proches aidants et le personnel

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction générale adjointe des services de santé mentale, dépendance et itinérance** Faqinfocovid19@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Guide d'accompagnement à la planification des services de santé mentale et de psychiatrie légale essentiels en contexte de pandémie du coronavirus (COVID-190 ✓ Annexe 1 : Fiche santé mentale – complément d'information en lien avec les niveaux d'alerte pandémique : Suivi intensif dans le milieu (SIM), Suivi d'intensité variable (SIV), *Flexible Assertive Community Treatments* (FACT) et Programmes d'intervention pour les premiers épisodes psychotiques (PIPEP) ✓ Annexe 2 : Fiche santé mentale : Services spécialisés et hôpitaux de jour de santé mentale adulte et jeunesse ✓ Annexe 3 : Fiche santé mentale- Services spécifiques de santé mentale adulte et jeunesse

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Chantal Maltais

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Version : 17-11-2020

GUIDE DE RÉORGANISATION ET DE DÉLESTAGE DES ACTIVITÉS SELON LES NIVEAUX D'ALERTE DES ÉTABLISSEMENTS

DIRECTION GÉNÉRALE DES PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS[1]

PROGRAMME-SERVICES SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE LÉGALE :

RÉORGANISATION DES SERVICES PRÉVUE DANS LE RSSS SELON LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

<table>
<tr><th></th><th>Niveau d'alerte 1</th><th>Niveau d'alerte 2</th><th>Niveau d'alerte 3</th><th>Niveau d'alerte 4</th><th>Particularités en cas d'éclosion dans certains milieux</th></tr>
<tr><td colspan="6">Santé mentale - Services spécifiques et Guichet d'accès en santé mentale (adultes et jeunesse)</td></tr>
<tr><td>Conditions cliniques prioritaires</td><td>Usagers à risque faible, modéré et élevé (dépression et troubles anxieux, désorganisation psychotique, dangerosité pour elle-même ou pour autrui)</td><td>Usagers à risque, modéré et élevé (dépression et troubles anxieux, désorganisation psychotique, dangerosité pour elle-même ou pour autrui))</td><td>Usagers à risque, modéré et élevé (dépression et troubles anxieux, désorganisation psychotique, dangerosité pour elle-même ou pour autrui)

Usagers devant quitter un lit d'hospitalisation en psychiatrie</td><td>Usagers à risque, élevé seulement (dépression et troubles anxieux, désorganisation psychotique, dangerosité pour elle-même ou pour autrui)

Usagers devant quitter un lit d'hospitalisation en psychiatrie</td><td rowspan="2">Maintenir les enfants stables dans leurs milieux afin d'éviter les visites à l'urgence, les hospitalisations en unités de pédopsychiatrie ou tout signalement ou tout placement à la DPJ.</td></tr>
<tr><td colspan="4">En cas de difficulté à maintenir l'offre de service, en raison de l'absence d'intervenant, prioriser le report des interventions ayant le moins d'impacts cliniques. La priorisation doit être effectuée en fonction du jugement clinique des intervenants et sur la base des facteurs de risques vécus par la personne :
- Mettre à contribution le réseau significatif et les membres de l'entourage des usagers;
- S'assurer de la mise en place d'un filet de sécurité, en collaboration avec les organismes de la communauté, en portant une attention particulière à leur capacité;
- Maintenir un contact avec l'usager de manière régulière et au besoin.</td></tr>
<tr><td>Activités essentielles
– santé mentale
adultes et jeunesse</td><td>Toutes les activités sont considérées essentielles</td><td>Maintien des rencontres et suivis en privilégiant la téléconsultation.</td><td>Maintien des rencontres et des suivis en téléconsultation sauf en ce qui a trait à des situations</td><td>Maintien des rencontres et des suivis en téléconsultation sauf en ce qui a trait à des situations</td><td></td></tr>
</table>

[1] *Malgré l'illustration statique du document, la création des communautés de pratique en santé mentale, dans toutes les régions du Québec, permettent d'ajuster les requis, selon la dynamique de l'évolution de la situation pandémique. L'accompagnement opérationnelle du DNSSMPL et l'équipe de la DGASSMDI, au quotidien, permet un ajustement rapide face aux difficultés éventuelles et une réponse aux obstacles, à tous les niveaux d'alerte pandémique.*

	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Particularités en cas d'éclosion dans certains milieux
Santé mentale - Services spécifiques et Guichet d'accès en santé mentale (adultes et jeunesse)					
		Maintien des groupes en présence ou en téléconsultation (selon la situation et les besoins), selon les règles de santé publique en vigueurs. Adapter le contenu si nécessaire. Si l'adaptation du contenu d'un groupe n'est pas possible, prévoir des rencontres individuelles en remplacement ou des stratégies d'autosoins. Rencontre en personne (en installation ou à domicile) pour les personnes présentant des risques modérés ou élevés de détérioration. Maintenir les suivis d'injectables et les prélèvements (clozapine, etc.). Appels téléphoniques de repérage effectués auprès de l'ensemble de la clientèle.	particulières. Envisager l'utilisation de stratégies d'autosoins pour les personnes présentant moins de facteurs de risque. Rencontres en personne possibles (individuelles ou de groupes, en installation ou à domicile) pour les personnes présentant des risques modérés ou élevés de détérioration. Maintien des groupes en présence ou en téléconsultation, selon les règles de la santé publique en vigueurs. Adapter le contenu si nécessaire. Si l'adaptation du contenu d'un groupe n'est pas possible, prévoir des rencontres individuelles en remplacement ou des stratégies d'autosoins. Maintenir les suivis d'injectables et les prélèvements (clozapine, etc.). En fonction de la capacité de l'équipe à maintenir l'offre de	particulières. Envisager l'utilisation de stratégies d'autosoins pour les personnes présentant moins de facteurs de risque. Rencontres en personne possibles (en installation ou à domicile) pour les personnes présentant des risques modérés ou élevés de détérioration. Préconiser les activités individuelles. Les activités de groupe cliniques/thérapeutiques en présentiel sont permises, en respect des règles de santé publique en vigueur. Maintenir les suivis d'injectables et les prélèvements (clozapine, etc.). Prévoir un suivi téléphonique ou en téléconsultation adapté auprès des personnes dont les interventions ont été reportées.	

	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Particularités en cas d'éclosion dans certains milieux
Santé mentale - Services spécifiques et Guichet d'accès en santé mentale (adultes et jeunesse)					
			service, prioriser le report d'activités cliniques causant le moins de préjudices pour la personne. Prévoir un suivi téléphonique adapté auprès des personnes dont les interventions ont été reportées.		
Activités essentielles - Guichet d'accès en santé mentale adultes et jeunesse	Les activités des guichets d'accès en santé mentale adulte et jeunesse sont maintenues en intégralité. Privilégier l'utilisation de la téléconsultation, y compris en ce qui concerne les évaluations, sauf en ce qui a trait à des situations particulières (personnes sans téléphones, facteurs de risques multiples, personnes ayant besoin d'un interprète, etc.) dans le respect des mesures sanitaires.				
Ressources essentielles	Équipe complète	• Mobiliser tous les membres de l'équipe afin d'optimiser et d'intensifier les activités d'accès aux services en santé mentale. Selon le taux d'absentéisme, envisager de recevoir du renfort d'autres équipes afin d'assurer un ratio minimal d'intervenants (50 %). Dans la mesure du possible, privilégier le même intervenant lors des interventions.			

	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Particularités en cas d'éclosion dans certains milieux
Santé mentale - Services spécialisés et Hôpitaux de jour (adultes et jeunesse)					
Conditions cliniques prioritaires	Usagers à risque faible, modéré et élevé (dépression et troubles anxieux, désorganisation psychotique, dangerosité pour elle-même ou pour autrui).	Usagers à risque modéré ou élevé (dépression chronique et troubles anxieux qui nuit au fonctionnement, désorganisation psychotique, dangerosité pour elle-même ou pour autrui). Toute personne présentant une combinaison de facteurs de risques pouvant mener à une détérioration de sa condition de santé mentale. Famille à risque (violence conjugale et familiale, désorganisation).	Usagers à risque modéré ou élevé (désorganisation psychotique, dangerosité pour elle-même ou pour autrui). Usagers présentant des troubles concomitants. Usagers sous clozapine. Usagers de plus de 70 ans ou présentant une condition physique augmentant le risque de contracter la COVID-19. Symptômes actifs d'un trouble mental avec désorganisation importante du fonctionnement général. Isolement social important. Troubles cognitifs. Famille à risque élevé (violence conjugale et familiale, désorganisation).	Usagers à risque élevé (désorganisation psychotique, dangerosité pour elle-même ou pour autrui). Usagers présentant des troubles concomitants. Usagers sous clozapine. Isolement social important. Troubles cognitifs. Famille à risque élevé (violence conjugale et familiale, désorganisation). Jeunes et adolescents avec trouble grave du comportement.	

	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Particularités en cas d'éclosion dans certains milieux
Santé mentale - Services spécialisés et Hôpitaux de jour (adultes et jeunesse)					
			Jeunes et adolescents avec trouble grave du comportement.		
Activités essentielles	Toutes les activités des services spécialisés et des hôpitaux de jour sont considérées essentielles, en les adaptant aux consignes de la santé publique.	Maintien des rencontres et suivis en privilégiant la téléconsultation. Maintien des groupes en présence ou en téléconsultation (selon la situation et les besoins), selon les règles de santé publique en vigueurs. Adapter le contenu si nécessaire. Si l'adaptation du contenu d'un groupe n'est pas possible, prévoir des rencontres individuelles en remplacement ou des stratégies d'autosoins. Rencontre en personne (en installation ou à domicile) pour les personnes présentant des risques modérés ou élevés de détérioration. Maintenir les suivis d'injectables et les prélèvements (clozapine, etc.).	Maintien des rencontres et suivis en privilégiant la téléconsultation. Maintien des groupes en présence ou en téléconsultation (selon la situation et les besoins), selon les règles de santé publique en vigueurs. Adapter le contenu si nécessaire. Si l'adaptation du contenu d'un groupe n'est pas possible, prévoir des rencontres individuelles en remplacement ou des stratégies d'autosoins. Rencontre en personne possible (en installation ou à domicile) pour les personnes présentant des risques modérés ou élevés de détérioration. Maintien des évaluations, appréciation ou suivi de l'état mental par téléphone, téléconsultation	Maintien des rencontres et suivis en privilégiant la téléconsultation. Préconiser les activités individuelles. Les activités de groupe cliniques/thérapeutiques en présentiel sont permises, en respect des règles de santé publique en vigueur. Rencontre en personne possible (en installation ou à domicile) pour les personnes présentant des risques élevés de détérioration seulement. Maintien des évaluations, appréciation ou suivi de l'état mental par téléphone, téléconsultation Maintenir les suivis d'injectables et les prélèvements (clozapine, etc.).	En cas d'éclosion dans l'installation : Transférer l'offre de service vers des modalités à distance.

	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Particularités en cas d'éclosion dans certains milieux
Santé mentale - Services spécialisés et Hôpitaux de jour (adultes et jeunesse)					
			Maintenir les suivis d'injectables et les prélèvements (clozapine, etc.).		
Ressources essentielles	Équipe complète	Équipe complète	Équipe complète En cas d'absentéisme : S'assurer d'une réponse suffisante aux besoins en soins infirmiers, compte tenu de l'impact physique de la COVID-19 et des besoins de suivi reliés à la médication psychiatrique. S'assurer de la disponibilité d'un psychiatre ou d'un psychiatre de l'enfant et de l'adolescent pour la réponse aux besoins essentiels de traitement et ainsi éviter le recours à l'hospitalisation.		
Santé mentale - Équipes SIV / SIM / PIPEP					
Conditions cliniques prioritaires	Tous les usagers.		Usagers (vulnérabilité physique et/ou âge) qui nécessitent des soins et des services à domicile chaque semaine qui ne pourraient pas être substitués par des interventions téléphoniques. Ces usagers sont à haut risque d'hospitalisation, ce qu'il faut éviter.		
Activités essentielles	- Injections - Prélèvements - Préparation des ordonnances - Consultations psychiatriques en personne - Med-drops - Visites à domicile - Suivis de tous les usagers - Prise en charge de nouveaux usagers (congés) - Accompagnements essentiels seulement - Fiducie et remise d'argent	- Injections - Prélèvements - Préparation des ordonnances - Consultations psychiatriques au téléphone ou en télésanté - Med-drops - Visites à domicile (patients les plus à risques d'hospitalisation et de détérioration) - Suivis de tous les usagers - Prise en charge de nouveaux usagers (congés)	- Injections - Prélèvements - Préparation des ordonnances - Consultations psychiatriques au téléphone ou en télésanté - Med-drops - Suivis de tous les usagers - Prise en charge de nouveaux usagers (congés) - Maintien des activités régulières - Consultations psychiatriques à distance	- Injections - Prélèvements - Préparation des ordonnances - Consultations psychiatriques au téléphone ou en télésanté - Med-drops - Suivis de tous les usagers - Prise en charge de nouveaux usagers (congés) - Maintien des activités régulières - Consultations psychiatriques à distance	En cas d'éclosion dans une résidence privée ou maison de chambre : Faire un suivi de l'état mental et évaluer les besoins de tous les résidents du milieu. Collaborer avec le milieu et les différents partenaires (curateur public, santé publique, prévention des infections, etc.)

	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Particularités en cas d'éclosion dans certains milieux
Santé mentale - Services spécialisés et Hôpitaux de jour (adultes et jeunesse)					
		- Accompagnements essentiels seulement - Fiducie et remise d'argent	- Visite à domicile maintenue, en respectant les règles de la santé publique.	- Visite à domicile exceptionnelle maintenue dans **le but d'éviter les hospitalisations**, en respectant les règles de la santé publique.	afin de s'assurer d'une réponse adéquate aux besoins.
Ressources essentielles	Équipe complète	Équipe complète	Équipe complète	Équipe complète	
UNITÉS DE SOINS PSYCHIATRIQUES – SOINS AIGUS ET SOINS INTENSIFS					
Centres désignés en psychiatrie **À noter** : L'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (INPLPP) demeure une zone froide, peu importe le niveau d'alerte pandémique et tout cas confirmé doit être transféré vers l'un des centres désignés selon le corridors de service établis. **Obligation pour tous les niveaux d'alerte** : • Assurer les services liés à la partie XX.1 du Code criminel ainsi qu'à leur responsabilité d'hôpital désigné en vertu de l'arrêté 2017-015. • Assurer le suivi et la gestion des ordonnances émises par la CETM.	Unités de psychiatrie adulte : • Institut Universitaire de Santé Mentale Douglas • Institut Universitaire de Santé mentale de Québec • CHUS Hôtel-Dieu de Sherbrooke Unités de pédopsychiatrie : • CHU Sainte-Justine • CHUQ-Centre mère-enfant soleil	En plus des centres désignés au palier 1 : • CHUM • Hôpital Général Juif • Hôpital régional de Rimouski • Hôpital de Chicoutimi • CHAUR de Trois-Rivières • Hôpital de Hull • Hôpital de Rouyn-Noranda • Hôpital Le Royer (Baie Comeau) • Hôpital de Sept-Îles • CRDP de Lévis • Hôpital de la Cité-de-la-Santé • Hôpital Pierre-Legardeur • Hôpital de St-Jérôme • Hôpital Charles-Lemoyne • Hôpital Pierre-Boucher • Les hôpitaux du CISSS de la Gaspésie et du CISSS des Îles conservent leurs usagers COVID-19 positifs dans des	En plus des centres désignés aux paliers 1 et 2 : • CUSM - Hôpital Général de Montréal • Hôpital Notre-Dame • Hôtel-Dieu de Lévis	*Aucun transfert d'usagers COVID-19 positif dans les régions concernées.	• Chaque unité doit aménager des chambres pour l'isolement préventif des usagers suspectés de COVID-19 (en attente du transfert vers un centre désigné). • Appliquer les Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les unités d'urgence et d'hospitalisation en santé mentale en attendant le transfert vers un centre désigné.

	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Particularités en cas d'éclosion dans certains milieux
Santé mentale - Services spécialisés et Hôpitaux de jour (adultes et jeunesse)					
• Appliquer le protocole de mise sous garde en établissement à chaque niveau d'alerte pour les urgences et les unités de soins psychiatriques. • Assurer les demandes d'autorisation judiciaire de soins.		zones chaudes et tièdes de leurs unités • Les sites non traditionnels établis par les centres désignés			
Conditions cliniques prioritaires	• Usagers CETM -TAQ • Usagers présentant un haut degré de dangerosité pour eux-mêmes ou autrui (certaines psychoses, maladies affectives bipolaires décompensées, etc.) • Usagers soins intensifs • Usagers soins aigus	• Usagers CETM -TAQ • Usagers présentant un haut degré de dangerosité pour eux-mêmes ou autrui (certaines psychoses, maladies affectives bipolaires décompensées, etc.) • Usagers soins intensifs • Usagers soins aigus	• Usagers CETM -TAQ • Usagers présentant un haut degré de dangerosité pour eux-mêmes ou autrui (certaines psychoses, maladies affectives bipolaires décompensées, etc.) • Usagers soins intensifs • Rediriger les usagers COVID-19 positifs au « suivi intensif dans le milieu » (SIM) ou autres formes d'hospitalisation à domicile tel le « Traitement intensif bref à domicile » (TIBD) en remplacement d'admission aux unités qui ne présentent pas encore d'usagers COVID-19 positifs.	• Usagers CETM -TAQ • Usagers présentant un haut degré de dangerosité pour eux-mêmes ou autrui (certaines psychoses, maladies affectives bipolaires décompensées, etc.) • Rediriger les usagers COVID-19 négatifs au « suivi intensif dans le milieu » (SIM) ou autres formes d'hospitalisation à domicile tel le « Traitement intensif bref à domicile » (TIBD) en remplacement d'admission aux unités en débordement d'usagers COVID-19 positifs.	• Les transferts et les mesures de prévention et contrôle des infections s'appliquent à tous les usagers, indépendamment de leurs conditions cliniques.

	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Particularités en cas d'éclosion dans certains milieux
Santé mentale - Services spécialisés et Hôpitaux de jour (adultes et jeunesse)					
Activités prioritaires **Obligation pour tous les niveaux d'alerte** : • Assurer les services liés à la partie XX.1 du Code criminel ainsi qu'à leur responsabilité d'hôpital désigné en vertu de l'arrêté 2017-015. • Assurer le suivi et la gestion des ordonnances émises par la CETM. • Appliquer le protocole de mise sous garde en établissement à chaque niveau d'alerte pour les urgences et les unités de soins psychiatriques. • Assurer les demandes d'autorisation judiciaire de soins.	Maintien des activités autant que possible, en privilégiant la mise à jour des évaluations et des traitements en prévision des effets de la distanciation physique et d'une diminution possible des activités sur les unités.	• Téléaudience (Chambre civile et Cour Supérieure du Québec) et télécomparution (Chambre criminelle) • Évaluation des risques et de la dangerosité, état mental et besoins psychosociaux • Surveillance des comportements à risque • Mesures alternatives et stratégies de gestion des comportements à risque • Pharmacothérapie, incluant traitement sous injectable et suivi Clozapine • Sismothérapie • Interventions individuelles (en respectant les mesures de distanciation physique autant que possible et introduire l'usage d'activités d'autosoins en fonction des capacités de l'usager) • Socialisation à distance (communication électronique) • Soins physiques essentiels (ex. pansement) et surveillance évolution COVID-19	• Téléaudience (Chambre civile et Cour Supérieure du Québec) et télécomparution (Chambre criminelle) • Évaluation des risques et de la dangerosité, état mental et besoins psychosociaux • Surveillance des comportements à risque • Mesures alternatives et stratégies de gestion des comportements à risque • Pharmacothérapie, incluant traitement sous injectable et suivi Clozapine • Sismothérapie • Autosoins (comme mesures pour encourager des activités et interventions individuelles) • Socialisation à distance (communication électronique) • Soins physiques essentiels (ex. pansement) et surveillance évolution COVID-19 • Assurer un suivi intensif dans la communauté à la sortie sans délai de prise en charge	• Les unités de soins psychiatriques ne sont pas délestées • Téléaudience (Chambre civile et Cour Supérieure du Québec) et télécomparution (Chambre criminelle) • Pharmacothérapie, incluant traitement sous injectable et suivi Clozapine • Sismothérapie urgente et vitale • Orienter les usagers vers le « suivi intensif dans le milieu » (SIM) ou autres formes d'hospitalisation à domicile tel le TIBD.	• Diminuer ou interdire les activités thérapeutiques des usagers COVID-19 positifs. • Suivre les consignes ministérielles pour l'accès aux visiteurs et la limitation des visites d'usagers COVID-19 positifs.

	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Particularités en cas d'éclosion dans certains milieux
Santé mentale - Services spécialisés et Hôpitaux de jour (adultes et jeunesse)					
Activités prioritaires					
Ressources essentielles	• Maintenir les ratios habituels • Ajouter des travailleurs de la santé supplémentaire pour assurer les soins et services, pendant les activités de planification et préparation au palier 2 et 3.	• Ratio habituel, mais avec délestage des activités non prioritaires. • En respect des lois professionnelles, assurer un nombre suffisant d'infirmières sur l'unité (sans substitution pour des infirmières auxiliaires).	• Considérer ratio jour/soir/nuit normalement utilisé les fins de semaine et jours fériés (palier 3) • Considérer les ratios normalement utilisés le soir pour les quarts de jour et de soir et maintenir ratio de nuit pour le quart de nuit.	• Considérer ratio normalement utilisé pour le quart de nuit pour les quarts de jour/soir/nuit. • La présence d'infirmières auxiliaires sans la présence d'infirmière sur une unité d'hospitalisation devrait uniquement être considérée en dernier recours. Les installations ou les unités ayant recours à cette solution devront être en mesure de démontrer les solutions alternatives tentées ainsi que les moyens mis en place pour permettre la réalisation des activités réservées aux médecins ou aux infirmières afin d'assurer la sécurité des usagers et des travailleurs de la santé.	• Constituer des équipes dédiées aux soins des usagers COVID-19 positifs, afin de diminuer le nombre de travailleurs de la santé pouvant être exposé.
			• L'ajustement des activités non prioritaires et une priorisation des activités prioritaires doivent être réalisés avec la mise en place de ces ratios afin d'assurer la sécurité des usagers et des travailleurs de la santé.		

	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Particularités en cas d'éclosion dans certains milieux
Santé mentale - Services spécialisés et Hôpitaux de jour (adultes et jeunesse)					
			• En respect des lois professionnelles, assurer un nombre suffisant d'infirmières sur l'unité (pas simplement infirmières auxiliaires), pour évaluer régulièrement la condition physique et mentale des usagers, notamment les signes d'infections respiratoires.		
		• L'ajustement des ratios doit prendre en compte les soins et services offerts, la clientèle desservie, l'organisation des lieux physiques et du niveau de formation de ceux-ci, incluant les mesures concernant la prévention et le contrôle des infections (PCI). Dans la mesure du possible, privilégier le même intervenant lors des interventions. •			

Version : 17-11-2020

Fiche santé mentale – complément d'information en lien avec les niveaux d'alerte pandémique

Suivi intensif dans le milieu (SIM), Suivi d'intensité variable (SIV), *Flexible Assertive Community Treatments* (FACT) et Programmes d'intervention pour les premiers épisodes psychotiques (PIPEP)

La situation pandémique continue d'évoluer de manière variable selon les régions et engendre ainsi des réalités et des enjeux différents pour la population et pour les établissements offrant des services à la clientèle en santé mentale. Les recommandations doivent ainsi tenir compte des paliers d'alerte.

Veuillez noter que si les consignes et interventions nommées plus bas concernent principalement le palier d'alerte maximale (rouge), les équipes doivent moduler leurs interventions, ainsi que leur fonctionnement interne en fonction de leur réalité régionale tout en maintenant les mesures de santé publique.

Objectif : Éviter le recours à l'hôpital ou aux services des urgences pour la clientèle SIM/SIV/FACT/PIPEP

Afin d'atteindre l'objectif visé, les équipes doivent en premier lieu, évaluer le niveau de besoins de chacune des personnes inscrites à leur programme. Ainsi, l'équipe pourra adapter ses interventions en fonction des niveaux de besoins relevés. Voici un exemple de priorisation pouvant être utilisé par les équipes qui ne possèdent pas déjà une grille de priorisation :

Besoin 0 : Usager qui n'a pas besoin d'accompagnement

Besoin 1 : Usager qui nécessite un soutien téléphonique afin d'éviter une détérioration de son état ou l'utilisation des services de crise.

Besoin 2 : Usager ayant besoin d'un traitement sous forme injectable ou d'un prélèvement sanguin.

Besoin 3 : Usager qui nécessite des interventions en présence afin de se maintenir en santé et en sécurité dans son milieu de vie.

1. Le tableau suivant offre des informations sur différents types de clientèles à prioriser au sein de nos équipes.

Clientèles vulnérables à prioriser	Consignes	Interventions requises	Outils technologiques
Usager à risque de désorganisation mentale (symptômes aigus, comportements incohérents)	• Maintenir l'intensité de services pour les usagers les plus à risque d'hospitalisation (sortie d'hôpitaux, augmentation de la consommation, arrêt de médication, etc.). • Visiter à domicile si une intervention en présence est indispensable afin d'éviter une hospitalisation. • Garder un contact quotidien • Expliquer la raison d'être des interventions téléphoniques. • Établir un lien privilégié avec les hôpitaux et les centres de crise afin de prioriser la clientèle déjà hospitalisée pour organiser rapidement un congé.	Contact téléphonique Visite à domicile Modifier l'horaire de travail des intervenants pour assurer un suivi téléphonique chaque jour (samedi et dimanche compris) si nécessaire Contact une fois par semaine minimum avec les unités lors d'hospitalisation	Téléphone cellulaire Tablette électronique afin que l'intervenant et le médecin puisse prodiguer des soins virtuels si requis.
Usager présentant des symptômes de la COVID-19 ou à risque de contracter le virus	• Détecter préalablement les usagers à risque de contracter la COVID-19. • Demander à l'usager de passer un test s'il présente des symptômes de la COVID-19 selon l'outil de l'autoévaluation • Soutenir l'usager dans les mesures à prendre s'il est coopératif, sinon l'orienter vers un centre désigné pour hospitalisation. Au besoin suivre les consignes d'un transport selon le document suivant : https://www.inspq.qc.ca/publications/2938-recommandations-chauffeurs-taxi-covoiturage-covid-19 • • Valider avec les usagers leur compréhension des consignes de sécurité en fonction des niveaux d'alerte • Créer des liens avec les cliniques de dépistage de son établissement afin de permettre un test rapidement et obtenir les résultats. • Examiner la possibilité que le personnel infirmier des équipes SIM-SIV-PEP-FACT puisse effectuer les prélèvements de dépistage.	Soutien téléphonique Accompagnement pour test si nécessaire Liaison avec le centre de dépistage de la COVID-19	Téléphone cellulaire

	• Assurer un soutien pour les AVQ-AVD si personne en isolement (alimentation, ressources financières, produits d'hygiène, activités de loisirs, exercices à la maison, liens avec proches, etc.).		
Usager nécessitant une gestion de la médication	• Assurer la distribution de la médication. • Assurer la prise de la médication par injection. • Favoriser, si possible, la prise de l'injectable à domicile (assurer le respect de l'intimité, évaluer la compréhension de la part du client)	Évaluation de mesures alternatives : Appel fait à l'usager; livraison de la médication par l'équipe; utiliser la famille ou les proches; la pharmacie; pilulier électronique; alarme programmée sur téléphone à titre de rappel; joindre la médication avec autres habitudes (café, brosse à dents, télécommande).	Téléphone cellulaire Pilulier électronique Alarme Matériel pour injection Appareils à pression (Emprunt à la pharmacie pour laisser au domicile du client)
Usager à risque suicidaire	• Garder un contact quotidien par téléphone, ou en personne au besoin. • Coordonner les interventions en collaboration avec l'usager, le centre de crise et le centre de prévention du suicide. • Mettre en place un filet de sécurité avec les proches.	Contact téléphonique afin d'évaluer l'urgence suicidaire. • Si risque suicidaire important, visite à domicile pour soutien et évaluation du risque.	Téléphone cellulaire
Usager présentant une vulnérabilité dû à sa condition physique ou côtoyant une personne présentant une telle condition.	• Garder un contact bihebdomadaire ou au besoin. • Enseigner les règles d'hygiène et les signes et symptômes. • Fournir si possible de l'équipement préventif (savon, masque, désinfectant pour les mains, gants, thermomètre) • Expliquer l'importance de respecter les directives de la santé publique • Inviter les personnes à s'informer sur la COVID-19 auprès de sources fiables.	Visites à domicile pour enseignement initial Contact téléphonique	Téléphone cellulaire Savon ou désinfectant pour les mains Masque

Usager nécessitant un accompagnement lors de rendez-vous médicaux essentiels.	• Favoriser lorsque possible les soins virtuels • Examiner avec l'usager la possibilité d'utiliser différents moyens technologiques. • Valider avec le psychiatre traitant la nécessité de rencontrer l'usager en personne.	Utilisation des méthodes alternatives (soins virtuels, Zoom) Visite à domicile par le psychiatre pour éviter déplacements à l'hôpital Accompagnement à l'hôpital si nécessaire	Tablette avec partage de connexion)
Usager ne respectant pas ou ne comprenant pas les règles de la santé publique	• Informer sur les conséquences du comportement pouvant aller jusqu'à un signalement aux autorités si non-respect. • Tenter d'impliquer des proches qui vous soutiendront à maintenir des contacts téléphoniques avec la personne. • Si, malgré tout, la personne se met à risque ou met les autres à risque, l'intervenant doit : o Aviser le directeur régional de la santé publique dans les plus brefs délais afin que celui-ci, en vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la Loi sur la santé publique, puisse intervenir ; o Interpeller les policiers et mentionner les informations pertinentes et nécessaires seulement ; o Inscrire une note au dossier de l'usager en faisant référence à l'article de loi LSSS utilisé et transcrire les informations transmises au policier.	Contact téléphonique Intervention à domicile si requise	Téléphone cellulaire Savon ou désinfectant pour les mains, masque
Usager à risque de comportements agressifs	• Évaluer le risque de dangerosité auprès de la famille et des proches. • Évaluer les signes d'irritabilité, de colère ou d'incompréhension. • Évaluer fréquemment le risque de violence conjugale ou de maltraitance, si la personne est en couple et/ou vit avec des enfants.	Contact téléphonique Intervention à domicile si requise	Téléphone cellulaire
Usager avec des troubles concomitants (abus substance)	• Identifier les profils de consommation à risque d'avoir des impacts sur le fonctionnement de la personne. • Réévaluer fréquemment ces profils. • Garder un contact quotidien avec les personnes particulièrement à risque.	Contact téléphonique Intervention à domicile si requise	Téléphone cellulaire

	• Réduction des méfaits pour des comportements sécuritaires en lien avec consommation (s'en procurer, lieu de consommation, etc.). • Observer les impacts de la variation des habitudes de consommation (changement de substances, changement de la qualité des substances, impacts plus grands après période de diminution, etc.).		
Personne sans domicile fixe (SDF) ou instabilité résidentielle	• Tenter de garder un contact (reaching out) • Enseigner les risques de contamination communautaire. • Informer les personnes en situation d'itinérance sur les nouvelles mesures mises en place par les établissements ou les municipalités pour les accueillir. • Effectuer les interventions pour s'assurer que la personne SDF puisse bénéficier de ces modalités d'hébergement et assurer un suivi pour un maintien en hébergement, le cas échéant.	Coordination avec les ressources en itinérances et municipales Recherche active de la personne à l'aide des partenaires (famille, organismes communautaires, services de police)	
Usager anxieux ou en situation de détresse sociale ou de grande pauvreté	• Parler des réactions possibles et normaliser la situation actuelle (anxiété, dépression, idée suicidaire, irritabilité) ainsi que leur manifestation physique. • Évaluer et aborder les risques de perte d'hébergement (représentation auprès du propriétaire, au besoin), isolement social et soutien, perte de revenu, augmentation de la consommation.	Contact téléphonique Intervention à domicile si requise	Téléphone cellulaire
Usager visé par le protocole de nouvelles admissions en temps de confinement de la COVID-19	• Le processus d'admission est maintenu selon les consignes en vigueur dans l'établissement. • Maintenir des liens étroits de communication avec les unités d'hospitalisation.	Évaluation à domicile	

2. Scénario de recrutement à prioriser en cas de contamination des équipes

Tant que les équipes SIM fonctionnent avec au moins 66 % (2/3) de leur personnel, il n'y a pas lieu de procéder à des réorganisations. Pour le SIV et le PIPEP, ce pourcentage est de 50 %. Si ces pourcentages ne sont plus atteints dans l'une des équipes, il pourrait être judicieux de regrouper les équipes SIM, SIV et PIPEP d'un même territoire afin de maintenir une réponse aux situations urgentes.

Dans ce cas, n'hésitez pas à communiquer avec les conseillers du CNESM pour explorer des scénarios de regroupement et d'organisation des services. Si le regroupement combiné des équipes ne permet pas d'obtenir au moins 50 % du personnel régulier, ou si les demandes de service augmentent

considérablement, les gestionnaires devront analyser les autres services afin de bonifier l'équipe regroupée. Le personnel pourrait provenir de la première ligne, des cliniques externes, de certains services spécialisés, et même de d'autres programmes-clientèles (santé mentale ou hors santé mentale) selon l'analyse des besoins fait par le milieu.

3. Activités de réadaptation (selon le niveau d'alerte en cours de votre région et des consignes de votre établissement)

Toutes les activités de réadaptation non essentielles seront à réévaluer en fonction des niveaux d'alertes. Les contacts téléphoniques sont privilégiés afin de soutenir la majorité des personnes. Le tableau suivant peut guider les équipes dans la détermination des activités essentielles et celles pouvant être reportées.

Consignes	Interventions requises
Activités à maintenir : • Accompagnement pour rendez-vous médical, en l'absence de modalités à distance. • Évaluer les risques et déterminer si les soins à domicile doivent être privilégiés pour éviter un transport; • Distribuer la médication ; • Administrer la médication sous forme injectable ; • Accompagner ou effectuer les prélèvements sanguins	Supervision de la prise de médication, injections et prises de sang effectuée au domicile de l'usager.
Activités à adapter (prévoir suivi téléphonique) : • Maintenir l'aide pour l'épicerie (explorer les possibilités de livraison, s'assurer de provisions alimentaires et de la capacité de s'en procurer). • Maintenir l'aide à la gestion du stress • Soutenir les AVD-AVQ, avec attention particulière à l'alimentation. • Prévoir la recherche d'une solution d'hébergement au congé du centre hospitalier. • Offrir un soutien pour la mise en place d'une routine quotidienne en situation de confinement (occupationnel et hygiène de vie). • Encourager le maintien d'activités physiques pour les usagers, exemple : marche avec deux mètres de distance, exercices simples à faire à la maison.)	Le transport d'un usager doit se faire en respectant les consignes de la santé publique et le document suivant : https://www.inspq.qc.ca/publications/2938-recommandations-chauffeurs-taxi-covoiturage-covid-19

• Évaluer la nécessité de maintenir l'aide aux transports et explorer **les ressources** du réseau de soutien **disponibles (famille, amis, etc.).**. • Maintenir les activités relatives aux aspects budgétaires : (s'assurer que la personne ait une carte de guichet au lieu d'argent, ou paiement pré autorisé (ex : loyer, factures…)). Pour le réseau de soutien de la personne : • Soutenir les activités de communications avec les proches par le biais des outils technologiques. • Offrir de soutien pour prévenir ou résoudre des conflits en contexte de proximité avec les proches. • Impliquer les membres de l'entourage dans la dispensation des services essentiels. • Offrir du soutien aux proches de la personne.	

4. Les réunions administratives (selon le niveau d'alerte en cours de votre région et des consignes de votre établissement)

Il est recommandé de suspendre toutes les réunions non essentielles (comité de travail non relié à la pandémie, etc.). Il faut également éviter les rassemblements dans les salles communes. Il faut prévoir des modalités pour assister aux réunions à distance (visio-conférence zoom, react, team, etc.)

5. Les rencontres de concertation (selon le niveau d'alerte en cours de votre région et des consignes de votre établissement)

Il faut prévoir des modalités de concertation à distance pour les situations urgentes. Il serait judicieux de maintenir au moins une rencontre d'équipe hebdomadaire en visio-conférence avec l'ensemble des intervenants afin d'évaluer l'offre de service, d'offrir du soutien clinique, de prendre des décisions communes, de soutenir et d'encourager les intervenants. Les rencontres de concertation sont aussi de mise avec les partenaires communautaires offrant des services essentiels afin de coordonner et de maintenir une relation saine et pour connaître, dans ce contexte de pandémie, leurs besoins et les changements dans leur organisation (heures d'ouverture, services offerts, modalités d'inscription, etc.)

6. Rencontres d'équipe et organisation du travail au quotidien (SIM/FACT) (selon le niveau d'alerte en cours de votre région et des consignes de votre établissement)

Il est recommandé de maintenir les rencontres quotidiennes d'équipe de façon virtuelle selon le niveau d'alerte de votre établissement. Le répartiteur assurera la liaison avec l'ensemble des membres de l'équipe chaque jour.

<u>À noter</u> : Ce document a été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les éléments mentionnés dans ce document s'appuient sur la connaissance actuelle en lien avec la COVID-19 en date du 22 octobre 2020. Une mise à jour de ce document sera faite au besoin.

Version : 17-11-2020

Fiche santé mentale

Services spécialisés (cliniques externes) et hôpitaux de jour adultes et jeunesse
Adaptation des services à la situation pandémique

Les services externes spécialisés et surspécialisés, de même que les hôpitaux de jour, se sont adaptés de diverses manières à la situation pandémique actuelle. Bien que les décisions relatives aux services aient été prises en fonction des besoins biopsychosociaux des clientèles vulnérables, diverses consultations menées auprès des installations ont fait ressortir l'importance de repères cliniques afin de prioriser et adapter les traitements à cette situation qui pourrait perdurer dans le temps.

Dans un contexte où nous appréhendons une hausse des demandes de service et les services de santé mentale sont considérés comme essentiels. Il est recommandé de soutenir ces services et leur adaptation aux consignes de la santé publique. L'arrêt de services pourrait entraîner un effet domino: l'absence de traitement à court terme pourrait avoir un impact sur les hospitalisations en psychiatrie et la suspension des services de psychothérapie pourrait laisser des personnes en souffrance qui auront besoin, plus tard, d'une plus grande intensité de services.

La présente fiche vise à soutenir la planification des soins et services en santé mentale en contexte de pandémie, en s'appuyant principalement sur les recommandations de l'INESSS. Leur récents travaux soulignent que la pandémie engendrera une augmentation de demandes de services parmi la population et le personnel soignant. Les repères présentés ici sont donc évolutifs et doivent s'adapter à la réalité des différents milieux.

Elle est également en concordance avec les orientations indiquées au plan de délestage des services en santé mentale. Ce dernier indique les éléments d'adaptation des services en fonction des paliers d'alerte, notamment au niveau des services et clientèles à prioriser. Noter que ce plan mise surtout sur l'adaptation : aucun délestage de ressources humaines n'est prévu, peu importe le niveau d'alerte.

Afin de soutenir la préparation de vos services, consulter les documents suivants de diverses sources :

- COVID-19 et les services sociaux et de santé mentale à maintenir, à remettre en place ou à déployer auprès de la population générale lors de la phase de rétablissement de la pandémie, INESSS, 22 avril 2020.
- COVID-19 et la phase de rétablissement à la pandémie pour les personnes avec des problèmes ou des troubles de santé mentale, INESSS, 8 mai 2020.
- COVID-19 et les effets du contexte de la pandémie sur la santé mentale et mesures à mettre en place pour contrer ces effets, INESSS, 31 mars 2020.
- Système d'alertes régionales et d'intervention graduelle

Consulter également la page dédiée aux consignes et documents d'accompagnement du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Éléments à considérer	Repères pour l'adaptation des services
S'adapter à l'augmentation des nouvelles demandes de services	**Certains types de besoins pouvant être observés** : • Une détérioration de l'état mental des personnes ou des jeunes vivant avec un trouble mental. • Le développement de symptômes de troubles mentaux à la suite de l'exposition prolongée aux stresseurs liés à la pandémie et au confinement : symptômes anxieux, dépressifs, somatiques, obsessionnels-compulsifs et symptômes de stress post-traumatiques. • Développement ou aggravation de comportements à risque : consommation excessive d'alcools ou de drogues, isolement social accentué, etc.) • Des réactions de stress liées à une infection à la COVID-19 ou à l'exposition à la maladie et à la mortalité qui y est associée (peur, anxiété d'être infectée ou de mourir, insomnie, colère, nervosité, sentiment d'impuissance, etc.) Il est donc nécessaire d'accentuer le repérage des problématiques suivantes (dont, selon les recherches consultées par l'INESSS, la prévalence augmente particulièrement en contexte de pandémie) : anxiété, dépression, éléments psychotiques, consommation, trauma, deuil, obsession-compulsion, violence conjugale et familiale, situation de compromission des enfants. Compte tenu des facteurs de risques bien connus qui y sont associés, une attention particulière doit aussi être portée sur : les familles monoparentales, les jeunes en difficultés, les personnes immigrantes, les autochtones et les personnes vivant dans un contexte de pauvreté. **L'organisation des services** Rappelons que les services de santé mentale et en santé mentale jeunesse sont considérés comme essentiels et que, dans le contexte de la pandémie, une exacerbation des troubles mentaux est observée. Dans ce contexte, aucun délestage ne devrait être effectué. Les équipes devraient plutôt être soutenues en cas de difficultés à maintenir l'offre de service. **Les soins en étapes** L'INESSS, citant l'expérience en Angleterre, indique qu'une organisation des services selon le modèle de soins par étapes, qui repose sur une modulation de l'intensité des services en fonction des besoins des personnes, est toujours appropriée malgré le contexte pandémique. • Renforcer ou mettre en place la collaboration entre les différents services impliqués dans la réponse aux besoins : AAOR, services sociaux généraux, guichets d'accès en santé mentale, services spécifiques (1re ligne) et services spécialisés ou surspécialisés (2e et 3e ligne). • Assurer une réponse rapide à la demande de services. • Favoriser un repérage à l'aide d'outils ou questionnaires validés et standardisés afin de bien cibler les besoins de la clientèle dès l'accueil et la diriger vers les services appropriés. • Mettre en place la mesure clinique en continu des résultats à l'aide de questionnaires validés et standardisés. À cet effet, les questionnaires PHQ-9 et GAD-7 permettent de repérer différents symptômes et leur utilisation est recommandée.

	• À la suite du repérage et de l'évaluation, orienter vers le bon niveau de service en fonction des besoins de la personne. **L'offre de service** L'offre de service doit demeurer flexible et diversifiée en réponse aux différents besoins particuliers pouvant émerger de la situation pandémique. Les interventions devant être suspendues en raison de la difficulté à respecter les consignes de la santé publique doivent faire l'objet d'une analyse attentive et une solution de remplacement doit être offerte.
Adapter l'offre de service	**Faire face à l'accroissement de la fragilité** Les services doivent être prêt à répondre à des besoins devenus plus considérables en lien avec les symptômes de troubles anxieux, dépressifs, obsessionnels-compulsifs ou de stress post-traumatique pouvant être générés par la situation pandémique. • Monitorer adéquatement le volume d'usagers dans les différents services dans le but de prévoir l'évolution des besoins. • Prendre en compte les impacts à long terme sur les besoins en santé mentale apparus lors de la pandémie. **Activités à promouvoir et maintenir** Il est important de promouvoir les activités suivantes pendant la situation pandémique : • L'éducation sur le respect des mesures de base de la santé publique pour les quatre paliers d'alerte et les risques associés. • L'éducation psychologique sur la gestion du stress et de l'anxiété. • L'éducation sur les comportements et saines habitudes de vie à adopter pour préserver sa santé mentale et physique. • Mettre l'accent sur des interventions visant à augmenter la résilience, favoriser les bonnes habitudes de vie et résoudre les problèmes concrets liés à la pandémie. • Renforcer la cohésion sociale pour briser l'isolement et maintenir les liens sociaux. • Inclure, dans la mesure du possible, la famille et les proches. • Réseauter ou réactualiser les liens de la personne avec les organismes de sa communauté. • Envisager de référer vers des ressources d'autogestion en ligne (aller mieux à ma façon). L'adaptation de l'offre de services doit se faire en continue. Elle est nécessaire pour s'assurer de répondre à l'ensemble des besoins observés chez la clientèle. **Adaptation de l'offre de services aux consignes de la santé publique** En ce qui concerne les suivis individuels : • Les modalités d'intervention doivent être choisies pour répondre aux besoins et aux préférences de la personne suivie, tout en s'assurant qu'il y ait respect des mesures de base et des directives émises par la santé publique. • Les modalités d'intervention doivent également être adaptées en fonction du palier d'alerte de votre région. Les soins de santé virtuels sont priorisés lors des paliers d'alerte orange et rouge. Toutefois, selon la situation de l'usager, les intervenants

et professionnels peuvent, dans l'exercice de leur jugement clinique, favoriser des rencontres en présence pour certaines personnes. Ils doivent alors s'assurer de respecter les règles de la santé publique.

- Une alternance entre des soins de santé virtuels et des rencontres en présence peut être envisagée.

- Les intervenants exercent leur jugement clinique dans le choix de la modalité. L'analyse qui en résulte doit être inscrite dans les notes évolutives. Pour soutenir votre jugement, envisager ces questions :
  - Est-ce que la personne ou le jeune, à la suite de l'explication des avantages, inconvénients et risques des différentes modalités, accepte les soins de santé virtuels ? Obtenir le consentement libre et éclairé de la personne, de la famille ou des membres de l'entourage ou de son tuteur.
  - Suis-je en mesure d'offrir à la personne ou au jeune un lieu de rencontre permettant l'application de la distanciation physique et un environnement d'accueil sécuritaire (salle d'attente, secrétariat, etc.) ?
  - La personne est-elle en mesure de comprendre et de suivre les consignes de la santé publique pendant son déplacement vers l'établissement ?
  - L'intervention proposée peut-elle se réaliser à distance ? Il est ici important de noter que les résultats d'études sur l'efficacité des soins de santé virtuels sont prometteurs en santé mentale. De plus, l'alliance thérapeutique est préservée.
    - Notez que certaines interventions demandent l'évaluation de la personne dans son environnement et des caractéristiques de cet environnement, ou l'évaluation de caractéristiques physiques de la personne par exemple, l'évaluation psychosociale dans le contexte des régimes de protection. Dans ces contextes, les soins de santé virtuels ne permettent pas de recueillir l'information nécessaire à l'exercice du jugement professionnel.
  - La vulnérabilité de la personne ou du jeune est-elle importante ? Est-ce qu'il y a d'autres caractéristiques qui laissent croire que l'évaluation clinique risque d'être incomplète si effectuée à distance ? Si oui, des rencontres en présence ou visites à domicile pourraient être nécessaires afin de compléter l'évaluation.

- Mesurer en continu l'évolution clinique des usagers afin d'adapter les services aux besoins de la personne à l'aide d'outils et questionnaires validés et standardisés. L'analyse de ces questionnaires autorapportés, jumelé à l'exercice du jugement professionnel, permet de soutenir le professionnel dans le choix de modalités d'intervention les plus efficaces en regard de la sévérité de la problématique, que ce soit des autosoins dirigés ou un traitement comme la psychothérapie.

L'adaptation des services offerts en groupe

Les hôpitaux de jours et autres services orientés autour d'une offre structurée de groupe doivent maintenir une offre de services adaptée répondant aux consignes de la santé publique :

- L'utilisation des plateformes de téléconsultation doit être envisagée, s'il est impossible de planifier un groupe respectant les règles de la santé publique.
- Chaque groupe composant l'offre de service doit faire l'objet d'une évaluation sur le plan du contenu et des objectifs afin de déterminer si l'utilisation des soins de santé virtuels est possible.
- Si le contenu d'un groupe ne peut être adapté à une prestation en virtuel, s'assurer d'offrir une offre de service alternative permettant de répondre aux mêmes objectifs que le groupe.

- Les premiers projets de groupe utilisant les outils de soins de santé virtuels donnent des résultats très intéressants : en plus de rendre une offre de groupe disponible dans le contexte de la pandémie, ils ont permis un meilleur accès aux services, particulièrement pour les personnes vivant en région éloignée des grands centres.

Suivis d'injectables ou prélèvements de routine :

- Maintenir les suivis réguliers.
- Envisager la contribution d'infirmières d'autres secteurs en renfort, si nécessaire. Dans la mesure du possible, privilégier le même intervenant lors des interventions.
- Établir des ententes avec les équipes de suivi externe et autres partenaires de la communauté afin que des prélèvements et injections puissent s'y faire.
- Les prélèvements et injections sont des occasions d'évaluer l'état mental de l'usager.
- Fournir le matériel de protection aux usagers se présentant pour leur rendez-vous et s'assurer de la disponibilité des stations d'hygiène des mains.
- Afin d'éviter une présence accrue d'usagers dans la salle d'attente :
    - Envisager d'utiliser des locaux supplémentaires ou des espaces plus grands (salles de conférence, salle multifonctionnelle, etc.).
    - Si possible, prévoir davantage de temps entre les rendez-vous.

Suivi de la clientèle en ressources d'hébergement RI/RTF

Pour les milieux dont le suivi en RI/RTF est assuré par les intervenants en clinique externe :

- Les équipes traitantes doivent rester impliquées, fournir un soutien psychosocial pour limiter les impacts du processus de rétablissement, en autre permettre aux personnes hébergées d'être accompagnés pour des sorties.
- Les équipes traitantes doivent offrir en continue des interventions soit en présentiel, lorsque le niveau d'alerte le permet et par téléconsultation selon les directives de la santé publique pour prévenir les situations de crise pouvant menées à une hospitalisation. Maintenir dans la mesure du possible, les mêmes équipes pour les mêmes clients (bulle).
- Cibler les besoins et les enjeux cliniques des personnes hébergées pouvant réagir plus fortement aux mesures prises par les paliers d'urgence orange et rouge et prévoir des interventions précises pour prévenir une instabilité de l'état mental de la personne ou une situation de crise potentielle.
- Partager le plan de préparation avec le personnel et les personnes hébergées en tenant des rencontres régulières pour s'assurer qu'il y ait compréhension des protocoles sanitaires de la santé publique. Le personnel doit adapter les interventions en conséquence pour permettre la rétention de l'information auprès des personnes hébergées. Par exemple, sur les comportements de santé pour respecter les mesures sanitaires de base et sur les mesures à mettre en place en cas de confinement.

Se référer également à la fiche ministérielle: *Consignes concernant les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) qui accueillent des jeunes du programme-services Jeunes en difficulté (JED)* Annexe 2, page 18.

	De plus, il est recommandé par l'INESSS que la promotion de la socialisation à distance soit mise de l'avant afin de limiter des impacts significatifs sur la santé physique et la santé mentale causés par l'isolement, ainsi que par les pratiques de quarantaine ou de confinement qui tendent à stigmatiser ou à marginaliser des groupes de population. En fonction de la documentation effectuée, l'INESSS recommande de : • Faire la promotion de la socialisation à distance en planifiant une communication régulière avec des membres de l'entourage de la personne (ou proches), qu'elles soient des personnes proches aidantes ou non, mais aussi avec des bénévoles ou des organismes communautaires (ex. ligne de soutien téléphonique); • Faire preuve de créativité en mettant en place rapidement des initiatives novatrices de socialisation à distance. Pour une personne qui présenterait un plus grand besoin d'encadrement, à la suite d'une hospitalisation, référez-vous aux directives existantes. **Le soutien aux familles et proches aidants pendant la phase du rétablissement** • Les effets psychologiques de la pandémie sur les familles et les proches aidants peuvent en retour affecter leur capacité à prendre soin de leur proche ayant un trouble mental. • Outre les services usuels, la littérature propose d'offrir de l'éducation psychologique sur les précautions à prendre pour préserver sa santé mentale et physique, d'offrir des interventions par téléconsultation et en présentiel. • Accentuer le soutien aux parents dans leurs rôles parentaux.
Implantation et consolidation du télétravail et des technologies innovantes	Le professionnel œuvrant dans un établissement de santé doit se référer aux pilotes de télésanté de son établissement pour connaître le ou les choix des solutions mises à sa disposition ainsi que le matériel de formation et de soutien à la réalisation des téléconsultations. Consulter la page Télésanté Prévoir des modalités de concertation et de réunions à distance recommandées par le ministère : TEAMS, Zoom health care et REACTS. • Apporter une attention particulière aux mesures légales et déontologiques, au respect de la confidentialité et au consentement libre et éclairé.
Soutien clinique et formations	En complément aux informations émises préalablement : • S'assurer que tous les intervenants et professionnels bénéficient d'un soutien clinique individuel tant en ce qui concerne l'adaptation des services offerts qu'en lien avec son bien-être psychologique dans le contexte. • Former ou renforcer les compétences des intervenants et professionnels par rapport aux premiers soins psychologiques de même que sur les interventions psychosociales en contexte de pandémie. • Renforcer les compétences des intervenants et professionnels par rapport à l'identification et à la gestion de la détresse psychologique chez les personnes vivant avec un trouble mental.

	• Former ou renforcer la compétence des intervenants sur les interventions à privilégier auprès des personnes endeuillées ou traumatisées. • Maintenir la disponibilité pour des rencontres de discussions de cas et pour du soutien clinique de groupe. • Privilégier la téléconsultation selon le niveau d'alerte de votre région pour les rencontres. • S'informer du bien-être des employés, de la charge de travail, de la charge personnelle liée à la pandémie et évaluer les mesures de soutien possibles. Questionnaire de l'échelle de bien-être • Repérer les facteurs de risques, de vulnérabilité et de détresse psychologique chez les professionnels de l'équipe afin de prévoir et offrir le soutien requis ou orienter vers le bon service au besoin. Exemples de facteurs de risque à considérer : ayant moins d'expérience clinique, parents d'enfants à charge, ayant une maladie chronique, en quarantaine ou retour de quarantaine, ayant un membre de la famille infectée et à risque de stigmatisation. • Reconnaître les efforts déployés par les intervenants et professionnels pour s'adapter à la nouvelle réalité du travail. • S'assurer de maintenir une communication claire et fluide sur les nouvelles informations et recommandations ainsi que fournir les consignes et équipements de protection requis. • Être à l'écoute des questions, inquiétudes afin de répondre en temps opportun.

À noter : Ce document a été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les éléments mentionnés dans ce document s'appuient sur la connaissance actuelle en lien avec la COVID-19 en date du 18 septembre 2020. Une mise à jour de ce document sera faite au besoin

Version : 17-11-2020

Fiche santé mentale

Services spécifiques de santé mentale adulte et jeunesse

Adaptation des services à la situation pandémique

** Cette fiche s'inscrit en continuité avec la fiche des services essentiels du niveau d'alerte 1 du 30 mars 2020, du niveau d'alerte 2 du 9 avril 2020 et la fiche sur la phase de rétablissement du 25 mai 2020.*

La situation pandémique continuera d'évoluer de manière variable selon les régions engendrant ainsi des réalités et des enjeux différents pour la population et pour les établissements offrant des services à la clientèle en santé mentale. Les recommandations doivent ainsi tenir compte des paliers d'alerte https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/20-210-paliers-alerte.pdf?1599508308 et du plus récent plan de délestage des services en santé mentale.

Ce plan de délestage indique les éléments d'adaptation des services en fonction des paliers d'alerte, notamment au niveau des services et clientèles à prioriser. Pour la santé mentale, aucun délestage de ressources humaines n'est prévu dans ce plan, peu importe le niveau d'alerte.

La présente fiche vise à soutenir la planification des soins et services en santé mentale en contexte de pandémie. Les repères présentés ici sont donc évolutifs en fonction des réalités des milieux.

Maintien, adaptation et optimisation des services selon les paliers d'alerte :

Rappelons que les récents travaux de l'INESSS soulignent que la pandémie engendrera une augmentation de demandes de services parmi la population et le personnel soignant. Bien que cela peut évoluer différemment d'un milieu à l'autre, cette augmentation de demandes et de besoins est déjà observée par plusieurs ressources communautaires et établissements au Québec depuis les derniers mois. La COVID-19 est aussi susceptible d'engendrer des séquelles sévères et persistantes sur la santé mentale de certains individus. Il importe donc de s'en préoccuper, dans une perspective à long terme**.**

Dans cette perspective, les services de santé mentale sont considérés comme essentiels. Tel que mentionné, aucun délestage ne devrait être effectué, peu importe le niveau d'alerte de votre région. Les équipes devraient au contraire être renforcées ou soutenues afin de s'assurer de pouvoir maintenir et adapter l'offre de services et répondre à la demande croissante.

Consulter également régulièrement la page dédiée aux consignes et documents d'accompagnement du Ministère de la Santé et des Services sociaux, section sur la santé mentale.

De plus, le « Document de soutien à la pratique en contexte de pandémie COVID-19 pour les services spécifiques en santé mentale jeunesse et adultes », qui apporte des balises cliniques et un répertoire de documents pertinents à consulter en fonction des différentes thématiques (téléconsultation, processus clinique) et clientèles (trauma, deuil, suicide, etc.).

N.B. Ce guide s'adresse autant aux services spécifiques adulte que jeunesse. Ainsi, les termes "personne" ou "usager" sont généralement utilisés pour représenter l'ensemble de ces deux clientèles et ce dans un souci d'alléger le texte.

Éléments à considérer	Actions à entreprendre
Augmentation des demandes de services en santé mentale *De récents travaux de l'INESSS ont souligné le fait que la pandémie va engendrer une augmentation de la détresse psychologique et des troubles mentaux parmi la population générale.*	L'offre de services doit être adaptée en fonction des paliers d'alerte et de la fluctuation du nombre de demandes. **Avec la situation pandémique qui se prolonge, les facteurs de risque déjà présents depuis les derniers mois s'accentuent, tels que :** • Une détérioration de l'état mental des personnes vivant avec un trouble mental. • Le développement de symptômes de troubles mentaux à la suite de l'exposition prolongée aux stresseurs liés à la pandémie et au confinement : symptômes anxieux, dépressifs, somatiques, obsessionnels-compulsifs, état de stress post-traumatiques et éléments psychotiques. • Le développement ou l'aggravation de comportements à risque : consommation excessive d'alcools ou de drogues, isolement social accentué, etc.). • Des réactions de stress liées à une infection à la COVID-19 ou à l'exposition à la maladie et à la mortalité qui y est associée (peur, anxiété d'être infectée ou de mourir, insomnie, colère, nervosité, sentiment d'impuissance, etc.). • Une augmentation du risque associé à la violence conjugale. • Une augmentation des situations de compromissions des enfants. **Quoi faire pour s'adapter à l'augmentation des demandes** L'INESSS, citant l'expérience de l'Angleterre, indique qu'une organisation des services selon le modèle de soins par étapes, qui repose sur une modulation de l'intensité des services en fonction des besoins des personnes, est toujours appropriée malgré le contexte pandémique. Ce modèle invite notamment à: • Favoriser un repérage à l'aide d'outils ou questionnaires validés et standardisés afin de bien cibler les besoins de la clientèle dès l'accueil et la diriger vers les services appropriés. Rappelons l'importance d'accentuer le repérage des problématiques mentionnées ci-haut. • Offrir le bon niveau de soins et services au moment opportun en favorisant, lorsque requis, le soins et services de moindre intensité et le plus efficace dans un premier temps. • Renforcer ou mettre en place la collaboration entre les différents services impliqués dans la réponse aux besoins : services sociaux généraux (AAOR, équipe suivi, GMF), guichets d'accès en santé mentale, services spécifiques (1re ligne) et services spécialisés ou surspécialisés (2e et 3e ligne), partenaires communautaires et scolaires. • Assurer une réponse rapide à la demande de services. • Mettre en place la mesure de l'évolution clinique dès l'accès et en continu à l'aide de questionnaires validés et standardisés (ex. PHQ-9 et GAD-7), afin de soutenir l'orientation ou le choix de la modalité d'intervention. • Proposer et amorcer dès le premier contact ou lors de la relance, une intervention efficace à l'aide d'un plan d'intervention initial. Par exemple, offrir des autosoins (dirigés ou non) ou un groupe virtuel comme service de première intention.

	Plusieurs autres stratégies peuvent aussi être mises en place, telles que : • Monitorer régulièrement le volume d'usagers et ajuster l'utilisation des ressources en conséquence (ex. mobiliser au besoin les membres de l'équipe afin d'optimiser et d'intensifier les activités d'accès aux services en santé mentale pour répondre rapidement à une augmentation des demandes) • Favoriser la flexibilité dans l'utilisation des ressources entre les points de services afin de combler les disparités dans le volume de nouvelles demandes pouvant résulter des effets de la pandémie. Utiliser les nouvelles technologies pour permettre des rencontres virtuelles avec les usagers d'un autre point de service; • Réévaluer régulièrement les besoins qui sont propices à évoluer rapidement en contexte de pandémie auprès de la clientèle en attente (voir le « Document de soutien à la pratique en contexte de pandémie COVID-19 pour les services spécifiques en santé mentale jeunesse et adultes », du Centre national d'excellence en santé mentale / CNESM). • Compte tenu des facteurs de risques bien connus qui y sont associés, une attention particulière doit aussi être portée sur : les familles monoparentales, les jeunes en difficultés, les personnes immigrantes, les autochtones et les personnes vivant dans un contexte de pauvreté. • Accentuer les liens avec les partenaires internes et externes et s'assurer qu'ils sont informés du maintien de l'offre de service et des mesures de santé publique en place et ainsi les encourager à référer la clientèle en besoin.
Détérioration de l'état mental chez les personnes en suivi actif *La pandémie à la COVID-19 est susceptible d'engendrer une détérioration de l'état mental des personnes avec un trouble mental ainsi que causer des séquelles sévères et persistantes sur la santé mentale de certains individus*.	• Les personnes qui ont un trouble mental ont une vulnérabilité plus grande que la population générale. Les relances régulières de la clientèle doivent donc aller au-delà du repérage. Elles devraient aussi inclure une évaluation ou réévaluation clinique, un plan d'intervention initial et un mécanisme de relance en fonction du niveau de détresse de la personne. Cela permet de suivre l'évolution des besoins qui peut changer plus rapidement en contexte de pandémie. • S'assurer de conserver un contact régulier même avec la clientèle n'ayant pas été jugée prioritaire ou ayant refusée l'offre de service initiale proposée. • À travers le processus d'évaluation et de suivi, être particulièrement attentif aux problématiques suivantes: pertes et deuils associés à la pandémie, éléments psychotiques, consommation, trauma, obsession-compulsion, violence conjugale et familiale, situation de compromission des enfants.
Maintient et adaptation de l'offre de service en santé mentale *L'ensemble des services doivent être poursuivis dans le but de ne pas accroitre la*	L'offre de services doit être **maintenue**, **renforcée** et **adaptée** en fonction des paliers d'alerte et de la fluctuation du nombre de demandes. Il est important de s'assurer que l'offre de services soit **flexible** et **diversifiée**, en réponse à différents besoins particuliers de la clientèle en contexte de pandémie. Les interventions devant être suspendues en raison de la difficulté à respecter les consignes de la santé publique doivent faire l'objet d'une analyse attentive et une solution de remplacement doit être offerte.

fragilité des personnes ayant des troubles mentaux.	**Activités à promouvoir en situation pandémique** • L'information juste et à jour et éducation sur les mesures de base de la santé publique pour les quatre paliers d'alerte et les risques associés afin de contrer la désinformation, éviter la stigmatisation et recontextualiser les affects ressentis. • L'éducation psychologique sur la gestion du stress et de l'anxiété. • L'éducation sur les saines habitudes de vie à adopter pour préserver sa santé mentale et physique. • Mettre l'accent sur des interventions visant à augmenter la résilience et résoudre les problèmes concrets liés à la pandémie. • Inclure le plus possible la famille et les proches. • Réseauter ou réactualiser les liens de la personne avec les organismes de sa communauté. • Envisager de référer vers des ressources d'autogestion en ligne (ex. aller mieux à ma façon). • Renforcer la cohésion sociale pour briser l'isolement et maintenir les liens sociaux afin de limiter des impacts significatifs sur la santé physique et la santé mentale causés par l'isolement • Faire la promotion de la socialisation à distance en planifiant une communication régulière avec des membres de la famille et l'entourage de la personne, qu'elles soient des personnes proches aidantes ou non, mais aussi au besoin avec des bénévoles ou des organismes communautaires (ex. ligne de soutien téléphonique) https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Socialisation_distance.pdf **Adaptation de l'offre de services aux consignes de la santé publique** En ce qui concerne les suivis individuels : • Les modalités d'intervention doivent être choisies pour répondre aux besoins et aux préférences de la personne suivie tout en s'assurant de respecter les directives émises par la santé publique; • Puisque certains signes et symptômes de différents troubles mentaux ne sont observables qu'en présence, s'assurer que tous les usagers bénéficieront, selon leur degré de vulnérabilité, de contacts directs avec leurs intervenants, si besoin. Selon le jugement clinique, prévoir au besoin une alternance de rencontre en présence et à distance, en fonction des facteurs de risque pour l'usager. • Les modalités d'intervention doivent également être adaptées en fonction du palier d'alerte de votre région. Les soins de santé virtuels sont priorisés lors des paliers d'alerte orange et rouge. • Les intervenants exercent leur jugement clinique dans la décision partagée avec la personne du choix de la modalité. L'analyse qui en résulte doit être inscrite dans les notes évolutives. Pour soutenir votre jugement, envisager ces questions : o Est-ce que la personne, à la suite de l'explication des avantages, inconvénients et risques des différentes modalités, accepte les soins de

	santé virtuels ? Obtenir le consentement libre et éclairé de la personne, de ~~l~~a famille ou des membres de l'entourage? o Suis-je en mesure d'offrir à la personne un lieu de rencontre permettant l'application de la distanciation physique et un environnement d'accueil sécuritaire (salle d'attente, secrétariat, etc.) ? o La personne est-elle en mesure de comprendre et de suivre les consignes de la santé publique pendant son déplacement vers l'établissement ? o L'intervention proposée peut-elle se réaliser à distance ? Il est ici important de noter que l'efficacité des soins de santé virtuels auprès de personnes présentant des symptômes d'anxiété sont comparables à des rencontres en présence. De plus, l'alliance thérapeutique est préservée. o La vulnérabilité de la personne est-elle importante ? Est-ce qu'il y a d'autres caractéristiques qui laissent croire que l'évaluation clinique risque d'être incomplète si effectuée à distance ? Si oui, des rencontres en présence ou visites à domicile pourraient être nécessaires afin de compléter l'évaluation. **Adaptation des services offerts en groupe** Les services orientés autour d'une offre structurée de groupe doivent maintenir une offre de services adaptée répondant aux consignes de la santé publique : • Les services offerts en groupe permettent de mettre en commun les expertises de l'ensemble des professionnels des différentes équipes et de regrouper ensemble des usagers aux besoins similaires, malgré la distance. • L'utilisation des plateformes de téléconsultation doit être envisagée, s'il est impossible de planifier un groupe en présentiel respectant les règles de la santé publique; • Chaque groupe composant l'offre de service doit faire l'objet d'une évaluation sur le plan du contenu et des objectifs afin de déterminer si l'utilisation des soins de santé virtuels est possible. • Si le contenu d'un groupe ne peut être adapté à une prestation en virtuel, s'assurer d'offrir une offre de service alternative et adaptée permettant de répondre aux mêmes objectifs que le groupe. • Les premiers projets de groupe utilisant les outils de soins de santé virtuels donnent des résultats très intéressants : en plus de rendre une offre de groupe disponible dans le contexte de la pandémie, ils ont permis un meilleur accès aux services, particulièrement pour les personnes vivant en région éloignée des grands centres ou pour qui le déplacement est compliqué. **Accentuer les liens de collaboration et de soutien avec les partenaires** • Les collaborations entre les différents partenaires clés des communautés (écoles, cliniques médicales, centres de crises, GMF, 811, etc.) devraient être optimisées pour renforcer la capacité de répondre aux besoins des usagers et des familles en situation de vulnérabilité et dépister de nouvelles difficultés qui pourraient survenir. • Identifier un professionnel répondant aux partenaires, organismes communautaires pour assurer la liaison et le soutien auprès d'eux.

	• Mettre en place un mécanisme de liaison entre l'urgence et le guichet d'accès (GASM) pour éviter les hospitalisations lorsque possible et assurer le suivi dans la communauté (équipes du réseau de la santé ou ressources communautaires).
Modification et ajout de modalités de travail. *Poursuite du télétravail et de l'utilisation des technologies innovantes pour maintenir les services tout en respectant les recommandations de la direction de la santé publique.*	• Dans l'éventualité d'une reprise d'éclosion qui impliquerait une contagion du personnel et quarantaine préventive, il est important d'anticiper une organisation de services misant sur le télétravail comme facteur de protection pour éviter les ruptures de services ou pour permettre au personnel en quarantaine de pouvoir continuer à offrir une prestation de services. • L'intervenant œuvrant dans un établissement de santé doit se référer aux pilotes de télésanté de son établissement pour connaître le ou les choix des solutions mises à sa disposition ainsi que le matériel de formation et de soutien à la réalisation des téléconsultations. • Peu importe le niveau d'alerte, il importe de maintenir une grande vigilance quant aux mesures sanitaires. Il est donc recommandé de prévoir des modalités mixtes d'intervention, tel que privilégier les interventions en téléconsultation et conserver les rencontres en présentiel notamment pour les usagers à haut risque ou pour des situations spécifiques ou urgentes (risque suicidaire, désorganisation personnelle ou familiale, niveau de détresse élevé, confidentialité impossible, téléconsultation difficilement applicable). Le jugement clinique est alors primordial dans ces situations. Ces restrictions et indications seront évolutives selon les consignes de la santé publique. • Pour les rencontres en présentiel, s'assurer de mettre en place les modalités de distanciation et d'avoir les équipements de protection respectant les consignes de la santé publique. • S'assurer que chacun des milieux ait accès aux technologies pour le travail à distance ainsi que les téléconsultations. Faire une cartographie rapide des endroits ayant des enjeux à ce niveau. • Apporter une attention particulière aux mesures légales et déontologiques, au respect de la confidentialité et au consentement libre et éclairé en contexte de télésanté. Consulter le guide du MSSS « soutien pour la mise en œuvre des téléconsultations dans les établissements de santé du Québec dans le contexte de pandémie" (Dans section "boite à outils" lien "guide téléconsultation du MSSS) et le « Document de soutien à la pratique en contexte de pandémie COVID-19 pour les services spécifiques en santé mentale jeunesse et adultes » du CNESM référencé en introduction. • Toujours initier la téléconsultation au moyen des outils fournis par le MSSS afin de s'assurer que le lien est bien sécurisé pour Zoom health care, TEAMS REACT et utiliser la plateforme de formation associée sur le site Télésanté. • S'assurer que l'environnement de l'intervenant est fonctionnel (en établissement, à domicile ou dans un autre environnement permettant de garantir la confidentialité de la téléconsultation) et consulter guide d'accompagnement. • Envisager la possibilité pour les clients qui n'ont pas les possibilités technologiques à la maison, de prévoir quelques locaux sécuritaires dans l'établissement ou dans la communauté où ils pourraient se rendre et avoir accès à des tablettes numériques et assister au groupe virtuel.

	• Assurer la mise en place d'un comité de tactique de la télésanté pour gérer la coordination, l'évaluation et la pérennisation des services de télésanté de l'établissement.
Les besoins de soutien des familles et des proches aidants pendant la phase du rétablissement. *Les familles et les proches aidants sont également susceptibles de présenter des besoins de services psychosociaux et de santé mentale*	Les effets psychologiques de la pandémie sur les familles et les proches aidants (en raison de l'isolement, l'inquiétude, la peur de mourir, la colère, la frustration, la culpabilité, ainsi que le sentiment d'impuissance ou d'inutilité en contexte de confinement social) peuvent en retour affecter leur capacité à prendre soin de leur proche ayant un trouble mental. Il devient alors important de : • Favoriser l'implication active et la concertation de la famille et des proches dans l'élaboration des plans d'intervention. • S'assurer de créer ou de maintenir un contact avec la famille et les proches afin leur offrir du soutien au besoin, de l'éducation psychologique sur les précautions à prendre pour préserver sa santé mentale et physique et de les diriger vers les services d'aide si nécessaire. • Accentuer le soutien à toutes personnes ayant un rôle parental.
Besoins au niveau du soutien du personnel *Les constats de l'INESSS[4] rapportent entre autres que : « Le personnel œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux rapporte des inquiétudes et des craintes en lien au contexte de pandémie. Il peut aussi vivre de la détresse psychologique et des problèmes de santé mentale. Certains facteurs liés à des caractéristiques personnelles et familiales, à des lieux de travail particuliers ou à des conditions organisationnelles, peuvent aggraver la détresse psychologique ou l'état de santé mentale. »*	• Reconnaître les efforts déployés par les intervenants pour s'adapter à la nouvelle réalité du travail. • S'assurer de maintenir une communication claire et fluide sur les nouvelles informations et recommandations ainsi que fournir les consignes et équipements de protection requis. • Être à l'écoute des questions, inquiétudes afin de répondre en temps opportun. • S'assurer que tous les intervenants bénéficient d'un soutien clinique (mode virtuel ou présentiel selon la situation et le besoins) et s'assurer de maintenir un contact régulier même avec ceux qui demandent peu ou pas de soutien pour déceler les signes d'épuisement et éviter un syndrome vicariant ou de compassion. • Pour les intervenants ayant moins d'expérience, une augmentation de la fréquence des supervisions ou un pairage avec un intervenant plus expérimenté peuvent être des modalités à prévoir. • Prévoir de donner accès à de la documentation, formations, pour soutenir les nouvelles connaissances requises (ex. Les premiers soins psychologiques, clientèle endeuillée ou vivant un état de stress post-traumatique, repérage de la détresse, etc.) • S'informer du bien-être de nos employés, de la charge de travail, de la charge personnelle liée à la pandémie et évaluer les mesures de soutien possibles. Échelle de bien-être. • Repérer les facteurs de risques, de vulnérabilité et de détresse psychologique chez les intervenants de l'équipe afin de prévoir et offrir le soutien requis ou orienter vers le bon service au besoin. Exemples de facteurs de risque à considérer : ayant moins d'expérience clinique, parents d'enfants à charge, ayant une maladie chronique, en quarantaine ou retour de quarantaine, ayant un membre de la famille infectée et à risque de stigmatisation.

	• Assurer une communication constante et efficace entre l'équipe de gestion et les équipes d'intervenants. • S'assurer de l'état général de l'équipe ce qui permettrait de bien mesurer l'état des lieux. Par exemple, la passation de sondage anonyme via Survey Monkey.

À noter : Ce document a été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les éléments mentionnés dans ce document s'appuient sur la connaissance actuelle en lien avec la COVID-19 en date du 18 septembre 2020. Une mise à jour de ce document sera faite au besoin.

Références:

- COVID-19 et les services sociaux et de santé mentale à maintenir, à remettre en place ou à déployer auprès de la population générale lors de la phase de rétablissement de la pandémie, INESSS, 22 avril 2020.
- COVID-19 et la phase de rétablissement à la pandémie pour les personnes avec des problèmes ou des troubles de santé mentale, INESSS, 8 mai 2020.
- COVID-19 et les effets du contexte de la pandémie sur la santé mentale et mesures à mettre en place pour contrer ces effets, INESSS, 31 mars 2020.
- MSSS « Soutien pour la mise en œuvre des téléconsultations dans les établissements de santé du Québec dans le contexte de pandémie »
- Policy Brief: Covid-19 and the need of mental health (2020). ONU.

Émission :	18-11-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-024

Catégorie(s) :
- ✓ Mère-enfant
- ✓ Femmes enceintes
- ✓ Transfert
- ✓ Obstétrique
- ✓ Accouchement

Algorithme sur les transferts des femmes enceintes dans la région de Montréal

Première diffusion

Expéditeur :	**Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)**

Destinataire :	CIUSSS Centre-Ouest de l'Île-de-Montréal; CHUM; CIUSSS Centre-sud-de-l'île-de-Montréal, CIUSSS Nord-de-l'île-de Montréal; CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal; CIUSSS Ouest-de-Montréal • Directeurs des programmes jeunesse; • Direction des services hospitaliers; • Direction des soins et des services hospitaliers.

Directive	
Objet :	Organisation des services pour la clientèle femme enceinte de la région de Montréal
Mesures à implanter :	Organisation des services pour la clientèle femme enceinte de la région de Montréal pour tenir compte de la réalité des établissements et de mieux répartir les volumes de prise en charge.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes :	
Direction ou service ressource :	Boîte corporative de la Direction générale adjointe des services à la famille, à l'enfance et à la jeunesse : dgasfej@ssss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	Directive DGPPFC-024

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Chantal Maltais

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

18-11-2020

Transferts des femmes enceintes dans la région de Montréal
Principes directeurs

Un ajustement concerté de l'organisation des services pour la clientèle femme enceinte de la région de Montréal est proposé afin de tenir compte de la réalité des établissements et de mieux répartir les volumes de prise en charge. Lors d'une décision de transfert, la conduite clinique doit être discutée entre les professionnels via le Centre de coordination en périnatalogie du Québec.

Principes directeurs

- Préserver la capacité des centres hospitaliers universitaires pour l'ensemble de la clientèle tertiaire du territoire du réseau universitaire intégré de santé.

- Prendre en compte la capacité limitée de certaines installations à appliquer les mesures de PCI dans leurs aménagements physiques (ex. disponibilité de chambres isolées).

- Continuer à concentrer les cas COVID+ dans les centres désignés lorsque le niveau de soins l'exige.

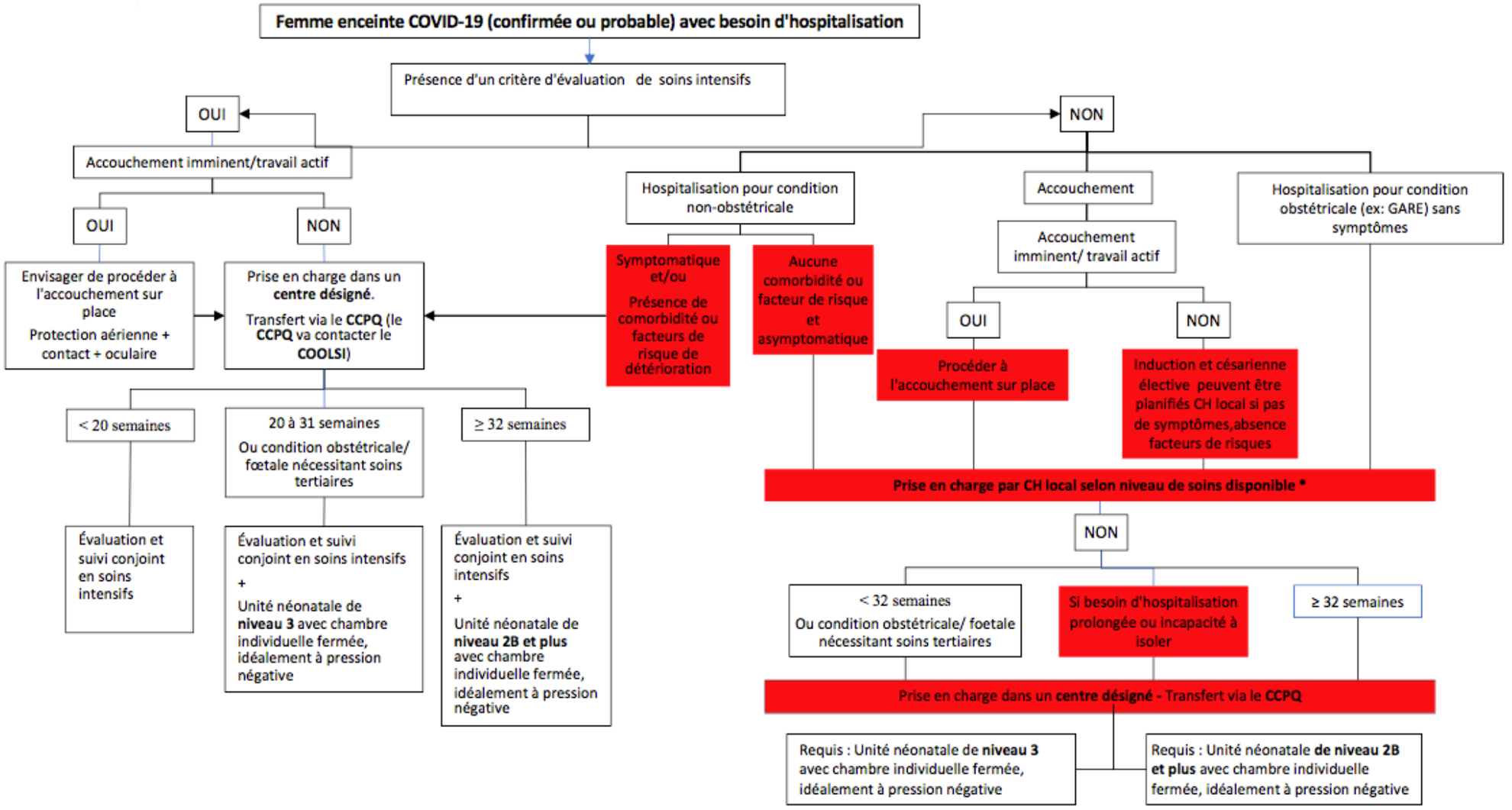
- Permettre aux centres hospitaliers non désignés de garder leur clientèle, et ce, en fonction :
  - des niveaux de soins déjà établis;
  - de la présence ou non de symptômes pour les COVID+;
  - de la capacité à prendre en charge la mère et l'enfant de manière sécuritaire.

- Maintenir, le plus possible, une continuité de soins :
  - des professionnels déjà impliqués dans le suivi de grossesse;
  - du centre de proximité identifié pour l'accouchement.

Santé et Services sociaux Québec

RÉGION DE MONTRÉAL

Version 9 novembre 2020



** 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.*

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	18-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-010.REV1

Catégorie(s) :
- ✓ Mère-enfant
- ✓ Plan 2e vague

Plan 2e vague : Services mère-enfant - COVID-19

Remplace la directive DGPPFC-010 émise le 5 octobre 2020

Expéditeur :	**Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)**
Destinataire :	Tous les CISSS, les CIUSSS et les établissements non fusionnés • Directeurs des services professionnels des établissements publics • Directeurs des programmes jeunesse • Représentants des CHU

Directive

Objet : Plan 2e vague : Services mère-enfant

Mesures à implanter : Ce document présente les mesures à appliquer dans les services mère-enfant. Des changements mineurs ont été apportés au document. Les changements sont en surbrillance

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes :

Direction ou service ressource : Boîte corporative de la Direction générale adjointe des services à la famille, à l'enfance et à la jeunesse : dgasfej@ssss.gouv.qc.ca

Documents annexés : Directive - Plan 2e Vague : Services mère-enfant-COVID-19

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Chantal Maltais

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

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	18-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-010.REV1

Directive DGPPFC-10.REV1

COVID-19 : Plan 2e vague : Services mère-enfant

Les changements sont en surbrillance

Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4
Prénatal				
Rendez-vous de suivi (clinique prénatale, GARE)	En présence. Appel téléphonique ou vidéo encouragé.	En présence. Si possible jumeler les interventions. Appel téléphonique ou vidéo encouragé.	En présence seulement pour besoin spécifique. Appel téléphonique ou vidéo priorisé.	En présence seulement pour besoin spécifique. Appel téléphonique ou vidéo priorisé. Suivi GARE (infirmier) à domicile lorsque disponible.
Cours prénataux	Référer aux ressources en ligne et offrir du soutien téléphonique ou par vidéo.	Référer aux ressources en ligne et offrir du soutien téléphonique ou par vidéo.	Référer aux ressources en ligne et offrir du soutien téléphonique ou par vidéo.	Référer aux ressources en ligne et offrir du soutien téléphonique ou par vidéo.
Vaccination	Maintenue	Maintenue, jumeler avec autre RV si possible.	Comité sur l'immunisation du Québec	Comité sur l'immunisation du Québec
Retrait préventif	Pour une maternité sans danger	Pour une maternité sans danger	Pour une maternité sans danger	Pour une maternité sans danger
Hospitalisation anténatale COVID +	CH désigné, voir Plan de contingence services hospitaliers.	CH désigné, voir Plan de contingence services hospitaliers.	CH désigné, voir Plan de contingence services hospitaliers.	CH désigné ou tous les CH en fonction du Plan de contingence des services hospitaliers.

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	18-11-2020

Directive DGPPFC-10.REV1

Visite à domicile	Permise	Permise	Visite maintenue, à domicile ou en clinique (si besoin spécifique seulement), après une première évaluation téléphonique/vidéo.	Visite maintenue, à domicile ou en clinique (si besoin spécifique seulement), après une première évaluation téléphonique/vidéo.
Accouchement				
Accouchement patiente COVID + : *Particularité : 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 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.	CH désigné, voir Plan de contingence services hospitaliers.	CH désigné, voir Plan de contingence services hospitaliers.	CH désigné, voir Plan de contingence services hospitaliers.	CH désigné ou tous les CH selon l'activation du Plan de contingence services hospitaliers.
Accouchement à domicile	Permis selon conditions, voir directives pratique sage-femme.	Permis selon conditions, voir directives pratique sage-femme.	Permis selon conditions, voir directives pratique sage-femme.	Permis selon conditions, voir directives pratique sage-femme.
Accouchement en maison de naissance (MDN)	Permis pour clientèle non-COVID seulement.	Permis pour clientèle non-COVID seulement.	Permis pour clientèle non-COVID seulement.	Permis pour clientèle non-COVID seulement.
Postnatal				
Dépistages néonataux, enseignement	Maintenus	Maintenus	Maintenus	Envisager congé précoce. Cependant, il est recommandé d'hospitaliser la mère COVID + 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.

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	18-11-2020

Directive DGPPFC-10.REV1

Intrahospitalier (mère-bébé en bonne santé)	Peau à peau (incluant césarienne)	Peau à peau (incluant césarienne)	Peau à peau (incluant césarienne)	Peau à peau (incluant césarienne)
Soins au nouveau-né en santé	Dans la chambre avec la mère	Dans la chambre avec la mère	Dans la chambre avec la mère	Dans la chambre avec la mère
Visite à domicile	Maintenue	Maintenue	Visite postnatale maintenue, à domicile ou en clinique si besoin spécifique, après une première évaluation téléphonique/vidéo.	Visite maintenue, à domicile ou en clinique (si besoin spécifique seulement), après une première évaluation téléphonique/vidéo. Considérer un lieu dédié pour les visites en présence sans risque de contamination
Clinique d'allaitement : *Particularité : En période de pandémie, il est recommandé d'allaiter; les avantages de l'allaitement maternel l'emportent sur les risques de la contagion ou d'infection de la COVID-19	Maintenue	Maintenue	Visite en établissement ou en clinique seulement si besoin particulier après évaluation téléphonique/vidéo (ex : frénotomie, difficulté d'allaitement importante avec blessures, etc.)	Visite en établissement ou en clinique seulement si besoin particulier après évaluation téléphonique/vidéo (ex : frénotomie, difficulté d'allaitement importante avec blessures, etc.)
Atelier de soutien à l'allaitement Dans le respect des consignes gouvernementales sur les rassemblements	En présence-	En présence	Fournir les coordonnées et référer aux ressources en ligne et au soutien téléphonique des organismes en allaitement.	Fournir les coordonnées et référer aux ressources en ligne et au soutien téléphonique des organismes en allaitement.
Corridors de services et transferts				
Interhospitalier-mère ou bébé : Contacter le Centre de coordination en périnatalogie du Québec (CCPQ) * Particularité : une seule ambulance est requise; mère doit être transportée sur une civière et nouveau-né installé dans un siège d'auto; ou transférer le nouveau-né dans un incubateur et la maman sur le siège.	Corridor selon le bon niveau de soins.	Corridor selon le bon niveau de soins.	Corridor selon le bon niveau de soins. Idéalement avec région de niveaux d'alerte similaire sinon centre tertiaire	Corridor selon le bon niveau de soins. Idéalement avec région de niveaux d'alerte similaire sinon centre tertiaire

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	18-11-2020

Directive DGPPFC-10.REV1

Corridors de services (ex. manque RH, éclosion, débordement)	Prévoir les corridors en considérant les effectifs manquants et la capacité à maintenir une équipe minimale de base. Déployer le plan de continuité des services, tel que recommandé dans le Guide d'accompagnement - découvertures d'obstétrique lorsque nécessaire. https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/hospitalisation/	Idem	Idem	Idem
Autres services gynéco-obstétriques				
Accès à la contraception	Maintenu	Maintenu	Maintenu, en priorisant les téléconsultations.	Maintenu, en priorisant les téléconsultations.
IVG	Maintenue L'IVG médicamenteuse devrait être offerte comme méthode de première ligne pour les grossesses de 70 jours ou moins. La clientèle doit être sensibilisée à la nécessité d'effectuer toutes les visites de contrôle en présence ou virtuelle. Le dépistage systématique des ITSS peut être délesté avant l'IVG, tant médicamenteuse que chirurgicale, à condition que celui-ci soit maintenu chez la clientèle à risque et qu'une antibioprophylaxie soit donnée systématiquement aux personnes qui auront une IVG chirurgicale.	Maintenue L'IVG médicamenteuse devrait être offerte comme méthode de première ligne pour les grossesses de 70 jours ou moins. La clientèle doit être sensibilisée à la nécessité d'effectuer toutes les visites de contrôle en présence ou virtuelle. Le dépistage systématique des ITSS peut être délesté avant l'IVG, tant médicamenteuse que chirurgicale, à condition que celui-ci soit maintenu chez la clientèle à risque et qu'une antibioprophylaxie soit donnée systématiquement aux personnes qui auront une IVG chirurgicale.	Maintenue, en priorisant la télémédecine. L'IVG médicamenteuse devrait être offerte comme méthode de première ligne pour les grossesses de 70 jours ou moins. La clientèle doit être sensibilisée à la nécessité d'effectuer toutes les visites de contrôle en présence ou virtuelle. Le dépistage systématique des ITSS peut être délesté avant l'IVG, tant médicamenteuse que chirurgicale, à condition que celui-ci soit maintenu chez la clientèle à risque et qu'une antibioprophylaxie soit donnée systématiquement aux personnes qui auront une IVG chirurgicale.	Maintenue, en priorisant la télémédecine. L'IVG médicamenteuse devrait être offerte comme méthode de première ligne pour les grossesses de 70 jours ou moins. La clientèle doit être sensibilisée à la nécessité d'effectuer toutes les visites de contrôle en présence ou virtuelle. Le dépistage systématique des ITSS peut être délesté avant l'IVG, tant médicamenteuse que chirurgicale, à condition que celui-ci soit maintenu chez la clientèle à risque et qu'une antibioprophylaxie soit donnée systématiquement aux personnes qui auront une IVG chirurgicale.
PMA	Maintenue	Maintenue	Maintenue ou ajuster en fonction de la capacité hospitalière.	Maintenue ou ajuster en fonction de la capacité hospitalière.
Suivi décès et deuil périnatal	Accompagnement et suivi psychologique individuel maintenus.	Accompagnement et suivi psychologique individuel maintenus.	Par téléphone ou appel vidéo et référer aux organismes communautaires.	Par téléphone ou appel vidéo et référer aux organismes communautaires.
Services de prévention-promotion				

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	18-11-2020

Directive DGPPFC-10.REV1

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	Maintenus	Maintenus	Maintenus	Maintenus
Intervention Olo	Maintenue	Maintenue	Maintenue	Maintenue. Les rencontres téléphoniques ou par visioconférence sont privilégiées.
Prise en charge clientèle pédiatrique				
Suivi 0-5 ans	Maintenu	Maintenu	Maintenu. En présence seulement pour besoin spécifique. Appel téléphonique ou vidéo priorisé.	Maintenu. En présence seulement pour besoin spécifique. Appel téléphonique ou vidéo priorisé.
Vaccination	Maintenue	Maintenue	Comité sur l'immunisation du Québec	Comité sur l'immunisation du Québec
Programme Agir tôt	Maintenu	Maintenu	Maintenu. Appel téléphonique ou vidéo priorisé.	Maintenu. Appel téléphonique ou vidéo priorisé.
Consultation externe	Clinique désignée si symptômes COVID-19	Clinique désignée si symptômes COVID-19	Clinique désignée si symptômes COVID-19	Clinique désignée si symptômes COVID-19
Hospitalisation COVID +. *Particularité : Enfant COVID + asymptomatique, hospitalisé pour autre raison que COVID, pourrait être hospitalisé dans le CH régional	Centre désigné pédiatrique	Centre désigné pédiatrique	Centre désigné pédiatrique	CH désigné pédiatrique ou tous les CH selon l'activation du Plan de contingence services hospitaliers
Transferts interhospitaliers	Communiquer CCPQ	Communiquer CCPQ	Communiquer CCPQ	Communiquer CCPQ
Dépistage COVID				
Femme enceinte	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.
Nouveau-né	Il est conseillé d'attendre la confirmation du dépistage de la mère avant de procéder au dépistage du nouveau-né asymptomatique. Pour un nouveau-né de mère confirmée COVID-19, procéder au dépistage nasopharyngé dans les deux heures suivant la naissance.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.
Transfert à rebours nouveau-né	non requis sauf en cas de situation particulière (ex: éclosion)	non requis sauf en cas de situation particulière (ex: éclosion)	non requis sauf en cas de situation particulière (ex: éclosion)	non requis sauf en cas de situation particulière (ex: éclosion)
Clientèle pédiatrique Hospitalisation	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	18-11-2020

Directive DGPPFC-10.REV1				
Clientèle pédiatrique consultation externe	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.
Clientèle pédiatrique en soins à domicile sous suppléance ventilatoire	En raison des aérosols, il pourrait être requis d'effectuer le dépistage en milieu hospitalier.	En raison des aérosols, il pourrait être requis d'effectuer le dépistage en milieu hospitalier.	En raison des aérosols, il pourrait être requis d'effectuer le dépistage en milieu hospitalier.	En raison des aérosols, il pourrait être requis d'effectuer le dépistage en milieu hospitalier.
Préhospitalier	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.
Mesure PCI				
Pour le personnel : les pratiques de base doivent s'appliquer et être rehaussées selon les recommandations PCI en contexte COVID-19. Services ambulatoires: port du masque pour tous (professionnels et clientèle) en tout temps	https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/#epi	https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/#epi	https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/#epi	https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/#epi
Femme enceinte COVID -/statut inconnu	Port du masque non requis, mais recommandé.	Port du masque non requis, mais recommandé.	Port du masque non requis, mais recommandé.	Port du masque non requis, mais recommandé.
Femme enceinte COVID + : Si la patiente peut le tolérer et selon le type de soin donné (p. ex. : soins prolongés et à proximité de l'usager),	Le port du masque est recommandé	Le port du masque est recommandé	Le port du masque est recommandé	Le port du masque est recommandé

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	18-11-2020

Directive DGPPFC-10.REV1

Nouveau-né mère symptomatique COVID +/suspectée	Réanimation néonatale initiale avec mesures de « PCI aérienne-contact-oculaire » (N-95). Isoler le nouveau-né qui requiert soins additionnels dans une chambre fermée individuelle à l'unité néonatale (soins intensifs, soins intermédiaires ou « pouponnière ») et assigner, lorsque possible, à du personnel dédié.	Idem	Idem	Idem
Sage-femme				
Présence en centre hospitalier	Permis	Permis	Permis	Permis
Présence du père ou d'une personne significative (1er accompagnateur)				
Prénatal	Permis	Permis	Permis	Permis
Pernatal (bloc opératoire césarienne inclus)	Permis	Permis	Permis	Permis
Postnatal	Permis	Permis	Permis	Permis
Particularité : 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)				

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	18-11-2020

Directive DGPPFC-10.REV1

Néonatalogie	Permis	Permis	1 seul parent à la fois, cependant la situation clinique de l'enfant devrait guider la décision de la présence simultanée des 2 parents.	1 seul parent à la fois, cependant la situation clinique de l'enfant devrait guider la décision de la présence simultanée des 2 parents.
Pédiatrie -Parents	Permis	Permis	1 seul parent à la fois, cependant la situation clinique de l'enfant devrait guider la décision de la présence simultanée des 2 parents.	1 seul parent à la fois, cependant la situation clinique de l'enfant devrait guider la décision de la présence simultanée des 2 parents.
Particularité : 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.				
Présence de l'accompagnante à la naissance ou d'une personne significative (2e accompagnateur)				
Prénatal	Aucun 2e accompagnateur permis	Aucun 2e accompagnateur permis	Aucun 2e accompagnateur permis	Aucun 2e accompagnateur permis
Pernatal	Permis (sauf bloc opératoire)	Permis (sauf bloc opératoire)	Accompagnante à la naissance permise (sauf bloc opératoire). Autre personne non permise.	Aucun 2e accompagnateur permis
Postnatal	Permis	Permis	Permis. Un support téléphonique/vidéo pourrait être envisagé.	Aucun 2e accompagnateur permis. Un support téléphonique/vidéo pourrait être envisagé.
Visiteurs (fratrie-famille élargie)				
Postnatal	Permis et maximum 2 personnes en même temps (incluant le 2e parent ou l'accompagnateur).	Permis sauf enfant moins de 18 ans maximum 2 personnes en même temps (incluant le 2e parent ou l'accompagnateur).	Non permis	Non permis
Néonatalogie	Permis sauf enfant moins de 18 ans et maximum 2 personnes en même temps (incluant le 2e parent ou l'accompagnateur).	Permis sauf enfant moins de 18 ans et maximum 2 personnes en même temps (incluant le 2e parent ou l'accompagnateur).	Non permis	Non permis

Émission :	05-10-2020

Mise à jour :	18-11-2020

Directive DGPPFC-10.REV1

Pédiatrie	Permis sauf enfant moins de 18 ans et maximum 2 personnes en même temps (incluant le 2e parent ou l'accompagnateur).	Permis sauf enfant moins de 18 ans et maximum 2 personnes en même temps (incluant le 2e parent ou l'accompagnateur).	Non permis	Non permis
Références cliniques				
Obstétrique				
Ø Les directives cliniques du MSSS;				
Ø Les recommandations de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada;				
Ø Les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie;				
Ø Les mesures de prévention et de contrôle des infections pour les milieux de soins aigus;				
Ø Les interventions médicales générant des aérosols (IMGA);				
Les recommandations de l'Agence de la Santé publique du Canada				
Pédiatrie				
Les directives cliniques du MSSS				
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);				
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				

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	18-11-2020

Directive DGPPFC-10.REV1

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-19				

Émission :	27-03-2020	Mise à jour :	20-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-010

Catégorie(s) :
- ✓ Endoscopie
- ✓ Cancérologie
- ✓ Services médicaux

Directives en endoscopie

Remplace certaines directives émises entre le 27 mars et le 10 juillet 2020

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) – Direction générale adjointe du Programme québécois de cancérologie (DGAPQC)**
Destinataire :	Tous établissements publics (CISSS, CIUSSS, établissements non fusionnés) – DSP – DSI – Directeur responsable du Programme de cancérologie (si pas le DSP ou la DSI) – Directions responsables des services d'endoscopie – Départements de pharmacie – Chefs de dpts et services médicaux concernés par endoscopie (selon établissement)

Directive	
Objet :	Cet envoi contient une mise à jour des outils de priorisation clinique qui avaient été élaborés pour les secteurs de l'endoscopie. Ces documents s'adressent aux équipes d'endoscopie en soutien à la priorisation relative des activités en fonction des niveaux d'alerte du plan provincial de contingence COVID-19 en centre hospitalier et du Plan d'adaptation des niveaux d'activités en cancérologie également mis à jour. Les directives en endoscopie seront disponibles ici : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/
Nouvelles mesures à implanter :	✓ La priorisation des activités endoscopiques à réaliser et le niveau d'activité en place doivent être évalués par le comité local d'endoscopie mis en place dans les établissements/installations lors des travaux de mise à niveau des unités d'endoscopie. ✓ Maintenir des niveaux d'activités plus importants en endoscopie que dans les plans de délestage du printemps. ✓ Poursuivre le suivi des listes d'attente selon un processus dynamique de réévaluation en tenant compte de la symptomatologie, des résultats de laboratoires, des examens d'imagerie, etc.

Émission :	27-03-2020	Mise à jour :	20-11-2020

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : ces directives seront aussi acheminées par le Programme québécois de cancérologie aux trois personnes responsables du Programme de cancérologie de chaque établissement qui siègent au Comité national de coordination du Réseau de cancérologie du Québec (CNCRCQ): directeur responsable du Programme de cancérologie, cogestionnaire clinico-administratif et cogestionnaire médical.	
Direction ou service ressource :	Direction générale adjointe du Programme québécois de cancérologie
Documents annexés :	✓ Annexe 1 – Recommandations générales procédures endoscopiques en contexte de la COVID-19 ✓ Annexe 2 – Recommandations sur les niveaux d'adaptation des activités d'endoscopie (secteur digestif) en contexte COVID-19 ✓ Annexe 3 – Recommandations sur les niveaux d'adaptation des activités d'endoscopie (secteur gynécologie) en contexte COVID-19 ✓ Annexe 4 – Recommandations sur les niveaux d'adaptation des activités d'endoscopie (secteur de la pneumologie, clientèle adulte et pédiatrique) en contexte COVID-19 ✓ Annexe 5 – Recommandations sur les niveaux d'adaptation des activités de rhino-pharyngo-laryngoscopie pour la spécialité de l'oto-rhino-laryngologie en contexte COVID-19 ✓ Annexe 6 – Recommandations sur les niveaux d'adaptation des activités d'endoscopie (secteur de l'urologie) en contexte COVID-19

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

msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

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

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations générales procédures endoscopiques en contexte de la COVID-19

Novembre 2020

1. Mise en place, dans chaque établissement, **d'un comité de surveillance des activités endoscopiques**. Ce comité doit être **décisionnel sur la production d'un programme endoscopique** en cohérence avec les autres directives. La composition du comité doit, au minimum, comprendre les personnes suivantes et se rapporter à la Direction des services professionnels de l'établissement :
    - Un gastroentérologue;
    - Un pneumologue;
    - Un urologue;
    - Un chirurgien général;
    - Autre spécialiste (au besoin);
    - Un gestionnaire de l'unité d'endoscopie;
    - Un Coordonnateur médical de l'unité d'endoscopie, si applicable.

2. Selon les réalités physiques propres à chaque milieu, il est demandé d'instaurer des zones de traitement selon les Directives cliniques aux professionnels et au réseau de la santé et des services sociaux pour la covid-19 : zones de traitement https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/zones-de-traitement-et-de-confinement/.

3. Établir, pour les cas suspectés ou confirmés de COVID-19, un **protocole pour la prestation sécuritaire de soins endoscopiques** pour les patients et le personnel soignant. De plus, l'application des éléments suivants est recommandée.

Patient covid-19 positif / patient symptomatique en attente de résultat / patient contact en isolement :

- Tous les cas d'urgence doivent être faits en tenant compte des consignes suivantes :
    - Effectuer l'examen dans l'environnement du patient infecté tout en essayant le plus possible de ne pas le déplacer;
    - Utiliser le chariot mobile pour les cas urgents à faire à l'urgence et aux soins intensifs au lieu de déplacer le patient vers l'endoscopie;
    - Utiliser une salle ou chambre à pression négative pour réaliser l'intervention;
    - Réaliser les cas en fin de matinée ou fin d'après-midi si le patient doit être déplacé en endoscopie;

- Limiter les intervenants dans la salle d'examen, soit le nombre nécessaire pour réaliser l'examen à l'intérieur de la salle et au besoin un intervenant à l'extérieur;
- Mettre en place et suivre les mesures de prévention et de contrôle des infections appropriées à la situation.

Patient non infecté, non-contact et asymptomatique :

- Tous les cas d'urgence doivent être faits en tenant compte des consignes suivantes :
  - Appeler tous les patients qui subiront un examen, la veille de l'examen pour confirmer l'absence de symptômes/l'absence d'isolement (retour de voyage ou contact avec une personne infectée) et de vérifier ces mêmes informations à l'arrivée au centre hospitalier;
  - Les accompagnateurs: valider avec le patient devant recevoir une sédation-analgésie lors de son examen, que son accompagnateur ne présente aucun symptôme/isolement/retour de voyage/contact avec une personne infectée et de revalider ces mêmes informations à l'arrivée au centre hospitalier.

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations sur les niveaux d'adaptation des activités d'endoscopie (secteur digestif) en contexte COVID-19

Novembre 2020

Les services en endoscopie ont été modulés lors du début de la pandémie selon la priorisation des activités endoscopiques à réaliser ou à délester qui étaient évaluées par les comités mis en place dans les établissements. Dans le contexte où le réseau de la santé et des services sociaux doit dorénavant cohabiter avec la COVID-19, les consignes du printemps 2020 sont révisées et le présent document soutient la priorisation relative des activités en fonction des niveaux d'alerte du Plan provincial de contingence COVID-19 en centre hospitalier et du Plan d'adaptation des niveaux d'activités en cancérologie qui sont disponibles au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/.

La priorisation des activités endoscopiques à réaliser et le niveau d'activités en place doivent être évalués par le comité local d'endoscopie mis en place dans les établissements/installations lors des travaux de mise à niveau des unités d'endoscopie.

Des prérequis doivent être évalués pour passer à un niveau d'alerte supérieur ou inférieur en tenant compte, entre autres :

- de la disponibilité de l'équipement de protection individuelle (ÉPI);
- de la disponibilité des ressources humaines;
- de la disponibilité des médicaments (liste de pénuries);
- de la disponibilité des lits d'hospitalisation.

Il est proposé que lors du passage d'un niveau d'activités à l'autre, une évaluation minimale du niveau d'activités soit faite pour permettre une analyse et une mesure de l'effet du changement sur les cas en attente et de réévaluer le risque clinique du délestage chez le patient versus le risque de réalisation de l'intervention en situation de COVID-19. Les listes d'attente doivent faire l'objet d'un processus dynamique de réévaluation en tenant compte de la symptomatologie, des résultats de laboratoires, des examens d'imagerie, etc.

Considérations générales

1. Tous les cas, peu importe les types d'interventions endoscopiques, doivent faire l'objet d'une évaluation clinique au cas par cas selon l'urgence de l'intervention à réaliser. Tout patient dont l'état clinique change doit faire l'objet d'une réévaluation le cas échéant. Par exemple, tout niveau de priorité P3-P2 qui devient P2-P1 doit être réévalué en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient. Les exemples et délais dans ce document se veulent un guide et non une liste exhaustive ou prescription. Si une alternative à l'examen endoscopique délesté est disponible, cette possibilité doit être évaluée par le comité local d'endoscopie en fonction de la capacité de procéder à l'examen alternatif dans l'autre secteur de l'hôpital;
2. Évaluer au cas par cas, tous les examens en lien avec la manométrie et la motilité gastrique nécessaires pour finaliser l'investigation postgastroscopie;
3. À noter que ce document s'adresse à une clientèle adulte.

ENDOSCOPIE DIGESTIVE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020				
Niveau d'alerte provincial	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai maximal**	**Recommandations**
1 et 2 **<u>Maintenir 70-90 % de l'activité régulière</u>** **<u>Prérequis :</u>** • **≥ 70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	COLOSCOPIE	P1*	≤ 24 heures	• Les P1 doivent être maintenues; • Les P2 doivent être maintenues; • Les P3 doivent être maintenues; • Les P4 doivent être maintenues; • Les cas de contrôle/suivi de 3 ans et moins doivent être maintenus; • Les P5 devraient faire l'objet d'une réévaluation et être redirigées vers le RSOSi selon la procédure habituelle inscrite dans le Guide de mise à niveau des unités d'endoscopie; • Les P5 et contrôles de plus de 3 ans devraient être réalisés une fois que les cas des autres priorités aient été résorbés, mais réévalués en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.
		P2*	≤ 14 jours	
		P3*	≤ 60 jours	
		P4* Contrôle 3 ans et moins	≤ 180 jours	
		P5* Contrôle de plus de 3 ans	À la suite	

	GASTROSCOPIE	**<u>Urgent</u>** : maintenir
		• Hémorragie digestive haute active avec GBS > 1
		• Corps étranger ou dysphagie sévère
		• Traitement de perforation/fuite/fistule
		
		<u>Semi-urgent</u> : maintenir
		• Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, symptômes ou l'examen physique
		• Hémorragie digestive haute non urgente GBS > 1
		• Ligature de varices après saignement aigu
		• Dysphagie progressive ou avec Sx d'alarme
		• Installation PEG/PEJ/NJ
		• Résection/éradication de cancer ou lésion dysplasique
			≤ 14 jours	• À la suite :
				  ○ Investigation de reflux œsophagien;
				  ○ Suivi d'une œsophagite;
				  ○ Dyspepsie sans symptôme d'alarme;
				  ○ Dépistage et suivi.
				• Malgré ces cas réalisés à la suite, réévaluer chaque cas reporté pour prioriser en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.

Niveaux 1 et 2 (suite) **<u>Maintenir 70-90 % de l'activité régulière</u>** **<u>Prérequis :</u>** • **≥ 70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**		**<u>Électif</u>** : • Anémie ferriprive • Suivi ulcère peptique • Résection de polype duodénal • Dysphagie stable • Suspicion de maladie cœliaque • Entéroscopie pour saignement obscur	≤ 60 jours	
	ÉCHO-ENDOSCOPIE	**<u>Urgent</u>** : maintenir **<u>Semi-urgent</u>** : maintenir • Drainage échoguidé de collections de liquide pancréatique infecté/nécrosectomie • Biopsie ou staging pour suspicion/confirmation de cancer • Suspicion de calculs biliaires **<u>Électif</u>** : à la suite		
	CPRE	**<u>Urgent</u>** : maintenir • Ictère obstructif • Cholangite **<u>Semi-urgent</u>** : maintenir • Obstruction biliaire symptomatique (sténose, néoplasie) • Retrait/changement de prothèses **<u>Électif</u>** : à la suite		
	Motilité gastrique	Au cas par cas	À la suite	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai maximal	Recommandations
3 **<u>Maintenir 50-70 % de l'activité régulière</u>** **<u>Prérequis</u> :** • **50-70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	COLOSCOPIE	P1*	≤ 24 heures	• Les P1 doivent être maintenues; • Les P2 doivent être maintenues; • Les P3 doivent être maintenues; • Les P4 doivent faire l'objet d'une évaluation clinique, cas par cas, les requêtes avec dépistage de cancer colorectal chez les patients à haut risque doivent impérativement être priorisées parmi tous les P4 en attente; • Les P5 et cas de contrôle/suivi devraient attendre et être délestés; • Les P5 devraient faire l'objet d'une réévaluation et être redirigées vers le RSOSi selon la procédure habituelle inscrite dans le Guide de mise à niveau des unités d'endoscopie.
		P2*	≤ 14 jours	
		P3*	≤ 60 jours	
		P4*	≤ 180 jours	
		P5* Contrôle	Délestage	

	GASTROSCOPIE	**<u>Urgent</u>** : maintenir
		• Hémorragie digestive haute active avec GBS > 1
		• Corps étranger ou dysphagie sévère
		• Traitement de perforation/fuite/fistule
		
		<u>Semi-urgent</u> : maintenir
		• Haute suspicion de cancer basée sur l'imagerie, l'endoscopie ou l'examen clinique
		• Hémorragie GI haute non urgente avec un GBS > 1
		• Ligature de varices après saignement aigu
		• Dysphagie progressive/avec symptômes d'alarme
		• Installation PEG/PEJ/NJ
		• Résection de cancer ou lésion avec dysplasie de haut grade
		<u>Électif</u> :
		• Anémie ferriprive
		• Suivi d'ulcère peptique
			≤ 14 jours
			
			≤ 60 jours
				• Les cas considérés urgents doivent être maintenus;
				• Les cas semi-urgents et électifs à maintenir selon exemple. Les autres au cas par cas, sinon délester;
				• Délestage :
				  ○ Investigation de reflux œsophagien;
				  ○ Suivi d'une œsophagite;
				  ○ Dyspepsie sans symptôme d'alarme;
				  ○ Dépistage et suivi.
				• Malgré le délestage, réévaluer chaque cas reporté pour prioriser en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient;
				• Évaluer au cas par cas, tous les examens en lien avec la manométrie et la motilité gastrique nécessaires pour finaliser l'investigation postgastroscopie. Sinon, tous les cas de motilité gastrique sont délestés.

	ÉCHO-ENDOSCOPIE	**<u>Urgent</u> :** maintenir		

Niveau 3 (suite) **<u>Maintenir 50-70 % de l'activité régulière</u>** **<u>Prérequis</u> :** • **50-70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	ÉCHO-ENDOSCOPIE	**<u>Semi-urgent</u>** : • Drainage échoguidé de collections de liquide pancréatique infecté/nécrosectomie • Biopsie ou staging pour suspicion/confirmation de cancer • Suspicion de calculs biliaires **<u>Électif</u>** : délester		
	CPRE	**<u>Urgent</u>** : maintenir • Ictère obstructif • Cholangite **<u>Semi-urgent</u>** : • Obstruction biliaire symptomatique (sténose, néoplasie) si forte suspicion de cancer • Le reste au cas par cas pour retrait/changement de prothèse **<u>Électif</u>** : délester		

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai maximal	Recommandations
4 **<u>Maintenir 30 à 50 % de l'activité régulière</u>** **<u>Prérequis</u> :** • **30-50 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)**	COLOSCOPIE	P1*	≤ 24 heures	• Les P1 doivent être maintenues; • Les P2 doivent être maintenues; • Les P3 doivent faire l'objet d'une évaluation clinique, cas par cas, les requêtes avec FIT positif doivent impérativement être priorisées parmi toutes les P3 en attente; • Les P4, P5 et cas de contrôle/suivi devraient attendre et être délestés; • Malgré le délestage, réévaluer chaque cas reporté pour prioriser en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.
		P2*	≤ 14 jours	
		P3*	≤ 60 jours	
		P4* P5* Contrôle	Délestage	
	GASTROSCOPIE	**<u>Urgent</u>** : maintenir • Hémorragie digestive haute active avec GBS > 1 • Corps étranger ou dysphagie sévère • Traitement perforation/fuite/fistule **<u>Semi-urgent</u>** : maintenir • Haute suspicion de cancer basée sur l'imagerie, symptômes ou l'examen physique • Hémorragie digestive haute non urgente avec un GBS > 1 • Ligature de varices après saignement aigu • Dysphagie progressive/avec symptômes d'alarme • Installation PEG/PEJ/NJ • Résection de cancer ou lésion avec dysplasie de haut grade **<u>Électif</u>** : délester	≤ 14 j	• Les cas considérés urgents doivent être maintenus; • Les cas semi-urgents à maintenir selon exemple. Les autres, au cas par cas, sinon délester; • Les cas de suivi devraient attendre et être délestés; • Malgré le délestage, réévaluer chaque cas reporté pour prioriser en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient; • Évaluer au cas par cas, tous les examens en lien avec la manométrie et la motilité gastrique nécessaires pour finaliser l'investigation post-gastroscopie. Sinon, tous les cas de motilité gastrique sont délestés.
	ÉCHO-ENDOSCOPIE	**<u>Urgent</u> :** maintenir **<u>Semi-urgent</u>** : maintenir • Drainage échoguidé de collections de liquide pancréatique infectée/nécrosectomie		

Niveau 4 (suite) **<u>Maintenir 30 à 50 % de l'activité régulière</u>** **<u>Prérequis</u> :** • **30-50 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)**	ÉCHO-ENDOSCOPIE	• Biopsie ou staging pour suspicion/confirmation de cancer • Suspicion de calculs biliaires **<u>Électif</u>** : délester		
	CPRE	**<u>Urgent</u>** : maintenir • Ictère obstructif • Cholangite **<u>Semi-urgent</u>** : • Obstruction biliaire symptomatique (sténose, néoplasie) si forte suspicion de cancer • Le reste au cas par cas pour retrait/changement de prothèse **<u>Électif</u>** : délester		

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai maximal	Recommandations
Activités essentielles - ne pas délester **<u>Maintenir 15 % de l'activité habituelle</u>** **Pénurie identifiée de :** • **< 30 % des ressources humaines en place; pénurie étendue à l'ensemble des autres secteurs de l'hôpital;** • **Disponibilité d'ÉPI;** • **lits d'hospitalisation et de soins intensifs**	COLOSCOPIE	P1*	≤ 24 heures	• Les P1 doivent être maintenues; • Les P2 devraient être maintenues, mais faire l'objet d'une évaluation clinique au cas par cas et délester selon le niveau d'alerte dans la région. Réévaluer chaque cas reporté pour prioriser d'une semaine à l'autre; • Les P3, P4, P5 et cas de contrôle/suivis devraient attendre et être délestés; • Attendre une stabilisation/amélioration de la situation de la COVID-19 avant la reprise, et les P3 devront faire l'objet d'une évaluation clinique, cas par cas, en priorisant les requêtes avec FIT positif; • Malgré le délestage, réévaluer chaque cas reporté pour prioriser en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.
		P2*	≤ 14 jours	
	GASTROSCOPIE	**<u>Urgent</u>** : maintenir • Hémorragie digestive haute active avec un score de Glasgow-Blatchford (GBS) > 1 • Corps étranger ou dysphagie sévère • Traitement perforation/fuite/fistule		• Les cas considérés urgents doivent être maintenus; • Les autres cas, au cas par cas, sinon délester; • Réévaluer chaque cas reporté pour prioriser d'une semaine à l'autre; • Les cas de suivi devraient attendre et être délestés; • Malgré le délestage, réévaluer chaque cas reporté pour prioriser en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient; • Évaluer au cas par cas, tous les examens en lien avec la manométrie et la motilité gastrique nécessaires pour finaliser l'investigation post-gastroscopie. Sinon, tous les cas de motilité gastrique sont délestés.
	ÉCHO-ENDOSCOPIE	**<u>Urgent</u>** : maintenir **<u>Semi-urgent</u>** : cas par cas pour biopsie ou staging pour suspicion/confirmation de cancer		
	CPRE	**<u>Urgent</u>** : maintenir • Ictère obstructif • Cholangite **<u>Semi-urgent</u>** : cas par cas		

* Référence au formulaire AH-702.

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce document :

Dr Alan Barkun, gastro-entérologue, directeur de l'endoscopie et du programme de formation en endoscopie thérapeutique et directeur responsable de la qualité en gastro-entérologie, Centre universitaire de santé McGill

Dre Mélanie Bélanger, gastro-entérologue, CISSS de la Montérégie-Centre et présidente de l'Association des gastro-entérologues du Québec

Dr Charles Ménard, gastro-entérologue, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Mme Chantale Dumont, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, PQC, MSSS

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations sur les niveaux d'adaptation des activités d'endoscopie (secteur gynécologie) en contexte COVID-19

Novembre 2020

Les services en endoscopie ont été modulés lors du début de la pandémie selon la priorisation des activités endoscopiques à réaliser ou à délester qui étaient évaluées par les comités mis en place dans les établissements. Dans le contexte où le réseau de la santé et des services sociaux doit dorénavant cohabiter avec la COVID-19, les consignes du printemps 2020 sont révisées et le présent document soutient la priorisation relative des activités en fonction des niveaux d'alerte du Plan provincial de contingence COVID-19 en centre hospitalier et du Plan d'adaptation des niveaux d'activités en cancérologie qui sont disponibles au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/.

La priorisation des activités endoscopiques à réaliser et le niveau d'activités en place doivent être évalués par le comité local d'endoscopie mis en place dans les établissements/installations lors des travaux de mise à niveau des unités d'endoscopie.

Des prérequis doivent être évalués pour passer à un niveau d'alerte supérieur ou inférieur en tenant compte, entre autres :

- de la disponibilité de l'équipement de protection individuelle (ÉPI);
- de la disponibilité des ressources humaines;
- de la disponibilité des médicaments (liste de pénuries);
- de la disponibilité des lits d'hospitalisation.

Il est proposé que lors du passage d'un niveau d'activités à l'autre, une évaluation minimale du niveau d'activités soit faite pour permettre une analyse et une mesure de l'effet du changement sur les cas en attente et de réévaluer le risque clinique du délestage chez le patient versus le risque de réalisation de l'intervention en situation de COVID-19. Les listes d'attente doivent faire l'objet d'un processus dynamique de réévaluation en tenant compte de la symptomatologie, des résultats de laboratoires, des examens d'imagerie, etc.

Considérations générales

1. Tous les cas, peu importe les types d'intervention endoscopique, doivent faire l'objet d'une évaluation clinique au cas par cas, selon l'urgence de l'intervention à réaliser. Tout patient dont l'état clinique change doit faire l'objet d'une réévaluation, le cas échéant. Les exemples et délais dans ce document se veulent un guide et non une liste exhaustive ou prescription. Si une alternative à l'examen endoscopique délesté est disponible, cette possibilité doit être évaluée par le comité local d'endoscopie en fonction de la capacité de procéder à l'examen alternatif dans l'autre secteur de l'hôpital;
2. Dans le tableau aux pages suivantes, certains délais sont similaires pour des niveaux différents. Toutefois, c'est la gradation des niveaux qui servira à prioriser les examens;
3. À noter que ce document s'adresse à une clientèle adulte.

ENDOSCOPIE GYNÉCOLOGIQUE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020					
Niveau d'alerte provincial	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai optimal**	**Délai maximal**	**Précisions**
1 et 2 **<u>Maintenir 70-90 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **≥ 70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Colposcopie pour</u> :**	• LIGE (lésions intraépithéliales de haut grade) • ASC-H • AIS (≤ 12 semaines de la référence) • Anse diathermique prévue et les lésions suspectes de cancer • AGC- en faveur d'une néoplasie	4 sem.	12 sem.	
		• AGC-NOS • Suivi 6 mois après LEEP (HSIL, AIS) • ASCUS + HPV positif • LSIL (persistant plus de 2 ans) • Grossesse avec cytologie anormale : compléter la colposcopie au plus tard au second trimestre	6 sem.	12 sem.	
		• LSIL (premier diagnostic), patiente âgée de plus de 25 ans • HPV positif et cytologie normale • SUIVI CIN-I • LSIL (premier diagnostic) patiente âgée entre 21 et 24 ans	6 mois	12 mois	
		• ASCUS avec VPH négatif	À la suite	À la suite	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
1 et 2 (suite) **<u>Maintenir 70-90 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **≥ 70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Hystéroscopie pour</u> :**	• Saignement actif avec anémie nécessitant un traitement (échec de traitement médical)/préménopause • Saignement actif postménopause	< 24 heures	1-7 jours	
		• Rétention placentaire : patiente symptomatique	< 14 jours	14 jours	Rétention avec saignements ou douleurs
		• Rétention placentaire	< 14 jours	28 jours	
		• Saignements postménopause avec facteurs de risque* • Préménopause avec saignements et anémie nécessitant un traitement et échec du traitement médical	< 28 jours	28 jours	* Facteurs de risque : • Endomètre >4 mm et/ou • Obésité • Antécédents cancer endomètre • Tamoxifène • Autres facteurs de risque connus
		• Saignements postménopause sans facteur de risque • Saignements préménopause	< 90 jours	4-5 mois	
		• Diagnostic r/a des saignements • Problème de fertilité nécessitant un traitement*	< 90 jours	6 mois	* Polype, myome sous-muqueux, malformation.
		• Diagnostics r/a un problème de fertilité	< 6 mois	6 mois	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
3 **<u>Maintenir 50-70 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** **• 50-70 % de taux de disponibilité du personnel** **• Disponibilité des ÉPI** **• Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Colposcopie pour</u> :**	• LIGE (lésions intraépithéliales de haut grade) • ASC-H • AIS (≤ 12 semaines de la référence) • Anse diathermique prévue et les lésions suspectes de cancer • AGC- en faveur d'une néoplasie	4 sem.	12 sem.	
		• AGC-NOS • Suivi 6 mois après LEEP (HSIL, AIS) • ASCUS + HPV positif • LSIL (persistant plus de 2 ans) • Grossesse avec cytologie anormale : compléter la colposcopie au plus tard au second trimestre	6 sem.	12 sem.	
		• LSIL (premier diagnostic), patiente âgée de plus de 25 ans • HPV positif et cytologie normale	6 mois	12 mois	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
3 (suite) **<u>Maintenir 50-70 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** **• 50-70 % de taux de disponibilité du personnel** **• Disponibilité des ÉPI** **• Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Hystéroscopie pour</u> :**	• Saignement actif avec anémie nécessitant un traitement (échec de traitement médical)/préménopause • Saignement actif postménopause	< 24 heures	1-7 jours	
		• Rétention placentaire : patiente symptomatique	< 14 jours	14 jours	Rétention avec saignements ou douleurs.
		• Rétention placentaire	< 14 jours	28 jours	
		• Saignements postménopause avec facteurs de risque* • Préménopause avec saignements et anémie nécessitant un traitement et échec du traitement médical	< 28 jours	28 jours	* Facteurs de risque : • Endomètre >4 mm et/ou • Obésité • Antécédents cancer endomètre • Tamoxifène • Autres facteurs de risque connus
		• Saignements postménopause sans facteur de risque • Saignements préménopause	< 90 jours	4-5 mois	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
4 **<u>Maintenir 30 à 50 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **30-50 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)**	**<u>Colposcopie pour</u> :**	• LIGE (lésions intraépithéliales de haut grade) • ASC-H • AIS (≤ 12 semaines de la référence) • Anse diathermique prévue et les lésions suspectes de cancer • AGC- en faveur d'une néoplasie	4 sem.	12 sem.	
		• AGC-NOS • Suivi 6 mois après LEEP (HSIL, AIS) • ASCUS + HPV positif • LSIL (persistant plus de 2 ans) • Grossesse avec cytologie anormale : compléter la colposcopie au plus tard au second trimestre	6 sem.	12 sem.	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
4 (suite) **<u>Maintenir 30 à 50 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **30-50 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)**	**<u>Hystéroscopie pour</u> :**	• Saignement actif avec anémie nécessitant un traitement (échec de traitement médical) /préménopause • Saignement actif postménopause	< 24 heures	1-7 jours	
		• Rétention placentaire : patiente symptomatique	< 14 jours	14 jours	Rétention avec saignements ou douleurs
		• Rétention placentaire	< 14 jours	28 jours	
		• Saignements postménopause avec facteurs de risque* • Préménopause avec saignements et anémie nécessitant un traitement et échec du traitement médical	< 28 jours	28 jours	* Facteurs de risque : • Endomètre >4 mm et/ou • Obésité • Antécédents cancer endomètre • Tamoxifène • Autres facteurs de risque connus

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
Activités essentielles - ne pas délester **<u>Maintenir 15 % de l'activité régulière</u>** **Pénurie identifiée de :** • **< 30 % des ressources humaines en place; pénurie étendue à l'ensemble des autres secteurs de l'hôpital;** • **Disponibilité d'PI;** • **Lits d'hospitalisation et de soins intensifs**	**<u>Colposcopie pour</u> :**	• LIGE (lésions intraépithéliales de haut grade) • ASC-H • AIS (≤ 12 semaines de la référence) • Anse diathermique prévue et les lésions suspectes de cancer • AGC- en faveur d'une néoplasie	4 sem.	12 sem.	
	<u>Hystéroscopie pour</u> :	• Saignement actif avec anémie nécessitant un traitement (échec de traitement médical)/préménopause • Saignement actif postménopause	< 24 heures	1-7 jours	
		• Rétention placentaire : patiente symptomatique	< 14 jours	14 jours	Rétention avec saignements ou douleurs.

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce document

Dre Nicole Charest, obstétricienne-gynécologue, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Dre Amélie Gervaise, CISSS de l'Outaouais

Dre Violaine Marcoux, obstétricienne-gynécologue, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, présidente de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec

Dre Shannon Salvador, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Dr Dominique Tremblay, obstétricien-gynécologue, CISSS de Laval

Mme Chantale Dumont, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, PQC, MSSS

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations sur les niveaux d'adaptation des activités d'endoscopie (secteur de la pneumologie, clientèle adulte et pédiatrique)

Novembre 2020

Les services en endoscopie ont été modulés lors du début de la pandémie selon la priorisation des activités endoscopiques à réaliser ou à délester qui étaient évaluées par les comités mis en place dans les établissements. Dans le contexte où le réseau de la santé et des services sociaux doit dorénavant cohabiter avec la COVID-19, les consignes du printemps 2020 sont révisées et le présent document soutient la priorisation relative des activités en fonction des niveaux d'alerte du Plan provincial de contingence COVID-19 en centre hospitalier et du Plan d'adaptation des niveaux d'activités en cancérologie qui sont disponibles au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/.

La priorisation des activités endoscopiques à réaliser et le niveau d'activités en place doivent être évalués par le comité local d'endoscopie mis en place dans les établissements/installations lors des travaux de mise à niveau des unités d'endoscopie.

Des prérequis doivent être évalués pour passer à un niveau d'alerte supérieur ou inférieur en tenant compte, entre autres :

- de la disponibilité de l'équipement de protection individuelle (ÉPI);
- de la disponibilité des ressources humaines;
- de la disponibilité des médicaments (liste de pénuries);
- de la disponibilité des lits d'hospitalisation.

Il est proposé que lors du passage d'un niveau d'activités à l'autre, une évaluation minimale du niveau d'activités soit faite pour permettre une analyse et une mesure de l'effet du changement sur les cas en attente et de réévaluer le risque clinique du délestage chez le patient versus le risque de réalisation de l'intervention en situation de COVID-19. Les listes d'attente doivent faire l'objet d'un processus dynamique de réévaluation en tenant compte de la symptomatologie, des résultats de laboratoires, des examens d'imagerie, etc.

Considérations générales

1. Tous les cas, peu importe les types d'interventions endoscopiques, doivent faire l'objet d'une évaluation clinique au cas par cas, selon l'urgence de l'intervention à réaliser. Tout patient dont l'état clinique change doit faire l'objet d'une réévaluation le cas échéant. Les exemples et délais dans ce document se veulent un guide et non une liste exhaustive ou prescription. Si une alternative à l'examen endoscopique délesté est disponible, cette possibilité doit être évaluée par le comité local d'endoscopie en fonction de la capacité de procéder à l'examen alternatif dans l'autre secteur de l'hôpital;
2. La majorité des examens d'endoscopie respiratoire est faite sur une base urgente/semi urgente. Dans le tableau aux pages suivantes, certains délais sont similaires pour des niveaux différents. Toutefois, c'est la gradation des niveaux qui servira à prioriser les examens;
3. À noter que ce document s'adresse à une clientèle adulte et pédiatrique.

ENDOSCOPIE POUR LE SECTEUR DE LA PNEUMOLOGIE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020					
Niveau d'alerte provincial	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai optimal**	**Délai maximal**	**Précisions**
1 et 2 **<u>Maintenir 70-90 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** **• ≥ 70 % de taux de disponibilité du personnel** **• Disponibilité des ÉPI** **• Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Bronchoscopie</u>** Pour les cas posant une menace imminente à la vie	• Hémoptysie active importante, corps étrangers, atélectasie sur bouchon muqueux, sténose trachéale sévère, migration ou obstruction d'endoprothèse, obstruction de la ventilation aux soins intensifs	≤ 1 jour	≤ 1 jour	Lors des procédures générant des aérosols, se référer aux recommandations de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2960-intervention-medicale-generant-aerosol-covid19.pdf
		• Suspicion de pneumonie opportuniste	≤ 1 jour	24-48 hres	
	Modifiant la prise en charge du patient hospitalisé stable	• Suspicion pneumonite médicamenteuse • Suspicion de pneumonite inflammatoire (ou auto-immune) pour laquelle une thérapie immunosuppressive sera commencée rapidement • Sténose bronchique symptomatique avec pneumonie postobstructive • Suspicion de tuberculose • Lavage pulmonaire pour protéinose alvéolaire, lavage bronchoalvéolaire diagnostique chez patient avec bronchiectasies (fibrose kystique, dyskinésie ciliaire) hospitalisé pour choix optimal de l'antibiothérapie	≤ 1 jour	≤ 5 jours	
		• Fibrose kystique pour qui le diagnostic doit être précoce (exemple : M.abscessus)	< 1 sem.	<2 sem.	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
1 et 2 (suite) **<u>Maintenir 70-90 % de l'activité régulière</u>** **<u>Prérequis :</u>** **• ≥ 70 % de taux de disponibilité du personnel** **• Disponibilité des ÉPI** **• Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Bronchoscopie</u>** Ayant le potentiel de changer la prise en charge du patient ambulatoire stable	• Fibrose pulmonaire non sévère nécessitant une bronchoscopie dans le diagnostic différentiel de sa pathologie • Évaluation pour possibilité de sarcoïdose sans risque de lymphome • Établir le diagnostic de mycobactérie non tuberculeuse si une tuberculose n'est pas suspectée • Investigation pour toux chronique et recherche de bronchite éosinophilique • Lavage bronchoalvéolaire diagnostique chez le patient avec bronchiectasies non hospitalisé • Asthme mal maitrisé malgré une thérapie optimale • Évaluation pour possible trachéomalacie ou trachéo-bronchomalacie sévère	≤ 2 sem.	≤ 1 mois	
	<u>Bronchoscopie</u> Bronchoscopie pour suivi des pathologies bénignes chez les patients asymptomatiques	• Papillomatose trachéale • Sténose trachéale ou bronchique légère sans pneumonie obstructive et avec symptômes légers ou asymptomatique • Évaluation pour possible trachéomalacie ou trachéo-bronchomalacie et autres anomalies congénitales non sévères • Thermoplastie bronchique et autre traitement endoscopique de maladie obstructive chronique	≤ 3 mois	≤ 6 mois	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
1 et 2 (suite) **<u>Maintenir 70-90 % de l'activité régulière</u>** **<u>Prérequis :</u>** **• ≥ 70 % de taux de disponibilité du personnel** **• Disponibilité des ÉPI** **• Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Bronchoscopie et échographie endobronchique</u>** Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé dans la prochaine semaine	• Cancer pulmonaire de stade III et moins • Suspicion de lymphome	≤ 1 sem.	≤ 2 sem.	La prise en charge oncologique urgente doit attendre la résolution et le retrait de l'isolement du patient avec la COVID-19 + ou suspectée
	Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé en investigation sans traitement prévu dans la prochaine semaine	• Cancer pulmonaire de stade III et moins	≤ 1 sem.	≤ 2 sem.	
	Pour diagnostic du cancer de stade avancé	• Cancer pulmonaire métastatique	≤ 2 sem.	≤ 1 mois	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
3 **<u>Maintenir 50-70 % de l'activité régulière</u>** **<u>Prérequis</u> :** • **50-70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Bronchoscopie</u>** Pour les cas posant une menace imminente à la vie	• Hémoptysie active importante, corps étrangers, atélectasie sur bouchon muqueux, sténose trachéale sévère, migration ou obstruction d'endoprothèse, obstruction de la ventilation aux soins intensifs	≤ 1 jour	≤ 1 jour	Lors des procédures générant des aérosols, se référer aux recommandations de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2960-intervention-medicale-generant-aerosol-covid19.pdf
	Modifiant la prise en charge du patient hospitalisé stable	• Suspicion de pneumonie opportuniste	≤ 1 jour	24-48 h	
		• Suspicion pneumonite médicamenteuse • Suspicion de pneumonite inflammatoire (ou auto-immune) pour laquelle une thérapie immunosuppressive sera commencée rapidement • Sténose bronchique symptomatique avec pneumonie postobstructive • Suspicion de tuberculose • Lavage pulmonaire pour protéinose alvéolaire, lavage bronchoalvéolaire diagnostique chez un patient avec bronchiectasies (fibrose kystique, dyskinésie ciliaire) hospitalisé pour choix optimal de l'antibiothérapie	≤ 1 jour	≤ 5 jours	
		• Fibrose kystique pour qui le diagnostic doit être précoce (exemple : M.abscessus)	< 1 sem.	<2 sem.	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
3 (suite) **<u>Maintenir 50-70 % de l'activité régulière</u>** **<u>Prérequis</u> :** • **50-70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Bronchoscopie</u>** Ayant le potentiel de changer la prise en charge du patient ambulatoire stable	• Fibrose pulmonaire non sévère nécessitant une bronchoscopie dans le diagnostic différentiel de sa pathologie • Évaluation pour possibilité de sarcoïdose sans risque de lymphome • Établir le diagnostic de mycobactérie non tuberculeuse si une tuberculose n'est pas suspectée • Investigation pour toux chronique et recherche de bronchite éosinophilique • Lavage bronchoalvéolaire diagnostique chez le patient avec bronchiectasies non hospitalisé • Asthme mal maitrisé malgré une thérapie optimale • Évaluation pour possible trachéomalacie ou trachéo-bronchomalacie sévère	≤ 2 sem.	≤ 1 mois	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
3 (suite) **<u>Maintenir 50-70 % de l'activité régulière</u>** **<u>Prérequis</u> :** • **50-70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	**<u>Bronchoscopie et échographie endobronchique</u>** Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé dans la prochaine semaine	• Cancer pulmonaire de stade III et moins • Suspicion de lymphome	≤ 1 sem.	≤ 2 sem.	La prise en charge oncologique urgente doit attendre la résolution et le retrait de l'isolement du patient avec la COVID-19 + ou suspectée
	Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé en investigation sans traitement prévu dans la prochaine semaine	• Cancer pulmonaire de stade III et moins	≤ 1 sem.	≤ 2 sem.	
	Pour diagnostic du cancer de stade avancé	• Cancer pulmonaire métastatique	≤ 2 sem.	≤ 1 mois	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
4 **<u>Maintenir 30 à 50 % de l'activité régulière</u>** **<u>Prérequis</u> :** • **30-50 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)**	**<u>Bronchoscopie</u>** Pour les cas posant une menace imminente à la vie	• Hémoptysie active importante, corps étrangers, atélectasie sur bouchon muqueux, sténose trachéale sévère, migration ou obstruction d'endoprothèse, obstruction de la ventilation aux soins intensifs	≤ 1 jour	≤ 1 jour	Lors des procédures générant des aérosols, se référer aux recommandations de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2960-intervention-medicale-generant-aerosol-covid19.pdf
		• Suspicion de pneumonie opportuniste	≤ 1 jour	24-48 h	
	Modifiant la prise en charge du patient hospitalisé stable	• Suspicion pneumonite médicamenteuse • Suspicion de pneumonite inflammatoire (ou auto-immune) pour laquelle une thérapie immunosuppressive sera commencée rapidement • Sténose bronchique symptomatique avec pneumonie postobstructive • Suspicion de tuberculose • Lavage pulmonaire pour protéinose alvéolaire, lavage bronchoalvéolaire diagnostique chez patient avec bronchiectasies (fibrose kystique, dyskinésie ciliaire) hospitalisé pour choix optimal de l'antibiothérapie	≤ 1 jour	≤ 5 jours	
		• Fibrose kystique pour qui le diagnostic doit être précoce (exemple : M.abscessus)	< 1 sem.	<2 sem.	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
4 (suite) **<u>Maintenir 30 à 50 % de l'activité régulière</u>** **<u>Prérequis</u> :** • **30-50 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)**	**<u>Bronchoscopie et échographie endobronchique</u>** Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé dans la prochaine semaine	• Cancer pulmonaire de stade III et moins • Suspicion de lymphome	≤ 1 sem.	≤ 2 sem.	La prise en charge oncologique urgente doit attendre la résolution et le retrait de l'isolement du patient avec la COVID-19 + ou suspectée En phase 4 ou plus, l'investigation diagnostique du cancer pulmonaire devrait être faite seulement si un traitement est envisagé. Ceci peut être reconsidéré selon le degré de transmission communautaire Lors des procédures générant des aérosols, se référer aux recommandations de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2960-intervention-medicale-generant-aerosol-covid19.pdf
	Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé en investigation sans traitement prévu dans la prochaine semaine	• Cancer pulmonaire de stade III et moins	≤ 1 sem.	≤ 2 sem.	
	Pour diagnostic du cancer de stade avancé	• Pour diagnostic du cancer de stade avancé	≤ 2 sem.	≤ 1 mois	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
Activités essentielles - ne pas délester **Maintenir 15 % de l'activité régulière** **Pénurie identifiée de :** • **< 30 % des ressources humaines en place; pénurie étendue à l'ensemble des autres secteurs de l'hôpital;** • **Disponibilité d'ÉPI** • **Lits d'hospitalisation et de soins intensifs**	**<u>Bronchoscopie</u>** Pour les cas posant une menace imminente à la vie	• Hémoptysie active importante, corps étrangers, atélectasie sur bouchon muqueux, sténose trachéale sévère, migration ou obstruction d'endoprothèse, obstruction de la ventilation aux soins intensifs	≤ 1 jour	≤ 1 jour	Lors des procédures générant des aérosols, se référer aux recommandations de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2960-intervention-medicale-generant-aerosol-covid19.pdf
	Modifiant la prise en charge du patient hospitalisé stable	• Suspicion de pneumonie opportuniste	≤ 1 jour	24-48 h	
		• Suspicion de pneumonite médicamenteuse • Suspicion de pneumonite inflammatoire (ou auto-immune) pour laquelle une thérapie immunosuppressive sera commencée rapidement • Sténose bronchique symptomatique avec pneumonie postobstructive • Suspicion de tuberculose • Lavage pulmonaire pour protéinose alvéolaire, lavage bronchoalvéolaire diagnostique chez patient avec bronchiectasies (fibrose kystique, dyskinésie ciliaire) hospitalisé pour choix optimal de l'antibiothérapie	≤ 1 jour	≤ 5 jours	
	<u>Bronchoscopie et échographie endobronchique</u> Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé dans la prochaine semaine	• Cancer pulmonaire de stade III et moins • Suspicion de lymphome	≤ 1 sem.	≤ 2 sem.	La prise en charge oncologique urgente doit attendre la résolution et le retrait de l'isolement du patient avec la COVID-19 + ou suspectée

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce document

Dr Patrick Daigneault, pneumologue pédiatre, Centre mère-enfant Soleil du CHU de Québec – Université Laval

Dr Antoine Delage, pneumologue, Hôpital Charles-Le Moyne, président de l'Association des pneumologues de la province de Québec

Dr Marc Fortin, pneumologue, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Dre Anne Valérie Gonzalez, pneumologue, Centre universitaire de santé McGill

Dr Frédéric McGovern Murphy, pneumologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dr Thomas Vandemoortele, pneumologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Mme Chantale Dumont, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, PQC, MSSS

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations sur les niveaux d'adaptation des activités de rhino-pharyngo-laryngoscopie pour la spécialité de l'oto-rhino-laryngologie en contexte COVID-19

Novembre 2020

Les services en endoscopie ont été modulés lors du début de la pandémie selon la priorisation des activités endoscopiques à réaliser ou à délester qui étaient évaluées par les comités mis en place dans les établissements. Dans le contexte où le réseau de la santé et des services (RSSS) doit dorénavant cohabiter avec la COVID-19, les consignes du printemps 2020 sont révisées et le présent document soutient la priorisation relative des activités en fonction des niveaux d'alerte du plan provincial de contingence COVID-19 en centre hospitalier et du Plan d'adaptation des niveaux d'activités en cancérologie qui sont disponibles au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/.

La priorisation des activités endoscopiques à réaliser et le niveau d'activités en place doivent être évalués par le comité local d'endoscopie mis en place dans les établissements/installations lors des travaux de mise à niveau des unités d'endoscopie.

Des prérequis doivent être évalués pour passer à un niveau d'alerte supérieur ou inférieur en tenant compte entre autres :

- de la disponibilité de l'équipement de protection individuelle (ÉPI);
- de la disponibilité des ressources humaines;
- de la disponibilité des médicaments (liste de pénuries);
- de la disponibilité des lits d'hospitalisation.

Il est proposé que lors du passage d'un niveau d'activités à l'autre, une évaluation minimale du niveau d'activités soit faite pour permettre une analyse et une mesure de l'effet du changement sur les cas en attente et de réévaluer le risque clinique du délestage chez le patient versus le risque de réalisation de l'intervention en situation de COVID-19. Les listes d'attente doivent faire l'objet d'un processus dynamique de réévaluation en tenant compte de la symptomatologie, des résultats de laboratoires, des examens d'imagerie, etc.

Considérations générales

1. Tous les cas, peu importe les types d'interventions endoscopiques, doivent faire l'objet d'une évaluation clinique au cas par cas selon l'urgence de l'intervention à réaliser. Tout patient dont l'état clinique change doit faire l'objet d'une réévaluation le cas échéant. Les exemples et délais dans ce document se veulent un guide et non une liste exhaustive ou prescription. Si une alternative à l'examen endoscopique délesté est disponible, cette possibilité doit être évaluée par le comité local d'endoscopie en fonction de la capacité de procéder à l'examen alternatif dans l'autre secteur de l'hôpital;
2. Dans les tableaux aux pages suivantes, certaines priorités cliniques sont similaires pour des niveaux différents. Toutefois, c'est la gradation des niveaux qui servira à prioriser les examens.
3. La rhino-pharyngo-laryngoscopie (**RPL**) flexible est une **composante essentielle de l'examen des voies aérodigestives supérieures;**
4. Il s'agit d'un examen qui permet le **diagnostic de nombreuses pathologies** du nez, du nasopharynx, de l'oropharynx, de l'hypopharynx et du larynx, dont plusieurs peuvent entraîner une **diminution de l'espérance de vie ou des impacts significatifs sur les fonctions essentielles** de la respiration, de la parole et de la déglutition si elles ne sont pas diagnostiquées;
5. Traditionnellement, la **RPL est pratiquée dans de nombreux contextes** (urgence, clinique externe, cabinet) et elle ne nécessite pas de sédation;
6. Des **directives cliniques** aux professionnels et au RSSS pour la COVID-19 concernant la **prévention et le contrôle des infections** ont été émises par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ);
7. L'INSPQ considère que la RPL est une intervention médicale générant des aérosols (**IMGA**) qui est associée à un **risque incertain ou non documenté de transmission d'aérosol** infectieux :
   - L'exécution de ces interventions nécessite des **précautions additionnelles gouttelettes/contact incluant protection oculaire**;
   - L'INSPQ recommande de **limiter ces interventions**, de les **retarder chez les patients COVID positifs**, de **limiter au maximum les personnes présentes dans la pièce lors de leur exécution**, de porter une **blouse imperméable à usage unique**, jetable et à manche longue ainsi que le port d'une **visière**;

- **Le respect d'un temps d'attente** selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant l'entrée dans la pièce sans équipement de protection est également suggéré. Toutefois, ceci ne s'applique que si des précautions aériennes ont été instaurées;
- Ces recommandations **s'appliquent lors des IMGA réalisées chez les patients confirmés ou suspectés pour la COVID-19**;
- En **situation de transmission communautaire soutenue**, une **évaluation du risque** doit être effectuée pour déterminer si elles peuvent également s'appliquer lors des IMGA réalisées chez des **personnes non connues ou asymptomatiques** pour la COVID-19.

7. En contexte de pandémie, une **pénurie d'équipements de protection individuelle (ÉPI)** peut survenir et des recommandations pour pallier cette pénurie ou en limiter les impacts ont été mises de l'avant par l'INSPQ, incluant **la réutilisation et la récupération des masques de type N95 et la désinfection du matériel de protection oculaire;**
8. Des recommandations intérimaires concernant les mesures exceptionnelles pour les ÉPI lors de pandémie ont été émises par l'INSPQ et elles donnent **des directives claires aux cliniciens concernant la réutilisation du matériel de protection;**
9. En vertu de l'absence de données concrètes concernant le risque de transmission de la COVID-19 lors des endoscopies en oto-rhino-laryngologie (ORL) et de l'évolution constante des connaissances en matière de prévention de transmission de cette infection, **les recommandations du présent document sont sujettes à modifications.**

Objectifs

1. Établir un **plan de délestage et de reprise d'activités** précis de la RPL permettant de donner aux chirurgiens ORL des balises leur permettant de faire des choix cohérents en lien avec la disponibilité des ÉPI;
2. Mettre en place des actions concrètes qui vont permettre de **réduire les risques de contamination** liés à la RPL pour les **patients et les médecins**;
3. Déterminer les **indications de RPL** ainsi que le **niveau de protection requis** en lien avec les **niveaux d'activités de la pandémie d'un établissement et d'une région et les ressources disponibles** en ÉPI au niveau national;
4. Fournir des lignes directrices pour une **utilisation judicieuse des ÉPI** lors d'un examen chez un patient asymptomatique;
5. Offrir une ligne de conduite afin d'assurer une priorisation cohérente et dynamique, basée sur des données cliniques.

Priorités utilisées pour la RPL dans le tableau qui suit dans un contexte de pandémie de la COVID-19

Priorité A

Personne avec une condition urgente chez qui la vie est en danger si aucun diagnostic n'est établi (< 24-48 heures). La RPL modifie significativement la prise en charge du patient et aucun autre examen ne peut s'y substituer. Le risque d'exposition à la COVID-19 est jugé plus faible que le bénéfice de l'examen (exemples : obstruction aiguë des voies respiratoires supérieures avec détresse au repos, trauma laryngé avec nécessité d'évaluation pré intubation).

Priorité B

Personne avec une condition urgente qui présente des symptômes entraînant une altération significative de la qualité de vie ou chez qui la vie est en danger si aucun diagnostic n'est établi (< 2 semaines). La RPL modifie significativement la prise en charge du patient et aucun autre examen ne peut s'y substituer. Le risque d'exposition à la COVID-19 est jugé plus faible que le bénéfice de l'examen (exemples : obstruction croissante des voies respiratoires aiguës sans détresse au repos, suspicion d'un cancer des voies aérodigestives sans évidence de maladie régionale, suivi post-traitement pour cancer).

Priorité C

Personne avec une condition semi-urgente qui présente des symptômes entraînant une altération significative de la qualité de vie ou chez qui la vie pourrait être mise en danger si aucun diagnostic n'est établi (< 4 semaines). La RPL a le potentiel de modifier significativement la prise en charge du patient et aucun autre examen ne peut fournir d'information équivalente. Le risque d'exposition à la COVID-19 est jugé plus faible que le bénéfice de l'examen (exemples : obstruction subaigüe des voies respiratoires, dysphonie croissante chez un patient avec antécédent de consommation tabagique, dysphagie croissante avec perte de poids et investigation complémentaire non-contributrice, otite séreuse chez l'adulte).

Priorité D

Personne en bonne condition pour qui le report n'aura pas d'impact significatif sur la survie ou la qualité de vie comparativement au risque d'exposition à la COVID-19 ou chez qui un autre examen peut se substituer adéquatement à la RPL (délai de 8 à 12 semaines) (exemples : suivi oncologique de routine chez un patient asymptomatique, évaluation de symptômes pharyngolaryngés non évolutifs et chroniques, évaluation hypertrophie adénoïdienne, activités de dépistage).

<table>
<tr><th colspan="5">ACTIVITÉS DE RHINO-PHARYNGO-LARYNGOSCOPIE EN ENDOSCOPIE (SECTEUR DE L'ORL) EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020</th></tr>
<tr><th>Niveau d'alerte provincial</th><th>À maintenir</th><th>À adapter</th><th>À délester</th><th>Considérations et niveaux de protection pour patients asymptomatiques de la COVID-19</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1 et 2

<u>Maintenir de 70-90 % de l'activité régulière</u>

<u>Prérequis</u> :
• <u>≥</u> 70 % de taux de disponibilité du personnel
• Disponibilité des ÉPI
• Liste de médicaments en pénurie connue</td><td rowspan="2">A-B-C</td><td>D</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">• Favoriser la vidéolaryngoscopie pour diminuer la proximité avec le patient et la documentation vidéo pour éviter d'avoir à dupliquer un examen
• Protection gouttelettes/contact/oculaire pour tous
• Considérer le port du masque de procédure par le patient pour couvrir la bouche durant l'examen</td></tr>
<tr><td>Évaluer le risque d'évolution et de progression vers la condition de priorité A+B+C</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>Niveau d'alerte provincial</th><th>À maintenir</th><th>À adapter</th><th>À délester</th><th>Considérations et niveaux de protection pour patients asymptomatiques de la COVID-19</th></tr>
<tr><td rowspan="5">3

<u>Maintenir 50-70 % de l’activité régulière</u>

<u>Prérequis :</u>
• 50-70 % de taux de disponibilité du personnel
• Disponibilité des ÉPI
• Liste de médicaments en pénurie connue</td><td rowspan="5">A-B-C</td><td>D</td><td rowspan="5"></td><td rowspan="2">• Protection gouttelettes/contact/oculaire pour tous
• Considérer l’usage de salles d’examen en pression négative
• Considérer les mesures de réutilisation, port prolongé et désinfection du matériel ÉPI
• Favoriser la vidéolaryngoscopie pour diminuer la proximité avec le patient et la documentation vidéo pour éviter d’avoir à dupliquer un examen
• Considérer le port du masque de procédure par le patient pour couvrir la bouche durant l’examen</td></tr>
<tr><td>Évaluer le risque d’évolution et de progression vers la condition de priorité A+B+C</td></tr>
<tr><td>Tolérer des délais plus longs pour la plupart des patients</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>Maintien d’une ressource pour permettre aux patients de signaler une détérioration de leur état</td></tr>
<tr><td>Considérer tests alternatifs au besoin (CT scan cou/massif facial, gorgée barytée)</td></tr>
</table>

Niveau d'alerte provincial	À maintenir	À adapter	À délester	Considérations et niveaux de protection pour patients asymptomatiques de la COVID-19
4 **<u>Maintenir 30 à 50 % de l'activité régulière</u>** **<u>Prérequis</u> :** • **30-50 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)**	A-B-C	D		• Limiter l'endoscopie aux cas urgents et essentiels • Protection gouttelettes/contact/oculaire pour tous • Considérer l'usage des salles d'examen en pression négative • Appliquer les mesures de réutilisation, port prolongé et désinfection du matériel ÉPI • Favoriser la vidéolaryngoscopie pour diminuer la proximité avec le patient et la documentation vidéo pour éviter d'avoir à dupliquer un examen • Considérer le port du masque de procédure par le patient pour couvrir la bouche durant l'examen
		Évaluer le risque d'évolution et de progression vers la condition de priorité A+B+C		
		Utiliser tests alternatifs au besoin (CT scan cou/massif facial, gorgée barytée)		
		Maintien d'une ressource pour permettre aux patients de signaler une détérioration de leur état		

Niveau d'alerte provincial	À maintenir	À adapter	À délester	Considérations et niveaux de protection pour patients asymptomatiques de la COVID-19
Activités essentielles - ne pas délester **<u>Maintenir 15 % de l'activité régulière</u>** **Pénurie identifiée de :** • **< 30 % des ressources humaines en place; pénurie étendue à l'ensemble des autres secteurs de l'hôpital** • **Disponibilité d'ÉPI** • **Lits d'hospitalisation et de soins intensifs**	A-B	C-D		• Limiter l'endoscopie ORL aux cas urgents et essentiels • Protection gouttelettes/contact/oculaire pour tous • Considérer l'usage des salles d'examen en pression négative • Appliquer les mesures de réutilisation, port prolongé et désinfection du matériel ÉPI • Favoriser la vidéolaryngoscopie pour diminuer la proximité avec le patient et la documentation vidéo • Considérer le port du masque de procédure par le patient pour couvrir la bouche durant l'examen
		Évaluer le risque d'évolution et de progression vers la condition de priorité A+B		
		Maintien d'une ressource pour permettre aux patients de signaler une détérioration de leur état		

*** Symptômes de la COVID-19 :**

- Les critères de suspicion sont : fièvre ou toux récente ou augmentation de toux chronique ou mal de gorge ou difficulté respiratoire ou perte soudaine de l'odorat ou du goût ou symptômes connexes (congestion nasale, rhinorrhée, diarrhée);
- La fièvre comme seul symptôme ou certains autres signes et symptômes moins courants devront faire l'objet d'une analyse médicale selon le tableau clinique.

Références

1. Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19 - Prévention et contrôle des infections - https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/
2. COVID-19 : Interventions médicales générant des aérosols - https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19
3. COVID-19 : Évaluation des options de désinfection des protections respiratoires N95 dans le contexte de la pandémie de COVID-19 - https://www.inspq.qc.ca/publications/2971-options-desinfection-n95-covid19
4. COVID-19 : Lignes directrices intérimaires : processus de collecte, de désinfection et d'entreposage des appareils de protection respiratoire N95 à usage unique - https://www.inspq.qc.ca/publications/2965-desinfection-n95
5. COVID-19 : Recommandations intérimaires CERDM - désinfection des protections respiratoires N95 à usage unique - https://www.inspq.qc.ca/publications/2966-desinfection-protections-respiratoires-n95-covid19
6. Réutilisation des respirateurs N95 dans un contexte d'une pénurie réelle ou appréhendée lors de la pandémie de la COVID-19 - https://www.inspq.qc.ca/publications/2918-reutilisation-respirateurs-n95-covid19
7. COVID-19 Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie : recommandations intérimaires- https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2957-mesures-exceptionnelles-equipements-protection-individuelle-covid19.pdf

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce document

Dr Pierre-Hugues Fortier, ORL, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dr Luc Monette, ORL, CISSS de l'Outaouais

Dr Akram Rahal, ORL, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Mme Chantale Dumont, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, PQC, MSSS

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations sur les niveaux d'adaptation des activités d'endoscopie (secteur urologie)

Novembre 2020.

Les services en endoscopie ont été modulés lors du début de la pandémie selon la priorisation des activités endoscopiques à réaliser ou à délester qui étaient évaluées par les comités mis en place dans les établissements. Dans le contexte où le réseau de la santé et des services sociaux doit dorénavant cohabiter avec la COVID-19, les consignes du printemps 2020 sont révisées et le présent document soutient la priorisation relative des activités en fonction des niveaux d'alerte du Plan provincial de contingence COVID-19 en centre hospitalier et du Plan d'adaptation des niveaux d'activités en cancérologie qui sont disponibles au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/.

La priorisation des activités endoscopiques à réaliser et le niveau d'activités en place doivent être évalués par le comité local d'endoscopie mis en place dans les établissements/installations lors des travaux de mise à niveau des unités d'endoscopie.

Des prérequis doivent être évalués pour passer à un niveau d'alerte supérieur ou inférieur en tenant compte, entre autres :

- de la disponibilité de l'équipement de protection individuelle (ÉPI);
- de la disponibilité des ressources humaines;
- de la disponibilité des médicaments (liste de pénuries);
- de la disponibilité des lits d'hospitalisation.

Il est proposé que lors du passage d'un niveau d'activités à l'autre, une évaluation minimale du niveau d'activités soit faite pour permettre une analyse et une mesure de l'effet du changement sur les cas en attente et de réévaluer le risque clinique du délestage chez le patient versus le risque de réalisation de l'intervention en situation de COVID-19. Les listes d'attente doivent faire l'objet d'un processus dynamique de réévaluation en tenant compte de la symptomatologie, des résultats de laboratoires, des examens d'imagerie, etc.

Considérations générales

1. Tous les cas, peu importe les types d'interventions endoscopiques, doivent faire l'objet d'une évaluation clinique au cas par cas, selon l'urgence de l'intervention à réaliser. Tout patient dont l'état clinique change doit faire l'objet d'une réévaluation le cas échéant. Les exemples et délais dans ce document se veulent un guide et non une liste exhaustive ou prescription. Si une alternative à l'examen endoscopique délesté est disponible, cette possibilité doit être évaluée par le comité local d'endoscopie en fonction de la capacité de procéder à l'examen alternatif dans l'autre secteur de l'hôpital;
2. À noter que ce document s'adresse à une clientèle adulte.

ENDOSCOPIE UROLOGIQUE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020						
Niveau d'alerte provincial	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai optimal**	**Délai maximal**	**Recommandations**	**Précisions**
1 et 2 **<u>Maintenir 70-90 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **≥ 70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	CYSTOSCOPIE Manipulations endo-urologique urgentes	• Calcul urétéral symptomatique non soulagé • Calcul urétéral avec insuffisance rénale aiguë • Calcul urétéral infecté • Calcul urétéral sur rein unique • Rétention urinaire avec incapacité d'installer une sonde urinaire	< 24 heures	< 24 heures	Les cas nécessitant une manipulation endo-urologique considérée urgente devraient être maintenus pour tous les patients en zone chaude et avec protection appropriée.	Le délai depuis la dernière cystoscopie doit être considéré pour la priorisation.
		• Suspicion de tumeur vésicale à l'imagerie • Hématurie macroscopique	< 1 mois	< 1 mois		
		• L'hématurie microscopique avec symptômes de remplissage	< 1 mois	< 2 mois		
		• Hématurie microscopique asymptomatique	< 3 mois	< 6 mois		
		• Incontinence urinaire • SBAU réfractaire sans rétention • Infection urinaire • Autres pathologies non urgentes	< 6 mois	< 12 mois		
	Suivi de cancer de vessie	• Tumeur à risque élevé • Tumeur à risque intermédiaire	3 mois	3 mois	Cystoscopie - aux 3 mois pour 2 ans et ensuite - aux 6 mois pour 2 ans et annuelle	
		• Tumeur à risque faible	3 mois	3 mois	Cystoscopie - à 3 mois et annuelle par la suite	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Recommandations	Précisions
Suite 1 et 2 **<u>Maintenir 70-90 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **≥ 70% de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	ÉTUDE URODYNAMIQUE ET VIDÉO-URODYNAMIQUE	Reprise totale				
	BIOPSIE PROSTATIQUE ÉCHOGUIDÉE	Tumeurs présumées agressives • cT3 au TR • APS supérieur ou égal à 20 • Suspicion de métastases • cT2 et APS < 20, si moins de 75 ans Pirads 4 et 5 à l'IRM	< 1 mois	< 2 mois		
		• Biopsie de confirmation pour surveillance active • APS < 10 avec TR normal	< 3 mois	< 12 mois		
		• Biopsie de suivi pour les patients sous surveillance active avec ou sans APS stable et TR normal	À la suite	À la suite		
		• Les échographies prostatiques seules sans biopsie peuvent être considérées	À la suite	À la suite		
	Autres	• Les pyélographies rétrogrades, le botox intra-vésical et les cystostomies électives doivent être repris	À la suite	À la suite		

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Recommandations	Précisions
3 **<u>Maintenir 50-70 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **50-70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	CYSTOSCOPIE Manipulations endo-urologique urgentes	• Calcul urétéral symptomatique non soulagé • Calcul urétéral avec insuffisance rénale aiguë • Calcul urétéral infecté • Calcul urétéral sur rein unique • Rétention urinaire avec incapacité d'installer une sonde urinaire	< 24 heures	< 24 heures	Les cas nécessitant une manipulation endo-urologique considérée urgente devraient être maintenus pour tous les patients en zone chaude et avec protection appropriée.	
		• Suspicion de tumeur vésicale à l'imagerie • Hématurie macroscopique	< 1 mois	< 1 mois		
		• L'hématurie microscopique avec symptômes de remplissage	< 1 mois	< 2 mois		
		• Hématurie microscopique asymptomatique	< 3 mois	< 6 mois		
	Suivi de cancer de vessie	• Tumeur à risque élevé • Tumeur à risque intermédiaire	3 mois	3 mois	Cystoscopie - aux 3 mois pour 2 ans - aux 6 mois pour 2 ans et annuelle par la suite	
		• Tumeur à faible risque	3 mois	3 mois	Cystoscopie - à 3 mois et annuelle par la suite	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Recommandations	Précisions
Suite 3 **<u>Maintenir 50-70 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **50-70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	BIOPSIE PROSTATIQUE ÉCHOGUIDÉE	Tumeurs présumées agressives • cT3 au TR • APS supérieur ou égal à 20 • Suspicion de métastases • cT2 et APS < 20, si moins de 75 ans Pirads 4 et 5 à l'IRM	< 1 mois	< 2 mois		
		• Biopsie de confirmation pour surveillance active • APS < 10 avec TR normal	< 3 mois	< 12 mois		

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Recommandations	Précisions
4 **<u>Maintenir 30 à 50 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **30-50 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)**	CYSTOSCOPIE Manipulations endo-urologique urgentes	• Calcul urétéral symptomatique non soulagé • Calcul urétéral avec insuffisance rénale aiguë • Calcul urétéral infecté • Calcul urétéral sur rein unique • Rétention urinaire avec incapacité d'installer une sonde urinaire	< 24 heures	< 24 heures	Les cas nécessitant une manipulation endo-urologique considérée urgente devraient être maintenus pour tous les patients en zone chaude et avec protection appropriée.	
		• Suspicion de tumeur vésicale à l'imagerie • Hématurie macroscopique	< 1 mois	< 1 mois		
		• L'hématurie microscopique avec symptômes de remplissage	< 1 mois	< 2 mois		
	Suivi de cancer de vessie	• Tumeur à risque élevé suivi pour la première année après la dernière résection	3 mois	3 mois	Cystoscopie - aux 3 mois et étendre aux 6 mois pour la deuxième année	
		• Tumeur à risque intermédiaire	3 mois	3 mois	Évaluer au cas par cas (considérer la première année du suivi)	
		• Tumeur à risque faible	3 mois	3 mois	Reprendre seulement 1re cystoscopie de suivi à 3 mois	
	BIOPSIE PROSTATIQUE ÉCHOGUIDÉE	Tumeurs présumées agressives • cT3 au TR • APS supérieur ou égal à 20 • Suspicion de métastases • cT2 et APS < 20, si moins de 75 ans Pirads 4 et 5 à l'IRM	< 1 mois	< 2 mois		Pour les suspicions de métastases: selon l'état clinique permettant un traitement adjuvant à l'hormonothérapie initiale.

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Recommandations	Précisions
Activités essentielles - ne pas délester **<u>Maintenir 15 % de l'activité habituelle</u>** **Pénurie identifiée de :** • **< 30 % des ressources humaines en place; pénurie étendue à l'ensemble des autres secteurs de l'hôpital;** • **Disponibilité d'ÉPI;** • **Lits d'hospitalisation et de soins intensifs**	CYSTOSCOPIE Manipulations endo-urologique urgentes	• Calcul urétéral symptomatique non soulagé • Calcul urétéral avec insuffisance rénale aiguë • Calcul urétéral infecté • Calcul urétéral sur rein unique • Rétention urinaire avec incapacité d'installer une sonde urinaire	< 24 heures	< 24 heures	Les cas nécessitant une manipulation endo- urologique considérée urgente devraient être maintenus pour tous les patients en zone et avec protection appropriée.	
		• Suspicion de tumeur vésicale à l'imagerie • Hématurie macroscopique	< 1 mois	< 1 mois		
	Suivi de cancer de vessie	• Tumeurs à risque élevé suivi pour la première année après la dernière résection	3 mois	3 mois	Cystoscopie - aux 3 mois et étendre aux 6 mois pour la deuxième année	
		• Tumeurs à risque intermédiaire	3 mois	3 mois	Évaluer au cas par cas (considérer la première année du suivi)	
		• Tumeurs à risque faible	3 mois	3 mois	Évaluer au cas par cas	
	BIOPSIE PROSTATIQUE ÉCHOGUIDÉE	Tumeurs présumées agressives • cT3 au TR • APS supérieur ou égal à 20 • Suspicion de métastases	< 1 mois	< 1 mois		Pour les suspicions de métastases : selon l'état clinique permettant un traitement adjuvant à l'hormonothérapie initiale.

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce document

Dr Mathieu Bettez, urologue, CISSS de Laval

Dr Gaëtan Duchesnay, urologue, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et du Centre hospitalier affilié universitaire régional

Dr Steven P. Lapointe, urologue, CISSS de Laval et président de l'Association des urologues du Québec

Mme Chantale Dumont, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, PQC, MSSS

Émission :	26-10-2020	Mise à jour :	23-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-005.REV1

Catégorie(s) :
- ✓ Cancérologie
- ✓ Services médicaux
- ✓ Pédiatrie

Directives en cancérologie
(mise à jour volet pédiatrie)

Remplace la directive en cancérologie – volet pédiatrique émise le 14 avril 2020

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) – Direction générale adjointe du Programme québécois de cancérologie (DGAPQC)**
Destinataire :	Tous établissements publics (CISSS, CIUSSS, établissements non fusionnés) – DSP – DSI – Directeur responsable du Programme de cancérologie – Département de pharmacie – Secteur laboratoires et pathologie – Directions responsables PQDCS et imagerie médicale – Chefs de département et services médicaux œuvrant en cancérologie – Responsables PCI – Direction responsable des services mère-enfant – Chefs de département et services médicaux œuvrant en cancérologie pédiatrique – Direction responsable du volet recherche en oncologie pédiatrique, si applicable

Directive	
Objet :	Cette directive contient les directives de cancérologie qui constituent le plan d'action COVID-19 en cancérologie. Ces directives sont complémentaires au Plan provincial de contingence COVID-19 en centre hospitalier et au Guide de délestage des activités selon les niveaux d'alerte des établissements. Note : Ces travaux ont été effectués par les membres des sous-comités cliniques COVID-19 et tiennent compte des commentaires du Comité directeur clinique COVID-19. La présente mise à jour concerne les directives en cancérologie pédiatrique, qui s'inscrivent dans le plan d'action COVID-19 en cancérologie et sont complémentaires aux autres directives émises en cancérologie.
Nouvelles mesures à implanter :	✓ Le secteur de la cancérologie doit demeurer relativement protégé, il est ainsi possible qu'il puisse fonctionner à un niveau d'activité plus élevé que le niveau global de l'hôpital. ✓ Maintien des services selon les nouveaux niveaux d'activité, incluant le dépistage du cancer (sein, colorectal). ✓ Poursuite des stratégies pour dégager de la marge de manœuvre en appliquant les recommandations cliniques qui diminuent les visites (ex. médicaments voie orale).

	✓ Maintien du lien avec le patient lors de report de rendez-vous ou en attente de service. ✓ Favoriser la télésanté tout en s'assurant que le patient soit vu en présentiel au début de son parcours en oncologie (ex. annonce du diagnostic ou progression de la maladie). ✓ Détecter la détresse en cancérologie et offrir une aide psychosociale adaptée. ✓ Pour la protection de la clientèle et préserver l'expertise du personnel, poursuivre les mesures de zonage et éviter que le personnel de cancérologie travaille dans d'autres secteurs de l'hôpital. ✓ Le Programme de cancérologie doit maintenir une vigie transversale de la trajectoire de soins et des délais dans son établissement (ex. : imagerie, endoscopie, chirurgie). ✓ Poursuivre l'application des mesures convenues au printemps 2020. ✓ Encourager l'équilibre entre la télésanté et un requis minimal de visites de suivi en présence. ✓ Importance de la coordination des soins d'un patient (imagerie, traitement, soins de cathéter, etc.) au cours de la même journée. ✓ Ajout d'une section sur les zones communes, et les règles de vie devant y être appliquées.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : ces directives seront aussi acheminées par le Programme québécois de cancérologie aux responsables du Programme de cancérologie de chaque établissement qui siègent au Comité national de coordination du Réseau de cancérologie du Québec (CNCRCQ): directeur responsable du Programme de cancérologie, cogestionnaire clinico-administratif et cogestionnaire médical. Les membres du Comité national de cancérologie pédiatrique seront aussi informés.	
Direction ou service ressource :	Direction générale adjointe du Programme québécois de cancérologie
Documents annexés :	✓ Recommandations générales en cancérologie en contexte de la COVID-19 ✓ Plan d'adaptation des niveaux d'activité en cancérologie en situation de pandémie covid-19 selon les niveaux d'alerte du plan provincial de contingence en centre hospitalier ✓ Recommandations concernant les activités de dépistage et d'investigation du cancer du sein ✓ Tableau synoptique des niveaux d'adaptation des activités du dépistage du cancer du sein ✓ Recommandations en cancérologie sur l'administration de traitements systémiques en contexte de pandémie de la COVID-19 ✓ Recommandations en radio-oncologie dans le contexte COVID-19 ✓ Recommandations du Programme québécois de cancérologie concernant la Greffe de cellules souches hématopoïétiques et la thérapie cellulaire en contexte COVID-19 ✓ Soins et services psychosociaux en cancérologie : constats, enjeux et recommandations en contexte de la pandémie COVID-19 ✓ Recommandations pour la prise en charge de la clientèle pédiatrique en cancérologie dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 - Mise à jour

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

msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

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

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations générales en cancérologie en contexte de la COVID-19

Ce document regroupe les recommandations générales applicables à la clientèle oncologique requérant des services dans les établissements du Réseau de cancérologie du Québec. Des documents spécifiques à certains secteurs comme le dépistage du cancer du sein, l'endoscopie, la radio-oncologie, les traitements systémiques et l'oncologie pédiatrique sont aussi disponibles et leurs recommandations prévalent lorsqu'une conduite différente ou plus restrictive est recommandée.

L'ensemble des documents en cancérologie est disponible au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Thèmes couverts dans ce document :

A. Contexte
B. Spécificités pour la clientèle atteinte de cancer
C. Échelle de priorisation
D. Zonage en cancérologie
E. Recommandations générales en cancérologie:
    1. Principes directeurs;
    2. Évaluation du risque d'infection, dépistage et conduite à tenir;
    3. Accès au centre de cancérologie;
    4. Présence des proches aidants;
    5. Organisation de la clinique pour les consultations et suivis;
    6. Détection de la détresse et services psychosociaux;
    7. Équipements de protection individuels;
    8. Consignes pour le personnel;
    9. Comités du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC);
    10. Recherche;
    11. Vigie par le Programme de cancérologie des établissements.

A. Contexte

La situation liée à la COVID-19 continuera d'affecter pour plusieurs mois la façon de rendre les soins et services aux personnes touchées par le cancer. Il est nécessaire en tout temps de protéger contre l'exposition à la COVID-19 les patients atteints de cancer qui, parce qu'ils sont immunosupprimés, ont un risque accru d'être infectés.

De plus, ceux avec des comorbidités spécifiques ont un risque plus grand d'en décéder.

Le réseau de la santé et des services sociaux doit dorénavant cohabiter avec la COVID-19. Les apprentissages tirés des mesures mises en place par le réseau de cancérologie lors de la première vague d'infection à la COVID-19 au printemps 2020 ont fait émerger une nouvelle normalité qui fait maintenant partie intégrante du quotidien des divers secteurs impliqués en cancérologie. Les mesures qui ont démontré leur efficacité continueront d'être appliquées pour la protection de la clientèle et du personnel.

Les consignes générales sont mises à jour et rendues disponibles en support au maintien des activités en cancérologie dans l'éventualité où les situations suivantes se produiraient et pour lesquelles des actions sont recommandées :

- Plusieurs vagues de contamination sur plusieurs semaines avec certaines périodes de répit;
- Des régions qui passeront tour à tour aux paliers d'alerte en santé publique orange et rouge;
- Le personnel soignant qui pourrait être moins disponible (fermeture des écoles, isolement, etc.);
- Enjeux de capacité, tant dans les secteurs d'hospitalisation qu'ambulatoires;
- Déploiement du personnel vers d'autres services essentiels/critiques.

B. Spécificités pour la clientèle atteinte de cancer

Les traitements pour de nombreux cancers peuvent altérer les réponses immunitaires et mener plus rapidement à des complications respiratoires sévères et infections rapidement évolutives. Certains cancers peuvent également conduire à une réduction ou à une production dysfonctionnelle de cellules immunitaires. En conséquence, les patients atteints de cancer étant alors immunosupprimés sont plus vulnérables de contracter des maladies transmissibles comme la COVID-19. (réf. avis INESSS sur les personnes immunosupprimées[1])

Cependant, des publications récentes[2,3,4] suggèrent que le risque accru de complications et de décès de la COVID-19 chez le patient atteint de cancer est associé avec des facteurs tels que ceux-ci, plutôt qu'avec les traitements en eux-mêmes :

- l'âge avancé;

[1] COVID-19 et personnes immunosupprimées, INESSS, 24 septembre 2020
[2] The Lancet (June 2020): Kuderer et al. Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer (CCC19): a cohort study.
[3] The Lancet (May, 2020): Garassino et al. COVID-19 in patients with thoracic malignancies (TERAVOLT): first results of an international, registry-based, cohort study.
[4] The Lancet (May 28, 2020): Lennard Y W Lee et al. COVID-19 mortality in patients with cancer on chemotherapy or other anticancer treatments: a prospective cohort study.

- les comorbidités (diabète, hypertension, obésité, maladies pulmonaire ou cardiovasculaire);
- le statut de performance (ECOG > 2);
- la malignité hématologique sévère et le cancer du poumon;
- la progression du cancer.

Ces patients doivent faire l'objet d'une attention particulière et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès.

Ce risque ne doit pas empêcher de donner le traitement approprié, lorsqu'indiqué, mais une évaluation des bénéfices et des risques doit être faite en fonction de l'épidémiologie de la région, partagée avec le patient et la décision de modification de traitement inscrite dans le dossier, le cas échéant.

C. Échelle de priorisation des personnes atteintes de cancer[5]

Priorité A – Personne avec une condition urgente chez qui la qualité de vie est hautement altérée ou que la vie est en danger si aucun traitement/service n'est entrepris rapidement et que le risque d'exposition à la COVID-19 est jugé plus faible que le bénéfice du service/traitement en milieu hospitalier.

Priorité B – Personne avec une condition semi-urgente pour qui le report temporaire du service/traitement en milieu hospitalier n'est pas souhaitable, mais dont le risque d'exposition à la COVID-19 est jugé supérieur au bénéfice qu'apporterait l'amorce du service/traitement dans le contexte situationnel :

- Dans le cas d'une situation pandémique où les services ne pourraient être offerts qu'à certains patients dont la situation est critique, les traitements pourraient être suspendus ou transférés dans des milieux de soins alternatifs, si possible, pour la période de la vague pandémique;
- À l'intérieur de la priorité B, certaines sous-catégories pourraient émerger, de sorte que certains patients pourraient recevoir leurs soins selon la disponibilité des ressources et l'évolution clinique anticipée (possibilité de guérison affectée significativement par un délai, risque accru pour le patient s'il contracte la COVID-19 pendant le traitement).

Priorité C – Personne en bonne condition pour qui le report temporaire de l'amorce d'un service/traitement en milieu hospitalier n'aura pas d'impact significatif sur la survie comparativement au risque d'exposition à la COVID-19 étant donnée sa condition de santé, pourvu qu'elle bénéficie d'un suivi approprié et que l'évolution de sa condition clinique soit réévaluée périodiquement.

[5] Basé sur la classification de Cancer Care Ontario, mars 2020.

D. Zonage en cancérologie

Ces recommandations doivent être adaptées selon la réalité régionale. Pour les établissements à plusieurs installations, le concept des zones s'applique partout.

Centre de cancérologie (secteur ambulatoire)

Afin d'assurer la protection de la clientèle immunosupprimée non infectée par la COVID-19, il est conseillé de créer une zone froide et une zone tiède dans le centre de cancérologie. Des zones chaudes pour admettre la clientèle atteinte de la COVID-19 doivent être aménagées ailleurs dans l'hôpital et non dans le centre de cancérologie.

Les définitions des différentes zones en cancérologie sont adaptées à partir des consignes générales en milieu hospitalier :

- **Zone froide – Clientèle sans COVID-19 :** La zone froide représente la zone de traitement (aire d'attente et aire de traitement) où sont traités tous les usagers asymptomatiques avec une raison de visite n'ayant aucun lien avec la COVID-19.
- **Zone tiède – Clientèle avec COVID-19 suspectée :** La zone tiède représente la zone de prise en charge réservée aux usagers qui ont des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée et qui se présentent au centre de cancérologie malgré le triage. Il est recommandé d'installer cette clientèle dans une pièce individuelle avec la porte fermée.
- **Zone chaude – Clientèle avec COVID-19 confirmée** : La zone chaude représente une zone située à l'extérieur du centre de cancérologie et réservée aux usagers avec un diagnostic de la COVID-19 confirmé sans critères de sévérité. Les mesures de précautions additionnelles sont les mêmes que pour la clientèle avec un diagnostic de la COVID-19 suspecté.

Le principe de cohorte doit être respecté de façon stricte afin d'empêcher la transmission communautaire de la clientèle à la clinique de cancérologie.

Il est recommandé que des algorithmes soient définis au sein de l'établissement afin que les patients immunosupprimés qui se présentent à l'urgence ou dans d'autres secteurs de l'hôpital avec des symptômes s'apparentant à la COVID-19 soient isolés dès leur arrivée pour être évalués :

- Un patient chez qui, après analyse de sa condition et ses symptômes, une infection à la COVID-19 n'est pas suspectée sera dirigé vers une zone froide.
- Un patient chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée sera dirigé vers une zone tiède ou retourné à la maison, en attendant le résultat du test.

- Lorsque le patient est confirmé COVID-19 négatif et en fonction des recommandations de la santé publique, il pourra de nouveau être autorisé à circuler dans les zones froides du centre de cancérologie pour débuter ou reprendre ses traitements.

Centre de cancérologie (secteur hospitalisation)

- Une zone froide, appelée également « zone sanctuarisée » et une zone tiède, nommée également « zone tampon », doivent obligatoirement être aménagées sur certaines unités de l'hôpital, comme les unités d'hospitalisation traitant les patients avec cancers hématologiques (leucémie, myélome, lymphome agressif) et greffe de moelle osseuse ou très immunosupprimés. Ces zones permettent d'accueillir des usagers immunosupprimés afin de les protéger d'un risque plus élevé de complication en cas d'infection.
- En chirurgie oncologique, il est aussi recommandé de constituer une zone froide pour protéger ces patients plus vulnérables.
- Les patients de cancérologie qui ont un résultat COVID-19 positif confirmé et qui nécessitent une hospitalisation doivent être transférés dans une zone chaude aménagée ailleurs dans l'établissement.
- Des panneaux doivent être présents à l'entrée des unités protégées afin de rappeler à tous les mesures de protection à respecter.
- Il est conseillé de limiter l'accès à la zone froide en privilégiant une porte d'entrée unique.
- Il est recommandé qu'un agent de sécurité veille à faire appliquer les politiques de la prévention contrôle des infections (PCI) de l'établissement à l'entrée de la zone froide.
- Aucun médecin ou autre professionnel en provenance des zones chaudes ne doit circuler dans les zones froides.
- Si de l'équipement et des fournitures en provenance d'autres secteurs de l'hôpital sont requis pour des soins aux patients, ils doivent être désinfectés selon les politiques de la PCI de l'établissement à l'entrée de la zone froide.
- Les civières venant d'un autre secteur doivent être désinfectées selon les politiques de la PCI de l'établissement.
- Les médecins et autres professionnels des unités froides ne peuvent pas dans la même journée travailler simultanément dans une zone chaude afin d'éviter la propagation de la contamination. Les consultations téléphoniques doivent être favorisées afin de limiter le nombre de personnes circulant entre la zone froide et les autres secteurs de l'hôpital. Si un déplacement est inévitable (exemple : consultations), procéder de la zone froide vers la zone chaude dans la journée.

E. Recommandations générales en cancérologie

1. Principes directeurs

- Les mesures préventives prévues par les autorités de santé publique et la PCI s'appliquent et prévalent. Des mesures additionnelles peuvent s'appliquer pour les patients atteints de cancer immunosupprimés et donc plus à risque de contracter une forme grave de la COVID-19.
- Des décisions parfois difficiles pourraient devoir être prises en contexte de ressources limitées, bien que tout est mis en œuvre pour maintenir un niveau maximal de services. En tout temps, les valeurs et principes de justice, d'équité, de sécurité et d'efficience doivent guider les choix. Des outils pour soutenir l'évaluation objective du risque des patients et assurer la vigie des impacts des mesures mises en place ont été élaborés.
- Il est important de maintenir une agilité permettant de s'adapter rapidement.
- En période d'accalmie, les ressources doivent être déployées afin que les patients qui auraient subi des retards puissent avoir accès à leur traitement. Les mesures de base (zones froides, distanciation sociale, protection du personnel) doivent être maintenues afin de préserver une marge de manœuvre pour être en mesure de réagir rapidement aux fluctuations de la demande ou des ressources disponibles.
- Compte tenu des mesures à prendre par les patients, les visiteurs et le personnel pour réduire le risque de propagation dans les centres et unités hospitalières de cancérologie et du risque de complications potentiellement mortelles chez les patients atteints de cancer, le bloc opératoire, l'endoscopie, l'imagerie et les unités de soins de chirurgie doivent être informés par le programme de cancérologie de leur établissement des directives touchant cette clientèle. Ces secteurs doivent aussi avoir un parcours sécuritaire et « froid ».
- Si certaines régions étaient plus durement touchées, des démarches de transfert/réorientation devraient être mises en place pour certains services.

2. Évaluation du risque d'infection, dépistage et conduite à tenir

- Avant de commencer un traitement immunosuppresseur, les personnes sans symptômes compatibles de la COVID-19 (autres que greffées) qui subiront une procédure immunosuppressive (radiothérapie, oncologie) peuvent, en fonction des pratiques de l'établissement, avoir accès à un test de dépistage selon la classification d'accès au TAAN (priorité M10) et les consignes sur l'utilisation des tests selon le palier d'alerte qui sont disponibles au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/depistage/.

- Assurer l'évaluation de la COVID-19 pour tous les patients avant tout rendez-vous au centre de cancérologie :
  - 24 à 48 heures avant le rendez-vous (évaluation téléphonique avec un questionnaire établi);
  - Lors de cette évaluation téléphonique, avertir le patient que si des symptômes apparaissent ou évoluent entre le moment de l'appel et leur rendez-vous prévu, il doit aviser le centre de cancérologie avant de se présenter sur place.
- Communiquer aux patients qu'il est important de contacter le centre ambulatoire de cancérologie si un des éléments suivants le concerne (réf. liste des symptômes disponible au www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/informations-generales-sur-le-coronavirus/#c46469):
  - Fièvre :
    - chez l'enfant de 0-5 ans : 38,5 °C (101,3 °F) et plus (température rectale);
    - chez l'enfant de 6 ans et plus : 38,1 °C (100,6 °F) et plus (température buccale);
    - chez l'adulte : 38 °C (100,4 °F) et plus (température buccale),
    - chez la personne aînée : 37,8 °C (100 °F) et plus (température buccale);
    - ou 1,1 °C de plus que la valeur habituelle d'une personne;
  - Symptômes d'infection virale respiratoire comme la toux ou une difficulté à respirer;
  - Symptômes généraux :
    - Perte soudaine d'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte du goût;
    - Grande fatigue;
    - Perte d'appétit importante;
    - Douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique);
    - Symptômes respiratoires;
    - Toux (nouvelle ou aggravée);
    - Essoufflement, difficulté à respirer;
    - Mal de gorge;
    - Nez qui coule ou nez bouché;
    - Symptômes gastro-intestinaux;
    - Nausée;
    - Vomissements;
    - Diarrhée;
    - Maux de ventre.
  - Voyage dans les 14 derniers jours;
  - Contact avec une personne ayant voyagé dans les derniers 14 jours;
  - Contact avec une personne atteinte de la COVID-19 confirmée ou soupçonnée.

- Assurer le triage à l'arrivée à la clinique le jour du rendez-vous :
  - Les patients présentant des symptômes respiratoires non révélés lors du triage téléphonique recevront un masque et subiront une évaluation complète des risques dans une pièce de la zone tiède ou tampon.
- Pour les patients **qui ont voyagé dans les 2 dernières semaines** :
  - Consigne d'isolement préventif de 14 jours;
  - Prévoir les rendez-vous/traitements après la quarantaine;
  - Si rendez-vous nécessaires pendant la quarantaine :
    - Asymptomatique : privilégier un rendez-vous par télésanté ou téléphone. Pour les consultations plus urgentes nécessitant une visite en personne, effectuer un test de dépistage 24-48 h avant le rendez-vous en s'assurant de recevoir le résultat avant la journée du rendez-vous;
    - COVID-19 positif : se référer aux consignes plus bas.
  - Pour tout patient symptomatique : consigne générale de dépistage et de quarantaine. Ne pas voir en consultation ni commencer les traitements.
- Pour les patients **qui présentent des symptômes** (contact avec cas de COVID-19 soupçonné ou confirmé ou influenza possible) :
  - Faire l'évaluation prévisite par téléconsultation, si possible;
  - Suivre les normes en vigueur applicables à tous les patients en lien avec le dépistage de la COVID-19;
  - Reporter les consultations ou le début des traitements qui peuvent l'être sans porter préjudice au patient. Une consultation téléphonique pourrait être faite selon le jugement médical pour expliquer la situation au patient;
  - Pour le patient avec des symptômes de cancer plus urgents qui doit se présenter en clinique pour un traitement, évaluer et procéder avec les précautions appropriées à appliquer au patient selon les règles de prévention recommandées;
  - Envisager de traiter ces patients en zone tiède. Ne pas les faire circuler dans la zone froide.
- Pour tout patient **ayant obtenu un résultat de dépistage POSITIF à la COVID-19** :
  - Pour la clientèle immunosupprimée, il est suggéré d'attendre 21 jours pour effectuer les tests par PCR puisque cette clientèle semble demeurer positive au-delà de 14 jours, mais il est possible d'effectuer les tests à 14 jours lorsque la situation le requiert;
  - La reprise des traitements est possible après deux tests négatifs espacés de 24 heures.

3. Accès au centre de cancérologie

- L'accès au centre de cancérologie est limité aux patients ayant un rendez-vous sur place (visite ou traitement) et au personnel, médecins et autres professionnels travaillant au centre de cancérologie. *(voir point 4 sur présence des proches aidants)*.
- L'accès au centre de cancérologie est limité à un nombre restreint de points d'entrée, idéalement un point pour l'entrée et un point différent pour la sortie et en respect du zonage applicable en cancérologie défini précédemment.
- Des postes de lavage des mains doivent être accessibles à l'entrée du centre de cancérologie et utilisés par la clientèle et les dispensateurs de soins.
- Un triage systématique à l'entrée du centre de cancérologie est réalisé pour toute personne voulant y accéder (patients, personnel médical et autres professionnels de la santé). Les mesures de protection nécessaires selon les normes PCI en vigueur doivent être utilisées pour assurer la protection des employés responsables du triage à l'entrée.
- L'accès aux services ambulatoires des centres de cancérologie est à éviter pour :
  - La clientèle et le personnel testés positifs à la COVID-19;
  - Toute personne (patient et personnel) en suspicion ou en attente d'un résultat de dépistage;
  - Toute personne ayant des symptômes d'allure grippale, incluant la fièvre.
- Toutefois, malgré les mesures de triage mises en place, s'il advient qu'un patient se présente au centre de cancérologie et réponde à un des critères suivants, il devra être retourné à la maison ou dirigé vers une zone tiède du centre de cancérologie (telle que définie dans la section sur le zonage) ou ailleurs selon le fonctionnement déterminé de chaque centre :
  - Présence de symptômes apparentés à la COVID-19;
  - En attente d'un résultat de dépistage de la COVID-19;
  - Ayant voyagé au cours des 14 derniers jours ou ayant été en contact domiciliaire avec une telle personne;
  - Ayant été en contact avec un cas positif ou soupçonné d'infection à la COVID-19.
- Les lieux physiques et l'équipement utilisé au centre de cancérologie doivent être adaptés afin de réduire les risques de contact entre le personnel et la clientèle et désinfectés rigoureusement selon les procédures de la PCI en vigueur dans l'établissement.

- Limiter les contacts entre les patients dans les salles d'attente en favorisant une organisation qui permet la distanciation (répartition des clientèles, distancer les chaises, favoriser l'attente hors du service, par exemple dans la voiture, lorsque possible, etc.) et de limiter le temps passé par les patients dans la salle d'attente.
- Optimiser la circulation des personnes dans la clinique ambulatoire pour éviter les embouteillages et réduire la densité des regroupements.
- Éviter que les patients de cancérologie éprouvant des symptômes (exemple : fièvre neutropénique) se présentent à l'urgence; prévoir un espace isolé au service ambulatoire du centre de cancérologie pour recevoir ces patients.
  - Lorsque le passage à l'urgence ne peut être évité, des protocoles doivent être clairement établis pour isoler rapidement le patient qui s'y présente et permettre une prise en charge rapide par l'hémato-oncologue de garde pour éviter une contamination.
- Maintenir les séances d'enseignement pour les patients en les adaptant vers des plateformes virtuelles, évitant ainsi l'utilisation de salles de conférence ou de salles de réunion ou, si impossible, reporter, donner de la documentation écrite et rejoindre par téléphone.
- Prévoir l'équipement requis dans les zones tièdes afin de prendre en charge la clientèle avec présence de symptômes apparentés à la COVID-19 qui se présente au centre de cancérologie et qui nécessite un traitement immédiat.

4. Présence des proches aidants

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 :

- Un accompagnateur, même requis médicalement, 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;
- 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 restreindre la présence des proches aidants, à moins que cela ne soit requis médicalement en fonction de la condition du patient. Sous réserve du jugement de l'équipe clinique, la présence d'un proche aidant doit être autorisée lors de visites où seraient discutés des résultats ou éléments importants sur la suite du parcours clinique du patient;
- Étant donné la vulnérabilité des patients atteints de cancer, la limitation des visiteurs aux rendez-vous en ambulatoire est en lien avec le besoin de protéger la clientèle atteinte de cancer et le personnel de ces secteurs, mais découle aussi du fait que les exigences de distanciation sociale affectent les espaces disponibles (salles d'attente et de traitement) pour offrir les traitements aux patients;
- **Clinique ambulatoire de greffe de moelle osseuse et thérapie cellulaire:** aucune personne proche aidante ne sera admise en clinique ambulatoire de greffe et thérapie cellulaire;
- **Unités d'hospitalisation pour les patients de greffe de moelle osseuse et thérapie cellulaire:** sous réserve de l'avis clinique, application en tout temps des consignes du niveau d'alerte 4 (référer au tableau ci-bas tiré des directives « Personnes proches aidantes en centre hospitalier »), soit autorisation de proches aidants seulement, une personne maximum par jour, obligation d'identifier un maximum de deux personnes différentes pouvant se relayer;
- **Unités d'hospitalisation en hémato-oncologie**[6] : sous réserve de l'avis clinique ou de la situation d'une unité, application des consignes du niveau d'alerte 3 (référer au tableau ci-bas tiré des directives « Personnes proches aidantes en centre hospitalier »), soit une personne à la fois, maximum deux par jour et obligation d'identifier un maximum de trois personnes différentes pouvant se relayer pendant le séjour. Lorsque la région est au niveau d'alerte régionale rouge, le niveau 4 doit être appliqué soit autorisation de proches aidants seulement, une personne maximum par jour, obligation d'identifier un maximum de deux personnes différentes pouvant se relayer. L'application de ces mesures doit reconnaitre que les patients en traitement pour une leucémie aigüe ont des moments de grande vulnérabilité et sont mis en isolation stricte, qui limite souvent les visites des proches;
- Les personnes autorisées sur ces unités devront se soumettre aux procédures de triage ou de tests applicables sur l'unité, conformément aux consignes de zonage applicables en cancérologie;
- En oncologie pédiatrique : référer aux recommandations applicables à l'oncologie pédiatrique www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/.

[6] Unité dédiée en hémato-oncologie pouvant accueillir des patients avec cancers hématologiques et tumeurs solides.

Tableau des directives générales selon les paliers d'alerte

(Note : Certains secteurs spécifiques ont des directives particulières, voir section suivante)

Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4
Visites permises 1-2 personnes à la fois	Proches aidants seulement* 1-2 proches aidants à la fois	Proches aidants seulement* **1 proche aidant à la fois, maximum 2 par jour :** obligation d'identifier un maximum de 3 proche aidants différents pouvant se relayer	Proches aidants seulement* **1 proche aidant maximum par jour :** obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer

* Lors de situations critiques ou d'hospitalisation prolongée au-delà de 7 jours, les personnes d'âge mineur sont autorisées à visiter leur parent hospitalisé. Les enfants de 12 ans et moins doivent être accompagnés d'un adulte lors de la visite.

Pour la directive complète et en cas de mise à jour, se référer aux consignes sur les « Personnes proches aidantes en centre hospitalier » disponibles au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/hospitalisation/.

Notez que la mise à jour des directives en regard de la gestion de la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) est disponible au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/COVID-19-Directives_SPFV_2020-10-05.pdf.

5. Organisation de la clinique pour les consultations et suivis

- Favoriser les rendez-vous pour une consultation par télésanté (téléphone ou visioconférence), lorsque possible.
- Privilégier les alternatives pour éviter les visites à l'hôpital, tout en assurant un équilibre entre télésanté et rencontres en présence, les consultations en présentiel ne devant pas être complètement cessées :
  - Il faut assurer que le patient soit vu en présentiel au début de son parcours en oncologie, notamment lors de l'annonce du diagnostic ou de progression de la maladie. La visioconférence peut être privilégiée pour les patients éloignés géographiquement qui ne souhaitent pas se déplacer ou qui préfèrent cette modalité;
  - La présence du patient pour ses traitements doit aussi être utilisée comme opportunité de contact.
- Les médecins doivent examiner activement leur liste de patients afin d'établir qui peut être suivi par télésanté (téléphone ou visioconférence) en toute sécurité et qui a besoin d'un suivi en personne.

- Les patients qui insistent pour une visite en personne malgré l'avis du médecin en raison de symptômes (autres que les symptômes de dépistage de la COVID-19) seront contactés par téléphone par un professionnel de la santé afin d'évaluer leur état et déterminer le mode de visite adéquat.
- Pour tout patient qui refuse de se présenter pour un rendez-vous (consultation, traitement) par crainte de contracter la COVID-19, l'équipe clinique (professionnel ou médecin) est tenue de contacter le patient pour le rassurer en lui expliquant les mesures mises en place pour offrir un milieu de soins sécuritaire ainsi que l'informer des risques qu'un délai supplémentaire dans la poursuite de sa prise en charge pourrait avoir.
- Lors d'une téléconsultation, un historique de base et une revue du dossier médical sont faits afin de s'assurer que les investigations médicales sont complètes et de déterminer le traitement possible.
- Toutes les activités de télésanté (visioconférence ou téléphone) doivent être documentées dans le dossier patient, électronique ou papier.
- Les consultations pour un deuxième avis concernant le diagnostic et/ou le choix d'un type traitement devraient être limitées, en contexte où une marge de manœuvre doit être dégagée. Une consultation téléphonique peut être effectuée si pertinente.
- Les rendez-vous pour les cas de pathologie bénigne et ceux de suivi 3 mois et plus peuvent être reportés en contexte où une marge de manœuvre doit être dégagée, sauf si jugé autrement par le médecin traitant ou l'infirmière.
  - Appeler le patient pour l'informer des raisons du report;
  - Une validation de l'état de santé du patient par téléconsultation devra être faite si la situation perdure dans le temps et un suivi en présence devra être prévu selon le délai.
- Les rendez-vous avec les professionnels de la santé (infirmières pivots en oncologie, pharmaciens, conseillères en génétique, etc.) devraient aussi être réalisés par télésanté (téléphone ou visioconférence), sauf selon les besoins du patient et le jugement du clinicien.

6. Détection de la détresse et services psychosociaux

Afin de préserver la sécurité physique et psychosociale des patients :

- Maintenir la pratique de la détection de la détresse en cancérologie pour répondre aux besoins des personnes et offrir une aide adaptée;
- Conserver les bonnes pratiques, par exemple en assurant que l'administration de l'outil de détection de la détresse (ODD) est suivie d'une discussion avec l'infirmière pivot en oncologie (IPO) pour mieux identifier les problèmes prioritaires et les préférences du patient;

- Informer les patients que de l'aide existe malgré le contexte de la pandémie et que plusieurs services peuvent être offerts à distance par la télésanté, évitant ainsi les déplacements non nécessaires;
- Répondre à la détresse en fonction de la trajectoire globale de réponse, des préférences du patient et du jugement clinique;
- Privilégier, dans la mesure du possible, l'évaluation ainsi que le premier rendez-vous avec un intervenant psychosocial en présentiel et favoriser les rendez-vous subséquents par téléphone ou télésanté en fonction du jugement clinique de l'intervenant.

7. Équipements de protection individuels

Se référer aux consignes émises par la santé publique et l'équipe PCI des établissements pour connaître l'équipement de protection requis selon les différentes situations.

8. Consignes pour le personnel

- Le personnel du centre de cancérologie (centre ambulatoire et unités d'hospitalisation) doit être dédié uniquement à ce secteur.
- Dans la situation où il y a une grave pénurie de personnel, les cliniques ambulatoires, les unités d'hospitalisation et de nombreux services pourraient être suspendus et les patients avisés par téléphone avec un plan alternatif proposé pour les soutenir. Les patients atteints de cancer dans ce contexte de pandémie sont des patients dont les soins vitaux et urgents, devront être assurés prioritairement.
- Le personnel possédant les compétences requises aux services spécialisés en cancérologie ne devrait pas être redéployé pour aider dans les zones de soins actifs. La disponibilité du personnel des centres de cancérologie peut être affectée par la pandémie et les personnes qui possèdent toujours les compétences nécessaires devraient continuer de traiter les patients atteints de cancer.
- Éviter que le personnel du centre de cancérologie, incluant les stagiaires, les résidents et les médecins travaille dans d'autres cliniques ou services de l'hôpital dans la même journée. Si incapacité de respecter cette consigne, ils devraient commencer leur tournée dans la zone froide et ne pas y revenir par la suite avant le lendemain.
- Les médecins qui couvrent plusieurs installations (et cliniques privées) devraient idéalement être en présence à leur port d'attache et favoriser le télétravail pour les autres installations.

- Du personnel des équipes de l'entretien ménager devrait être dédié exclusivement au centre de cancérologie lorsque possible ou éviter les allers-retours dans la journée.
- Aménager des espaces physiques pour le personnel afin d'éviter les déplacements (exemple : salle de repos) puisque le personnel travaillant au centre de cancérologie doit éviter de circuler dans les autres secteurs de l'hôpital durant leur quart de travail.
- Organiser des cohortes de médecins spécialistes attitrés, soit au centre de cancérologie, aux consultations de l'urgence ou aux unités de soins en complément des mesures de rétention du personnel qui doivent être appliquées en cancérologie afin d'éviter leur affectation dans d'autres secteurs et la contamination.
- Minimiser l'exposition du personnel d'une même spécialité, profession ou détenant une expertise particulière en mettant en place, par exemple :
  - Une organisation du travail afin que les mêmes membres du personnel soient en contact avec les mêmes patients dans le but de minimiser la quantité de personnel qui ira en isolement advenant qu'un patient contracte la COVID-19 (en radio-oncologie, par exemple, les mêmes deux technologues pourraient traiter les mêmes patients chaque jour);
  - Des activités de télétravail et de présence à l'hôpital en alternance entre les médecins d'une même spécialité et autres professionnels afin d'éviter la contamination d'une équipe complète et les bris de service.
- Dans la mesure du possible, il est recommandé que le personnel et les médecins respectent une distance de deux mètres entre eux et la clientèle lorsqu'ils travaillent.
- Dans un souci de travail interdisciplinaire et de support au sein des équipes, maintenir les réunions de l'équipe de cancérologie en les adaptant au contexte de distanciation sociale (visioconférence).
- Réaliser régulièrement un suivi des effectifs médicaux et autres membres du personnel en cancérologie afin de connaître la situation du personnel en quarantaine.
  - Les employés en quarantaine préventive devraient travailler de leur domicile, si leur état de santé le permet;
  - Les médecins en quarantaine soutiennent l'équipe de traitement en s'impliquant dans la télésanté.
- Concernant la présence d'étudiants et de stagiaires dans les centres ambulatoires de cancérologie, il faut privilégier des stages longitudinaux en oncologie afin de limiter la mobilité. Si les niveaux d'alerte de la santé publique passent à l'orange ou au rouge, l'accès à la clinique devrait être restreint aux apprenants seniors pour lesquels le stage est essentiel selon l'évaluation faite avec les directions de programme (exemple : résidents en oncologie). Selon la situation, les stages pourraient être annulés.

- La présence de bénévoles et la distribution de nourriture et de boissons sont à éviter.

9. Comités du diagnostic et du traitement du cancer

- Maintenir les comités du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) en utilisant la téléconférence ou la visioconférence.
- Si un patient a besoin d'être examiné au cours d'un CDTC, un seul médecin devrait être dans la même pièce que le patient, les autres médecins seront en visioconférence.
- Une liste des personnes présentes devrait être conservée, et les discussions et recommandations documentées au dossier du patient.

10. Recherche

- Clientèle adulte : comme indiqué depuis l'été, les activités de recherche doivent être reprises de façon graduelle, en priorisant les traitements déjà commencés et les patients pour lesquels il n'existe aucune autre alternative thérapeutique, ou qui pourraient en retirer un bénéfice important tout en ayant un impact minime sur la consommation des ressources en santé (exemples : protocole visant à réduire le fractionnement en radiothérapie ou à omettre la chimiothérapie). Les décisions relatives au redémarrage et, le cas échéant, à l'ampleur de celui-ci doivent être cohérentes avec la situation locale de contrôle de la COVID-19 et en tenant compte de la disponibilité des ressources de l'établissement.
- Clientèle pédiatrique : se référer au document du Comité national de pédiatrie oncologique : « Recommandations du Programme québécois de cancérologie – Politique et procédures spécifiques à la prise en charge de la clientèle pédiatrique dans le contexte de la COVID-19 » disponible sur le site Internet du MSSS.
- Les médecins et autres professionnels (exemple : infirmières) consacrant une part importante de leur pratique aux activités de recherche pourraient être libérés afin d'apporter leur soutien aux activités cliniques.

11. Vigie et Programme de cancérologie

L'établissement par l'intermédiaire de son programme de cancérologie doit s'assurer de mettre en place une structure assurant à chaque personne traitée et investiguée pour un cancer durant cette période :

- Un suivi approprié tout au long de la période de pandémie;
- De délais qui ne seront pas excessifs;

- Le dépistage rapide de toute progression ou apparition de nouveaux symptômes durant la période d'attente;
- La possibilité de rejoindre facilement un membre de son équipe de soins pour rapporter tout changement de son état.

Pour cela, le programme de cancérologie doit maintenir une vision transversale de la trajectoire de soins dans son établissement, notamment en travaillant de pair avec les différentes directions impliquées dans cette trajectoire (exemples : imagerie, endoscopie, chirurgie, secteur hospitalier).

Il doit également s'assurer de la mise en application des consignes ministérielles et répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnelle a été offerte au cours de cette période particulière. Le programme doit être représenté au comité de coordination de son établissement, qui détermine notamment les niveaux d'activité des secteurs.

Santé et Services sociaux Québec

PLAN D'ADAPTATION DES NIVEAUX D'ACTIVITÉ EN CANCÉROLOGIE EN SITUATION DE PANDÉMIE DE COVID-19 SELON LES NIVEAUX D'ALERTE DU PLAN PROVINCIAL DE CONTINGENCE EN CENTRE HOSPITALIER (octobre 2020)

Les services en cancérologie (traitements systémiques/greffe/radiothérapie/chirurgie oncologique) ont été maintenus à un niveau d'activité relativement protégé. Dans le contexte où le réseau de la santé et des services sociaux doit dorénavant cohabiter avec la COVID-19, les consignes du printemps 2020 sont révisées, et ce document soutient la priorisation relative des activités de la trajectoire des patients (dépistage, imagerie, endoscopie, cliniques externes, chirurgie oncologique, traitements systémiques, radio-oncologie) en fonction des niveaux d'alerte du plan provincial de contingence COVID-19 en centre hospitalier. Les diverses directives en cancérologie sont disponibles au lien suivant : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/

Éléments de contexte

- Les patients atteints de cancer ont un risque plus élevé d'être infectés et de développer des symptômes et des complications plus graves de la COVID-19;
- Il y a une volonté de protéger les travailleurs de la santé et la population, dans un contexte de transmission communautaire de la COVID-19;
- Les professionnels de la santé en cancérologie détiennent une expertise spécialisée spécifique;
- Le niveau de délestage dans d'autres secteurs d'activité (chirurgie, imagerie, endoscopie, laboratoires, etc.) a un impact direct sur le volume d'activités diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie. Des impacts collatéraux peuvent découler d'un délestage de ce type d'activité, comme une diminution du nombre de nouveaux diagnostics ou un stade plus avancé de la maladie en début de traitement menant à une détérioration du pronostic et de la qualité de vie de la clientèle en cancérologie, et ce, même si les niveaux d'activité en cancérologie sont maintenus;
- Il est nécessaire de maintenir une vigilance sur la disponibilité des équipements de protection (ÉPI), des lits d'hospitalisation et des ressources humaines dans les hôpitaux;
- Les établissements ont été ou seront tour à tour désignés pour recevoir les patients COVID-19 selon le niveau d'alerte;
- Des consignes plus ou moins restrictives peuvent être émises, selon les paliers d'alerte en santé publique;
- Les mesures de protection du personnel et des patients comme les zones chaudes, tièdes, froides dans les espaces cliniques doivent être maintenues afin de conserver un environnement froid dans les centres de cancérologie et les unités d'hospitalisation (médicale ou chirurgicale) où séjournent des patients atteints de cancer;
- Il est difficile de garantir un environnement sans contamination (zone froide) en services ambulatoires de cancérologie et en radio-oncologie;
- En cas de COVID-19 positif en cancérologie (personnel ou patient), la mise en quarantaine de certains professionnels de la santé devra être appliquée, occasionnant une diminution temporaire des ressources;

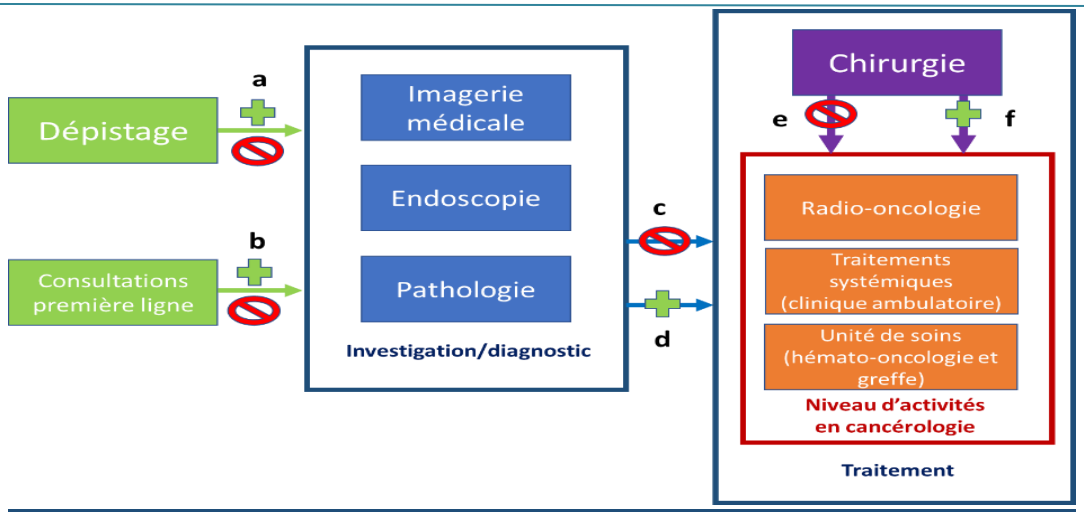
- Plusieurs vagues de contamination plus ou moins importantes de la COVID-19 pourraient être observées dans les prochains mois, entraînant des périodes successives de réduction/délestage et de reprise des activités.

Objectifs

1. Revoir et assurer le maintien des actions qui ont permis de réduire les risques de contamination et d'éviter de mettre en péril l'ensemble de nos services. Lors de la première vague, ces mesures ont été efficaces pour la radio-oncologie, les cliniques ambulatoires dans les centres de cancérologie et les unités d'hospitalisation, et dans une moindre mesure, pour la chirurgie oncologique.
2. Assurer au maximum le maintien des activités en amont des traitements, comme le dépistage des cancers, la consultation avec médecin de famille, l'imagerie, l'endoscopie et la pathologie pour la clientèle oncologique, puisque ces activités ont un impact direct sur le diagnostic du cancer et le niveau d'activité en chirurgie oncologique, radio-oncologie et traitements systémiques (voir la figure ci-dessous et référer aux différents outils de priorisation pour ces secteurs).
3. Déterminer les services essentiels en cancérologie en lien avec les niveaux d'alerte du plan provincial de contingence en centre hospitalier.
4. Assurer l'équilibre entre maintenir la sécurité du personnel et de la population et minimiser au maximum les risques de détérioration de l'état de santé de la clientèle en cancérologie découlant d'une baisse d'accessibilité aux soins requis.
5. Permettre une adaptation en continu par les établissements de leur niveau d'activité, selon le palier d'alerte en santé publique de la région, le plan provincial de contingence en centre hospitalier, leur situation globale et la disponibilité de leurs ressources.

Trajectoire de soins en cancérologie et impact du délestage et de la reprise sur le niveau d'activité en cancérologie

Le niveau d'activité des secteurs connexes à la cancérologie a eu un impact direct sur les activités en cancérologie, et le nombre de nouveaux diagnostics. Pour la suite, afin de réduire le plus possible le nombre de personnes non diagnostiquées, le maintien de ces services doit être assuré et pris en compte dans la planification du délestage ou de la reprise, tel qu'illustré dans le schéma suivant :



a) Les activités de dépistage ont été suspendues dès le début de la pandémie et reprises au cours de l'été. Un afflux important de patients est donc à prévoir avec la reprise du dépistage, et doit être tenu en compte dans l'évaluation de la capacité des secteurs de traitement. Pour la poursuite de la pandémie, il faut tout faire pour maintenir le dépistage afin d'éviter des conséquences plus graves que la COVID-19 pour ces personnes.

b) Un grand nombre de références en cancérologie proviennent de la première ligne (médecin de famille ou urgence). Une diminution du nombre de références, notamment lorsque la population est réticente à consulter, a pour effet de diminuer artificiellement le volume d'activité en cancérologie. Le maintien d'une première ligne sécuritaire doit être assuré et diffusé pour rassurer la population.

c) Lorsque les activités en imagerie et en endoscopie sont diminuées, moins de nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués, ce qui diminue le volume d'activité en cancérologie. On doit ici aussi maintenir des activités de dépistage et d'investigation en cancérologie de façon sécuritaire.

d) La reprise en imagerie et en endoscopie peut conduire à une augmentation significative du volume d'activité dans les secteurs de cancérologie entre 4 et 8 semaines plus tard (délai d'investigation). Les équipes doivent être avisées pour pouvoir assurer les soins.

e) Bien que la chirurgie oncologique demeure priorisée, si l'accès y est limité de façon prolongée, des alternatives de traitement (traitements systémiques et radiothérapie) peuvent être proposées au patient afin de limiter des complications en lien avec son cancer, ce qui a pour effet d'augmenter le volume d'activité en cancérologie.

f) La reprise des activités en chirurgie a pour effet de diminuer à court terme les références pour traitement alternatif. Par contre, une augmentation du nombre de références pour traitement adjuvant est à prévoir entre 4 et 6 semaines après la reprise.

Détermination du niveau d'activité en cancérologie dans chaque établissement

Le niveau d'activité en cancérologie (traitements systémiques en ambulatoire, radio-oncologie, chirurgie et hospitalisations), même s'il doit aspirer à un fonctionnement complet, doit rester en lien avec le niveau d'activité global de chaque établissement. Cette détermination se fait aussi en fonction du niveau de ressources humaines en place dans les secteurs de la cancérologie. Puisque le secteur de la cancérologie doit être relativement protégé par rapport à d'autres secteurs ou clientèles, il est ainsi possible qu'il puisse fonctionner à un niveau d'activité plus élevé que le niveau global de l'hôpital.

Le niveau d'activité au centre de cancérologie devrait toutefois permettre, selon la situation, de passer à un niveau d'activité supérieur ou inférieur dans les meilleurs délais afin de s'ajuster à sa réalité et éviter le report de traitements. Ceci peut se faire en dégageant des marges de manœuvre tout au long du continuum en modifiant parfois le parcours ou les traitements. Le comité de coordination de l'établissement procède à l'ajustement des autres services prioritaires du continuum de soins en cancérologie en fonction des ressources disponibles.

Mesures constituant la nouvelle normalité en contexte de la COVID-19 et devant être maintenues en tout temps

Les mesures déjà déployées pour protéger la clientèle, le personnel et dégager de la marge de manœuvre dans les secteurs de la chimiothérapie/traitements systémiques/greffe et de la radiothérapie doivent être maintenues afin répondre au volume d'activité découlant du délestage ou de la reprise des activités des autres secteurs. Notons par exemple :

- ✓ Favoriser les rendez-vous pour une consultation par télésanté (visioconférence ou téléphone), lorsque possible, tout en s'assurant que le patient soit vu en présentiel au début de son parcours en oncologie, notamment lors de l'annonce du diagnostic ou de progression de la maladie.
  - La visioconférence peut être privilégiée pour les patients éloignés géographiquement qui ne souhaitent pas se déplacer ou qui préfèrent cette modalité.
  - La présence du patient pour ses traitements doit aussi être utilisée comme opportunité de contact.
- ✓ Exercer un jugement clinique mettant en balance l'efficacité du traitement et la protection du patient et des soignants contre les risques d'infection à la COVID-19.
- ✓ Maintenir les zones froides en cancérologie.
- ✓ Protection du personnel : ÉPI adéquats, personnel du centre de cancérologie dédié à ce secteur, limiter le redéploiement vers des secteurs chauds et former des cohortes pour limiter l'exposition du personnel.
- ✓ Privilégier les alternatives pour éviter les visites à l'hôpital, par exemple les médicaments administrés par voie orale, lorsque possible.
- ✓ Évaluer la possibilité d'adapter les protocoles afin de différer ou espacer les traitements, en tenant compte des recommandations diffusées pour les différents sièges tumoraux.

Niveaux de priorisation des patients dans un contexte de pandémie COVID-19

Priorité A – Personne avec une condition urgente chez qui la qualité de vie est hautement altérée ou que la vie est en danger si aucun traitement/service n'est entrepris rapidement, et que le risque d'exposition à la COVID-19 est jugé plus faible que le bénéfice du service/traitement en milieu hospitalier.

Priorité B – Personne avec une condition semi-urgente pour qui report temporaire du service/traitement en milieu hospitalier n'est pas souhaitable, mais dont le risque d'exposition à la COVID-19 est jugé supérieur au bénéfice qu'apporterait l'amorce du service/traitement dans le contexte situationnel.

Priorité C – Personne en bonne condition pour qui le report de l'amorce d'un service/traitement en milieu hospitalier n'aura pas d'impact significatif sur la survie comparativement au risque d'exposition à la COVID-19, pourvu qu'elle bénéficie d'un suivi approprié et que l'évolution de sa condition clinique soit réévaluée périodiquement.

NIVEAUX D'ADAPTATION DES SOINS ET SERVICES EN CANCÉROLOGIE EN SITUATION DE PANDÉMIE COVID-19 EN FONCTION DU NIVEAU D'ALERTE DU PLAN PROVINCIAL DE CONTINGENCE EN CENTRE HOSPITALIER

Niveau d'alerte	Niveau d'activité visé en cancérologie	Critères modulant le déclenchement[1]	À maintenir	À adapter	À délester	Autres considérations
1	Maintenir 70-90 % de l'activité habituelle : - Services maintenus - Adaptations pour dégager marge de manœuvre	≥ 70 % des ressources humaines en place dans les secteurs de la cancérologie (ambulatoire, hospitalisation)	Priorités A-B	Priorité C Adapter les activités de dépistage du PQDCS (réf. document PQDCS) Tenir compte des délais optimaux et des délais maximaux dans la priorisation des examens en imagerie et endoscopie Espacer ou écourter certains traitements systémiques		▪ Privilégier la télésanté (consultations et rencontres interdisciplinaires), tout en assurant un équilibre entre télésanté et rencontres en présence, les consultations en présentiel ne devant pas être complètement cessées; ▪ Mettre en place des zones spécifiques à l'intérieur de la clinique d'oncologie pour éviter la contamination, incluant la protection d'une zone froide ▪ Référer la clientèle à la clinique de dépistage si symptômes de la COVID-19 ▪ Triage téléphonique selon algorithme clinique défini ▪ Triage systématique à l'entrée des cliniques et orientation de la clientèle selon le zonage défini ▪ Protéger le secteur oncologique en s'assurant que le personnel requis en oncologie (régulier et équipes volantes) ne soit pas affecté à autres secteurs ▪ Favoriser l'autosuffisance du personnel au sein du secteur de cancérologie ▪ Favoriser l'enseignement aux patients par des méthodes virtuelles

[1] Ces critères tiennent compte de la réalité propre à la cancérologie et pourraient justifier qu'un niveau d'activité différent soit appliqué dans ces secteurs vs le niveau d'alerte général de l'hôpital.

Niveau d'alerte	Niveau d'activité visé en cancérologie	Critères modulant le déclenchement[1]	À maintenir	À adapter	À délester	Autres considérations
				Favoriser les thérapies orales ou avec consommation de ressources hospitalières moindre. Favoriser l'hypofractionnement		▪ Réaménager la salle d'attente et mettre en place des mesures alternatives afin de respecter les principes de distanciation sociale
2	Idem à 1	Idem à 1	Idem à 1	Idem à 1	Idem à 1	▪ Renforcer les mesures mises en place au niveau d'alerte 1 ▪ Réorganisation des ressources en fonction des priorités cliniques
3	Maintenir 50-70 % de l'activité habituelle	Entre 50 et 70 % des ressources humaines en place dans les secteurs de la cancérologie (ambulatoire, hospitalisation) Accroissement de la transmission dans la communauté	Priorité A	Priorité B Activités de dépistage selon critères établis (réf. documents PQDCS et endoscopie) Tenir compte des délais optimaux et des délais maximaux dans la priorisation des examens en imagerie et endoscopie.	Priorité C Évaluer au cas par cas les patients > 60 ans ou facteurs de comorbidité (risques et bénéfices)	▪ Étendre la télésanté à toutes les consultations (md et autres professionnels) ne nécessitant pas d'examen physique ou selon condition clinique ▪ Réaffectation des ressources à l'intérieur du service en fonction des priorités cliniques (ex. : IPO, infirmière de recherche, technologues) ▪ Renforcer le triage à l'entrée des cliniques et restreindre au maximum la circulation des patients dans les zones à risque ▪ Dépistage systématique de tous les patients symptomatiques et obtention des résultats en moins de 24 à 48 heures ▪ Dépistage possible des patients asymptomatiques avant le début des traitements, selon politique en vigueur dans l'établissement ▪ Réévaluation des patients en continu et révision de la priorité clinique au besoin

Niveau d'alerte	Niveau d'activité visé en cancérologie	Critères modulant le déclenchement[1]	À maintenir	À adapter	À délester	Autres considérations
						▪ Limiter les déplacements interrégionaux aux conditions médicalement requises et minimiser les transferts vers les centres désignés COVID-19 ▪ Maintenir l'accès aux expertises surspécialisées à distance lorsque possible en soutien aux équipes locales ▪ Suivre les consignes de protection et de contrôle des infections (PCI) applicables pour la protection des patients et du personnel
4	Maintenir 30-50 % de l'activité habituelle	Entre 30 et 50 % des ressources humaines en place dans les secteurs de la cancérologie (ambulatoire, hospitalisation) Présence d'une éclosion dans les secteurs visés par la clientèle	Priorité A	Dépistage PQDCS (réf. document PQDCS)	Priorités B+C	▪ Réaffectation des ressources pour pallier les absences du personnel mis en quarantaine en fonction des priorités cliniques ▪ Organiser les équipes en cohortes se relayant de façon à minimiser les risques d'exposition entre professionnels d'un même profil ou expertise ▪ Favoriser le télétravail pour le personnel en quarantaine afin de soutenir les équipes cliniques ▪ Revoir la répartition des services entre les installations de l'établissement lorsqu'une installation devient plus fortement touchée ou en présence d'une diminution de l'achalandage ▪ Établir ou revoir les corridors de services au besoin en fonction du besoin d'expertise surspécialisée et du niveau d'alerte dans les soins critiques ▪ Limiter les déplacements interrégionaux aux conditions menaçant la survie ▪ Réévaluation des patients en continu et révision de la priorité clinique au besoin ▪ Suivre les consignes de protection et de contrôle des infections (PCI) applicables

Niveau d'alerte	Niveau d'activité visé en cancérologie	Critères modulant le déclenchement[1]	À maintenir	À adapter	À délester	Autres considérations
Activités essentielles à ne pas délester	Maintenir 15 % de l'activité habituelle	1. < 30 % des ressources humaines en place; pénurie étendue à l'ensemble des autres secteurs de l'hôpital 2. Pénurie de matériel de protection dans l'hôpital 3. Pénurie de lits d'hospitalisation et de soins intensifs	Urgences	A		▪ Hospitalisation des cas urgents et selon la disponibilité des lits ▪ Mettre en place des corridors de services intra ou interétablissements en fonction de la nécessité de concentrer l'expertise dans certains sites protégés (COVID-négatif) et de maintenir un accès équitable aux services requis ▪ Envisager des sites de prestation de services non traditionnels ▪ Le personnel de cancérologie pourrait être réaffecté à d'autres secteurs de l'hôpital ou une autre installation pour prêter main-forte selon les besoins ▪ Maintenir des zones protégées ou froides dans la mesure du possible ▪ Appliquer les principes éthiques en vigueur dans la prise de décision

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations concernant les activités de dépistage et d'investigation du cancer du sein

En date d'octobre 2020 pour le volet du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) - Révision numéro 6

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 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.

Les documents en cancérologie sont disponibles au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

- **Le dépistage du cancer du sein est maintenu dans tous les niveaux d'activités cliniques dans la trajectoire mammaire de la région.**
- **Le comité de surveillance de la reprise des dépistages de l'établissement est responsable de surveiller l'accès aux examens de la trajectoire du cancer du sein et d'intervenir au besoin afin de respecter les délais recommandés (voir tableau d*'examens d'investigation par imagerie mammaire en période de pandémie de la Covid-19*).**
- **Le suivi de l'accès aux examens de dépistage et d'investigation doit être fait de manière régionale, incluant la création de corridors de services au besoin afin de maximiser l'offre de soins et services.**
- **Lorsque l'accès aux examens d'investigation est réduit, les examens d'investigation doivent être priorisés (voir tableau d'*examens d'investigation par imagerie mammaire en période de pandémie de la Covid-19)*.**

EXAMENS D'INVESTIGATION PAR IMAGERIE MAMMAIRE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020					
Le dépistage du cancer du sein est maintenu dans tous les niveaux d'activités cliniques de la trajectoire mammaire de la région (Délai min. 2 ans- Délai max. 3 ans)					
Niveau d'activités cliniques de la trajectoire mammaire de la région	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai optimal**	**Délai maximal**	**Précisions**
1 **70 % de l'activité** **70 % des ressources humaines disponibles**	BIOPSIES BIRADS 3 (rare)		≤ 90 JOURS	≤ 6 MOIS	
	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	
2-3 **50 % de l'activité** **50-70 % des ressources humaines**	BIOPSIES BIRADS 4B		≤ 28 JOURS	≤ 45 JOURS	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. Remettre l'examen après la période de contagion ou le résultat du test négatif, si possible, en fonction des délais et de la clinique pour les patientes suspectées de COVID-19. Ne pas avoir plus d'une technologue/radiologiste en interaction avec une même patiente. Suivre les directives de Prévention et contrôle des infections.
	MAMMOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE – Priorité C				
	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES APRÈS LA MAMMOGRAPHIE ANORMALE – Priorité C*				
	BIOPSIES BIRADS 4A			≤ 56 JOURS	
4A **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	
	MAMMOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE – Priorité B*	Apparition d'une masse suspecte, patiente >30 ans			
	BIOPSIES DE LÉSIONS 4C-5 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES APRÈS LA MAMMOGRAPHIE ANORMALE – Priorité B*				
4B **Activités essentielles - ne pas délester** **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 avec protection appropriée. 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. Suivre les directives de Prévention et contrôle des infections.
	DRAINAGE URGENT	Abcès, hématome ou sérome infecté			

* **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

TABLEAU SYNOPTIQUE DES NIVEAUX D'ADAPTATION DES ACTIVITÉS DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

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

Octobre 2020

Les documents en cancérologie sont disponibles au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Dans le contexte de la deuxième vague de COVID-19, les activités de la reprise du dépistage du cancer du sein sont maintenues, mais elles sont adaptées en fonction de la capacité des établissements à offrir les services d'investigation et de traitements du cancer du sein.

Dans le contexte où le réseau de la santé et des services sociaux doit dorénavant cohabiter avec la COVID-19, le présent document soutient le maintien de la reprise des activités de dépistage du cancer du sein en fonction des niveaux d'activités cliniques du plan provincial de contingence COVID-19 en centre hospitalier.

Selon l'état des connaissances actuelles, une mammographie ne comporte pas un grand risque de transmission de la COVID-19.

Le niveau d'activités cliniques à mettre en place pour le dépistage du cancer du sein doit être évalué et approuvé par le comité de surveillance des dépistages des établissements.

Une région qui modifie son niveau d'activités cliniques pour le dépistage du cancer du sein doit en informer le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les éléments suivants doivent être évalués pour passer à un niveau d'activités cliniques supérieur ou inférieur :

- De la disponibilité des ressources humaines sur l'ensemble de la trajectoire mammaire (dépistage, investigation et traitement);
- De la disponibilité des plateaux d'investigation à la suite des mammographies anormales;
- De la capacité de la région à offrir les traitements de cancer du sein (chirurgie, chimiothérapie, radio-oncologie);
- Des résultats d'accès aux examens dans la région : délais d'obtention d'une mammographie, d'un examen complémentaire et d'une biopsie.

	Niveau d'activités cliniques **Minimal** **Des enjeux limitent l'accès aux examens d'investigation et aux traitements (chirurgie, chimiothérapie, radio-oncologie).**	Niveau d'activités cliniques **Modéré** **La poursuite de l'invitation des groupes de femmes se fait en fonction du respect des délais recommandés selon le tableau *Examens d'investigation par imagerie mammaire en période de pandémie de la COVID-19.***	Niveau d'activités cliniques **Optimal** **L'accès aux examens d'investigation se fait selon les délais optimaux du tableau *Examens d'investigation par imagerie mammaire en période de pandémie de la COVID-19.***
Description	**Les activités de dépistage du cancer du sein sont maintenues seulement** pour les participantes ayant reçu leur lettre de recrutement[a] celles qui sont plus susceptibles de développer un cancer du sein.	**Poursuite graduelle des activités de dépistage du cancer du sein** : envoi graduel des lettres de recrutement[a] par tranches d'âges.	**Poursuite de la reprise des activités de dépistage vers un retour aux activités régulières du PQDCS** : envoi des lettres sans restriction, avec rattrapage du retard.
Niveau d'activités cliniques	Maintien du 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[a]; Les femmes qui ont une ordonnance médicale (incluant les femmes âgées de 70 ans qui avaient reçu une lettre de recrutement[a]) 2) Les participantes au PQDCS de 60-69 ans[b].	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; 3) Femmes de 52 à 69 ans pour lesquelles une lettre de relance s'applique (relance non-répondantes et relance X semaines)[b].	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.
Caractéristiques	1) Les différentes catégories de participantes seront invitées selon la capacité de la région à donner accès aux examens de dépistage; 2) Le Comité de surveillance des dépistages des établissements évalue et approuve le passage d'un niveau d'activités cliniques à un autre en fonction de la capacité de la région à offrir les soins et services sur l'ensemble de la trajectoire mammaire (dépistage, investigation et traitement); 3) La communication doit être fluide entre les responsables des centres de coordination des services régionaux (CCSR), des centres de dépistage désigné (CDD) privés-publics et des centres de référence pour l'investigation désignés (CRID) afin d'adapter les activités du PQDCS en fonction des réalités cliniques (ressources humaines, délais d'accès, accès à l'investigation et traitements, etc.) et de l'épidémiologie de la COVID-19 afin de mettre en place des corridors de service au besoin; 4) Trajectoire intrarégionale du dépistage et investigation du cancer du sein établie en respectant le corridor chaud\froid\tiède; 5) Mécanisme d'assurance qualité du PQDCS adapté à la réalité de la pandémie; 6) Respecter les modalités de distanciation et de zonage propres aux cliniques externes; 7) L'attribution des rendez-vous doit se faire selon le statut COVID; 8) L'examen de dépistage doit s'effectuer dans la région de la participante ou selon les directives de la santé publique régionale; 9) Favoriser la prise de décision éclairée sur le dépistage actualisée en fonction de la situation de pandémie.		
Suivi et surveillance	1) Tenir des rencontres régulières avec le comité de surveillance; 2) Informer le MSSS à une fréquence régulière de la situation régionale; 3) Effectuer un suivi des délais d'obtention d'une mammographie et d'un examen complémentaire; 4) Effectuer un suivi de la capacité de la région à offrir les traitements de cancer du sein (chirurgie, chimiothérapie, radio-oncologie).		

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 trois ans entre les mammographies de dépistage.

RÉFLEXIONS SOUTENANT LE PLAN DE REPRISE DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE LA COVID-19

Juin 2020

Dernière mise à jour : 18 juin 2020

Document déposé pour adoption au :

Comité directeur clinique COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

Rédaction :

Caouette, Émilie : conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC), MSSS

Chinas, Mireille : conseillère, PQC, MSSS

Désy, Michel : conseiller, Comité d'éthique en santé publique, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Eloy, Laurence : chirurgienne, médecin-conseil, PQC, MSSS

Gouveia, Sophie : conseillère, PQC, MSSS

Leclerc, Bruno : président du Comité d'éthique en santé publique, INSPQ

Lorange, Michel : éthicien, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (CISSS de Laval)

Vallée, Marie-Noëlle : directrice des dépistages en cancérologie, PQC, MSSS

Révision :

Beauregard, Mariejka : médecin-conseil, Direction générale de santé publique (DGSP), MSSS

Bouthillier, Marie-Ève : éthicienne, CISSS de Laval

Chiquette, Jocelyne : omnipraticienne, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL)

David, Julie : radiologiste, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) et clinique Léger et Associés

Dubuisson, Wilhelm : conseiller, DGSP, MSSS

Latreille, Jean : directeur national, PQC, MSSS

Olivier, Catherine : professionnelle éthicienne, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Comité de dépistage et d'investigation du cancer du sein :

Belleville, Martin : radiologiste, représentant de l'Association des radiologistes du Québec

Gagnon, Martin Benoît : ingénieur, Direction du génie biomédical, de la logistique et de l'approvisionnement, MSSS

Chiquette, Jocelyne : omnipraticienne, CHU de Québec – UL

Dubuisson, Wilhelm : conseiller, DGSP, MSSS

Eloy, Laurence : chirurgienne, médecin-conseil, PQC, MSSS

Gouveia, Sophie : conseillère, PQC, MSSS

Ouimet, Guylaine : technologue-conseil pour le MSSS

Ratelle, Mélanie : présidente de l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec (OTIMROEPMQ)

Samson, Caroline : radiologiste, médecin-conseil pour le MSSS, présidente du comité

Théberge, Isabelle : équipe d'évaluation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), INSPQ

Thériault, Marie-Claude : radiologiste, Hôpital de Maria, CISSS de la Gaspésie

Tondreau, Geneviève : omnipraticienne, médecin-conseil du PQDCS pour la région de Montréal

Vallée, Marie-Noëlle : directrice des dépistages en cancérologie, PQC, MSSS

Sélection, extraction et synthèse de la littérature :

Eloy, Laurence : chirurgienne, médecin-conseil, PQC, MSSS

Olivier, Catherine : professionnelle scientifique en méthodologie – volet éthique, INESSS

Coordination :

Bouthillier, Marie-Ève : éthicienne, CISSS de Laval

Chinas, Mireille : conseillère, PQC, MSSS

Eloy, Laurence : chirurgienne, médecin-conseil, PQC, MSSS

Gouveia, Sophie : conseillère, PQC, MSSS

Lorange, Michel : éthicien, CISSS de Laval

Vallée, Marie-Noëlle : directrice des dépistages en cancérologie, PQC, MSSS

Révision linguistique et mise en page :

Dumontier, Nathalie : agente de secrétariat, PQC, MSSS

Robichaud, Annabelle : agente de secrétariat, PQC, MSSS

Table des matières

Sommaire exécutif 1
1. Introduction 2
2. Objectifs du plan de reprise 3
3. Méthodologie 3
4. Effets de la pandémie et enjeux à considérer pour reprendre le dépistage du cancer du sein 3
4.1 Impact sur le volume de mammographies et de cancers à dépister 4
4.2 Impact sur les participantes 4
4.3 Impact sur l'organisation des ressources dans le réseau de la santé québécois 6
4.4 Impact sur les CDD LIM 6
4.5 Impact sur l'investigation en CH 8
4.6 Impact sur l'accès au traitement par chirurgie 8
4.7 Enjeux de communication 8
5. Plan de reprise du PQDCS 9
5.1 Contexte du plan de reprise 9
5.2 Préalable à l'application du plan : reprise de l'imagerie mammaire en temps de pandémie de la COVID-19 10
5.3 Principes directeurs éthiques du plan de reprise 10
5.4 Reprise du dépistage du cancer du sein 12
5.4.1 Prioriser les mammographies de dépistage en fonction du risque 12
5.4.2 Adapter le plan au contexte de chaque région 13
5.4.3 Adapter l'approche selon la condition de chaque femme 14
6. Conclusion 15
7. Références 16

Sommaire exécutif

La pandémie de la COVID-19 est une situation exceptionnelle qui a entrainé le ralentissement des activités cliniques électives et l'arrêt des programmes de dépistage partout dans le monde.

Le PQDCS et les activités de dépistage opportunistes ont été suspendus le 17 mars 2020. Ce document expose le plan de reprise du dépistage du cancer du sein au Québec en présentant les enjeux et en soulignant son contexte, ses objectifs, ses principes directeurs et ses conditions.

La reprise se déroulera selon un plan régional établi et entériné par l'établissement et le MSSS.

Elle se fera en trois étapes :

- ✓ Étape 1 : redémarrage du dépistage du cancer du sein
  - o Mise en place des conditions essentielles à la reprise du dépistage;
  - o Organisation régionale et reprise des dépistages pour lesquels une lettre d'ordonnance a été émise et qui ont été reportés depuis le début de la pandémie;
  - o Reprise graduelle de l'envoi des lettres de recrutement du PQDCS.
- ✓ Étape 2 : poursuite graduelle des activités de dépistage du cancer du sein
  - o Poursuite de l'envoi des lettres de recrutement du PQDCS;
  - o Les différents groupes de participantes seront invités selon la capacité de la région à donner accès aux examens de dépistage.
- ✓ Étape 3 : reprise complète des activités de dépistage
  - o Toutes les activités régulières du PQDCS sont en œuvre;
  - o Envoi de lettres de recrutement sans restriction avec rattrapage complet du retard.

Les priorités entourant la reprise tiennent compte du risque de développer un cancer du sein, des ressources limitées en contexte de pandémie et de la balance entre les avantages et les inconvénients du dépistage. Ainsi, la collaboration des médecins et des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) sera importante pour :

- ✓ Favoriser la prise de décision éclairée sur le dépistage actualisée en fonction de la situation;
- ✓ Prescrire une mammographie aux femmes ayant un risque accru de cancer du sein n'ayant pas reçu de lettre d'invitation;
- ✓ Favoriser le report du dépistage pour les femmes à risque de complications liées à la COVID-19.

Le plan de reprise doit donc être adapté à la réalité régionale et à la condition de chaque femme. Le maintien d'une communication fluide entre les autorités et la population est nécessaire pour réduire les impacts négatifs de la pandémie sur le PQDCS. La transparence, l'empathie et l'actualisation des autres valeurs éthiques présentes dans ce document constituent des éléments clés dans la réussite de la reprise du dépistage du cancer du sein.

1. Introduction

Au Québec, les femmes âgées de 50 à 69 ans à risque moyen de développer un cancer du sein peuvent bénéficier du PQDCS. Implanté au Québec depuis 1998, son objectif est de diminuer la mortalité causée par le cancer du sein. Chez les femmes invitées à participer, une réduction de 25 % de la mortalité est attendue[1]. L'âge et le sexe constituent les principaux facteurs de risque retenus pour établir l'admissibilité au PQDCS. Les femmes de 50 à 69 ans admissibles sont invitées par lettre tous les deux ans à passer une mammographie de dépistage. Lorsque la mammographie de dépistage est anormale, des examens complémentaires sont recommandés jusqu'à ce qu'une conclusion diagnostique soit établie.

Pour les femmes de moins de 50 ans et de 70 ans et plus, l'accès au dépistage se fait par le biais d'une ordonnance médicale. Bien qu'elles reçoivent une lettre d'invitation au PQDCS, les femmes de 50 à 69 ans ayant un risque plus élevé de cancer du sein peuvent aussi utiliser une ordonnance médicale, comme celles qui ont eu une lésion à risque de cancer du sein, qui ont une histoire familiale importante ou une mutation génétique à haut risque connue comme BRCA (Breast Cancer Gene). Elles bénéficient tout de même de certains services offerts par le PQDCS, comme la réception de leur lettre de résultat. Les femmes ayant déjà eu un cancer du sein ou un carcinome in situ sont exclues du PQDCS.

Lorsque la mammographie de dépistage est anormale, des examens complémentaires sont nécessaires. Ces examens sont réalisés dans les centres de dépistage désignés (CDD) privés (Laboratoire d'imagerie médicale (LIM)) ou publics, et dans les centres de référence pour investigation désignés (CRID). On compte 50 LIM CDD en région urbaine. Dans les régions les plus peuplées, les examens de dépistage se font exclusivement en LIM (Annexe B). Ainsi, 70 % des mammographies de dépistage du PQDCS sont effectuées en LIM. Plusieurs examens d'investigation (à l'exception de la biopsie) y sont également effectués. Les biopsies sont généralement faites dans les centres hospitaliers (CH), tout comme les chirurgies.

En raison de la pandémie de la COVID-19, à l'instar de plusieurs pays et provinces du Canada, le dépistage du cancer du sein a été suspendu le 17 mars 2020 au Québec. En effet, les mammographies de dépistage ne sont plus offertes depuis cette date et aucune lettre de recrutement n'a été transmise (les lettres de résultats de mammographies de dépistage effectuées avant le 17 mars 2020 ont été acheminées). En date du 12 mai 2020, il y avait 112 000 lettres de recrutement du PQDCS en attente d'envoi. Ce volume de lettres accumulées, si envoyées dès la reprise du dépistage, pourrait créer des délais d'accès excessifs tout au long de la trajectoire du dépistage et de l'investigation du cancer du sein.

Le PQDCS permet d'identifier approximativement 50 cancers par semaine. Même si habituellement, le cancer du sein a une progression lente, la suspension du dépistage pourrait avoir réduit le nombre de personnes diagnostiquées à un stade précoce. Une comparaison du pourcentage de chaque stade observé au diagnostic sera faite avec les données des dernières années. À la fin juin 2020, la suspension des onze dernières semaines pourrait avoir empêché la détection de plus de 560 cancers du sein au Québec.

Dans le contexte de la planification de la reprise du dépistage du cancer du sein, plusieurs éléments doivent être considérés dans la balance des avantages et des inconvénients par les femmes pour faire leur choix de passer une mammographie de dépistage : le risque de contracter la COVID-19 en CDD et en CRID, l'anxiété liée aux possibles complications de la COVID-19 et au cancer du sein ainsi que les délais d'attente pour l'investigation et le traitement à la suite d'une mammographie anormale. Le plan de reprise du dépistage du cancer du sein devra maintenir l'objectif de réduction de la mortalité par cancer du sein, tout en tenant compte de la nouvelle réalité amenée par la pandémie de la COVID-19.

[1] Cadre de référence du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 1998, page 10.

2. Objectifs du plan de reprise

Le présent document vise à définir le plan de reprise du dépistage du cancer du sein. Pour ce faire, il importe de déterminer les composantes suivantes :

1) Les étapes du plan de reprise;
2) Les conditions de reprise des activités de dépistage du cancer du sein et les principes soutenant ces choix;
3) La pertinence d'établir une priorisation d'accès au dépistage par groupes de femmes. Dans l'affirmatif, définir les groupes et le séquençage d'accès.

3. Méthodologie

Revue de littérature

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

Repérage des publications

Un repérage de la littérature a été effectué majoritairement les 7 et 8 mai 2020 en ciblant les publications de langue française ou de langue anglaise publiées en 2009 ou après. Les bases de données MEDLINE et EMBASE ont été consultées, ainsi que Google Scholar, en utilisant des mots clés incluant notamment : covid, coronavirus, pandemic, déconfinement, dépistage cancer, cancer screening, breast cancer, reopening et ethics.

Sélection des publications, extraction des données et synthèse

Cette recension a permis d'identifier 343 articles scientifiques, et la lecture des titres et des résumés a mené à la sélection de dix articles ou lignes directrices d'associations médicales ou de ministères. Ces derniers ont guidé l'élaboration du plan de reprise (chapitre 5). La liste des articles et des documents retenus est présentée à l'annexe A. L'extraction et la synthèse de l'information de ceux-ci ont été effectuées par une professionnelle scientifique en méthodologie. De plus, les données concernant le PQDCS ont été extraites du système d'information du PQDCS.

Élaboration du plan de reprise

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

4. Effets de la pandémie et enjeux à considérer pour reprendre le dépistage du cancer du sein

Depuis le début de la pandémie au Québec, à la mi-mars 2020, les activités de dépistage du cancer du sein ont été suspendues. Outre les personnes âgées, d'autres groupes sont plus susceptibles d'avoir une morbidité et une mortalité accrue : celles qui ont une maladie chronique comme une maladie cardiaque, de l'hypertension, du diabète, une maladie respiratoire chronique ou un cancer, en particulier si elles sont immunosupprimées, et celles qui sont vulnérables en raison de leurs conditions socio-économiques[2].

[2] Personnes atteintes de maladies chroniques ou avec un système immunitaire affaibli dans le contexte de la COVID-19, Québec.ca – site officiel du gouvernement du Québec, 26 mai 2020.

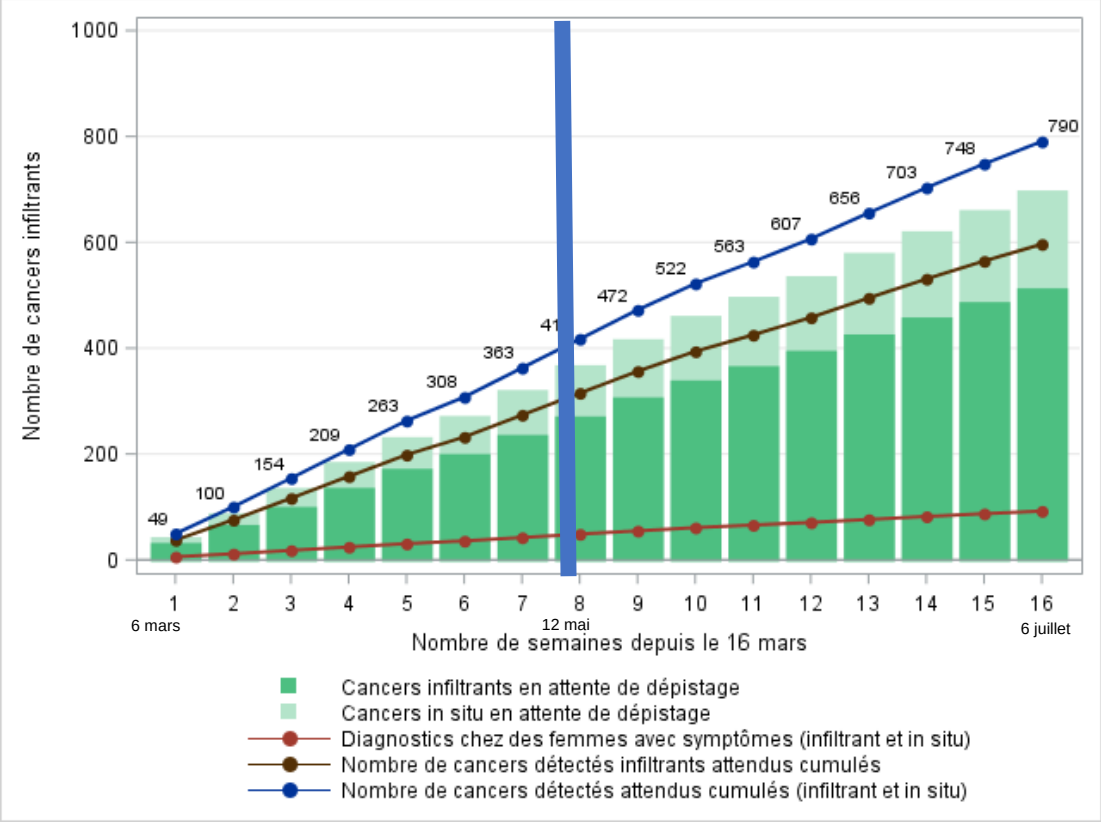
4.1 Impact sur le volume de mammographies et de cancers à dépister

En date du 12 mai 2020 (voir ligne bleue dans la figure 1), près de 112 000 lettres de recrutement du PQDCS étaient en suspens. En temps normal, environ 6 730 mammographies sont réalisées par semaine au Québec, dans le cadre du PQDCS seulement. On estime après huit semaines d'arrêt un retard accumulé d'environ 50 000 mammographies de dépistage à effectuer, en plus du volume régulier.

Environ 50 carcinomes mammaires sont découverts en moyenne chaque semaine dans le cadre du PQDCS, dont 80 % sont des cancers infiltrants. La figure 1 démontre une estimation du nombre de cas chez les femmes en attente de dépistage, cumulés depuis le début de la pandémie et attendus advenant un arrêt prolongé.

Figure 1

Détection de cancers du sein dans le cadre du PQDCS : nombre cumulatif attendu suivant les mammographies de dépistage qui auraient eu lieu par semaine du 16 mars au 6 juillet 2020



La ligne bleue représente l'état de situation en date du 12 mai en ce qui concerne la détection du cancer. C'est-à-dire qu'on estime que près 450 cancers auraient été détectés si le dépistage avait été maintenu.

4.2 Impact sur les participantes

Certaines femmes retirent davantage de bénéfices à participer au dépistage du cancer du sein que d'autres. Dans le contexte actuel, les risques liés à la COVID-19 pourraient toutefois réduire les effets positifs pour certains groupes de femmes. C'est pourquoi le plan de reprise du dépistage doit notamment s'appuyer sur les caractéristiques des femmes pour établir des priorités d'accès au dépistage. En effet, les risques de cancer du sein ne sont pas les mêmes pour toutes les femmes. Ainsi, le fait de retarder la

mammographie pourrait réduire la probabilité de détecter de façon précoce le cancer du sein chez les femmes à risque plus élevé.

Un des avantages attendus du dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans est de trouver les tumeurs à un stade moins avancé et, donc d'offrir aux participantes une meilleure possibilité de guérison[3]. En 2018, 21,8 % des carcinomes découverts étaient des carcinomes in situ. Les carcinomes infiltrants détectés sont généralement de petite taille (68,5 % ≤ 1,5 cm) et trois sur quatre sont sans atteinte ganglionnaire (données 2012)[4]. D'autre part, il est difficile de savoir quelle proportion de carcinomes in situ ou invasifs sont des cas de surdiagnostic ou encore des cas pour lesquels le devancement du diagnostic par le dépistage n'a pas amélioré le pronostic. Il est estimé que ce pourrait être le cas pour 10 femmes sur 1 000 qui participent pendant 20 ans.

L'objectif du PQDCS est de réduire la mortalité par cancer du sein. Chez les femmes invitées à participer, une réduction de 25 % est attendue. Le PQDCS évite sept décès sur 1 000 femmes qui participent tous les deux ans pendant 20 ans (voir tableau 1).

Tableau 1

Effet sur 20 ans du PQDCS chez les participantes et les non-participantes[5]

	1 000 participantes	1 000 non-participantes
Nombre d'examens complémentaires	453	297
Nombre de cancers découverts	77	54
Nombre de décès par cancer	13	20
Nombre de surdiagnostics	10	0

Les données provenant d'études observationnelles et de modélisation nous montrent qu'un dépistage triennal confère les mêmes bénéfices de réduction de mortalité qu'un biennal en minimisant les impacts négatifs, en particulier chez les femmes à risque moyen qui ont une faible densité mammaire (types A ou B)[6]. Parmi les participantes au PQDCS, il est possible que certaines soient désavantagées par un intervalle plus long, par exemple celles dont le risque de cancer du sein ou la densité mammaire sont plus élevés.

Les principaux facteurs de risque de cancer du sein sont :

- ✓ Être de sexe féminin;
- ✓ Être avancée en âge;
- ✓ Avoir des prédispositions génétiques[7];
- ✓ Avoir une histoire familiale de cancer du sein[8] ou de l'ovaire;
- ✓ Avoir une histoire personnelle;

3. Mackenzie S. Fuller, BA,* Christoph I. Lee, MD, MSHS,*† and Joann G. Elmore, Breast Cancer Screening: An Evidence-Based Update; Med Clin North Am. 2015 May; 99(3): 451–468.
4. Portail infocentre de l'INSPQ, Onglet PQDCS, consulté le 4 mai 2020
5. MSSS, 2019. Participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein : votre décision https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-243-01F.pdf
6. Trentham-Dietz A., Kerlikowske K et al.; Breast Cancer Surveillance Consortium and the Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network. Tailoring Breast Cancer Screening Intervals by Breast Density and Risk for Women Aged 50 Years or Older: Collaborative Modeling of Screening Outcomes. Ann Intern Med. 2016 Nov 15;165(10):700-712.
7. Ghoussaini M, Pharoah PDP, Easton DF. Inherited genetic susceptibility to breast cancer: the beginning of the end or the end of the beginning? Am J Pathol. 2013 Oct;183(4):1038-1051.
8. Hannah R. Brewer et al. Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure; Breast Cancer Res Treat. 2017; 165(1): 193–200.

- ✓ Avoir reçu une radiothérapie thoracique antérieure significative avant l'âge de 30 ans[9].

Le tableau 2 présente quelques caractéristiques chez les participantes en 2018.

Tableau 2

Caractéristiques des participantes du PQDCS, 2018[10]

	Participantes du PQDCS, 2018 en %
Au moins un symptôme	1,8
Densité mammaire élevée (type C/D)	40,5 (32/8,5)
Densité mammaire faible ou modérée (type A/B)	59,5 (20,4/39,1)
Histoire familiale 1er degré cancer du sein	19,8
Hormonothérapie en cours	15,5

En retardant le dépistage ou en réduisant l'accès, on peut craindre aussi une réduction de la fidélisation ou de la participation à moyen ou long terme. Il faudra s'assurer de donner une cohérence aux mesures de reprise des activités pour contextualiser le dépistage et réitérer son importance aux yeux de la population.

4.3 Impact sur l'organisation des ressources dans le réseau de la santé québécois

- ✓ La pandémie a également entrainé plusieurs impacts au niveau de l'organisation des ressources dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) :
- ✓ Des intervenants travaillant pour le dépistage et l'investigation du cancer du sein (coordonnateurs du PQDCS, médecins et autres professionnels de la santé) ont été rapatriés dans d'autres secteurs du RSSS ou ils ont été infectés;
- ✓ Un certain nombre de technologues en imagerie médicale travaillant dans les centres désignés par le PQDCS ont été suspendues de leur poste en raison de l'arrêt du dépistage du cancer du sein;
- ✓ Restriction et priorisation de la distribution des équipements de protection individuelle (ÉPI).

4.4 Impact sur les CDD LIM

L'arrivée de la pandémie a entrainé plusieurs impacts non seulement sur le réseau public, mais également dans le réseau privé dans les CDD LIM. En effet, une importante diminution des activités dans les CDD LIM a été occasionnée par la suspension des mammographies de dépistage et le ralentissement des activités d'investigation du cancer du sein. La présence de la COVID-19 pour une durée indéterminée pose plusieurs défis pour la reprise du dépistage du cancer du sein dans les CDD. Ces derniers devront rattraper le retard accumulé de la réalisation des mammographies, et ce, avec une capacité d'activités diminuée en raison du respect des mesures de distanciation sociale. En effet, un temps plus long de réalisation des mammographies est à prévoir et certains CDD LIM devront reprendre les activités avec du personnel réduit. Il est aussi important de noter que parmi les régions les plus touchées par la COVID-19 (Figures 2 et 3) se retrouvent celles où la plupart des examens de dépistage et d'investigation sont effectués en LIM, soit les régions de Montréal (100 %), Laval (100 %), Montérégie (91 %) et Lanaudière (76 %). Les mammographies réalisées dans les régions chaudes représentent presque la moitié (46 %) des examens de dépistage du cancer du sein au Québec (Tableau 3). Cette situation pourrait changer lors d'éventuelles nouvelles vagues de contamination.

9. Henderson et al., Systematic Review, Ann Int Med 2010; 152:444.
10 Portail infocentre de l'INSPQ, Onglet PQDCS, consulté le 4 mai 2020

Figure 2 : Localisation des CDD en fonction de l'incidence des cas de la COVID-19 pour la région métropolitaine, en date du 12 mai 2020

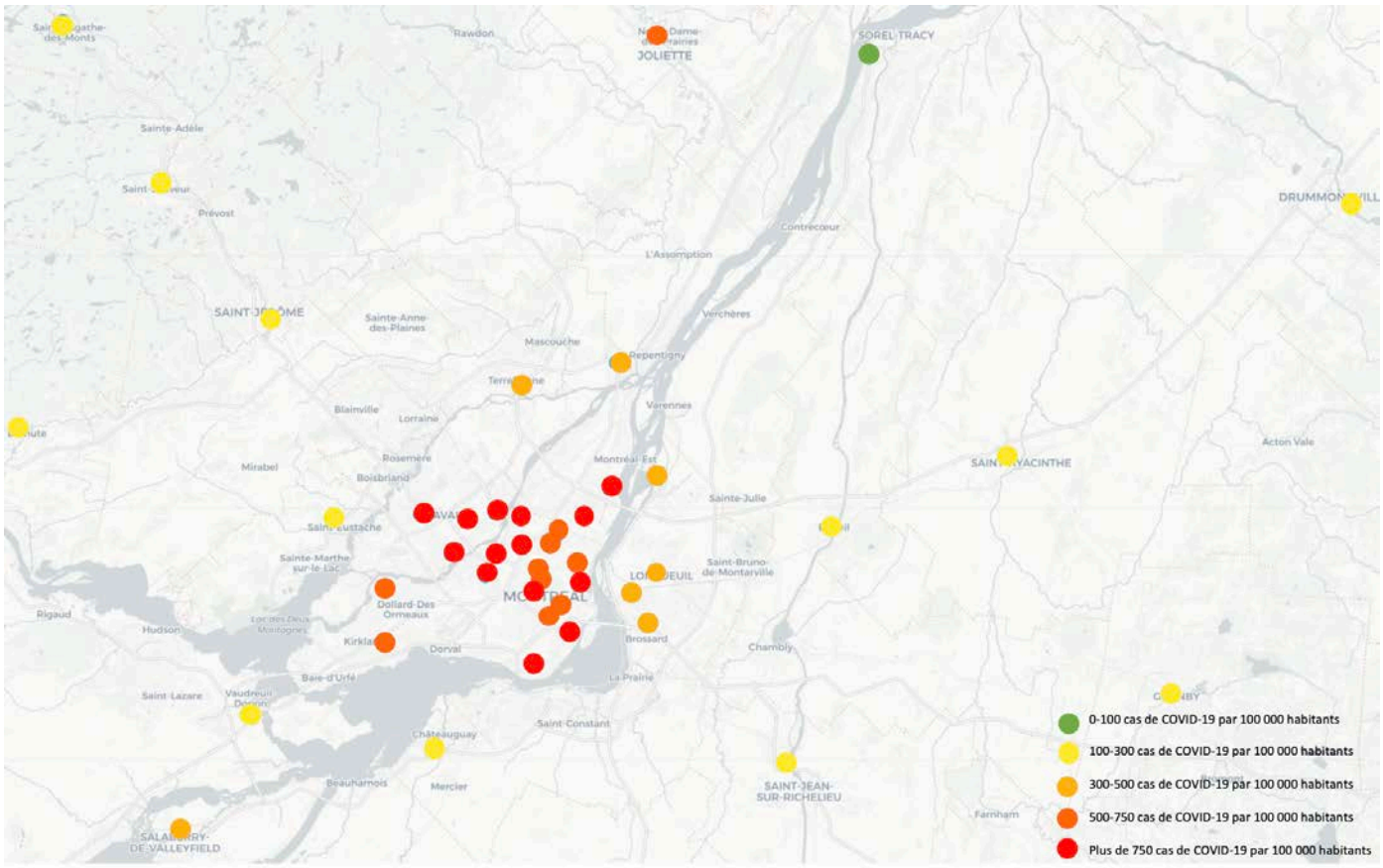


Figure 3 : Localisation des CDD en fonction de l'incidence des cas de la COVID-19 au Québec entier, en date du 12 mai 2020

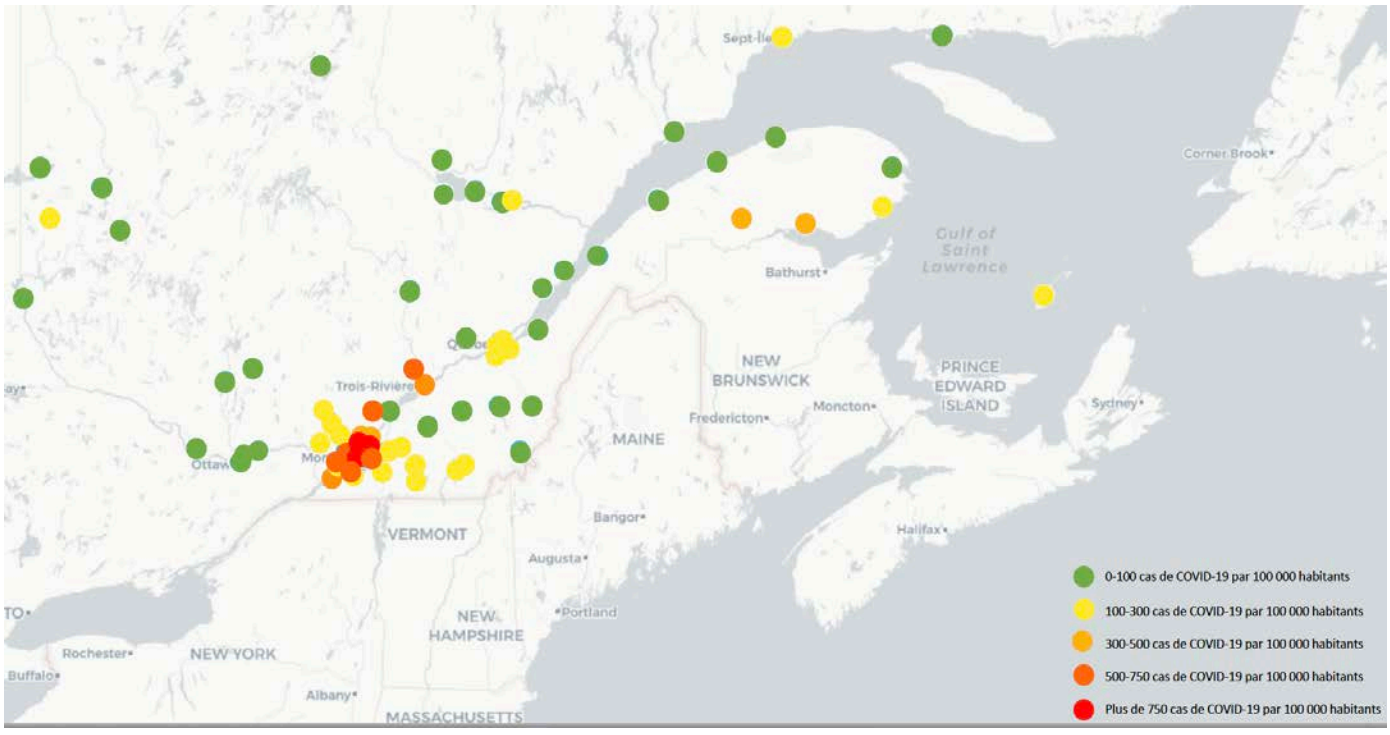


Tableau 3

Nombre de mammographies réalisées dans les zones chaudes

Régions considérées chaudes	Proportion des examens de dépistage PQDCS effectués en LIM	Proportion d'examens en LIM de la région par rapport au volume provincial
Montréal	100	21 %
Laval	100	6 %
Montérégie	91	15 %
Lanaudière	76	4 %
Total des régions chaudes	**-**	**46 %**

4.5 Impact sur l'investigation en CH

Les patientes dont la mammographie de dépistage ou l'examen complémentaire s'est avéré anormal avant la pandémie ont été prises en charge par les centres de coordination des services régionaux (CCSR) qui sont en lien avec CRID. Les examens diagnostics et les décisions, quant à la poursuite de l'investigation, ont été pris selon les recommandations des radiologistes, en tenant compte de la priorisation présentée dans le tableau Imagerie mammaire en période de pandémie de la COVID-19 - 2020. La pandémie frappe les régions avec une intensité variable, si bien qu'il pourrait y avoir une disparité sur la capacité actuelle des CDD, CH ou CRID à répondre à la demande.

Il faut anticiper un problème d'accès à l'investigation et une obtention des résultats des laboratoires de pathologie plus longue que la normale lors de la reprise du dépistage, en particulier dans les centres ou les régions qui :

- ✓ Présentaient déjà un problème d'accès pour l'investigation avant la pandémie;
- ✓ Dépendaient de CDD LIM qui ne seront plus opérationnels.

Il faut aussi prévoir l'impact des mesures de prévention de la COVID-19 sur l'accessibilité. En effet, le temps requis pour la préparation des examens pourra être allongé. Ceci pourrait avoir pour effet de diminuer grandement le nombre d'examens pouvant être effectués dans une journée. De plus, le personnel des CRID et des CCSR a pu être réaffecté à d'autres tâches, ce qui pourrait aussi altérer la cadence des activités.

4.6 Impact sur l'accès au traitement par chirurgie

La plupart des cancers du sein de la province de Québec sont détectés à partir d'un dépistage. La majorité de ces patientes auront une chirurgie à visée curative. Pour l'année 2019-2020, 9 235 chirurgies oncologiques du sein ont été effectuées au Québec, ce qui représente une proportion de 22,35 % des chirurgies oncologiques[11]. En retardant la reprise du dépistage, il faudra anticiper un grand volume de chirurgies au retour et donc, un impact sur l'accès si un plus grand volume de cas est détecté sur une période plus courte.

4.7 Enjeux de communication

En situation de pandémie, la communication entre les autorités, tant politiques que sanitaires, et la population est primordiale[12]. Dans ce contexte et considérant la reprise des activités de dépistage du cancer du sein, une communication transparente permettra de maintenir le lien de confiance avec la population qui

11. Source : MSSS, SIMASS, P13 (données issues du TBIG).
12. M. Désy et al. INSPQ, Enjeux éthiques liés à la communication à la population, vigie sanitaire et surveillance dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, 2020.

s'avère nécessaire pour que cette dernière adhère aux recommandations des autorités. Toutefois, il faut faire usage de prudence afin que l'information diffusée ne cause pas plus de tort que de bien.

Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, la recherche d'un équilibre entre les avantages et les inconvénients est un élément clé, en visant une balance favorable aux avantages. Dans le contexte actuel, il est d'autant plus important de s'assurer que cet équilibre est maintenu afin de préserver les effets positifs du dépistage. Les communications à cet effet doivent se poursuivre et doivent inclure l'information concernant les risques reliés à la COVID-19 afin de permettre une prise de décision éclairée.

Certaines femmes pourraient faire le choix de ne pas passer leur mammographie de dépistage en raison des craintes liées à la contamination par le virus. Il faut donc porter une attention particulière aux communications visant à les informer concernant notamment les mesures d'hygiène et de sécurité déployées dans les CDD. Il faut s'assurer de réitérer l'importance du dépistage du cancer du sein, et ce, même en contexte de pandémie.

Il faut également adapter le message concernant la séquence d'invitation selon la priorisation des femmes (voir section suivante) lors de la reprise du dépistage. En effet, bien que la bienfaisance justifie de prioriser certains groupes par rapport à d'autres pour l'accès au dépistage et aux examens d'investigation, certaines femmes pourraient se sentir lésées. L'empathie, la transparence et la prudence doivent guider les communications en ce sens.

5. Plan de reprise du PQDCS

Le plan de reprise décrit dans ce chapitre est basé sur le contexte actuel de la pandémie de la COVID-19 et les observations des experts sur le terrain. Le plan est aussi soutenu par plusieurs principes éthiques. Enfin, le plan est similaire à ce qui est proposé par diverses associations et sociétés.

5.1 Contexte du plan de reprise

Les activités de dépistage du cancer du sein ont été suspendues en début de la pandémie à travers le Québec pour :

- ✓ Protéger la population en réduisant au maximum les activités cliniques non essentielles, minimisant ainsi le risque de propagation de la COVID-19;
- ✓ Assigner le maximum de ressources en milieu hospitalier afin d'y augmenter la capacité d'accueil d'éventuels patients atteints de la COVID-19;
- ✓ S'adapter à la pénurie des ÉPI.

L'idée de suspendre le dépistage en contexte de pandémie est soutenue par plusieurs sociétés et associations (Curigliano et coll, 2020, ASBS, 2020, Soran et coll. 2020, Moujaess et coll. 2020, Jones et coll., 2020).

La situation a néanmoins entraîné l'augmentation des temps d'attente pour les personnes, rendant possible une détérioration de leur état de santé ainsi qu'une diminution de leur qualité de vie notamment en raison de l'inquiétude et de l'anxiété (Boulenger et Vaillancourt, 2013; Hurst et Silciliani, 2003). Ce contexte soulève également des inquiétudes chez certains experts sur l'impact possible de la pandémie sur la morbidité et la mortalité pour autres causes que la COVID-19 (Jones et coll., 2020, Moujaess et coll., 2020 Rosenbaum, 2020, The Lancet O, 2020,).

À la mi-mai 2020, deux autres constats émergent. D'abord, grâce à la mise en place rapide des mesures de distanciation physique, le nombre de patients atteints de la COVID-19 et nécessitant des soins n'a pas dépassé la capacité d'accueil du RSSS, et ce, même dans les régions les plus touchées. Il est donc possible d'envisager la reprise du dépistage du cancer du sein le plus tôt possible pour minimiser les conséquences négatives indirectes.

L'impact d'un retard de la détection du cancer du sein sur la morbidité et mortalité ne peuvent se mesurer à court terme. Toutefois, les données sur l'effet du dépistage présentées au chapitre 4 démontrent qu'un arrêt prolongé n'est pas souhaitable. De plus, l'enjeu de rapatriement du personnel travaillant habituellement dans les CDD et CRID doit être considéré. En contrepartie, il est important de considérer que dans la plupart des cas, les femmes invitées à participer au PQDCS sont à priori en santé et, par leur participation, pourraient s'exposer à la COVID-19 en fréquentant un CDD. En outre, ces dernières doivent pouvoir faire leur mammographie de façon sécuritaire et être informées adéquatement pour tenir compte du contexte actuel dans leur prise de décision quant à leur participation au dépistage. Tous les efforts doivent être faits pour soutenir une communication claire et transparente à la population et aux femmes visées par le dépistage ainsi qu'aux décideurs et intervenants sur la situation concernant le dépistage et l'investigation du cancer du sein.

Le plan de reprise doit également s'ajuster à la capacité diminuée du réseau à offrir les services habituels en raison :

- ✓ De la disponibilité des prestataires de soins de santé qui pourrait être réduite due aux réaffectations, maladies personnelles, absentéisme et responsabilités familiales;
- ✓ De la disponibilité des ÉPI, de certains médicaments et des plateaux techniques nécessaires à la biopsie et à la chirurgie;
- ✓ Du temps requis pour effectuer une mammographie de dépistage ou tout autre examen et intervention qui seront allongés pour revêtir les ÉPI, assurer une circulation sécuritaire et désinfecter les équipements.

5.2 Préalable à l'application du plan : reprise de l'imagerie mammaire en temps de pandémie de la COVID-19

La pandémie affectant la capacité du système de santé à réaliser les activités cliniques, le plan de reprise du dépistage du cancer du sein est basé sur une gradation de la reprise des activités de cancérologie mammaire avec comme dernière étape la reprise complète du dépistage. Les activités de diagnostic et de traitement du cancer du sein doivent être assurées au préalable. Le tableau Imagerie mammaire en temps de pandémie de la COVID-19 - 2020 précise le type d'examen ainsi que les délais de réalisation, et certaines recommandations sont décrites selon les différents niveaux d'activité en cancérologie.

La priorisation préconisée tient compte des ressources limitées par le contexte de la pandémie. Il convient donc, dans un premier temps, que les femmes qui sont le plus à risque de développer un cancer du sein puissent avoir accès aux examens diagnostics et complémentaires en priorité. Plus les ressources deviennent disponibles, plus le type d'examens offerts s'élargit. D'abord, on vise donc les femmes qui étaient en processus d'investigation avant le début de la pandémie ou qui présentent des symptômes, et qui ont été référées par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (Curigliano et coll., 2020; Mathelin et Nisand, 2020). Pour ces femmes, l'incidence de cancer du sein est plus élevée, justifiant que les ressources leur soient dédiées. Les femmes déjà en attente d'un rendez-vous pour une mammographie de dépistage pourront ensuite être priorisées, car il est jugé que la réception de l'invitation de participer au PQDCS peut susciter une anxiété qui doit trouver réponse dans la mammographie de dépistage.

5.3 Principes directeurs éthiques du plan de reprise

Le plan de reprise du dépistage a été élaboré sur la base des données disponibles. Il prend aussi appui sur l'expérience des responsables ministériels et des intervenants terrain du PQDCS, quant à la stratégie et au fonctionnement du PQDCS, et quant aux impacts sur la santé physique et psychologique de sa suspension puis de sa reprise sur les femmes. Il a également été analysé sous l'angle des enjeux éthiques qu'il soulève, lesquels mettent en tension certaines valeurs. Les valeurs qui sont définies ici sont les plus souvent mobilisées

dans la délibération éthique sur les décisions d'organisation des services en contexte de pandémie. L'analyse et l'actualisation des valeurs au fondement de la justification éthique du plan de reprise du dépistage du cancer du sein sont décrites à la section 5.4.

- ✓ **Bienfaisance** : définie comme la qualité d'une action qui vise à faire du bien dans l'intérêt d'autrui, cette valeur soutient l'existence du dépistage du cancer du sein, à cause de son impact positif sur la santé des femmes, notamment la diminution de la morbidité et de la mortalité associées au cancer du sein. La décision de suspendre les activités de dépistage a été prise au nom de l'intérêt de l'ensemble de la population dans le contexte de la phase aiguë de la pandémie. À mesure que la situation se stabilise, la bienfaisance peut militer en faveur de la reprise du dépistage. La recherche de bienfaisance associée au dépistage du cancer du sein procède ultimement de la valeur de **bienveillance**, qui exprime un souci institutionnel et professionnel pour la santé des femmes;
- ✓ **Non-malfaisance** : cette valeur est également de première importance pour la population et les professionnels impliqués dans le dépistage du cancer du sein[13]. Selon cette valeur, les décisions doivent s'efforcer de limiter les préjudices dans la meilleure mesure possible. Par exemple, la réduction ou l'annulation des activités comme l'investigation des cancers du sein peuvent avoir des conséquences sur la morbidité et la mortalité. Elles doivent donc faire l'objet d'une révision selon l'évaluation des conséquences à moyen et long terme. La même valeur milite en faveur de la réduction du stress généré chez certaines femmes par la suspension du dépistage, puis par les conditions de sa reprise;
- ✓ **Sécurité** : dans la suite de la non-malfaisance, la valorisation de la sécurité soutient un devoir de protection face au risque de contracter la COVID-19 : protection de la population contre une transmission accrue du virus qui pourrait faire suite à la reprise du dépistage, protection des intervenants qui offrent les services, mais également la protection des femmes, celles-ci n'étant pas a priori infectées par le virus. Cela implique le respect strict des mesures de prévention et de contrôle des infections;
- ✓ **Équité et égalité** : la valeur d'équité prend appui sur celle de justice, qui postule l'égalité de dignité et de droits entre toutes les personnes notamment quant à l'accès aux services de santé. Le PQDCS a été conçu pour assurer un accès égal à toutes les femmes admissibles de toutes les régions du Québec. La suspension du PQDCS à l'ensemble du Québec n'a pas soulevé d'enjeu à cet égard. Par contre, le scénario de reprise pourrait soulever un enjeu d'équité s'il introduisait des disparités entre les femmes ou entre les régions quant à l'accès au PQDCS, ce qui conduirait à ne plus offrir les services en fonction des besoins. La valeur d'équité exige en effet de chercher à réduire les disparités lors de l'organisation ou de la distribution des ressources, tout en priorisant l'accès selon les besoins;
- ✓ **Responsabilité** : la responsabilité professionnelle et institutionnelle est généralement comprise comme le souci, même le devoir, de protéger la population des conséquences négatives des décisions, en particulier les groupes plus vulnérables. On pense ici aux patientes et patients mis à risque par les efforts du système de santé pour préserver la capacité hospitalière de traiter les personnes affectées par la COVID-19, ces efforts étant eux-mêmes conçus en termes de responsabilité. La valeur de responsabilité rappelle aussi l'importance de veiller à ce que toutes les personnes continuent de faire l'objet d'un suivi de santé, reçoivent des soins appropriés et puissent être réévaluées pour un accès éventuel à une investigation et des traitements appropriés;
- ✓ **Autonomie** : chaque personne est réputée autonome, douée de la capacité de décider ce qui est le mieux pour elle-même sur la base d'une compréhension claire de la nature et des conséquences des soins et des traitements qui lui sont offerts, de la tolérance au risque qui est la sienne et de la valeur

[13.] Vézina, S. INSPQ, Les enjeux éthiques dans le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, janvier 2006, p. 31.

qu'elle accorde à la santé. Ainsi, il appartient à chacune de participer ou non au PQDCS, selon son appréciation des avantages et des inconvénients du dépistage. Les risques ou les inconvénients additionnels dans le contexte de la COVID-19 seront également à considérer. La LSSSS[14] situe également sous le principe d'autonomie le libre choix par la personne de l'établissement prestataire de services;

- ✓ **Agilité** : dans le contexte inédit de la pandémie, où les conditions évoluent rapidement et où l'apprentissage se fait au quotidien, le RSSS doit démontrer une capacité d'adaptation au changement, de modification des processus et de gestion stratégique des choix, des risques et des ressources. Les personnes et les organisations impliquées dans le dépistage du cancer du sein 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 femmes;
- ✓ **Proportionnalité** : cette valeur est mobilisée comme critère de jugement de la pertinence des soins ou des services en fonction des besoins : l'action est proportionnée si elle répond avec efficacité et efficience au besoin sans excéder ce qui est nécessaire pour la santé et le bien-être. Le jugement de proportionnalité est porté en situation et il tient compte du contexte évolutif des décisions. Cela dit, la visée de proportionnalité dépasse la simple recherche de l'équilibre pour favoriser la prépondérance des bénéfices sur les inconvénients : l'action sera éthiquement tenue pour raisonnable et souhaitable si elle réalise davantage de bienfaisance qu'elle n'induit de malfaisance.

En prenant en compte ces valeurs, qui peuvent entrer en tension l'un avec l'autre, la reprise du dépistage du cancer du sein se fera en respectant trois conditions. La description et la justification de ces conditions sur le plan de la santé et de l'éthique font l'objet des sections suivantes.

5.4 Reprise du dépistage du cancer du sein

5.4.1 Prioriser les mammographies de dépistage en fonction du risque

Afin de pouvoir commencer le dépistage du cancer du sein, la région doit avoir atteint le niveau 1 des activités en cancérologie selon le tableau Imagerie mammaire en période de pandémie de la COVID-19 - 2020. Afin d'éviter une reprise amenant des volumes d'examens trop grands pour la capacité du RSSS et qui occasionneraient des délais d'accès pour les examens complémentaires, une priorisation a été établie parmi les femmes en attente d'un dépistage. Celle-ci, basée sur le risque encouru par les femmes, permet une reprise graduelle modulée par la capacité des services. La reprise du dépistage devrait se faire selon l'ordre présenté dans le tableau 4. Les étapes du plan de reprise du dépistage devront être évaluées et monitorées au niveau régional et provincial.

Les étapes du plan de reprise du dépistage du cancer du sein :

Comme décrit dans le tableau synoptique, le dépistage reprend d'abord avec les femmes :

- ✓ Ayant déjà reçu une lettre de recrutement;
- ✓ Qui ont une prescription médicale pour un dépistage du cancer du sein;
- ✓ Ayant un risque accru de cancer du sein.

En effet, ces femmes sont soit dans l'attente d'un rendez-vous ou, comme groupe, présentent un risque relatif plus élevé.

Par la suite, dans la séquence de priorisation, le choix des participantes au PQDCS âgées de 60 à 69 ans se justifie en considérant que les femmes de cette tranche d'âge ont un risque plus grand d'avoir un cancer du sein et elles génèrent un taux de détection plus élevé ainsi qu'une réduction de mortalité attendue plus

[14] Loi sur les Services de santé et Services sociaux, L.R.Q., chapitre 4.2.

importante (Tableau 4). De plus, ce groupe utilise normalement moins de ressources lors de l'investigation. En effet, chez les femmes qui passent leur première mammographie de dépistage, pour la dernière période de 5 ans pour laquelle les données sont disponibles, 22 % (de 11,5 % à 28,3 % selon la région) nécessitent un examen complémentaire, alors que pour les femmes qui en sont à leurs mammographies subséquentes, la proportion décroit à 9,3 % (3,6 % à 12,1 % selon la région)[15].

Tableau 4

Taux de détection chez les participantes au PQDCS selon certaines variables (Données 2014-2018, INSPQ)

		Taux de détection (‰)		
		Cancers infiltrants	Cancers in situ	Cancers (total)
Groupes d'âge	50 à 54 ans	3,7	1,3	5,1
	55 à 59 ans	4,4	1,2	5,7
	60 à 64 ans	5,7	1,3	7,0
	65 à 69 ans	6,8	1,6	8,4
Histoire familiale de cancer du sein	Non	4,7	1,2	6,1
	Oui	6,4	1,7	8,2

Lors de la mise en place du plan de reprise, l'ajout d'un nouveau groupe de femmes aux invitations devra tenir compte de la capacité du RSSS à réaliser les mammographies. Le temps requis pour réaliser les examens sera augmenté en contexte de la pandémie afin de protéger tant les intervenants que la population. Par conséquent, la capacité de production du PQDCS sera grandement affectée par l'augmentation du temps de l'examen; la reprise du retard accumulé s'échelonnera donc sur une longue période. Le niveau d'activité de la région devra s'adapter au besoin des femmes visées à tout moment pour éviter les temps d'attente et les délais indus.

En résumé**,** cette gradation partant des examens strictement essentiels permet de trouver un équilibre en assurant la protection des participantes, des intervenants et de la population face au risque de la COVID-19, donc la sécurité, comme définie plus haut, tout en permettant aux femmes à risque d'un cancer du sein d'avoir un accès équitable aux services de santé, compte tenu de leur état. Cela permet d'assurer la bienveillance en réduisant la morbidité et la mortalité liées au cancer du sein quand les services sont disponibles ainsi que la non-malfaisance liée aux conditions imposées au système de santé par la lutte à la COVID-19.

La reprise graduelle des examens de suivi et du dépistage favorise également l'égalité d'accès aux ressources pour les femmes placées dans des conditions cliniques similaires.

5.4.2 Adapter le plan au contexte de chaque région

La priorisation d'accès aux examens d'imagerie offerts se fait selon la réalité de chaque région, incluant la disponibilité du dépistage, de l'investigation et du traitement. Un plan de reprise régional devra se faire de façon concertée. Malgré le fait que la LSSSS permette à toute personne de choisir l'établissement où elle désire recevoir des services de santé[16], dans le contexte de la pandémie, nous recommandons, dans un premier temps, de restreindre les déplacements interrégionaux des femmes et de favoriser la consommation de soins à l'intérieur de la région. Cette limite est imposée afin de ne pas exposer à la COVID-19 plus de

[15] Portail infocentre de l'INSPQ, Onglet PQDCS, consulté le 25 mai 2020.

[16] Article 6 de la Loi sur les Services de santé et Services sociaux, L.R.Q chapitre S-4.2.

femmes ou d'intervenants que nécessaire et en vue de contenir la propagation de la pandémie. L'imposition de cette limite est pertinente dans les premières étapes du plan de reprise et elle n'est plus recommandée à l'étape 3 du plan de reprise. Cette orientation permet aux femmes des régions moins affectées d'avoir accès aux services à la hauteur de la capacité locale.

En résumé, cette deuxième condition est inéquitable pour les femmes des régions les plus affectées par la COVID-19, puisqu'elles n'auront pas accès aux mêmes services qu'en temps normal, contrairement aux femmes des régions moins touchées par la pandémie. On considère que le risque de souffrir ou de mourir d'un cancer du sein en l'absence du dépistage est plus faible que les risques associés à la COVID-19, particulièrement dans les régions les plus touchées. Considérant que la pandémie elle-même affecte les populations de façon inégale selon leur lieu de résidence, la reprise par région se justifie de façon transitoire, dans le but de ne pas pénaliser les femmes qui peuvent poursuivre leur participation au PQDCS dans des conditions acceptables selon le tableau 1. Cette solution permet aussi de mieux protéger la population du risque de propagation du virus, tout en tenant compte du risque pour la santé des femmes. Enfin, l'offre globale de services à laquelle les femmes auront accès dans l'ensemble des régions devrait éventuellement revenir à la normale. D'ici là, le plan de relance proposé offre aux organisations l'agilité voulue pour tenir compte de l'évolution rapide du contexte de la pandémie. Adapter le plan de reprise au contexte de chaque région favorise aussi la préservation des milieux de soins afin de rejoindre le maximum de femmes possibles.

5.4.3 Adapter l'approche selon la condition de chaque femme

Le contexte actuel de la pandémie fait ressortir la crainte de la population de se présenter à l'urgence ou dans une clinique médicale, créant ainsi un risque important de ne pas consulter et de présenter une condition clinique ayant une incidence importante sur la morbidité et la mortalité (Rosenbaum, 2020, The Lancet O, 2020, Scott, 2013, Jones 2020). L'information à la population générale, au regard de ne pas hésiter à consulter un médecin si elles présentent des signes ou des symptômes par exemple, devrait être favorisée.

Les femmes qui ne font pas partie des premiers groupes priorisés pour accéder à la mammographie de dépistage et qui verront leur invitation au PQDCS retardée de plusieurs mois pourraient être plus anxieuses. Il faudra alors s'assurer de :

- ✓ Les informer du retard qui les concerne;
- ✓ Les rassurer quant au risque réel qu'elles présentent si elles n'ont pas d'histoire familiale ou d'autres facteurs de risque;
- ✓ Les inviter, si elles présentent des symptômes, à contacter leur médecin de famille.

Les femmes ayant reçu une lettre d'invitation et qui auront atteint l'âge de 70 ans durant cette période ne feront plus partie du PQDCS. Par contre, le MSSS pourrait prévoir, en ces circonstances exceptionnelles, une communication pour les aviser qu'elles ne font plus partie du PQDCS et qu'elles devraient contacter leur médecin de famille si elles présentent des symptômes, ou les orienter vers les cliniques réseau ou une clinique sans rendez-vous si elles n'ont pas de médecin de famille. Il peut aussi leur être suggéré de s'inscrire au guichet d'accès à un médecin de famille. Le centre de coordination du PQDCS de leur région peut leur fournir de l'information en ce sens.

Le contexte de la pandémie crée des situations où les usagers et leurs proches sont confrontés à des situations imprévues, hors de leur contrôle, et sortant de ce qui est normalement attendu. Puisque ces situations peuvent causer un stress allant jusqu'à la détresse psychologique, un soutien doit être organisé. Dans le cas des participantes au PQDCS pour lesquelles des examens complémentaires ou de suivi seront recommandés, il est important de les informer que les délais d'accès à ces examens pourraient être plus longs qu'à l'habitude. Au besoin, il faut s'assurer de les diriger vers des ressources psychosociales afin de les rassurer ou, le cas échéant, de les orienter vers les services requis par leur état.

L'accès à un médecin ou à une IPS doit être facilité pour les patientes orphelines. Les plans de reprise régionaux doivent prévoir des trajectoires pour la prise en charge de cette clientèle.

En résumé, l'accès aux soins et services adaptés à la condition des femmes se justifie par la bienfaisance qu'il permet en termes de santé et de bien-être individuel ainsi qu'au niveau populationnel en termes de réduction de la morbidité et de la mortalité liées au cancer du sein. Il va de soi que cet accès est volontaire, il revient à chaque femme de décider de participer ou non au PQDCS et d'évaluer le risque que représente pour elle la COVID-19, une fois que les conditions de relance du PQDCS sont réunies (autonomie).

6. Conclusion

Le comité d'experts propose un plan de reprise du dépistage du cancer du sein en respectant les trois conditions suivantes :

1. Une priorisation des groupes de femmes à qui seront offerts les examens de dépistage tenant compte des risques liés au cancer du sein;
2. Une adaptation du plan au contexte de chaque région;
3. Un accès aux examens requis considérant la condition de chaque femme.

Celui-ci a été défini en tenant compte des enjeux éthiques et des impacts psychologiques chez les femmes. La proposition permet de trouver un équilibre entre la limitation de la morbidité et de la mortalité liée au cancer du sein, la sécurité des participantes, des intervenants et de la population, la capacité du RSSS à offrir des examens et traitements requis et le risque lié à la COVID-19. Cette reprise par région est une étape transitoire dans le retour aux activités complètes dans le dépistage du cancer du sein. Également, le plan tient compte de la situation évolutive de la pandémie et il pourra être utile lors d'éventuelles périodes de confinement et de déconfinement.

Dans le contexte actuel de la pandémie, le maintien d'un lien de confiance entre les autorités et la population s'avère nécessaire afin que cette dernière adhère aux recommandations. Pour ce faire, le comité a suggéré d'élaborer une stratégie de communication pour transmettre aux femmes admissibles au dépistage l'information concernant la séquence et la priorisation des femmes lors de la reprise du dépistage. Des outils permettront de les informer des mesures en place pour assurer leur sécurité au regard de la contagion au coronavirus et de l'importance de cet examen, même dans un contexte de pandémie. Elles pourront alors prendre une décision éclairée quant à leur participation. La transparence, l'empathie et l'actualisation des autres valeurs éthiques présentes dans ce document constitue des éléments clés dans la réussite de la reprise du dépistage du cancer du sein.

7. Références

American Society of Breast Surgeons (26 mars 2020), https://www.breastsurgeons.org/docs/news/2020-03-26-ASBrS-ACR-Joint-Statement.pdf

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.

Boulenger, S. et Vaillancourt, F. (2013), Temps d'attente dans le secteur public de la santé au Québec: mesure, conséquences et moyens pour les réduire. Montréal, CIRANO: https://cirano.qc.ca/pdf/publication/2013RP-17.pdf.

Bouzat P, Ageron FX, Brun J, Levrat A, Berthet M, Rancurel E, et al. A regional trauma system to optimize the pre-hospital triage of trauma patients. Crit Care. 2015;19:111.

Curigliano, G., Cardoso, M. J., Poortmans, P., Gentilini, O., Pravettoni, G., Mazzocco, K., Houssami, N., Pagani, O., Senkus, E., Cardoso, F., & editorial board of The Breast (2020). Recommendations for triage, prioritization and treatment of breast cancer patients during the COVID-19 pandemic. Breast (Edinburgh, Scotland), 52, 8–16. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.04.006

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.

Hurst, J. & Siciliani, L. (2003), Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery. OECD Health Working Paper. https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/108471127058.

Filiatrault, F., Désy, M. et Leclerc, B. (2015) *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique*, Institut national de santé publique du Québec, Québec.

Jones, D, Neal, RD, Duffy, SRG, Scott, SE' Whitaker, KL, Brain, K, (2020), Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care, The Lancet Oncology, https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30242-4

MacKenzie EJ, Rivara FP, Jurkovich GJ, Nathens AB, Frey KP, Egleston BL, et al. A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality. N Engl J Med. 2006;354(4):366-78.

Moujaess, E., Kourie, H. R., & Ghosn, M. (2020). Cancer patients and research during COVID-19 pandemic: A systematic review of current evidence. Critical reviews in oncology/hematology, 150, 102972. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2020.102972

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Cadre de référence du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 1996, 67 pages.

Rosenbaum L. The Untold Toll - The Pandemic's Effects on Patients without Covid-19. N Engl J Med. 2020.

Soran, A., Gimbel, M., & Diego, E. (2020). Breast Cancer Diagnosis, Treatment and Follow-Up During COVID-19 Pandemic. European journal of breast health, 16(2), 86–88. https://doi.org/10.5152/ejbh.2020.240320

Spaite DW, Bobrow BJ, Stolz U, Berg RA, Sanders AB, Kern KB, et al. Statewide regionalization of postarrest care for out-of-hospital cardiac arrest: association with survival and neurologic outcome. Ann Emerg Med. 2014;64(5):496-506 e1.

The Lancet O. COVID-19: global consequences for oncology. Lancet Oncol. 2020;21(4):467.

Wennberg J, Gittelsohn. Small area variations in health care delivery. Science. 1973;182(4117):1102-8.

Heidi D. Nelson, MD, MPH, Rochelle Fu, PhD, Amy Cantor, MD, MPH, Miranda Pappas, MA, Effectiveness of Breast Cancer Screening: Systematic Review and Meta-analysis to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation, Annals of internal medicine, 2016

Scott SE Walter FM Webster A Sutton S Emery J The model of pathways to treatment: conceptualization and integration with existing theory- Br J Health Psychol. 2013; 18: 45-65

ANNEXE A

Auteurs (date)	Pays	Thématique	Lien URL
Articles scientifiques			
Curigliano et al. 2020 (6 avril)	Europe	Cancer du sein	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7162626/
Dietz et al. (2020)	US	Cancer du sein Recommandation pour la priorisation, le traitement et le triage des patients avec cancers du sein	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181102/pdf/10549_2020_Article_5644.pdfnles e
Jones et al. 2020 (30 avril)	UK	Cancer	https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30242-4/fulltext
The Lancet Oncology (1er mai 2020)	UK	Cancer	https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30243-6/fulltext
Mathelin et Nisand (2020)	France	Prise en charge cancer du sein	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7167220/pdf/main.pdf
Moujaess et al. 2020 (22 avril)	Review	Cancer	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7174983/
Soran et al. 2020	US	Cancer du sein	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32285027
Associations médicales			
American Society of Breast Surgeons (26 mars 2020)	US	Avis	https://www.breastsurgeons.org/docs/news/2020-03-26-ASBrS-ACR-Joint-Statement.pdf
American Society of Breast Surgeons (24 mars 2020)	US	Recommandation pour la priorisation, le traitement et le triage des patients avec cancers du sein	https://www.breastsurgeons.org/docs/news/The_COVID-19_Pandemic_Breast_Cancer_Consortium_Recommendations_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf
Ministères et organismes			
BC provincial Health Services Authority (20 avril 2020)	Colombie-Britanique	Provincial Cancer Clinical Management Guidelinesin Pandemic Situation (COVID-19)	http://www.bccancer.bc.ca/health-professionals-site/Documents/provincial_cancer_clinical_management_guidelines_pandemic_situation_covid19_april20_2020.pdf

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations en cancérologie sur l'administration de traitements systémiques en contexte de pandémie de la COVID-19

Octobre 2020

L'ensemble des documents en cancérologie est disponible au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Contexte d'administration des traitements systémiques

En complément des recommandations générales en oncologie, voici les recommandations plus spécifiques pour ajuster les soins entourant l'administration des traitements systémiques à la situation exceptionnelle causée par la pandémie et le contexte où le réseau de la santé et des services sociaux doit dorénavant cohabiter avec la COVID-19.

A. Principes directeurs

- Privilégier les médicaments administrés par voie orale lorsque possible (exemple : capécitabine, etc.);
- Chimiothérapie adjuvante ou palliative :
  - Si le bénéfice estimé est modeste, évaluer les risques et les bénéfices dans le contexte de risque accru d'infection sérieuse;
  - Reporter un traitement de quelques semaines peut être la solution à privilégier pour éviter les déplacements et les contacts sociaux.
- Immunothérapie :
  - Réévaluer l'initiation ou la poursuite des combinaisons présentant une toxicité importante (exemple : l'ipilimumab-nivolumab dans le contexte d'une disponibilité limitée des ressources humaines à l'urgence);
  - Considérer l'espacement des traitements selon les données publiées (exemples : le nivolumab et le durvalumab aux 4 semaines et le pembrolizumab aux 6 semaines).
- Évaluer la possibilité d'adapter les protocoles afin de différer les traitements :
  - Privilégier les traitements courts;
  - Privilégier des protocoles dont la fréquence d'administration est prolongée (exemple : le nivolumab aux 4 semaines plutôt qu'aux 2 semaines, le paclitaxel aux 3 semaines plutôt qu'hebdomadaire).

- Maintenir les rendez-vous en deux temps pour l'administration de la chimiothérapie dans la mesure du possible, lorsque les ressources sont disponibles. Les prélèvements sanguins nécessaires avant un traitement de chimiothérapie ou pour une consultation devraient être obtenus entre 24 et 72 heures avant le traitement selon le cas, et préférablement en favorisant la réalisation des prélèvements dans un centre de prélèvement situé à proximité de l'endroit de résidence du patient (exemple : centre local de services communautaires, *communément appelé CLSC*) pourvu que le résultat soit disponible pour le traitement;
- Seuls les examens de laboratoire **URGENTS** devraient être effectués à l'hôpital, à moins que l'équipe de cancérologie juge que le maintien des prélèvements dans l'hôpital ou au centre de cancérologie constitue l'option la plus sécuritaire étant donné son organisation locale et la circulation des patients dans ses installations et centres de prélèvements;
- Pour éviter une éventuelle interruption de service, les oncologues seront autorisés à renouveler les ordonnances verbalement ou par messagerie texte, si possible de le faire de façon sécurisée (exemple : Id-texto), aux pharmaciens experts en oncologie. Le patient doit avoir été évalué par un professionnel de la santé autorisé (exemples : infirmière, pharmacien);
    - Le service de télécopie infonuagique est fourni par le ministère de la Santé et des Services sociaux en complément aux outils de télésanté, dans le contexte de la pandémie. Il permet d'acheminer un message courriel et ses pièces jointes vers un télécopieur. Il faut donc connaître le numéro de télécopieur du destinataire.
- Afin de préserver la sécurité physique des patients, les pharmaciens experts en oncologie doivent maintenir les rencontres pour l'évaluation, l'histoire médicamenteuse, les conseils au patient ainsi que le suivi de la thérapie médicamenteuse et des symptômes, en privilégiant la télésanté (téléphone ou visioconférence).

B. Priorisation applicable pour les traitements systémiques

Les priorités A, B et C ont préalablement été définies de façon globale dans le document des recommandations générales en oncologie.

Dans le présent document, une répartition des patients recevant des traitements systémiques selon chaque priorité est proposée, basée sur la justice comme principe essentiel en lien avec la pertinence et l'efficacité du traitement utilisé.

Le besoin est basé sur la gravité des symptômes. L'efficacité est surtout en fonction de la notion de curatif ou de contrôle des situations potentiellement mortelles ou instables.

La priorité A définit les personnes qui sont jugées dans un état critique (souffrantes instables et/ou dont l'état met immédiatement la vie en danger) et pour lesquelles il existe un traitement efficace. Leur besoin immédiat est le plus grand et nous devons

trouver des moyens pour que le traitement soit initié ou poursuivi dans les meilleurs délais. Cette priorité comprend les indications suivantes :

a) Patients en situations curatives :
   - Maladies localisées;
   - Cancers hématologiques comme la leucémie, les lymphomes;
   - Greffes hématopoïétiques (voir document greffes);
   - Certains cancers métastatiques caractérisés par une sensibilité particulière aux traitements (exemples : tumeurs germinales, cancer de la thyroïde, lymphome, etc.);
   - Maladies curables par traitement multimodal (cancer colorectal, cancer du rein oligométastatique, cancer du sein triple négatif ou HER2+ en néoadjuvant pour les stades 2 et 3, etc.).

b) Maladie avec présentation sévère sans potentiel curatif, mais à haut potentiel de réponse favorable aux traitements (exemples : en crise viscérale, douleur intraitable, complications potentiellement mortelles de la maladie ou obstruction de la veine cave supérieure, obstruction imminente des voies respiratoires);

c) Patients en situation palliative (non curative) atteints de cancer, dont la stratégie thérapeutique améliore de manière significative la survie, en privilégiant les patients avec un bon état général et sans comorbidités significatives;

d) Situation curative (en adjuvant) qui a un impact sur la survie (exemple : cancer du sein);

e) Patients atteints de cancer dont la stratégie thérapeutique est palliative en début de prise en charge (première ligne thérapeutique).

La priorité B détermine les personnes chez qui un délai raisonnable (6 à 8 semaines) est considéré comme ne mettant pas leur vie en danger, et dont les services/traitements peuvent être interrompus temporairement dépendamment de la capacité du service.

Une évaluation pourrait être faite, cas par cas, pour confirmer que ces patients ne courent pas de risques indus en considérant la balance des risques de retarder ou de suspendre les traitements sur le pronostic et des risques de développer une neutropénie fébrile ou une infection en lien avec le traitement envisagé. Si leur priorité changeait, ils seraient transférés en priorité A. Cette priorité comprend également les autres patients atteints de cancers dont la stratégie thérapeutique est palliative, mais qui ne sont pas inclus dans la priorité A.

La priorité C détermine les personnes pour qui les services/traitements pourraient être interrompus sur une période prolongée ou à plusieurs reprises. Ces patients font, pour la plupart, l'objet d'un suivi ou d'un dépistage de routine et ils pourraient raisonnablement voir leurs traitements suspendus ou reportés pendant une plus longue période que celle spécifiée dans la priorité B.

La conduite à suivre pour cette priorité est de reporter les rendez-vous de consultation et de traitement tout en assurant un lien par l'intermédiaire de la télésanté, pourvu que le patient bénéficie d'un suivi approprié et que l'évolution de sa condition clinique soit réévaluée périodiquement.

Un accès à une infirmière pivot doit être assuré à ces patients afin qu'ils puissent appeler si un changement de leur condition survient sans avoir à se présenter à l'urgence.

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations en radio-oncologie dans le contexte COVID-19

Octobre 2020.

Les documents en cancérologie sont disponibles au lien suivant :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Contexte d'administration de traitements de radiothérapie

En complément des recommandations générales en oncologie, voici les recommandations plus spécifiques pour ajuster les soins entourant l'administration des traitements de radiothérapie à la situation exceptionnelle causée par la pandémie et le contexte où le réseau doit dorénavant cohabiter avec la COVID-19.

1) Principes directeurs

- Les centres de cancérologie doivent profiter du fait que les patients de radiothérapie viennent sur place pour leurs traitements pour assurer une proportion de rencontres en présence.
- Tous les patients en attente de commencer des traitements ou qui sont actuellement en traitements actifs de radio-oncologie devraient avoir une recommandation d'observation stricte des consignes de la santé publique en lien avec la distanciation sociale et les regroupements de personnes et d'isolement volontaire à la maison (sauf pour conditions médicales).
- Il est requis de documenter au dossier du patient tous les professionnels qui ont été en contact avec celui-ci, et ce, de façon prospective et régulière.
- En complément des mesures de protection du personnel qui doivent être appliquées en cancérologie afin d'éviter leur affectation dans d'autres secteurs, il est demandé de limiter le plus possible la rotation des technologues en salle de traitement (ex. : attendre que le traitement du patient soit terminé avant de faire la rotation pour une pause ou pour le dîner).
- Évaluer la possibilité d'adapter les protocoles afin de différer les traitements et privilégier l'hypofractionnement, lorsque possible.
- Étant donné les interruptions de traitement possibles en contexte de la pandémie, il est suggéré de se référer aux guides d'interruption des traitements acceptés et disponibles dans chacun des services de radio-oncologie afin de juger des délais médicalement acceptables :
  - Afin de prévoir les compensations de doses à la suite des interruptions de traitement, il est suggéré de se référer au Tableau 3 (p. 315-316) de l'article

publié par Gay *et al.* dans le PRO en septembre-octobre 2019[1] disponible au lien suivant : www.practicalradonc.org/article/S1879-8500(19)30079-7/pdf

- Équipement de curiethérapie : S'il était nécessaire d'utiliser les équipements d'anesthésie pour les besoins populationnels en lien avec la pandémie, on suggère de les déplacer dans un secteur COVID tiède ou chaud, dans un souci de maintenir les clientèles potentiellement COVID-19 éloignées des clientèles de radio-oncologie.

2) Priorisation en matière de soins applicable jusqu'à nouvel ordre

Les priorités A, B et C ont préalablement été définies de façon globale et se retrouvent dans le document des recommandations générales en oncologie.

Une grille de classification par priorité propre à la radio-oncologie existe depuis 2004. Cette échelle a servi de référence dans l'élaboration de l'échelle de priorité décrite ci-après et des documents faisant allusion à la radio-oncologie, puisque l'ensemble du personnel fonctionne avec celle-ci depuis de nombreuses années (référence : priorités du formulaire de demande de consultation en radio-oncologie AH-519).

Il est à noter que cette liste de diagnostics et de situations cliniques se veut non exhaustive et sert avant tout de cadre de référence pour la priorisation médicale. Le jugement médical doit toujours s'exercer.

La priorité 1 définit les personnes dont la situation est jugée critique (souffrantes instables et/ou dont l'état met immédiatement la vie en danger) et pour lesquelles il existe un traitement efficace.

Le début du traitement devrait être dans les 24 heures suivant la date à laquelle le patient est considéré comme médicalement prêt.

Cette priorité comprend les indications suivantes :

a) Compressions médullaires;
b) Syndrome de la veine cave supérieure;
c) Syndrome hémorragique (vessie, col utérin, bronche, etc.).

La priorité 2 définit les personnes chez qui un délai est considéré comme ne mettant pas leur vie en danger. Le début du traitement devrait normalement se faire dans les 3 jours suivant la date à laquelle le patient est considéré comme médicalement prêt, mais pourrait être prolongé en contexte de pandémie.

Cette priorité comprend les indications suivantes :

a) Compression bronchique, viscérale, vasculaire;
b) Métastases osseuses douloureuses;

[1] Gay HA, Santiago R, Gil B, et al. Lessons learned from hurricane Maria in Puerto Rico: Practical measures to mitigate the impact of a catastrophic natural disaster on radiation oncology patients. Pract Radiat Oncol. 2019;9(5):305-321

c) Métastases cérébrales;
d) Toute autre radiothérapie palliative antalgique;
e) Tumeur pédiatrique qui requiert un début de traitement rapide.

La priorité 3 définit les personnes pour qui le début du traitement devrait normalement se faire dans les 14 jours suivant la date à laquelle le patient est considéré comme médicalement prêt. Ce délai pourrait toutefois être prolongé en contexte de pandémie.

Cette priorité comprend les indications suivantes :

a) Tumeurs pédiatriques;
b) Radiothérapie exclusive :
    a. Tumeurs de la sphère ORL incluant thyroïde;
    b. Tumeurs gynécologiques;
    c. Tumeurs pulmonaires;
c) Radiothérapie exclusive ou associée à de la chimiothérapie :
    a. Tumeurs de l'anus;
    b. Tumeurs de la vessie;
    c. Tumeur du pancréas;
    d. Tumeurs de l'œsophage;
    e. Carcinome pulmonaire à petites cellules.
d) Radiothérapie préopératoire, exclusive ou associée à de la chimiothérapie de différents sites (ex. : rectum, sarcome, etc.);
e) Maladie de Hodgkin;
f) Lymphome non hodgkinien;
g) Tumeurs cérébrales (radiothérapie conventionnelle ou stéréotaxique);
h) Irradiations corporelles totales pour des patients en préparation de greffe de moelle osseuse;
i) Séminome;
j) Cancer du sein inflammatoire.

La priorité 4 définit les personnes pour qui le début du traitement devrait normalement se faire dans les 28 jours suivant la date à laquelle le patient est considéré comme médicalement prêt. Ce délai pourrait toutefois être prolongé en contexte de pandémie.

Cette priorité comprend les indications suivantes :

a) Radiothérapie postopératoire : Cancer du sein, de la prostate, de la sphère ORL, du rectum, gynécologique, sarcome, pancréas, etc.;
b) Cancer du poumon sous chimiothérapie;
c) Les tumeurs qui nécessitent un traitement systémique (chimiothérapie, immunothérapie) avant le début de la radiothérapie;
d) Radiothérapie exclusive ou postopératoire des tumeurs de la peau;
e) Radiothérapie exclusive des tumeurs de la prostate.

Si la capacité de prise en charge et de mise en traitement de nouveaux patients venait à être diminuée, les consultations des patients de priorité 4 devraient être celles reportées dans un premier temps, ou en fonction du jugement clinique. Un accès à une infirmière pivot ou autre professionnel doit être fourni à ces patients afin qu'ils puissent appeler si un changement de leur condition survient sans avoir à se présenter à l'urgence.

3) Clientèle

La clientèle de radio-oncologie asymptomatique peut avoir accès à un test de dépistage selon la classification d'accès au TAAN (priorité M10) et les pratiques de l'établissement.

a) Traitement palliatif en une fraction
   - Faire la consultation, la planification et le traitement dans la même journée ou en deux visites est suggéré dans l'optique de minimiser les visites du patient dans l'hôpital.

b) Clientèle hospitalisée asymptomatique et non infectée
   - Pour les patients non infectés par la COVID-19 et non en dépistage:
     - Faire un appel téléphonique à l'équipe traitante pour toute consultation afin d'évaluer si la radiothérapie est réellement requise et si d'autres alternatives médicales sont envisageables;
       Si un traitement est retenu, considérer réaliser la consultation et la planification dans une même visite au service de radio-oncologie.

c) Clientèle pédiatrique
   - Se référer aux recommandations applicables au secteur de l'oncologie pédiatrique disponible au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

d) Rhinopharyngolaryngoscopie et clientèle ORL :
   - Lorsqu'une rhinopharyngolaryngoscopie est jugée nécessaire, il est recommandé d'en discuter avec un chirurgien tête et cou afin de ne pas répéter l'examen inutilement et d'éviter les doubles expositions et de respecter les directives de l'INSPQ.
   - Équipement de protection recommandé : se référer aux directives du Service de la prévention et contrôle des infections de votre établissement.

e) Patient ASYMPTOMATIQUE en attente ou en cours de traitement ayant été en contact avec une personne infectée par la COVID-19 dont le résultat du test n'est pas connu

   Idéalement, suspendre les rendez-vous en présence et les traitements le temps de connaître le résultat du test.

Cependant, la planification et la poursuite des traitements peuvent être réalisables en suivant les recommandations suivantes :

- Privilégier les rendez-vous par télésanté pendant cette période critique;
- Équipement de protection recommandé : Se référer aux directives du Service de la prévention et contrôle des infections de votre établissement en fonction de la clientèle à traiter;
- Regroupement de ces traitements en fin de journée;
- Nettoyage complet de la salle, de la table et des accessoires après chaque séance ou après la consultation (incluant le nettoyage des tables et accessoires à la lingette entre chaque patient avec désinfectant; nettoyage des salles d'attente, des bras des fauteuils et des poignées de portes en fin de consultation et en fin de traitement);
- Limiter le temps passé dans le service (séance, consultation en cours de traitements, etc.);
- Dans la mesure du possible, un seul technologue en salle pour la mise en place, le second restant à la console.

f) <u>Patients en traitement COVID-19 positif (incluant les patients hospitalisés)</u>

Pour un patient en cours de traitement de radiothérapie qui serait testé COVID-19 positif, un arrêt de traitement est impératif. La durée de cette pause se veut la plus courte possible pour ne pas causer de préjudice significatif au pronostic oncologique.

Recommandation de l'INSPQ :
Pour la clientèle immunosupprimée, il est suggéré d'attendre 21 jours pour effectuer les tests par PCR, puisque cette clientèle semble demeurer positive au-delà de 14 jours. Vous pouvez effectuer les tests à 14 jours. La reprise des traitements est possible après deux tests négatifs espacés de 24 heures :

- Radiothérapie à visée curative :
  Si, après 14 jours, le patient est remis de son infection à la COVID-19, il est possible de procéder aux 2 tests à ce moment pour lever l'isolement et traiter le patient. Advenant le cas qu'un des deux tests revienne positif pour la COVID-19, suivre la recommandation de l'INSPQ et poursuivre l'arrêt jusqu'à 21 jours avant de retester;

- Radiothérapie à visée palliative :
  Respecter les 21 jours d'arrêt tel que recommandé par l'INSPQ.

g) <u>Curiethérapie :</u>

- Les cas nécessitant l'équipe d'anesthésie devraient être priorisés selon le site et la gravité du cas. Se référer au tableau des activités en radio-oncologie à la section 6.

4) Expertise spécifique

- Le personnel d'un service de radio-oncologie, possédant une expertise particulière propre à ce secteur, est essentiel pour une prestation appropriée et sûre des traitements de radiothérapie. De ce fait, le personnel possédant ces compétences devrait être utilisé de façon prioritaire dans le secteur de la radio-oncologie. Toutefois, une partie du personnel pourrait être affectée momentanément à d'autres secteurs en besoin, en se limitant aux secteurs considérés « zone froide » si jamais un surplus de personnel était constaté dans le service en lien avec une diminution d'activités importante;
- Les radio-oncologues sont également essentiels pour la prise en charge ambulatoire des patients atteints de cancer et ils devraient poursuivre leurs activités cliniques en radio-oncologie sauf situations exceptionnelles (niveau 4 ou rouge), vu que leurs compétences ne sont pas couvertes par d'autres spécialités.

5) Corridors de services

Principes directeurs :

- Tenir compte des recommandations de la Santé publique pour les déplacements inter régions des patients et des professionnels, en tenant compte que certaines régions n'ont qu'un centre de radio-oncologie et que les traitements pour le cancer font partie des activités essentielles.
- Les centres de radiothérapie doivent informer le Comité national de radio-oncologie (CNRO), via les contacts du Programme québécois de cancérologie (PQC) du MSSS, de tout changement majeur dans leur situation (RH, appareils, etc.).
- Le CNRO et le PQC ont la responsabilité d'évaluer la situation dans les centres et d'organiser les corridors de services, si nécessaire.

Pour les patients :

- Favoriser dépannage entre les centres à proximité (minimiser les déplacements des patients).
- Prendre en compte les corridors déjà établis.
- Préserver les missions et expertises particulières (exemple : pédiatrie).

Pour les professionnels :

- Limiter les déplacements de professionnels d'un centre vers un autre.
- Si requis, considérer les déplacements vers des centres avec équipements comparables (accélérateurs, système d'information, système dosimétrie, etc.).

Centres à expertise particulière :

- Pédiatrie : 3 centres d'expertise seulement (CUSM, CHUM, CHUQ) avec des liens déjà bien établis, entre eux et avec les autres centres.

6) Adaptation des soins et services en fonction du niveau d'activité pour le secteur de la radio-oncologie

Les cogestionnaires des programmes de cancérologie des établissements doivent déterminer le niveau d'activité et de délestage en radio-oncologie en concertation avec les chefs du service de radio-oncologie (médicaux et administratifs), puisqu'ils sont les plus à même de connaître les ressources requises et en place.

Le niveau d'activité en radio-oncologie, même s'il doit aspirer à un fonctionnement complet, doit rester en lien avec le niveau d'activité global de chaque établissement. Cette détermination se fait aussi en fonction du niveau de ressources humaines en place dans les secteurs de la cancérologie.

Niveau d'alerte	Critères modulant le déclenchement
1	≥ 70 % des ressources humaines en place
2	Idem à 1
3	1. Entre 50 et 70 % des ressources humaines en place 2. Accroissement de la transmission dans la communauté
4	1. Entre 30 et 50 % des ressources humaines en place 2. Présence d'une éclosion dans les secteurs visés par la clientèle
Activités essentielles à ne pas délester	1. < 30 % des ressources humaines en place; pénurie étendue à l'ensemble des autres secteurs de l'hôpital 2. Pénurie de matériel de protection dans l'hôpital 3. Pénurie de lits d'hospitalisation et de soins intensifs

Puisque le secteur de la cancérologie (incluant la radio-oncologie) est prioritaire et doit être relativement protégé du délestage par rapport à d'autres secteurs ou clientèles, il est ainsi possible qu'il puisse fonctionner à un niveau d'activité plus élevé que le niveau global de l'hôpital.

Le niveau d'activité au centre de cancérologie devrait toutefois permettre, selon la situation, de passer à un niveau d'activité supérieur ou inférieur dans les meilleurs délais afin de s'ajuster à sa réalité et éviter le report de traitements. Ceci peut se faire en dégageant des marges de manœuvre tout au long du continuum en modifiant parfois le parcours ou les traitements. Le comité de coordination de l'établissement procède à l'ajustement des autres services prioritaires du continuum de soins en cancérologie en fonction des ressources disponibles.

Les niveaux d'activité en cancérologie sont disponibles au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Le niveau des ressources humaines mentionné à ce document est constitué d'un équilibre entre les technologues, médecins, infirmières, physiciens et autres professionnels habituellement dédiés et disponibles pour assurer les activités usuelles du service de radio-oncologie.

Document élaboré par :

Dre Annie Ebacher, radio-oncologue, CIUSSS Estrie-CHUS et présidente du Comité national de radio-oncologie

Dr Tarek Hijal, radio-oncologue, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Dre Isabelle Germain, radio-oncologue et cogestionnaire médicale du programme de cancérologie du CHU de Québec – Université Laval

Dr Jean Archambault, radio-oncologue, CHU de Québec – Université Laval

Dr Michael Yassa, radio-oncologue, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et président de l'Association des radio-oncologues du Québec (AROQ)

Mme Julie Héon, chef du service de radio-oncologie, CISSS de Laval

Mme Line Bouchard, chef du service de radio-oncologie, CISSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Mme Marie-Ève Quirion, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC)

Mme Anne-Julie Rancourt-Poulin, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC)

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Niveaux d'adaptation des services en radio-oncologie

Le tableau suivant se veut un cadre de référence pour la priorisation médicale, mais le jugement clinique doit toujours s'exercer.

Niveau 1 – Maintenir 70-90 % de l'activité habituelle en radio-oncologie			
À maintenir	**À adapter**	**À délester**	**Autres considérations**
▪ Tout			▪ Favoriser la dosimétrie à distance ▪ Favoriser l'hypofractionnement ▪ Utiliser et adapter les guides d'interruptions de traitements si nécessaire
Niveau 2 – Maintenir 70%-90% de l'activité habituelle en radio-oncologie			
À maintenir	**À adapter**	**À délester**	**Autres considérations**
▪ P1 à P4 : Poursuivre les traitements en cours et débuter les nouveaux patients ▪ Patients pédiatriques ▪ Curiethérapie	▪ Maladies bénignes et fonctionnelles ▪ Curiethérapie : Combinaison de RT externe (en cours) et HDR prévue pour cancer de la prostate ▪ Autres curiethérapies sans anesthésie		▪ Maximiser l'hypofractionnement et les traitements à dose unique ▪ Maximiser l'utilisation et adapter les guides d'interruptions de traitements si nécessaire ▪ P4 : Débuter la réflexion sur une réduction éventuelle des planifications et/ou mises en traitement de nouveaux patients de façon progressive, tout d'abord les cancers du sein, de la prostate et de la peau.
Niveau 3 – Maintenir 50-70 % de l'activité habituelle en radio-oncologie			
À maintenir	**À adapter**	**À délester**	**Autres considérations**
▪ P1 à P4 : Terminer les traitements en cours ▪ Patients pédiatriques ▪ P1 à P3 : Débuter les nouveaux patients ▪ Curiethérapie : col utérin HDR	▪ Curiethérapie : Col utérin en place.	▪ P4 : Débuter réduction des planifications et/ou mises en traitements de nouveaux patients (les RT adjuvantes à cesser avant RT pour tumeurs en place)	▪ P1 et P2 : Considérer les autres alternatives thérapeutiques ▪ Réévaluation de la priorité des cas en attente
Niveau 4 – Maintenir 30-50 % de l'activité habituelle en radio-oncologie			
À maintenir	**À adapter**	**À délester**	**Autres considérations**
▪ P1 à P4 : Terminer les traitements en cours ▪ Patients pédiatriques	▪ P1 à P3 : Évaluation au cas par cas des nouveaux patients	▪ P4 et curiethérapie : Planifications et/ou mises en traitements de nouveaux patients (les RT adjuvantes à cesser avant RT pour tumeurs en place) (évaluation au cas par cas)	▪ Discuter d'un plan de transfert avec le CNRO ▪ Favoriser les patients curatifs sans autre alternative en priorité
Activités essentielles à ne pas délester– Maintenir 15-30 % de l'activité habituelle en radio-oncologie (hors niveau d'alerte)			
À maintenir	**À adapter**	**À délester**	**Autres considérations**
▪ P1 si aucun traitement médical alternatif ▪ Patients pédiatriques : Terminer les traitements en cours ou transférer dans un autre centre avec l'expertise	▪ Transfert des patients sans autre alternative que la radiothérapie dans un autre centre	▪ La majorité des planifications et/ou mises en traitement	▪ Application du plan de transfert des patients discuté avec le CNRO

Légende : HDR : « high dose rate », curiethérapie à haut débit de dose; LDR : « low dose rate », curiethérapie à faible débit de dose; RT : radiothérapie.

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations du Programme québécois de cancérologie concernant la Greffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH) et la thérapie cellulaire en contexte COVID-19

Octobre 2020

L'ensemble des documents en cancérologie est disponible au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Contexte

Les patients greffés ou traités par thérapie cellulaire (et donc immunosupprimés, référence : INESSS – COVID-19 et personnes immunosupprimées[1] : ou en attente de greffe/thérapie cellulaire représentent une population très à risque de développer des infections graves. Les consignes de base comme l'isolement et le lavage des mains sont d'autant plus importantes à respecter pour ces patients et leurs proches.

Il est impératif que cette clientèle soit prise en charge dans des milieux distincts en zone froide et sécurisée (un sanctuaire) et par du personnel dédié sans contact avec la clientèle à risque, en dépistage ou atteinte d'une infection par la COVID-19. Il faut également éviter la libre circulation sur les unités de soins prenant en charge cette clientèle. De plus, cette clientèle étant à risque, elle aura accès aux tests de dépistage intra établissement, et non dans les cliniques de dépistage de la communauté où des contacts avec des gens potentiellement infectés sont hautement probables.

Se référer aux consignes complètes sur les « Proches aidants en centre hospitalier » disponibles au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/hospitalisation/. Ces consignes prévoient, pour le secteur greffe, aucune personne proche aidante ne sera admise en clinique ambulatoire de greffe et thérapie cellulaire. Pour les unités d'hospitalisation pour les patients de greffe de moelle osseuse et thérapie cellulaire, sous réserve de l'avis clinique, une autorisation de visite est accordée pour les proches aidants seulement, à raison d'une personne maximum par jour, avec obligation d'identifier un maximum de deux personnes différentes pouvant se relayer.

Il est important de noter que jusqu'à maintenant, les mesures de prévention prises spécifiquement pour les patients d'hématologie-oncologie sont efficaces et contribuent à garantir la sécurité des patients, raison pour laquelle elles doivent être méticuleusement suivies.

[1] https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosupression.pdf)

Ces recommandations peuvent évoluer avec la situation. Par exemple, lors d'une augmentation marquée de la prévalence de la COVID-19 dans la communauté, les règles de dépistage et d'isolement des patients et des donneurs pourraient s'intensifier.

1) Dépistage et diagnostic de la COVID-19 chez les receveurs de greffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH) et thérapie cellulaire

Une évaluation doit être effectuée chez les patients présentant des symptômes d'infection des voies respiratoires (IVR), ayant été en contact avec un cas confirmé de la COVID-19, ayant voyagé ou ayant été en contact avec des gens qui ont voyagé dans les quatorze derniers jours ou ayant participé à un événement social les ayant mis en contact avec des gens potentiellement infectés. L'évaluation des patients comporte :

- Un test de dépistage pour le SARS-CoV-2 (PCR nasal de préférence en plus des tests usuels pour les autres virus respiratoires) doit être réalisé chez les receveurs présentant des symptômes d'infection des voies respiratoires supérieures ou inférieures. Le test de dépistage devrait aussi être priorisé pour les patients présentant un épisode fébrile, même s'ils ne présentent pas de symptômes d'infection des voies respiratoires;
- Une imagerie thoracique devrait être considérée pour les patients positifs au SARS-CoV-2 avec ou sans symptômes;
- Une imagerie thoracique devrait être considérée pour les patients négatifs au SARS-CoV-2, mais présentant des symptômes d'infection des voies respiratoires inférieures;
- Se référer aux recommandations en imagerie médicale pour les recommandations générales en cas de besoin d'imagerie thoracique.

Les patients qui présentent des symptômes d'allure grippale ne seront pas admis à l'unité de greffe et thérapie cellulaire. Advenant le développement de symptômes d'IVR ou d'épisode fébrile pendant leur hospitalisation pour leur épisode de greffe et thérapie cellulaire, ces patients devront être testés prioritairement; puisqu'étant dans des chambres à pression positive, le risque de contamination de l'unité de greffe serait alors important. Jusqu'à l'obtention du résultat du test de dépistage, le patient devra porter un masque et demeurer confiné dans sa chambre. Les mesures de protection du personnel soignant seront scrupuleusement suivies.

Conduite à tenir en fonction du résultat au test de dépistage pour les patients présentant des symptômes d'infection des voies respiratoires, ayant voyagé ou ayant été en contact avec des gens infectés ou qui ont voyagé :

- Pour les patients **négatifs** au test de dépistage, un report des procédures de greffe ou de thérapie cellulaire pour un minimum de 14 jours (et préférablement 21 jours) est recommandé;
- Pour les patients positifs au SARS-CoV-2, les procédures doivent être annulées et reportées jusqu'à ce que le patient soit redevenu asymptomatique et qu'il ait obtenu deux résultats négatifs au test de dépistage (ou soit considéré guéri

selon les directives de santé publique). Le transfert du patient hors de l'unité de greffe sera organisé avec l'équipe de microbiologie.

2) Impacts de la COVID-19 sur la GCSH et la thérapie cellulaire

- Même si peu de données sont disponibles sur l'impact de la COVID-19 chez les patients de greffe et thérapie cellulaire, l'infection à la COVID-19 pourrait influencer négativement l'évolution post-greffe ou post-thérapie cellulaire.
- La décision de procéder ou de reporter l'infusion devra être prise en considérant les risques de complications graves causés par la COVID-19 par rapport à ceux imputables à la progression de la maladie.
- La thérapie cellulaire tout comme la greffe de cellules souches autologue sont toutes deux associées à une durée d'aplasie limitée (7-12 jours), une absence d'immunosuppression post-greffe et à un risque de complications majeures plus faible qu'une greffe allogénique. Le but thérapeutique de la procédure (visée curative versus contrôle de la maladie) sera à considérer lors de la décision de procéder immédiatement ou de reporter.
- Se référer au niveau de priorisation des patients disponibles dans le document suivant afin d'identifier les actes à prioriser et ceux à délester en fonction du niveau d'alerte du plan provincial de contingence en centre hospitalier : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/hospitalisation/
    - **Priorité A** : greffe de cellules souches ou thérapie cellulaire urgente et curative, par exemple greffe autologue pour lymphome diffus à grandes cellules B ou lymphome de Hodgkin, greffe allogénique pour leucémie aigüe, CAR T-cell, etc.;
    - **Priorité B** : greffe de cellules souches ou thérapie cellulaire non urgente, pouvant être différée avec risque limité de progression de la maladie ou non curative (exemples : LNH manteau, myélome multiple).
- Les milieux ayant développé une expertise en greffe ambulatoire et pouvant assurer la prise en charge sécuritaire de cette clientèle maintiendront leurs activités. Cette recommandation pourra être revue advenant une pénurie de personnel et de ressources.

3) Évaluation des donneurs de cellules hématopoïétiques

- Suivre les recommandations d'Héma-Québec et de Santé-Canada (Lignes directrices sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation – CTO Regulations) pour les précautions et recommandations à prendre pour les dons de cellules hématopoïétiques. Ces recommandations ont été envoyées directement par les organismes aux centres de greffe et de thérapie cellulaire.

4) Protection de contacts des patients en attente de traitement ou post-traitement

- **Patients en attente de traitement** : un isolement obligatoire à la maison pour une période minimale de 2 semaines est nécessaire pour les patients en attente de greffe ou thérapie cellulaire ;
- **Patients post-traitement** : un isolement obligatoire et un retrait du milieu de travail sont également recommandés chez les patients ayant récemment reçu un traitement de greffe ou de thérapie cellulaire :
    - CAR-T depuis moins de 1 an;
    - greffe autologue depuis moins de 1 an, ou non en rémission ou sous thérapie d'entretien;
    - greffe allogénique depuis moins de 2 ans, ou sous immunosuppresseurs ou avec maladie du greffon contre l'hôte.
- Sur recommandation du médecin traitant, ces consignes peuvent s'allonger et s'appliquer aussi aux proches aidants de ces patients ayant ou étant éventuellement appelés à avoir des contacts étroits avec ceux-ci. Le respect des consignes et des mesures de protection pour cette clientèle est crucial et doit faire l'objet d'une attention soutenue.
- Le respect des mesures sanitaires et de la distanciation sociale par les patients et leurs proches, autant avant que pendant ou après les traitements, est primordial pour la sécurité des patients immunosupprimés.

5) Cas spécifique : patients CAR T-cell de l'extérieur du Québec

- Le traitement CAR T-cell (Kymriah) n'est actuellement disponible qu'au Québec et en Ontario pour tout le Canada. Des patients des autres provinces et territoires sont donc appelés à venir au Québec pour recevoir ce traitement. Les recommandations suivantes ne s'appliquent que dans le cas où la libre circulation entre les provinces (pour raisons médicales) est toujours permise ;
    - Traitement du lymphome diffus à grandes cellules B chez les patients adultes : les références peuvent être envoyées, et un comité clinique évaluera la priorisation des patients en fonction de la capacité de l'établissement. Cependant, en période où l'accès aux services est limité, la capacité à accepter des patients hors Québec pour un traitement CAR T-cell dans un établissement du Québec sera extrêmement limitée;
    - Traitement de la leucémie aigüe chez les enfants et les jeunes adultes : aucun changement, les références sont acceptées et évaluées au cas par cas.

Santé et Services sociaux Québec

Soins et services psychosociaux en cancérologie : constats, enjeux et recommandations en contexte de la pandémie COVID-19

Juillet 2020

L'ensemble des documents en cancérologie est disponible au lien suivant : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Mise en contexte

Soucieux de soutenir le maintien et l'adaptation des services d'intervention psychosociale en période de pandémie, le Programme québécois de cancérologie (PQC) a réuni les membres du Comité national de l'évolution des pratiques psychosociales en cancérologie à trois reprises depuis mai dernier. Ces rencontres et les différents sondages et contacts avec les établissements de toutes les régions ont permis aux membres de dégager des constats et recommandations, que résume le présent document.

Certains établissements ont déjà mis en place les bonnes pratiques en lien avec certains des enjeux et recommandations proposées dans ce document, qui constitue donc pour ces derniers un rappel des grandes lignes recommandées par le PQC pour assurer l'accès et la qualité des services psychosociaux en cancérologie.

Besoins psychosociaux et cancer

Un diagnostic de cancer provoque des bouleversements dans la vie des personnes atteintes et de leurs proches. Les personnes atteintes peuvent rencontrer des problématiques ou présenter des symptômes de différents ordres, physique, psychologique, spirituel ou social à un moment de leur expérience de la maladie et des soins (PCCC, 2018; MSSS, 2011). On estime que près de 40 % des personnes atteintes de cancer présenteront une détresse significative au cours de cette trajectoire de soins et pourraient bénéficier d'une intervention psychosociale spécialisée (Howell et al., 2015). Même après la fin de leurs traitements, près de sept patients Canadiens sur dix rapportent éprouver des préoccupations émotionnelles, incluant la peur d'une récidive, la dépression ou des changements relatifs à l'intimité (PCCC, 2018). Lorsque persistante, cette détresse peut être associée à des répercussions néfastes, comme une diminution de la qualité de vie, une augmentation des coûts de santé, une augmentation des troubles de santé mentale, etc. (MSSS, 2017). Pour ces raisons, la détection systématique de la détresse est une pratique exemplaire en cancérologie qui permet d'identifier le plus tôt possible la détresse des personnes atteintes et d'y répondre de façon plus adaptée. L'intervention psychosociale intégrée dans l'offre de soins et services spécialisés en cancérologie permet de mieux répondre aux différents besoins des personnes atteintes et de leurs proches (MSSS, 2011) et à la détresse (MSSS 2017).

Les services en temps de COVID-19

Vivre avec le cancer entraîne déjà en temps normal son lot de défis d'adaptation à une nouvelle réalité de vie pouvant avoir des répercussions multiples (MSSS, 2011; MSSS, 2017). Depuis mars 2020, le Québec fait face à une pandémie sans précédent, avec une pression anticipée sur le système de santé et de services sociaux pour répondre à cette crise sanitaire. Dans ce contexte exceptionnel, les personnes atteintes de cancer, qui sont considérées à risque de morbidité et de mortalité à la COVID-19, ont rencontré des défis additionnels (Kuderer et al., 2020). Avoir peur de contracter la COVID-19, pour laquelle il n'existe ni vaccin ni traitement, est devenue une crainte fréquente. Plusieurs d'entre elles ont peur de consulter, même lorsque c'est indiqué de le faire pour éviter de compromettre leur santé.

Afin de protéger les patients atteints de cancer du risque de contracter la COVID-19, et en raison des ressources hospitalières limitées, le sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et le Programme québécois de cancérologie (PQC) ont recommandé aux établissements de maintenir un niveau minimal d'activité à 70 % sur place dans les centres de cancérologie. Certaines personnes ont ainsi vu leurs traitements reportés avec la crainte que cela ait un impact sur leur pronostic, ou modifiés (ex. chimiothérapie avant l'accès à une chirurgie). Plusieurs patients ont rapporté se sentir isolés de leurs proches en raison du confinement, alors que d'autres ont été confrontés à des deuils inattendus et douloureux de proches décédés de la COVID-19. Enfin, certains ont fait face à des problèmes financiers importants (pertes d'emplois, réduction de revenus, etc.) et ils anticipent un arrêt de travail prolongé dû à la pandémie. Dans ce contexte, différentes stratégies ont été mises en place pour assurer les services au plus grand nombre de personnes, tel que le suivi en télésanté avec les différents professionnels de la santé et des services sociaux.

Dans ce contexte exceptionnel, une augmentation de la détresse dans la population générale a été observée, la population oncologique n'y faisant pas exception. Les intervenants psychosociaux en cancérologie, tout comme le reste de l'équipe interprofessionnelle, ont vu leurs modes d'intervention transformés et beaucoup d'actions ont été prises pour maintenir les services psychosociaux à distance. **Plus que jamais, il est donc primordial que les personnes atteintes de cancer qui font face à des facteurs de stress multiples et cumulés puissent avoir accès à des soins et des services en oncologie psychosociale adaptés à leurs besoins, fondés sur les bonnes pratiques et intégrés à leurs soins**. Alors que l'identification précoce de la détresse et des besoins non comblés prend toute son importance, le travail en équipe permettra de relever les défis rencontrés et de trouver des solutions aux enjeux soulevés. Tous les acteurs en cancérologie doivent faire équipe pour mieux faire face à la pandémie actuelle.

Enjeux rencontrés en cancérologie psychosociale depuis le début de la pandémie

Diminution de l'accès aux soins et services psychosociaux

- Au début de la pandémie, diminution des références vers les intervenants psychosociaux, mais augmentation du volume de consultation depuis quelques semaines;
- Diminution des services offerts en présentiel;
- Diminution de l'accès aux ressources psychosociales spécialisées ou augmentation des délais de réponse, majoritairement en lien avec le délestage de certains travailleurs sociaux (TS) vers les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans plusieurs établissements;
- Présence d'intervenants non dédiés à la cancérologie pour pallier la diminution d'accès et le délestage;
- Manque d'équipement informatique (écouteurs, micros) pour procéder aux rencontres par télésanté;
- Diminution de l'offre des ressources communautaires en raison des mesures de confinement de distanciation physique;
- Limite d'accès aux services de bénévoles (exemple : pour le transport) en raison des mesures sanitaires dans les hôpitaux et dans le réseau communautaire.

Pour les patients

- Anxiété vécue par les patients ayant vu leurs traitements reportés ou modifiés;
- Anxiété vécue quant à devoir se présenter à l'hôpital pour des traitements ou des effets secondaires, parfois sans leurs proches à leur côté, tant pour des services ambulatoires ou lors d'hospitalisation. Certains patients peuvent refuser l'aide offerte par crainte de devoir se présenter en présentiel, ne sachant pas que des alternatives en télésanté existent;
- Plusieurs patients vivent de l'isolement, car ils sont coupés de leurs familles en raison de leur immunosuppression qui demande un confinement;
- Appréciation de la télésanté par les patients, en général. Plusieurs patients préfèrent le téléphone.

Pour les personnes proches aidantes

- Anxiété causée par les traitements reportés ou modifiés;
- Anxiété causée par le fait que leur proche doit se présenter à l'hôpital, et ce, sans la présence d'un proche aidant.

Pour les membres de l'équipe traitante

- Diminution du travail de collaboration en raison de la diminution de la fréquence des contacts professionnels en présentiel ou des réunions d'équipe interprofessionnelle;
- À la suite de la détection de la détresse, les infirmières et les médecins sont appelés à faire plus d'interventions psychosociales en raison du manque d'intervenants psychosociaux pour répondre à la demande.

Pour les intervenants psychosociaux

- Inquiétudes vécues par rapport à leur propre sécurité ayant un impact sur leur pratique;
- Anxiété face à la gestion des consignes sanitaires pour assurer leur protection et celle du patient.

Recommandations pour continuer de répondre aux besoins des personnes atteintes et de leurs proches au cours des étapes subséquentes de la pandémie

A. Maintenir la pratique de la détection de la détresse en cancérologie pour mieux répondre aux besoins des personnes et offrir une aide adaptée, dans un contexte où la détresse est exacerbée par le contexte de la pandémie actuelle.

- Trouver des alternatives à l'administration papier de l'outil de détection de la détresse (ODD). Il est par exemple possible de numériser le questionnaire et le faire parvenir par courriel, permettre qu'il soit téléchargé en ligne, etc.
- Conserver les bonnes pratiques en matière de détection, par exemple en assurant que l'administration de l'ODD est suivie d'une discussion avec l'infirmière pour mieux identifier les problèmes prioritaires et les préférences du patient;
- Informer les patients que de l'aide existe malgré le contexte de la pandémie et que plusieurs services peuvent être offerts à distance par la télésanté, évitant ainsi les déplacements non nécessaires;
- Répondre à la détresse en fonction de la trajectoire globale de réponse, des préférences du patient et du jugement clinique.

B. Assurer d'offrir le panier de services au sein de l'organisation des soins en cancérologie, tel que décrit dans le rapport sur l'oncologie psychosociale (MSSS, 2011). Tous les établissements doivent ainsi offrir les services suivants:

- Effectuer la détection de la détresse lors des périodes de vulnérabilité et orienter vers des intervenants adaptés;
- Offrir des évaluations ainsi que des suivis psychosociaux et psychologiques;
- S'assurer de la continuité des soins et services à travers les différentes lignes de services et créer des ponts avec les autres secteurs (réseau de la santé mentale, organismes communautaires);

De plus, en contexte de délestage en temps de pandémie, s'assurer de délester en dernier recours les intervenants psychosociaux en cancérologie afin d'assurer la stabilité auprès de l'usager et de ses proches ainsi qu'auprès de l'équipe interprofessionnelle.

C. Orienter les personnes atteintes ayant des besoins psychosociaux non comblés vers les intervenants psychosociaux appropriés en fonction des critères d'orientation recommandés (MSSS, 2017) et des besoins exprimés.

D. Donner la possibilité aux intervenants de recourir au type de visite le plus approprié au contexte, tout en respectant les mesures de prévention des infections :

- Utiliser le présentiel lors de situations de crise ou en présence de dangerosité (danger pour soi-même ou pour autrui) nécessitant une prise en charge par les services hospitaliers le jour même;
- Utiliser le présentiel pour les 1res consultations, dans la mesure du possible;
- Utiliser la télésanté pour les visites de suivi permettant ainsi de diminuer l'achalandage au centre de cancérologie;
- Laisser l'intervenant psychosocial exercer son jugement clinique pour déterminer quelle modalité de visite (en présentiel, au téléphone, virtuel) est la plus adaptée au contexte en respectant les consignes sanitaires de la santé publique;
- Créer des espaces d'échange pour discuter des cas d'exceptions entre gestionnaires et intervenants.

E. Soutenir les intervenants dans l'utilisation de la télésanté (logistique et pratique clinique).

F. Maintenir l'implication des proches dans les soins et leur offrir du soutien :

- Permettre la présence des proches avec l'accord du patient ou à sa demande, que ce soit à distance, par téléphone ou en personne, en respectant les consignes sanitaires de la santé publique (par exemple : lors de visites où seraient discutés des résultats ou éléments importants sur la suite du parcours clinique du patient.);
- Porter une attention particulière aux signes de détresse en temps de pandémie et aux risques d'épuisement;
- Référer aux organismes communautaires, lorsque c'est indiqué.

G. Maintenir un lien entre les intervenants psychosociaux en cancérologie et l'équipe interprofessionnelle afin d'améliorer l'accès aux services par des références rapides et faciliter l'échange d'informations susceptibles d'aider la priorisation clinique :

- Offrir une stabilité à l'intervenant psychosocial au sein d'une même équipe afin qu'il joue son rôle de conseiller auprès de cette équipe;

- Prévoir des réunions d'équipe interprofessionnelle à distance pour maintenir des soins et services optimaux aux patients;
- Prévoir du coaching pour les intervenants psychosociaux qui en ressentent le besoin;
- Accompagner les intervenants dans leur pratique ayant été transformée par la télésanté.

H. Mettre en place des conditions organisationnelles permettant d'assurer une protection optimale des patients et des professionnels :

- Assurer un accès à l'expertise en prévention des infections afin d'outiller les intervenants psychosociaux pour bien respecter les consignes sanitaires.

Conclusion et prochaines étapes

En collaboration avec le Comité national de l'évolution des pratiques psychosociales en cancérologie, le PQC déterminera des indicateurs pour faciliter le suivi auprès du réseau et offrira, au besoin, du soutien aux établissements ne pouvant répondre aux recommandations.

Selon l'évolution des services et des besoins, et afin de tirer bénéfice de la mise en commun des expertises présentes dans le réseau, le développement d'outils communs, adaptables par les milieux, pourra être assurée par le Comité et le PQC.

Le PQC et le Comité national de l'évolution des pratiques psychosociales en cancérologie poursuivront la vigie des pratiques innovantes mises en place par les établissements et permettant le maintien et l'amélioration des services d'intervention psychosociale aux personnes touchées et leurs proches.

Ont contribué à ce document :

Les membres du Comité national de l'évolution des pratiques psychosociales en cancérologie.

Références

- MSSS, Direction de lutte au cancer, Rapport du Comité d'oncologie psychosociale vers des soins centrés sur la personne, Québec, 2011. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-902-05F.pdf
- MSSS, Direction générale de cancérologie. La détresse des personnes atteintes de cancer : un incontournable dans les soins, Québec, 2016. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-902-11W.pdf
- MSSS, Direction générale de cancérologie, Critères d'orientation vers les soins et services psychosociaux en cancérologie, Québec, 2017. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001907/
- Howell D, Keshavarz H, Esplen MJ, Hack T, Hamel M, Howes J, Jones J, Li M, Manii D, McLeod D, Mayer C, Sellick S, Riahizadeh S, Noroozi H, & Ali M on behalf of the Cancer Journey Advisory Group of the Canadian Partnership Against Cancer. A Pan Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress, Depression, and Anxiety in Adults with Cancer, Toronto: Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology, Juillet 2015.
- Kuderer, N. M., Choueiri, T. K., Shah, D. P., Shyr, Y., Rubinstein, S. M., Rivera, D. R., West, J. Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer (CCC19): a cohort study. The Lancet. Mai 2020.
- Partenariat canadien contre le cancer. Vivre avec un cancer : Rapport sur l'expérience du patient, 2018, p.34.

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations du Comité national de cancérologie pédiatrique en contexte de la pandémie de la COVID-19 – Retour à l'école et à la garderie en septembre 2020

Recommandations en date du 27 août 2020.

* Ce document sera mis à jour au besoin et à mesure que la situation évoluera. *

Mise en contexte

Bien que l'infection à la COVID-19 semble atteindre la population pédiatrique de façon beaucoup moins sévère que celle plus âgée, le retour à l'école et à la garderie occasionne beaucoup d'incertitudes pour les parents. Ces questionnements sont d'autant plus présents pour la clientèle ayant une condition médicale déjà existante, notamment les patients atteints de cancer ou autres troubles hématologiques non malins qui nécessitent des traitements pouvant affecter le système immunitaire. Toutefois, l'expérience actuelle au niveau international ne démontre pas de vulnérabilité particulière à la COVID-19 ni de complications suivant une infection chez cette clientèle.

À la lumière des connaissances actuelles concernant les risques possibles de la COVID-19 chez la clientèle pédiatrique, dont la clientèle immunosupprimée, voici les règles et recommandations du Comité afin de guider les parents dans cette nouvelle étape de déconfinement pour la population québécoise. Il demeure important de considérer la nature évolutive de ces recommandations selon les observations qui se feront au cours des premières semaines de retour à l'école en septembre prochain.

Les recommandations du Comité en trois catégories de patients

1. **Patients en traitements actifs (incluant la chimiothérapie, la radiothérapie, l'immunothérapie et la thérapie cellulaire/greffe) pour lesquels il n'était pas recommandé de fréquenter l'école ou la garderie avant la période de la pandémie**

   Selon le statut immunitaire et la condition médicale de certains patients en traitement, il était déjà recommandé par les hémato-oncologues pédiatriques avant la période de la pandémie qu'un pourcentage de cette clientèle ne fréquente pas l'école. Une lettre continuera donc à être remise afin que ces patients puissent obtenir le soutien scolaire à domicile ou à l'hôpital.

Toutefois, à la lumière des connaissances actuelles, le Comité ne recommande pas le maintien à domicile de la fratrie et des parents de ces patients. Ainsi, ceux-ci pourront fréquenter la garderie et le milieu scolaire ou professionnel en respectant les mesures sanitaires émises par la Direction de la santé publique.

2. **Patients en traitements actifs (incluant la chimiothérapie, la radiothérapie, l'immunothérapie et la thérapie cellulaire/greffe) ou en suivi post-traitements qui étaient autorisés à fréquenter l'école ou la garderie avant la période de la pandémie**

   Certains patients pédiatriques en cours de traitements étaient autorisés à fréquenter l'école ou la garderie avant la période de la pandémie étant donné leur statut immunitaire les rendant peu à risque d'une complication liée à une infection virale ou autre. Il en était de même pour les patients en suivi post fin de traitements. Il n'est donc pas contre-indiqué pour ces patients de fréquenter l'école en respectant les mesures sanitaires émises par la Direction de la santé publique.

3. **Les patients atteints d'anémie falciforme**

   Le Comité recommande que la clientèle suivie ou sous traitement pour une anémie falciforme puisse fréquenter l'école ou la garderie en respectant les mesures sanitaires émises par la Direction de la santé publique.

À la suite du retour à l'école et aux premières observations qui seront faites, le Comité prévoit une révision de ces recommandations au courant de l'automne prochain afin de s'adapter à l'évolution de la situation vécue.

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce document :

Mme Marie-Claude Charette, cogestionnaire clinico-administrative du Programme de cancérologie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine)

Dr Michel Duval, hématologue-oncologue, cogestionnaire médical du Programme de cancérologie, CHU Sainte-Justine

Dr Bruce Tapiero, pédiatre-infectiologue, CHU Sainte-Justine

Dre Caroline Quach, pédiatre, microbiologiste-infectiologue, épidémiologiste et officière de prévention des infections, CHU Sainte-Justine

Dre Anne-Marie Charpentier, radio-oncologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Mme Anne-Marie Suess, infirmière gestionnaire en hématologie-oncologie et transplantation de cellules souches, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Dr David Mitchell, hématologue-oncologue-chef médical en cancérologie pédiatrique, CUSM

Mme Anne Choquette, infirmière en pratique avancée en hémato-oncologie, CUSM

Mme Rosalie Hudon, infirmière en pratique avancée en hémato-oncologie pédiatrique, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL)

Dr Bruno Michon, hématologue-oncologue, chef médical en cancérologie pédiatrique, CHU de Québec – UL

Dre Josée Brossard, hématologue-oncologue, chef médical du service d'hémato-oncologie pédiatrique, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Mme Josée Dion, coordonnatrice du service de cancérologie, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Dr Jean-Benoît Bouchard, pédiatre-oncologue, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Mme Valérie Faucher, coordonnatrice en cancérologie, soins palliatifs et de fin de vie, CRDS et GACO, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Dr Jean Latreille, directeur national, Programme québécois de cancérologie (PQC), MSSS

Mme Josée Beaudet, conseillère en soins infirmiers en cancérologie, PQC, MSSS

Le XX août 2020

Cher patient, chers parents,

Nous sommes conscients que la situation actuelle liée à la COVID-19 peut entraîner de multiples questionnements pour vous et votre famille. Notamment, le retour à l'école et à la garderie annoncé par le gouvernement du Québec soulève probablement des inquiétudes pour vous.

Il est normal d'avoir des questions et des craintes à ce sujet et nous souhaitons vous fournir le maximum d'informations afin de vous soutenir dans cette nouvelle étape. Voici donc les informations et les recommandations sur lesquelles s'est entendu le Comité national de cancérologie pédiatrique[i].

Bien que la COVID-19 soit une maladie découverte il y a très peu de temps, le recul et les connaissances actuelles nous permettent de faire certains constats afin de guider nos recommandations :

- La COVID-19 semble comporter peu de risque chez les enfants comparativement aux adultes;
- La transmission de la COVID-19 par les enfants atteints, mais qui ne présentant pas de symptômes, semble faible;
- L'expérience internationale ne démontre pas de vulnérabilité particulière à la COVID-19 ni davantage de complications suivant une infection chez les enfants en traitement ou en suivi d'un cancer.

En se basant sur ces connaissances et la situation actuelle de la pandémie, un retour en classe et à la garderie est recommandé pour la plupart des enfants en traitement ou en suivi.

Toutefois, avant le début de la pandémie, il était déjà recommandé par les hémato-oncologues pédiatriques que certains patients ne fréquentent pas l'école en raison de leur statut immunitaire ou de leur condition médicale. Cette recommandation, non directement en lien avec la COVID-19, demeure la même dans le contexte actuel et une lettre vous sera remise par votre hémato-oncologue si tel est le cas.

De plus, le comité recommande un retour à l'école pour tous les frères et sœurs en respectant les mesures sanitaires émises par la Direction de la santé publique et le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Il est également sécuritaire pour tous les parents de fréquenter leur milieu de travail en respectant ces mesures.

… 2

Spécimen

Soyez rassurés que le comité se rencontre régulièrement afin d'ajuster ses recommandations selon l'évolution de la situation. Nous serons donc en mesure de vous informer rapidement si les recommandations venaient à évoluer.

Afin d'en connaître davantage sur la situation de la COVID-19 et sur le retour à l'école et à la garderie dans le contexte de la pandémie, vous pouvez aussi consulter le site Internet suivant :

- Gouvernement du Québec : quebec.ca/coronavirus

En espérant que ces informations puissent vous guider dans la situation exceptionnelle que nous vivons actuellement. Si vous avez d'autres questions ou inquiétudes, n'hésitez pas à en discuter avec votre équipe soignante lors de votre visite au centre de cancérologie.

Signature(s)

Spécimen

[i] Le Comité national de cancérologie pédiatrique est composé d'intervenants provenant des quatre grands centres de cancérologie pédiatrique au Québec, soit le CHU de Québec – Université Laval, l'Hôpital de Montréal pour enfants, le CHU Sainte-Justine et le CHU de Sherbrooke.

Le XX août 2020

Cher patient, chers parents,

Nous sommes conscients que la situation actuelle liée à la COVID-19 peut entraîner de multiples questionnements pour vous et votre famille. Notamment, le retour à l'école et à la garderie annoncé par le gouvernement du Québec soulève probablement des inquiétudes pour vous.

Il est normal d'avoir des questions et des craintes à ce sujet et nous souhaitons vous fournir le maximum d'informations afin de vous soutenir dans cette nouvelle étape. Voici donc les informations et les recommandations sur lesquelles s'est entendu le Comité national de cancérologie pédiatrique[i].

Bien que la COVID-19 soit une maladie découverte il y a très peu de temps, le recul et les connaissances actuelles nous permettent de faire certains constats afin de guider nos recommandations :

- La COVID-19 semble comporter peu de risque chez les enfants comparativement aux adultes;
- La transmission de la COVID-19 par les enfants atteints, mais qui ne présentant pas de symptômes, semble faible;
- L'expérience internationale ne démontre pas de vulnérabilité particulière à la COVID-19 ni davantage de complications suivant une infection chez les enfants en traitement ou en suivi d'un cancer.

En se basant sur ces connaissances et la situation actuelle de la pandémie, un retour en classe et à la garderie est recommandé pour la plupart des enfants en traitement ou en suivi.

Toutefois, avant le début de la pandémie, il était déjà recommandé par les hémato-oncologues pédiatriques que certains patients ne fréquentent pas l'école en raison de leur statut immunitaire ou de leur condition médicale. Cette recommandation, non directement en lien avec la COVID-19, demeure la même dans le contexte actuel et une lettre vous sera remise par votre hémato-oncologue si tel est le cas.

De plus, le comité recommande un retour à l'école pour tous les frères et sœurs en respectant les mesures sanitaires émises par la Direction de la santé publique et le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Il est également sécuritaire pour tous les parents de fréquenter leur milieu de travail en respectant ces mesures.

… 2

Spécimen

Soyez rassurés que le comité se rencontre régulièrement afin d'ajuster ses recommandations selon l'évolution de la situation. Nous serons donc en mesure de vous informer rapidement si les recommandations venaient à évoluer.

Afin d'en connaître davantage sur la situation de la COVID-19 et sur le retour à l'école et à la garderie dans le contexte de la pandémie, vous pouvez aussi consulter le site Internet suivant :

- Gouvernement du Québec : quebec.ca/coronavirus

En espérant que ces informations puissent vous guider dans la situation exceptionnelle que nous vivons actuellement. Si vous avez d'autres questions ou inquiétudes, n'hésitez pas à en discuter avec votre équipe soignante lors de votre visite au centre de cancérologie.

Signature(s)

Spécimen

[i] Le Comité national de cancérologie pédiatrique est composé d'intervenants provenant des quatre grands centres de cancérologie pédiatrique au Québec, soit le CHU de Québec – Université Laval, l'Hôpital de Montréal pour enfants, le CHU Sainte-Justine et le CHU de Sherbrooke.

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la prise en charge de la clientèle pédiatrique en cancérologie dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 – Mise à jour

Novembre 2020

Bien que les traitements systémiques immunosuppresseurs contre le cancer semblent augmenter significativement les risques de complications de la COVID-19 chez la population adulte, les données actuelles semblent démontrer un taux de complications beaucoup moins important chez la clientèle pédiatrique traitée pour un cancer[1].

Toutefois, étant donné la fragilité connue de cette clientèle face aux différentes infections, il semble primordial d'établir certaines règles propres à celle-ci en plus des recommandations du gouvernement du Québec et des autorités de la santé publique.

Les directives d'ordre général s'appliquant à l'ensemble de la cancérologie sont disponibles au lien suivant :

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/sujets/cancerologie

Contexte d'administration des traitements oncologiques pédiatriques

Comme pour la clientèle adulte, les traitements pour les cancers pédiatriques nécessitent de la chimiothérapie, de la radiothérapie, de la chirurgie ou des agents ciblés qui peuvent altérer les réponses immunitaires. En outre, certains cancers peuvent aussi conduire à une dysfonction immunitaire. Les enfants atteints de cancer sont donc considérés comme pouvant avoir un risque accru de contracter des maladies transmissibles comme la COVID-19. Ce risque ne doit pas nous empêcher de donner le traitement approprié, lorsqu'indiqué, mais une évaluation des risques doit être faite, partagée avec le patient et/ou sa famille et la décision de modification de traitement inscrite dans le dossier, le cas échéant.

En complément des recommandations de la santé publique que doivent suivre les centres hospitaliers pour s'assurer que le risque de contagion de la COVID-19 est aussi faible que possible, voici les recommandations pour ajuster la prise en charge

[1] https://global.stjude.org/en-us/global-covid-19-observatory-and-resource-center-for-childhood-cancer/registry.html

et l'administration des traitements contre le cancer chez les enfants, dans la situation exceptionnelle causée par la pandémie de COVID-19.

1) PRIORISATION EN MATIÈRE DE SOINS

La **priorisation A** définie dans le document « *Recommandations et procédures spécifiques à l'administration de traitements systémiques pour la COVID-19 et la protection des personnes touchées par le cancer et des professionnels* » devrait être considérée pour la presque totalité des patients en traitement pour un cancer pédiatrique (Priorisation A : *personne dont l'état met immédiatement la vie en danger et pour lequel il existe un traitement efficace*). Tout patient pédiatrique atteint de cancer et pour lequel il existe un traitement d'efficacité démontré devrait donc recevoir ce traitement.

La décision d'interrompre les traitements temporairement pour un patient connu positif à la COVID-19 devrait être discutée entre les différents spécialistes (hémato-oncologues, infectiologues, radio-oncologues, chirurgiens, etc.) en tenant compte des risques et des bénéfices selon la situation du patient.

En tout temps, il est important d'exercer un jugement clinique mettant en balance l'efficacité du traitement, ainsi que la protection du patient et des soignants contre les risques d'infection à la COVID-19; en cas de doute ou de désaccord au sein de l'équipe, il est recommandé de faire appel aux ressources d'éthique clinique disponibles dans les différents établissements.

2) CLIENTÈLES

- **CLIENTÈLE AMBULATOIRE**

  Les alternatives pour éviter les visites à l'hôpital doivent être favorisées :

  - Il est recommandé d'évaluer la possibilité de faire un rendez-vous en télémédecine ou par contact téléphonique pour les patients ayant terminé leurs traitements. Toutefois, cette modalité ne doit être utilisée que si le patient et/ou sa famille y consentent, et si le tout est jugé sécuritaire selon l'équipe traitante. De plus, des rencontres en présence devraient avoir lieu minimalement une fois sur deux selon la fréquence de suivi établie. Selon le niveau d'alerte de l'établissement, la disponibilité des ressources humaines et de l'environnement physique, le nombre de téléconsultations pourrait être plus important;

- Les patients en traitement actif ou ceux pour qui les besoins nécessitent une intervention prioritaire (fin de traitements récents, risque de rechute, complication et séquelles post-traitement, etc.) de l'équipe de cancérologie doivent être pris en charge au centre d'oncologie. Selon les recommandations de l'équipe de cancérologie, une visite auprès du pédiatre ou du médecin de famille pourrait être envisagée lorsque cela est considéré possible;
- Selon la situation, il est recommandé d'évaluer la possibilité d'effectuer les examens de laboratoire à l'extérieur du centre hospitalier lorsque ce service est disponible et est jugé sécuritaire. Si l'équipe de cancérologie juge qu'il est plus sécuritaire de maintenir les prélèvements au centre hospitalier, les prélèvements devraient être effectués à l'intérieur du centre de cancérologie plutôt qu'au centre de prélèvements de l'établissement;
- Lorsque cela est possible, il est important de coordonner le maximum de soins (imagerie, traitement, soins de cathéter, etc.) au cours de la même journée afin de diminuer l'achalandage et le va-et-vient à l'intérieur du centre de cancérologie.

Un triage en amont doit être effectué auprès de l'ensemble de la clientèle devant se présenter au centre de cancérologie afin d'éviter des contacts, et la trajectoire du patient doit être planifiée avant son arrivée au centre hospitalier. Lorsque possible, le patient présentant des symptômes liés à la COVID-19 devrait être dépisté avant la visite au centre de cancérologie. Il faut se référer aux directives du service de la prévention et du contrôle des infections des établissements pour identifier le fonctionnement applicable.

Les salles d'attente en zone froide doivent respecter les règles de distanciation physique et la présence de jouets doit être évitée sauf si ceux-ci sont prêtés par un intervenant responsable de leur nettoyage entre chaque utilisateur. Un seul accompagnateur par patient devrait être permis dans les secteurs ambulatoires en hémato-oncologie. Toutefois, pour certaines situations particulières, la présence d'un deuxième accompagnateur pourrait être autorisée (exemple : annonce d'une nouvelle difficile).

L'accès à la zone froide des services ambulatoires des centres de cancérologie est à éviter pour tout patient ou son accompagnateur, qu'il soit en traitement ou non, dans les conditions suivantes:

- En suspicion, en attente d'un résultat de dépistage ou confirmé comme infecté par la COVID-19;
- Contact avec une personne ayant reçu un résultat de test positif à la COVID-19;

- Ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19, incluant la fièvre isolée ou tout autre symptôme retenu par les établissements.

Un patient présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 doit être placé en isolement dès son arrivée pour être évalué. Ces patients doivent être vus et isolés dans une zone tiède spécifique à la clientèle d'hématologie-oncologie.

Si le patient a un résultat confirmant une infection à la COVID-19 et que des traitements hémato-oncologiques sont absolument nécessaires, il devrait recevoir ces traitements dans une zone chaude identifiée par l'établissement. Ces traitements devraient être donnés par le personnel détenant une expertise en hématologie-oncologie et dédié aux zones tièdes et chaudes ou selon les recommandations des équipes de prévention et contrôle des infections (PCI) de chacun des établissements.

Pour plus d'informations concernant la mobilité du personnel dans les différentes zones, il est possible de consulter le document suivant :

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgaumip-005_cancerologie-recommandations-generales-octobre-2020.pdf

Afin de préserver la sécurité physique et psychosociale des patients, il est recommandé de :

- Maintenir les évaluations par les infirmières pivots des aspects biopsychosociaux, la gestion des symptômes, l'enseignement et les autres suivis des patients, en privilégiant la pratique téléphonique ou virtuelle lorsque cela est possible;
- Maintenir les rencontres avec un pharmacien pour l'évaluation, l'histoire médicamenteuse, les conseils au patient et/ou à sa famille, ainsi que le suivi de la thérapie médicamenteuse et des symptômes, en privilégiant le téléphone ou la rencontre virtuelle lorsque cela est possible. Les prescriptions non traitées dans les centres de cancérologie devraient être envoyées par l'établissement aux pharmacies communautaires afin de diminuer les visites des patients dans ces pharmacies. Les services de livraison à domicile devraient ensuite être utilisés par la clientèle;
- Maintenir les activités de réadaptation pour les ergothérapeutes et les physiothérapeutes pour la clientèle chez qui l'arrêt de ces activités pourrait entraîner des risques de détérioration de leur intégrité physique et les mettre à risque de complications médicales plus importantes;

- Lorsque cela est possible et selon l'âge du patient, privilégier les consultations par téléphone ou par rencontre virtuelle pour tous les autres professionnels;
- Favoriser les contacts virtuels plutôt que directs avec les bénévoles et les intervenants des différents organismes. Les recommandations des équipes de PCI de chacun des établissements doivent être suivies en ce qui concerne la présence de ces intervenants au sein des centres de cancérologie.

Selon les niveaux d'alerte des régions, il se peut que les déplacements entre les différentes régions du Québec soient limités. Dans ce contexte, les rendez-vous prioritaires pour les patients vivant en régions éloignées des centres de cancérologie pédiatriques spécialisés devraient être réévalués, et la possibilité d'effectuer les visites dans un centre de cancérologie de proximité devrait être envisagée.

Afin de connaître les recommandations concernant la fréquentation scolaire et des services de garde, il est possible de consulter le document : *Recommandations du Comité national de cancérologie pédiatrique – Retour à l'école et à la garderie – août 2020*, à l'adresse suivante :

https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/20-MS-07435-10_PJ1_cancero_recommandations_retour_ecole-garderie.pdf

▪ CLIENTÈLE HOSPITALISÉE

Pour tout patient admis sur les unités d'hospitalisation, il est recommandé de faire un test de dépistage même si ce dernier ne présente aucun symptôme.

Pour tout patient symptomatique qui doit être hospitalisé, les résultats du test doivent obligatoirement être obtenus avant de l'admettre à sa chambre en zone froide.

Patient avec résultat de test COVID positif :

À la réception d'un résultat de test positif, le patient devrait être hospitalisé en isolement et sur une unité de soins identifiée chaude au sein de l'établissement.

Patient suspecté d'être atteint :

Lorsqu'un patient est considéré suspect sur les unités d'hospitalisation d'hématologie-oncologie pédiatrique, il devrait être transféré dans une zone tiède identifiée par l'établissement ou être isolé sur l'unité de soins d'hématologie-oncologie selon les règles de la prévention des infections de chacun des établissements en attendant les résultats du test de dépistage.

Les mesures d'isolement sont à établir selon les critères de sévérité et selon les directives relatives aux zones dans les établissements. Lorsque le patient est déplacé à l'extérieur de l'unité, le patient devrait réintégrer rapidement l'unité d'hématologie-oncologie à la réception d'un résultat de test négatif.

Pendant l'hospitalisation dans la zone froide, le patient doit demeurer dans la chambre en tout temps. Toutefois, lorsque le patient est hospitalisé pour une période prolongée et que ce dernier est asymptomatique, des recommandations spécifiques à chacun des établissements peuvent être établies pour diminuer les risques de déconditionnement en favorisant une mobilité à l'extérieur de la chambre.

Seuls les parents (ou leurs remplaçants) devraient être autorisés à rester au chevet, et la circulation hors de la chambre d'hospitalisation devrait être exceptionnelle pour ces derniers. Il est possible que les directives quant aux nombres d'accompagnateurs et de visiteurs diffèrent selon les règles établies dans chacun des établissements. Il est toutefois nécessaire de minimiser au maximum le nombre permis afin de se conformer aux règles ministérielles.

Si le patient est hospitalisé dans une zone tiède ou chaude et doit recevoir des traitements hémato-oncologiques prioritaires, ces traitements devraient être administrés par le personnel détenant l'expertise nécessaire. Ce personnel devrait idéalement être dédié aux zones tièdes et chaudes ou être mobilisé selon les recommandations des équipes de PCI de chacun des établissements.

Zones communes et règles de vie :

Afin de permettre l'utilisation des zones communes sur les unités d'hospitalisation, des règles de vie doivent être établies afin de limiter les risques de contamination de ces zones.

- **Utilisation des cuisines et manipulation des aliments :**
  - Seul le parent ou l'accompagnateur peut avoir accès à la cuisine, et ce dernier doit obligatoirement porter le masque pour y circuler;
  - Un seul parent ou accompagnateur à la fois doit pouvoir entrer dans la cuisine;
  - Les provisions doivent obligatoirement être nettoyées avant de les introduire dans les armoires ou dans le réfrigérateur;
  - L'hygiène des mains doit être effectuée par chacun des utilisateurs avant d'entrer et de sortir;
  - Les surfaces doivent être nettoyées avant et après chaque utilisation;

- L’utilisation de la cuisine est interdite pour les parents ou accompagnateurs présentant des symptômes ou si leur enfant est en attente d’un résultat.

- **Utilisation des salles de lavage :**
  - L’utilisation de la salle de lavage doit se faire selon les plages horaires établies par l’établissement;
  - Un seul parent à la fois devrait avoir accès à la salle de lavage;
  - L’utilisation de la salle de lavage est interdite pour les parents présentant des symptômes ou si leur enfant est en attente d’un résultat.
- **Utilisation des espaces extérieurs :**
  - Une sortie extérieure est possible pour un patient hospitalisé seulement, lorsque l'installation permet une aire pour les patients d'oncologie pédiatrique;
  - Dans ce cas, une sortie par jour peut être autorisée par patient;
  - L’enfant et son accompagnateur doivent porter un masque et ils doivent procéder à l’hygiène des mains pour s’y rendre;
  - Aucun jouet, autre que celui déjà dans la chambre de l’enfant, ne pourra accompagner l’enfant et être sorti à l’extérieur.
- **Utilisation des salles de jeux :**
  - Les salles de jeux des unités d’hospitalisation doivent demeurer fermées.

RADIO-ONCOLOGIE

La clientèle pédiatrique est considérée prioritaire pour la totalité des patients en traitement à visée curative pour un cancer pédiatrique ou à visée palliative pour certains de ces patients (exemples : métastases osseuses douloureuses, métastases cérébrales ou autres) en contexte de la pandémie de la COVID-19. Le tableau de délestage des activités en radio-oncologie maintient la prise en charge des cas de pédiatrie dans tous les niveaux. En général, pour la clientèle pédiatrique, un début de traitement dans les 3 à 14 jours suivant la date à laquelle le patient est considéré comme médicalement prêt est un délai considéré comme ne mettant pas leur vie en danger. Ce délai pourrait être prolongé en contexte de pandémie selon le jugement clinique de l’équipe traitante.

Étant donné les risques liés à la proximité du personnel soignant en radio-oncologie auprès du patient, il est important, comme à l’habitude, de favoriser au maximum les interventions sans anesthésie.

Si toutefois une anesthésie est jugée nécessaire par l'équipe soignante, le traitement du patient demeure prioritaire et il ne devrait pas être retardé.

Pendant toute la durée du traitement, une évaluation quotidienne devrait être effectuée par le personnel de la radio-oncologie les jours des traitements. À l'apparition des symptômes, un test de dépistage est recommandé.

Une trajectoire pour la clientèle suspecte ou atteinte doit être identifiée par les équipes de radio-oncologie afin de permettre les traitements urgents de la clientèle pédiatrique en état de recevoir le traitement (comme les traitements ne pouvant être retardés sans avoir d'impact sur le pronostic).

- **THÉRAPIE CELLULAIRE**

Les patients pédiatriques greffés ou traités par thérapie cellulaire ou en attente de ce traitement sont une population très à risque de développer des infections graves. Les consignes de base comme l'isolement, l'hygiène des mains et les protections individuelles nécessaires lors des contacts avec cette clientèle sont d'autant plus importantes à respecter avec ces patients et leurs proches dans le contexte de pandémie actuel.

Il est recommandé, lorsque cela est possible, que cette clientèle soit prise en charge dans des milieux distincts et par du personnel dédié sans contact avec la clientèle à risque, en dépistage ou atteinte d'une infection à la COVID-19. Il faut également éviter la libre circulation sur les unités de soins prenant à charge cette clientèle. Pour cette raison, comme sur les autres unités de soins pédiatriques, il est primordial que seuls les deux parents (ou accompagnateurs significatifs) puissent avoir accès à la chambre de l'enfant. Les autres visites doivent être interdites.

Pour les détails de prise en charge de cette clientèle, se référer au document : *Recommandation du Programme québécois de cancérologie : Politique et procédure spécifique à la greffe de cellules souches hématopoïétiques (GSCH) et la thérapie cellulaire*. Cette procédure a été rédigée en suivant les recommandations de la FACT (Fondation for the Accreditation of Cellular Therapy).

En ce qui concerne les recommandations de protection de cette clientèle traitée ou en attente de traitement, celles-ci diffèrent légèrement dans le contexte pédiatrique, puisque la reprise immunitaire est connue pour être plus rapide chez l'enfant que chez l'adulte. Voici ces recommandations :

- Patient en attente de traitement : un isolement obligatoire à la maison pour une période de 2 semaines précédant la thérapie est recommandé;
- Patients post-traitement : un isolement obligatoire est demandé pour les patients ayant récemment reçu un traitement :

- CAR-T depuis **moins de 1 mois;**
- Greffe autologue depuis **moins de 3 mois** ou si patient non en rémission ou sous thérapie d'entretien;
- Greffe allogénique depuis **moins de 6 mois** ou si patient sous-immunosuppresseurs ou avec maladie du greffon contre l'hôte**.**

3) RECHERCHE CLINIQUE EN CANCÉROLOGIE PÉDIATRIQUE EN CONTEXTE DE LA COVID-19

Il est important de tenter la poursuite des protocoles pour les enfants déjà inclus dans un essai. Si des déviations liées à la COVID-19 se produisent dans des protocoles, une documentation des déviations spéciales COVID-19 est demandée (voir recommandations du *Children Oncology Group).* Lorsqu'un niveau d'alerte est élevé au sein d'un établissement, les décisions d'inclusion des nouveaux patients doivent être prises selon le jugement clinique d'un comité en tenant compte des trois critères suivants :

- L'intérêt pour le patient et le bénéfice attendu pour celui-ci. Par exemple : certains essais cliniques sont la seule façon pour un patient d'avoir accès à un traitement d'efficacité déjà démontré dans une population adulte;
- L'estimation de la force de travail disponible dans l'équipe de soins et dans l'équipe de recherche clinique au moment de l'inclusion. La quantité de travail nécessaire dans ces équipes en cas d'inclusion à l'essai doit aussi être considérée dans la décision;
- L'importance stratégique de l'essai pour le traitement de la population future.

Dans la mesure du possible, cette décision devrait être prise par des acteurs qui ne sont ni le médecin principal de l'enfant ni l'investigateur principal de l'essai (exemples : chef de service et gestionnaire clinico-administratif clinique et de recherche), après consultation de ceux-ci.

De plus, dans ce contexte, les interventions de recherche nécessitant des visites supplémentaires et non nécessaires pour le plan de traitement du patient devraient être évitées.

Lorsque possible, le télétravail est encouragé pour le personnel de recherche afin d'éviter le nombre de présences dans le centre de cancérologie. La téléconsultation est aussi encouragée pour les intervenants en recherche lorsque la situation le permet.

4) PLAN DE CONTINGENCE

Chacun des établissements offrant des services en cancérologie pédiatrique doit avoir un plan de contingence prévoyant la relève du personnel médical et infirmier détenant une expertise spécifique dans ce domaine. Les personnes détenant cette expertise, mais étant attitrées à d'autres secteurs, devraient être identifiées au sein des établissements et elles devraient être prêtes à prendre la relève au besoin. Lorsque cela est nécessaire, une formation devrait être offerte à ce personnel pour permettre un transfert rapide si nécessaire. La téléconsultation ou le soutien téléphonique par l'équipe de médecins spécialistes pourraient être utilisés pour soutenir les équipes de pédiatres sur place en cas de besoin.

Document élaboré par :

Marie-Claude Charette, cogestionnaire clinico-administrative du programme de cancérologie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine)

Michel Duval, hématologue-oncologue, cogestionnaire médical du programme de cancérologie, CHU Sainte-Justine

Anne-Marie Charpentier, radio-oncologue, Centre hospitalier universitaire de Montréal

Anne-Marie Suess, infirmière gestionnaire en hématologie-oncologie et transplantation de cellules souches, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

David Mitchell, hématologue-oncologue, chef médical en cancérologie pédiatrique, CUSM

Anne Choquette, infirmière en pratique avancée en hémato-oncologie, CUSM

Rosalie Hudon, infirmière en pratique avancée en hémato-oncologie pédiatrique, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL)

Bruno Michon, hématologue-oncologue, chef médical en cancérologie pédiatrique, CHU de Québec – UL

Josée Brossard, hématologue-oncologue, cheffe médicale du service d'hémato-oncologie pédiatrique, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Josée Dion, coordonnatrice du service de cancérologie, CHUS

Jean-Benoît Bouchard, pédiatre-oncologue, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Valérie Faucher, coordonnatrice en cancérologie, soins palliatifs et de fin de vie, CRDS et GACO, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Josée Beaudet, conseillère en soins infirmiers en cancérologie, PQC, MSSS

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations par siège tumoral pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 - Volet cancer du sein

Recommandations en date du 14 avril 2020 pour le volet cancer du sein

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Le présent guide a été réalisé par un comité d'experts en contexte d'urgence sanitaire. Il est basé sur la documentation disponible au moment de sa publication et est adapté à la réalité québécoise.

Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC)

est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Ces recommandations sont modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en cancérologie lorsqu'applicable. Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activité en cancérologie en situation de pandémie COVID-19 ». Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée;
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
  - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie;
  - Que les délais ne seront pas excessifs;
  - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente;
  - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état;
  - De répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévaluées périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.
- Bien que des alternatives thérapeutiques non standard soient parfois proposées dans les recommandations, celles-ci devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement offertes sur recommandation d'un CDTC en tenant compte de la

disponibilité des ressources (traitement standard non accessible) de même que des risques et des bénéfices des traitements en contexte de pandémie COVID-19.

Considérations générales - volet cancer du sein

Mesures devant être mises en application dès maintenant et pour toute la durée de la période de la pandémie :

- Reporter les chirurgies préventives;
- Reporter les chirurgies controlatérales pour des seins normaux;
- Reporter toute reconstruction simultanée de type lambeau (DIEP, TRAM, grand dorsal).

Notez qu'une chirurgie plus restreinte de type prothèse ou expanseur, lors de la mastectomie totale, n'est pas d'emblée contre-indiquée en tenant compte des avantages et des risques, et ceci chez des patientes choisies (exemples : pas de radiothérapie avant cette chirurgie, non-fumeuses).

Cette double procédure avec une équipe de deux chirurgiens allonge le temps opératoire cependant. Cette décision devra être adaptée selon la période de la pandémie, les disponibilités opératoires, les équipes et la prise en charge sécuritaire des complications qui peuvent survenir.

Les sous-types à traiter seront divisés selon le traitement qui s'en suit et leur urgence relative.

Cancer du sein triple négatif à visée curative

La chimiothérapie et la chirurgie sont nécessaires dans la plupart des cas.

Si la chimiothérapie néoadjuvante est jugée optimale, elle devrait être privilégiée, car en l'absence d'une rémission pathologique complète à la chirurgie, un traitement complémentaire ayant démontré une augmentation de la survie peut être considéré.

Un délai moins de 4 semaines est souhaité.

- Stade 1 :
  - Une chirurgie d'emblée, conservatrice ou non, est recommandée;
  - Amorcer la chimiothérapie adjuvante en moins de 8 semaines suivant la chirurgie.
- Stades 2 et 3 :
  - Privilégier une chimiothérapie néoadjuvante avec une taxane et une anthracycline;

- L'ajout de carboplatine n'est pas recommandé en période de pandémie COVID-19 pour limiter le risque de toxicité qui pourrait occasionner des visites additionnelles à l'hôpital;
- Utiliser le G-CSF de façon plus libérale chez les patientes à risque de neutropénie;
- Ne pas commencer de protocole de recherche avec immunothérapie comme l'atézolizumab et le pembrolizumab pendant cette période;
- Poursuivre les protocoles de recherche déjà en cours.

- Si une chimiothérapie néoadjuvante a déjà été amorcée avant la période COVID-19 et se termine durant la période COVID-19 :
  - La chirurgie devrait être priorisée;
  - La capécitabine n'est pas contre-indiquée durant cette période si avantageuse en traitement néoadjuvant.

Cancer du sein HER2 positif à visée curative

Comme le traitement systémique est indiqué chez la majorité des patientes, un traitement néoadjuvant de chimiothérapie et traitement ciblé devrait être privilégié. Encore chez ce sous-groupe, une rémission pathologique complète est un marqueur de meilleur pronostic et il peut y avoir modulation du traitement anti-HER2 en postopératoire lorsqu'une rémission complète à la pathologie n'est pas atteinte.

- Stade 1 :
  - Procéder à une chirurgie d'emblée, conservatrice ou non, dans un délai de moins de 4 semaines;
  - Débuter une chimiothérapie adjuvante dans les 6 à 8 semaines après l'opération;
  - Si le(s) ganglion(s) est/sont négatif(s) à la chirurgie, prioriser un traitement de taxol hebdomadaire x 12 et trastuzumab, sans anthracycline;
  - La décision de la durée (6 ou 12 mois) pourrait être faite en CDTC.

- Stades 2 et 3 :
  - Donner une chimiothérapie néoadjuvante avec thérapie ciblée anti-HER2, sauf si l'âge et les comorbidités ne le permettent pas;
  - Séquence d'anthracycline et taxane/trastuzumab;
  - TCH est une option raisonnable afin d'éviter une anthracycline;
  - Si le docétaxel est utilisé, associer un G-CSF pour éviter la neutropénie fébrile durant la période de la COVID-19;

- Réaliser la chirurgie entre 4 et 6 semaines après la fin de la chimiothérapie;
- Dans l'attente de la chirurgie, continuer le trastuzumab aux 3 semaines;

- Consensus de débuter TDM-1 si indiqué en postopératoire :
  - Note : le TDM n'est pas contre-indiqué, mais il comporte des risques de pneumopathie connus d'environ 1 %.
- Penser à débuter le traitement antihormonal si la radiothérapie est retardée en postopératoire.

- Si une chimiothérapie néoadjuvante a déjà été amorcée et se termine durant la période COVID-19, une chirurgie devrait devenir prioritaire et être réalisée dans un délai de moins de 6 semaines :
  - Dans l'attente de cette chirurgie, continuez le trastuzumab aux 3 semaines;
  - Consensus de débuter TDM-1 si indiqué en postopératoire :
    - Note : le TDM n'est pas contre-indiqué, mais il comporte des risques de pneumopathie connus.
  - Penser à débuter le traitement antihormonal si la radiothérapie était retardée en postopératoire.

Récepteurs hormonaux positifs à visée curative

Il est rare qu'un traitement endocrinien ne puisse être débuté si les récepteurs hormonaux sont positifs et le HER2 négatif.

Patiente préménopausée

Un traitement néoadjuvant endocrinien n'est actuellement pas considéré comme un traitement habituel chez ces patientes.

- Stade 1 et certains stade 2 sans ganglions atteints :
  - La chirurgie est le traitement habituel et elle devrait être réalisée en moins de 8 semaines;
  - Un traitement néoadjuvant endocrinien peut être amorcé si le délai appréhendé était trop long et cette chirurgie devrait être priorisée par la suite;
  - Réévaluation clinique rapprochée.

- Stade 2 avec ganglions positifs ou stade 3 en présence de tumeur avec caractéristiques non prolifératives :
  - La chirurgie d'emblée à réaliser dans un délai de moins de 8 semaines serait à considérer dans ce sous-groupe;

- Un traitement néoadjuvant endocrinien peut être amorcé si le délai de chirurgie était trop long et cette chirurgie devrait être priorisée par la suite;
- Réévaluation clinique rapprochée.

- Stade 2 avec ganglions positifs ou stade 3 en présence de tumeur agressive et caractéristiques prolifératives (grade 3, EVL+, niveau de positivité des RH) :
  - Une chimiothérapie devrait être débutée;
  - La chirurgie devrait être priorisée dans un délai de moins de 6 semaines à la suite de la chimiothérapie.

<u>Patiente ménopausée</u>

- Stades 1 et 2, sans ganglions atteints :
  - La chirurgie est le traitement habituel;
  - Pendant la période de la COVID-19, un traitement endocrinien néoadjuvant peut être débuté;
  - La patiente devrait avoir été vue et un examen clinique est recommandé pour pouvoir suivre la réponse clinique;
  - Un suivi téléphonique doit être fait après 6-8 semaines :
    - Pour s'assurer que le traitement est toléré;
    - Pour s'assurer qu'il n'y a pas d'augmentation rapide de la tumeur;
    - Pour devancer le rendez-vous en personne si une progression est suspectée.
  - Prévoir un rendez-vous en personne, 3 à 4 mois après le début du traitement endocrinien;
  - La chirurgie peut être retardée après la pandémie de COVID-19 et elle devrait être réalisée au plus 6 mois après le début du traitement.

- Stade 2 avec ganglions axillaires positifs et stade 3 :
  - Un traitement chirurgical est indiqué, mais il serait considéré moins prioritaire pendant la pandémie de COVID-19;
  - Un traitement endocrinien néoadjuvant peut être débuté si la chirurgie était retardée;
  - La patiente devrait être réévaluée de façon rapprochée pendant cette période (voir recommandations précédentes) et la chirurgie priorisée si non tolérante au traitement endocrinien ou en présence de symptômes suggérant une évolution de la maladie.

- Stade 3 non opérable et/ou indice de prolifération élevé présent (grade 3-ELV+++, récepteurs hormonaux œstrogéniques faibles ou progestatifs négatifs) :

- La chimiothérapie devrait être considérée (tenir compte de l'âge et des facteurs de comorbidité);

- Considérer une anthracycline et une taxane;
- Si le délai ou la condition de la patiente ne permettent pas une chimiothérapie, un traitement endocrinien est alors à débuter avec suivi rapproché;
- Une chirurgie est réalisée après le traitement si possible.

Cancer *in situ*

Pour la période de la COVID-19, les récepteurs hormonaux doivent être effectués sur les trocarts pour mieux orienter la décision.

- Une chirurgie peut être nécessaire si le carcinome canalaire *in situ* (CCIS) était associé à l'une des situations suivantes :
  - Tumeur palpable ou de grande taille ou multicentrique;
  - Grade élevé/comédonécrose;
  - Récepteurs hormonaux négatifs (car possibilité haute d'infiltrant).
- En présence de ces facteurs, le délai acceptable pour la chirurgie devrait être de moins de 3 mois (consensus);
- Un traitement endocrinien néoadjuvant n'est pas recommandé;
- Pour tous les CCIS sans les critères ci-haut mentionnés :
  - Le délai pour la chirurgie devrait être de moins de 6 mois (consensus);
  - Ne pas donner un traitement endocrinien néoadjuvant (consensus).

Cancer métastatique

Pour les indications relatives au cancer métastatique, vous reporter aux indications contenues dans le document *Recommandations et procédures spécifiques à l'administration de traitements systémiques pour la COVID-19 et la protection des personnes touchées par le cancer et des professionnels.*
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations particulières pour la radiothérapie

L'administration des traitements de radiothérapie sera affectée par la pandémie de COVID-19. Les absences anticipées du personnel (technologues, physiciens médicaux ou radio-oncologues) entraîneront une diminution de la capacité de traitement. De plus, le risque d'infection des patientes à la COVID-19 devra être évalué par rapport aux bénéfices oncologiques.

Le report des traitements sera préconisé selon la situation et pour certaines patientes opérées à faible risque de récidive, la radiothérapie pourra être omise sans effet sur la survie globale.

Les schémas de radiothérapie hypofractionnée (comprenant moins de visites de traitement) seront à privilégier incluant l'irradiation partielle pour les patientes éligibles et la radiothérapie régionale (sur les aires ganglionnaires) hypofractionnée pour les cancers localement avancés.

Délai pour le début de la radiothérapie en période de pandémie COVID

Les pratiques et/ou évidences actuelles :

- Un délai jusqu'à 20 semaines peut être envisagé pour les cancers du sein de stade T1-2 N0-1 (Étude canadienne 2009);
- Pour les patientes avec chimiothérapie adjuvante, un délai de 8 semaines est généralement acceptable. En période de pandémie, il pourrait être adéquat de retarder jusqu'à un maximum de 12 semaines;
- Commencer un traitement endocrinien, lorsqu'indiqué, en attendant le début de la radiothérapie.

Omission de la radiothérapie

Carcinome canalaire in situ

Omission possible selon les données du RTOG9804, en fonction des critères suivants :

- < 2,5 cm, grade 1 ou 2, non palpable, marges de 3 mm et plus (mais selon les données chirurgicales 1-2 mm pourrait être adéquat) :
  - Risque de récidive locale faible et pas de bénéfice de survie;
  - Caractéristiques patientes dans l'étude : taille médiane 5 mm, âge médian 58 ans.

Carcinome infiltrant

Omission possible pour les patientes de plus de 65 ans avec un cancer à bon pronostic :

- Tumeur jusqu'à 3 cm, N0, grade 1-2, RH +, HER-, marges négatives et prise d'un traitement endocrinien;
- Risque récidive locale faible et pas de bénéfice de survie.

Doses et fractionnement possibles selon les techniques déjà établies dans le centre

En période de pandémie de COVID-19, avec des équipes qui pourraient être incomplètes, il serait préférable de privilégier des techniques déjà établies.

Radiothérapie hypofractionnée

- Sein seulement : considérer 40 Gy en 15 fractions;
- Irradiation locorégionale postchirurgie conservatrice ou mastectomie totale avec ou sans reconstruction :
    - Dans le contexte de la pandémie, considérer 40Gy en 15 fractions ou 42,56Gy en 16 fractions;
    - La dose de 42,56 Gy en 16 fractions (avec possibilité de 40 Gy en 16 fractions sur le champ sus-claviculaire/axillaire) est utilisée dans la majorité des études en cours (exemples : MAC.23, MA.39, RHEAL);
    - L'étude rétrospective du BCCA ne démontre pas d'augmentation de la toxicité (publié) et le résultat oncologique est similaire (abstract).
- Étude FAST Forward :
    - Irradiation du sein seulement : 26 Gy en 5 fractions une fois par jour. Majorité ≥ 50 ans. Données disponibles seulement pour toxicité à 3 ans. Publication probablement sous peu;
    - Groupe irradiation locorégionale : pas de résultats pour l'instant;
    - Une technique de « tangentes réduites » comme dans IMPORT LOW pourrait être utilisée avec le fractionnement du FAST Forward. Technique plus facile qu'une irradiation partielle traditionnelle.

Irradiation partielle (PBI)

- Pour les femmes avec caractéristiques suivantes selon le consensus de l'ASTRO 2017 : indiqué pour les ≥ 50 ans et CCIS ou T1 et tous les critères suivants : asymptomatique, grade 1-2, ≤ 2,5 cm, marges négatives ≥ 3 mm;
- À évaluer aussi pour les femmes de 50 ans et plus avec caractéristiques suivantes selon consensus de l'ASTRO 2017 : « *cautionary* » : 1 des critères suivants : 2,1 cm à 3 cm, unifocal, marges <2 mm, LVI focal, RH-, lobulaire infiltrant, CCIS pur ≤ 3 cm, CCIS extensif ≤ 3 cm.
- Technique et fractionnement de radiothérapie partielle :
    - Un traitement de 5 fractions est à privilégier pour diminuer le nombre de visites au centre : 27,5 Gy en 5 fractions (OPAR, technique 3D-CRT), 30 Gy en 5 fractions aux 2 jours (Florence, technique IMRT).

Radiothérapie hebdomadaire

- Radiothérapie sur tout le sein de 28,5 Gy en 5 fractions, une fraction par semaine, pour les femmes de plus de 50 ans, T1-2, N0 (étude FAST);
- Risque de récidive idem à 10 ans, mais étude de toxicité.

Surdosage au lit tumoral

- Pour les CCIS :
  - Pas de littérature prospective appuyant l'ajout d'un surdosage.
- Pour les cancers infiltrants :
  - ≤ 40-50 ans : un surdosage devrait être effectué;
  - Pour les autres patientes, le surdosage au lit tumoral devrait être ajouté selon les facteurs de risque de récidive;
  - Si surdosage, une dose de 10 Gy en 4 fractions est suggérée (ou 12,5 Gy en 5 fractions si marges positives);
  - Privilégier les surdosages en photons plutôt qu'en électrons.

BED et Doses équivalentes 2 Gy

* Pour le cancer sein, les études ont démontré que le α/β est d'environ 3 :

	BED		Dose équivalente à 2Gy/fx	
	α/β=3	**α/β=10**	**α/β=3**	**α/β=10**
50Gy/25fx	**83.33**	60		
40.05Gy/15fx	**75.69**	50.74	**45.42**	42.29
42.56Gy/16fx	**80.3**	53.88	**48.18**	44.9

Radiothérapie néoadjuvante à dose unique pour le traitement des patientes atteintes d'un cancer du sein dans un contexte où la chirurgie ne peut être effectuée dans un délai raisonnable

Un avis rapide a été demandé à l'INESSS sur la question. Les recommandations sont à l'effet que l'INESSS :

- Estime que la radiothérapie néoadjuvante à dose unique est une approche expérimentale qui n'a pas été validée cliniquement dans une grande cohorte avec un traitement comparateur. L'efficacité et l'innocuité à moyen et à long terme sont inconnues.
- Rappelle que la chirurgie doit être privilégiée, si le bloc opératoire est disponible; sinon, que l'hormonothérapie néoadjuvante soit envisagée.

- Propose que la radiothérapie néoadjuvante à dose unique puisse être considérée pour les patientes présentant un cancer du sein de stade précoce à faible risque (taille < 3 cm, grade 1 ou 2, RH+, HER2-), seulement lorsque la chirurgie ne peut être effectuée, que l'hormonothérapie néoadjuvante n'a pas eu les résultats escomptés et que toutes les alternatives thérapeutiques ont été évaluées dans le contexte sanitaire actuel lié à la COVID-19.
- Met en garde que la radiothérapie néoadjuvante à dose unique ne devrait être réalisée que dans les centres habilités (pratiquant de manière usuelle la radiothérapie stéréotaxique [SBRT]), en raison de la toxicité potentielle associée à la forte dose de radiothérapie.

L'avis complet sera disponible sur le site de l'INESSS : https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html

Priorisation des chirurgies oncologiques

Tableau 1 : Priorisation des chirurgies oncologiques et délais **maximums** en période de COVID-19

Délai maximal adapté à la pandémie COVID-19	Indications chirurgicales
Priorité 1 – délais habituels de moins de 2 semaines	
≤ 4 semaines	• Tumeur triple négative pour chirurgie d'emblée • Tumeur HER2+ pour chirurgie d'emblée • Angiosarcome • Si échec et progression sous traitement néoadjuvant quel que soit le type de tumeur
Priorité 2 – délais habituels de moins de 4 semaines	
≤ 6 semaines	• Post traitement néoadjuvant • Triple négatif • HER2+ • Tumeur phyllode maligne • Patiente ayant eu une première chirurgie et en attente d'une seconde pour décision thérapeutique ou poursuite des trajectoires
≤ 8 semaines	• Patiente préménopausée stades 1-2-3 RH+HER2- non-candidate à un traitement néoendocrinien (et même si un tel traitement a été débuté) • Patiente ménopausée stade 2 avec ganglions + et stade 3 RH+HER- • Patiente avec chimiothérapie néoadjuvante complétée RH+/HER2-
Entre 12 semaines et 6 mois	• Cancer chez patientes ménopausées avec récepteurs hormonaux + de stades 1 et 2 sans ganglions atteints et chez qui une hormonothérapie a été débutée en raison de la période de COVID-19
≤ 3 mois	• CCIS haut risque
≤ 6 mois	• CCIS faible risque et lésions atypiques

Délais habituels recommandés d'accès à la chirurgie par le MSSS (hors COVID) : 90 % des chirurgies effectuées à l'intérieur de 28 jours et 100 % des chirurgies effectuées à l'intérieur de 56 jours.

Priorisation des traitements systémiques

Tableau 2 : Priorisation des traitements systémiques et délais **maximums** en période de COVID-19

Délai maximal adapté à la pandémie COVID-19	**Indications de traitement systémique**
≤ 4 semaines	• Thérapie néoadjuvante HER2+ • Thérapie néoadjuvante triple négatif
≤ 6-8 semaines	• Thérapie néoadjuvante RH+ et HER2- chez patientes préménopausées • Thérapie adjuvante HER2+ • Thérapie adjuvante triple négatif • Thérapie post néoadjuvante HER2+
≤ 8-10 semaines	• Toutes autres thérapies adjuvantes

Les délais habituels recommandés d'accès aux traitements systémiques par le MSSS (hors COVID) : 90 % des traitements débutés à l'intérieur de 28 jours et 100 % traitements débutés à l'intérieur de 56 jours.

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce guide :

Dre Louise Provencher, présidente du Comité de cancérologie mammaire du Programme québécois de cancérologie (PQC), chirurgienne oncologue, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL)

Dre Danielle Charpentier, oncologue médicale, cogestionnaire médicale du programme de cancérologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dr Jamil Asselah, oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Dr Michael Yassa, radio-oncologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Dre Valérie Théberge, radio-oncologue, CHU de Québec – UL

Dre Catherine Prady, oncologue médicale, cogestionnaire médicale, du Centre intégré de cancérologie de la Montérégie et du Réseau de cancérologie de la Montérégie

Dr Michel Pavic, chef du service d'hémato-oncologie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dre Laurence Eloy, médecin-conseil, PQC

Dr Jean-François Boileau, chirurgien oncologue, Hôpital général juif

Dre Jocelyne Chiquette, médecin responsable, Centre de coordination des services régionaux de la Capitale-Nationale, Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Dre Julie Lemieux, hémato-oncologue, CHU de Québec – UL

Dre Brigitte Poirier, chirurgienne oncologue, CHU de Québec – UL

Dr Rami Younan, chirurgien oncologue, CHUM

Dr Tarek Hijal, radio-oncologue, Centre universitaire de santé McGill

Mme Annick Dufour, pharmacienne, présidente du Comité de l'évolution de la pratique des soins pharmaceutiques (CEPSP)

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Mme Sara Vaillancourt, conseillère en offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Approuvé par : les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le PQC.

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie COVID-19 – Volet Oncologie thoracique (cancer du poumon et autres tumeurs rares orphelines)

Recommandations en date du 15 avril 2020

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Le présent guide a été réalisé par un comité d'experts en contexte d'urgence sanitaire. Il est basé sur la documentation disponible au moment de sa publication et est adapté à la réalité québécoise. Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Ces recommandations sont modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en cancérologie lorsqu'applicable. Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activités en cancérologie en situation de pandémie COVID-19 ». Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée.
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
  - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie;
  - Que les délais ne seront pas excessifs;
  - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente;
  - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état;
  - Répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.
- Bien que des alternatives thérapeutiques non standard soient parfois proposées dans les recommandations, celles-ci devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement offertes sur recommandation d'un CDTC en tenant compte de la disponibilité des ressources (traitement standard non accessible) de même que des risques et des bénéfices des traitements en contexte de pandémie COVID-19.

Recommandations spécifiques à l'oncologie thoracique

Niveaux 1-2 – Mesures à considérer ou à mettre en place pour toute la durée de la pandémie

Considérations générales :

- Maintenir un accès prioritaire aux plateformes diagnostiques et de stadification (incluant les chirurgies d'un jour telles la médiastinoscopie ou la thoracoscopie).
- Discuter du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques avec le patient et s'assurer de la documentation au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- Faire les marqueurs pertinents (ALK, EGFR, ROS, PDL-1) pour tous les cancers du poumon non à petites cellules, peu importe le stade, considérant la situation rapidement évolutive de la pandémie et son impact sur les ressources de traitements disponibles.
- Maintenir, voire augmenter les discussions au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC).
- Diminuer les examens de suivi et ne pas réaliser de dépistage.

Traitements à prioriser :

- Chirurgie pour cancer du poumon non à petites cellules pour les stades I à III.
- Chirurgie pour carcinoïde avec des symptômes ou avec maladie N1-2.
- Chirurgie pour tumeur médiastinale maligne et/ou symptomatique et/ou à risque de progression.
- Chirurgie pour tumeur maligne de la cage thoracique.
- Radiothérapie stéréotaxique (SBRT) pour cancer du poumon non à petites cellules de stade précoce à visée curative.
- Chimio-radiothérapie pour stade III et cancer à petites cellules limité.
- Traitements systémiques pour patients de stades IV avec bon statut de performance (ECOG 0 ou 1).
- Traitements adjuvants pour les stades IIB-IIIB ou néoadjuvants pour stade III chez les excellents candidats à la chirurgie.

Le délai visé devrait être de moins de 28 jours.

Traitements pouvant être reportés :

- Chirurgie pour oligométastase.
- Chirurgie pour tumeur carcinoïde cT1N0.
- Chirurgie pour thymome de stades I-II.
- Chirurgie de pleurectomie/décortication pour maladies pleurales malignes.
- Traitements adjuvants pour les cancers de stades IB et IIA à reporter ou annuler selon le risque du patient dans le contexte de la pandémie COVID-19.
- Chirurgie pour opacité en verre dépoli (GGO) pure ou avec composante solide < 1 cm.
- Chirurgie pour lésions déjà suivies qui évoluent lentement (temps de doublement > 200 jours).

Une imagerie de contrôle devrait être réalisée dans 2 à 4 mois et ceux-ci devraient être repriorisés au besoin selon l'évolution.

Alternatives thérapeutiques à considérer (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :

- Radiothérapie stéréotaxique pour cancer du poumon non à petites cellules de stade I : techniques maximisant l'hypofractionnement en radiothérapie.
- Traitements systémiques avec intervalles prolongés.

Niveau 3 – Mesures à mettre en place en présence d'une propagation importante de la COVID-19 dans l'hôpital et/ou d'une pénurie importante de ressources

Considérations générales :

- Chaque cas devrait être discuté au CDTC afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices pour le patient et de l'utilisation optimale des ressources en pénurie.
- Maintenir un accès prioritaire aux plateformes diagnostiques et de stadification (incluant la chirurgie d'un jour telle que la médiastinoscopie ou la thoracoscopie).
- Une confirmation histologique devrait être obtenue avant de débuter un traitement chirurgical ou de radiothérapie.
- Discuter du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques avec le patient et s'assurer de la documentation au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- Prioriser les plans de traitement à visée curative.

- Introduire précocement les soins palliatifs pour les stades avancés si les ressources sont disponibles en favorisant les soins palliatifs à domicile et en supportant les aidants naturels.
- Si l'accès à la chirurgie est compromis ou que les délais appréhendés sont trop importants, permettre l'accès à des alternatives thérapeutiques non standard pour les cancers de stade II et III (ex. : immunothérapie ou thérapies ciblées), sur recommandation du CDTC et en tenant compte de la disponibilité des ressources de même que des risques et des bénéfices des traitements.
- Maximiser la mutualisation des ressources disponibles régionalement et le travail en réseau (ressources humaines, ressources matérielles, plateaux techniques).

Traitements à prioriser :

- Chirurgie thoracique pour cancer du poumon non à petites cellules de stades IA3 à III, seulement si prouvé par biopsie ou post-traitement néoadjuvant (déjà débuté).
- Chirurgie pour pathologie maligne avec phénomène de pneumonie obstructive ou hémoptysie non-contrôlée par radiologie interventionnelle avec bon pronostic par ailleurs.
- Chirurgie pour tumeur médiastinale symptomatique.
- Chirurgie pour tumeur maligne de la cage thoracique.
- Radiothérapie stéréotaxique (SBRT) si cette alternative est choisie et acceptée par un patient avec cancer de stade IA3 à IIA et candidat à la chirurgie.
- Radiothérapie standard à visée curative chez un patient symptomatique.
- Chimio-radiothérapie pour cancer de stade III et cancer à petites cellules limité.
- Traitements adjuvants pour stades IIB-IIIB chez un patient sans comorbidité après discussion partagée sur le risque de contracter la COVID-19.
- Traitements systémiques pour patients de stades IV avec bon un statut de performance ECOG 0 ou1.

Le délai visé devrait être de moins de 28 jours mais pourrait être doublé en contexte de niveau 3-4.

Traitements qui devraient être reportés :

Ces traitements s'ajoutent à ceux déjà mentionnés pour les niveaux 1 et 2.

- Chirurgie pour les cancers de stades IA1 et IA2 ;
- Interventions chirurgicales pour maladies pleurales malignes ;
- Traitements néoadjuvants ;

- Traitements adjuvants chez un patient IB-IIA et IIB-IIIB avec autre facteur de risque COVID-19 (exemple : âge, comorbidités) ;
- Chimiothérapie d'entretien en cours à rediscuter ;
- Chimiothérapie pour maladie à évolution plus lente (ex. : documentée par une imagerie antérieure, mésothéliome épithélioïde) ;
- Traitements systémiques chez un patient avec statut de performance altéré ECOG 2 et + ;
- Radiothérapie pour oligoprogression ;
- Traitement pour métastases cérébrales asymptomatiques ;
- Radiothérapie thoracique ou cérébrale prophylactique ;
- Radiothérapie thoracique adjuvante post chirurgie (sauf évaluation au cas par cas des résections R2 peu fréquentes).

Une imagerie de contrôle devrait être réalisée dans 2 à 4 mois et ceux-ci devraient être repriorisés au besoin selon l'évolution.

Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :

- Radiothérapie stéréotaxique ou radiothérapie hypofractionnée définitive pour les cancers de stade I à IIA incluant des patients opérables.
- Traitements systémiques pour des lésions localisées de stade II afin de retarder une chirurgie ou si la radiothérapie n'est pas envisagée ou disponible.
- Traitements systémiques pour des lésions localisées de stade III si la radiothérapie n'est pas disponible.
- Techniques de radiothérapie maximisant l'hypofractionnement.
- Traitements systémiques oraux et régimes à intervalles prolongés.
- Traitements non chirurgicaux pour les maladies pleurales malignes.

Niveau 4 – Mesures à mettre en place si toutes les ressources de l'hôpital sont redirigées à la prise en charge de la COVID-19

Considérations générales :

- Le réseau devrait envisager une structure avec identification de zones ou d'installations protégées de la COVID-19 pour pallier cette éventualité et faciliter la reprise des activités.
- Maximiser l'utilisation régionale des ressources en tentant de garder un niveau d'activité minimal dans un point de service pour offrir les traitements prioritaires.

- Arrêt des examens d'imagerie de suivi chez un patient qui n'est pas sous traitement actif.

Traitements devant être réalisés dans les plus brefs délais :

- Chirurgie seulement si risque de mort rapide et espoir de guérison raisonnable (exemple : stade localisé avec hémoptysie non contrôlée).
- Traitement de radiothérapie hypofractionnée des cas urgents si aucun traitement médical alternatif n'est disponible ou si réfractaire : compression médullaire, hémoptysie, syndrome de la veine cave supérieure (VCS), métastase cérébrale symptomatique.

Tous les autres traitements nécessitant une hospitalisation ou visites ambulatoires multiples doivent être reportés.

Alternatives thérapeutiques recommandées selon la disponibilité des ressources :

- Traitement qui ne nécessite aucune hospitalisation et faible utilisation de ressources (exemple : thérapie orale ciblée ou non, dose unique de radiothérapie, immunothérapie espacée) chez les patients déjà investigués et diagnostiqués ou si les ressources diagnostiques encore disponibles dans la région.
- Augmenter l'offre de soins palliatifs à domicile.

Document élaboré par :

Membres du comité de gouverne du Réseau québécois de cancérologie pulmonaire :

Dr Normand Blais, hématologue et oncologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Dr Jonathan Spicer, chirurgien thoracique, Centre universitaire de santé McGill

Dre Myriam Bouchard, radio-oncologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dr Simon Martel, pneumologue, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)

Mme Hélène Lizotte, directrice adjointe à la direction générale, IUCPQ

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, Programme québécois de cancérologie (PQC)

Mme Mireille Chinas, conseillère, PQC

Approuvé par : les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le PQC.

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet Cancers urologiques

Recommandations en date du 15 avril 2020

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Le présent guide a été réalisé par un comité d'experts en contexte d'urgence sanitaire. Il est basé sur la documentation disponible au moment de sa publication et est adapté à la réalité québécoise. Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Ces recommandations sont modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en cancérologie lorsqu'applicable. Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activités en cancérologie en situation de pandémie COVID-19 ». Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée.
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
  - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie ;
  - Que les délais ne seront pas excessifs ;
  - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente ;
  - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état ;
  - Répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.
- Bien que des alternatives thérapeutiques non standard soient parfois proposées dans les recommandations, celles-ci devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement offertes sur recommandation d'un CDTC en tenant compte de la disponibilité des ressources (traitement standard non accessible) de même que des risques et des bénéfices des traitements en contexte de pandémie COVID-19.

Méthodologie pour l'élaboration des recommandations spécifiques aux cancers urologiques

Dans un premier temps, une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations et sociétés savantes en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée par les professionnels de l'INESSS (l'avis sera disponible sur le site de l'INESSS : https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html). Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers urologiques a par la suite été formé pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des recommandations en lien avec la priorisation des soins. Le présent document a également été approuvé par les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le Programme québécois de cancérologie.

Considérations générales pour tous les cancers urologiques

Les recommandations proposées dans ce document constituent des exemples de traitements devant être réalisés dans les plus brefs délais ainsi que d'alternatives thérapeutiques pouvant être considérées dans un contexte de pandémie; elles ne remplacent pas le jugement clinique. Chaque cas devrait être évalué dans son contexte et les cas incertains devraient être discutés au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique à préconiser en tenant compte des risques et des bénéfices.

- Le traitement des patients dont le cancer est symptomatique devrait être priorisé par rapport à ceux dont la maladie est asymptomatique.
- Les interventions chirurgicales devraient être limitées à celles identifiées comme prioritaires dans ce document, en considérant les alternatives thérapeutiques dans la mesure du possible afin de pallier les restrictions d'accès au bloc opératoire et aux services d'anesthésiologie, de préserver le matériel médical et d'assurer la disponibilité des lits d'hospitalisation en contexte de pandémie.
- Les traitements locaux pour les maladies métastatiques devraient être évités. Dans ces situations cliniques, privilégier plutôt des alternatives thérapeutiques systémiques.
- En général, il est souhaitable de retarder ou d'éviter les thérapies avec risque d'immunosuppression augmenté, car le risque de morbidité et de mortalité lié à la COVID-19 pourrait excéder celui découlant des délais de traitement.
- Les patients dont le traitement a été retardé ou suspendu devraient faire l'objet d'une surveillance étroite afin de s'assurer que leur état de santé lié au cancer ne se détériore pas.

Cancer de la prostate

Principes généraux

- Les thérapies anti-androgéniques ne devraient pas être interrompues sans justification. Ces thérapies devraient être préférées à la chimiothérapie.
- Lorsqu'une chimiothérapie est nécessaire, considérer de réduire le nombre de cycles ou d'espacer les cycles de traitement. Considérer d'éviter ou de retarder les traitements nécessitant l'usage de corticostéroïdes et d'interrompre ceux en cours.
- La majorité des prostatectomies peuvent être retardées pour la plupart des indications ou remplacées par une radiothérapie (avec ou sans hormonothérapie, selon la situation clinique) afin de pallier les restrictions d'accès au bloc opératoire et aux services d'anesthésiologie, de préserver le matériel médical et d'assurer la disponibilité des lits d'hospitalisation en contexte de pandémie.
- Lorsqu'une radiothérapie est nécessaire, administrer le traitement selon un schéma hypofractionné ou ultra-hypofractionné si cette approche est sécuritaire pour le patient (avec ou sans hormonothérapie néoadjuvante, selon la situation clinique).
- Tous les traitements de radiothérapie adjuvante post-prostatectomie devraient être retardés. Alternativement, un traitement hormonal pourrait être considéré si la maladie est jugée à haut risque de métastases.
- Les traitements de curiethérapie peuvent être retardés afin de pallier les restrictions d'accès au bloc opératoire et aux services d'anesthésiologie, de préserver le matériel médical et d'assurer la disponibilité des lits d'hospitalisation en contexte de pandémie. Alternativement, la radiothérapie externe (avec ou sans hormonothérapie) pourrait être considérée selon la situation clinique.
- Il est justifié de retarder les traitements chez la plupart des patients âgés de > 70 ans, car le risque de morbidité et de mortalité lié à la COVID-19 pourrait excéder celui découlant des délais de traitement.

Suspicion de cancer

- Réaliser les biopsies sans délai en cas de suspicion de maladie métastatique ou jugée à haut risque de progression métastatique.
- Retarder la biopsie chez les patients avec un taux d'APS < 10 et un toucher rectal normal.

Maladie à faible risque ou de risque intermédiaire favorable

- Tous les traitements peuvent être reportés pour une durée de 3 à 6 mois avec suivi appropriés (niveaux 1 à 4).

- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
  - Surveillance active : privilégier cette approche pour la prise en charge des patients ;
  - Radiothérapie : si une radiothérapie est nécessaire, administrer le traitement selon un schéma hypofractionné ou ultra-hypofractionné, si cette approche est sécuritaire pour le patient, sans hormonothérapie néoadjuvante préalable.

Maladie de risque intermédiaire défavorable ou à haut risque

- Prostatectomie radicale : réaliser l'intervention seulement si la maladie est à très haut risque.
- Tous les autres traitements devraient être reportés pour une période de 3 mois dans la mesure du possible.
- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
  - Radiothérapie : lorsqu'une radiothérapie est nécessaire, administrer le traitement selon un schéma hypofractionné, si cette approche est sécuritaire pour le patient ;
  - Commencer une hormonothérapie néoadjuvante en attendant le traitement définitif.

Maladie récidivante post-prostatectomie

- Retarder la radiothérapie de rattrapage.
- Si la maladie récidivante est à haut risque, commencer une hormonothérapie en attendant de pouvoir administrer la radiothérapie.

Maladie métastatique

- Débuter le traitement systémique de première intention dès que possible. Préférer la privation androgénique et l'hormonothérapie de nouvelle génération (selon la situation clinique) à la chimiothérapie. Éviter ou limiter les traitements nécessitant l'usage de corticostéroïdes.
- Retarder les traitements systémiques de deuxième intention ou plus dans la mesure du possible.
- Retarder ou omettre les traitements de radiothérapie des formes oligométastatiques.

- Alternatives thérapeutiques à considérer (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
  - Lorsqu'une chimiothérapie est nécessaire, limiter le nombre de cycles et considérer de réduire les doses;
  - Préférer les traitements à base d'apalutamide ou d'enzalutamide;
  - Lorsqu'indiqué et nécessaire, un traitement palliatif de deuxième intention ou plus à base de radium devrait être préféré à la chimiothérapie chez les patients candidats à ces 2 options thérapeutiques.
- Il est souhaitable de rapprocher le suivi des patients ayant un cancer avancé pour éviter au maximum la nécessité de recours aux hospitalisations non programmées et les passages aux services des urgences.

Cancer du rein

Tumeur localisée ou localement avancée

- Néphrectomie radicale : réaliser l'intervention dans un délai maximum de 1 mois en présence d'un thrombus ou d'une tumeur de > 7 cm (cT2 ou plus) ou d'une maladie symptomatique quelle que soit sa taille (exemple : petite tumeur avec hémorragie active). Prioriser les patients présentant un thrombus, puis en fonction de la taille de la lésion et de la présence de symptômes.
- Report d'intervention : privilégier cette approche pour la prise en charge des tumeurs de ≤ 7 cm, avec une surveillance étroite afin de s'assurer de l'absence de progression à > 7 cm.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.

Maladie métastatique

- Pour toutes les catégories de pronostic, privilégier les thérapies systémiques plutôt que les autres approches palliatives, en optant préférentiellement pour la thérapie la moins immunosuppressive possible (exemple : la combinaison axitinib et pembrolizumab).
- Néphrectomie cytoréductrice : omettre la néphrectomie cytoréductrice pour le traitement local d'une maladie métastatique. Privilégier plutôt un traitement systémique.
- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
  - Chez les patients stables sous traitement systémique, considérer espacer les cycles de traitement d'immunothérapie ou de thérapie ciblée anti-VEGF dans

la mesure du possible, voire suspendre l'immunothérapie (exemple : si elle a déjà été administrée pendant une période prolongée [1 à 2 ans]) :

- Chez les patients plus âgés, considérer la thérapie ciblée anti-VEGF par voie orale seule (sans immunothérapie).

Cancer de la glande surrénale

Lésion surrénalienne ≥ 6 cm (suspicion de carcinome corticosurrénalien)

- Surrénalectomie : Réaliser l'intervention de manière urgente (dans un délai de 1 mois suivant la date de médicalement prêt). Un délai chirurgical pourrait affecter la résécabilité et la survie.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.

Lésion surrénalienne < 6 cm (lésion moins suspecte de cancer)

- Surrénalectomie : un report de l'intervention est acceptable, avec un suivi adéquat, sauf exception (exemple : progression rapide du volume de la lésion).

Cancer de la vessie et des voies excrétrices supérieures

Principes généraux

- La prise en charge proposée s'applique tout autant aux cancers urothéliaux qu'aux autres histologies plus rares (variantes histologiques).
- La prise en charge d'une maladie métastatique est la même pour les cancers de la vessie (vésical) et des voies excrétrices supérieures.

Tumeur vésicale sans invasion musculaire (TVNIM)

- Cystoscopie : pour les TVNIM à haut risque ou à risque de récidive post-BCG, effectuer la surveillance par cystoscopie à 3 mois, et poursuivre les cystoscopies subséquentes à la fréquence habituelle.
- Résection transurétrale de la tumeur de la vessie : réaliser l'intervention dans un délai maximum de 1 mois en cas de suspicion d'une tumeur invasive ou d'une récidive à la cystoscopie ou à l'imagerie post-BCG.
- Cystectomie radicale : lorsque ce traitement est indiqué pour un TVNIM à haut risque ou récidivant/réfractaire au BCG, réaliser l'intervention dans un délai maximum de 3 mois.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.

- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
    - Cystoscopie : pour les TVNIM à faible risque ou de risque intermédiaire, effectuer la surveillance par cystoscopie à 3 mois, mais retarder les cystoscopies subséquentes;
    - Instillation intravésicale de BCG ou de chimiothérapie : pour les TVNIM à haut risque, poursuivre le traitement d'induction, mais omettre le traitement d'entretien jusqu'à nouvel ordre. Pour les TVNIM à faible risque ou de risque intermédiaire, omettre les traitements d'induction et d'entretien.

<u>Tumeur vésicale invasive sur le plan musculaire (TVIM)</u>

- Résection transurétrale de la tumeur de la vessie : réaliser l'intervention dans un délai maximum de 1 mois, si une tumeur invasive suspectée à la cystoscopie.
- Cystectomie radicale : privilégier ce traitement et réaliser l'intervention d'emblée (sans traitement néoadjuvant, sauf exception [voir alternatives thérapeutiques]) dans un délai maximum de 2 mois.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.
- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
    - Traitement systémique : omettre la chimiothérapie néoadjuvante, sauf si la tumeur n'est pas résécable de manière sécuritaire;
    - Thérapie trimodale : pour un patient qui y est candidat et selon le stade de la maladie, considérer ce traitement si l'accès au bloc opératoire est très limité ou que la cystectomie radicale est contre-indiquée. Privilégier la radiothérapie administrée selon un schéma hypofractionné, si cette approche est sécuritaire pour le patient, avec une chimiothérapie concomitante.

<u>Tumeur des voies excrétrices supérieures superficielles</u>

- Urétéroscopie diagnostique : réaliser l'intervention dans un délai maximum de 1 mois dans le cas d'une maladie symptomatique, de haut grade ou en présence d'une obstruction.
- Néphro-urétérectomie totale : réaliser l'intervention d'emblée (sans traitement néoadjuvant) dans un délai maximum de 2 mois dans le cas d'une maladie de haut grade, en priorisant les patients atteints d'une maladie symptomatique.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.

Tumeur des voies excrétrices supérieures infiltrant le parenchyme rénal

- Néphro-urétérectomie totale : réaliser l'intervention d'emblée (sans traitement néoadjuvant), dans un délai maximum de 1 mois en priorisant les patients atteints d'une maladie symptomatique.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.
- Omettre la chimiothérapie néoadjuvante, dans la mesure du possible. L'équilibre entre les risques et les bénéfices de la chimiothérapie néoadjuvante doit être évalué au cas par cas; privilégier la néphro-urétérectomie totale d'emblée dans ce contexte.

Maladie métastatique (cancer vésical ou des voies excrétrices supérieures)

- Poursuivre la chimiothérapie palliative de première intention ou la débuter dès que possible. Ne pas interrompre le traitement de première intention sans justification.
- Tous les autres traitements devraient être reportés.
- Omettre les traitements palliatifs de deuxième intention ou plus, sauf en deuxième intention lorsque le risque de morbidité et de mortalité lié au cancer excède celui lié à la COVID-19.
- Dans le cas d'une maladie réfractaire aux sels de platine, ne pas commencer de la chimiothérapie sans justification et considérer interrompre ou retarder le traitement chez les patients qui ne répondent pas à la thérapie.

Cancer du testicule

Principes généraux

- La prise en charge proposée s'applique aux tumeurs germinales séminomateuse et non séminomateuses.

Suspicion de cancer et tumeur de stade III ou moins

- Orchidectomie diagnostique ou thérapeutique : réaliser l'intervention dans un délai de 1 semaine (urgence). Un éventuel retard de traitement ne peut être justifié.
- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
    - Surveillance active : privilégier un suivi étroit après l'orchidectomie, sans traitement systémique, dans le cas d'une tumeur de stade I ;
    - Lorsqu'un traitement est considéré dans le cas d'une tumeur séminomateuse de stade IIa, privilégier la radiothérapie plutôt qu'un traitement systémique chez les patients candidats aux 2 options ;

- Dans le cas d'une tumeur non séminomateuse de stade IIa, considérer la résection des ganglions rétropéritonéaux plutôt que la chimiothérapie, si l'accès au bloc opératoire est possible ;
- Privilégier la chimiothérapie pour les tumeurs de stade IIb ou plus ;
- Tenter de reporter la chirurgie pour les masses résiduelles, avec un suivi radiologique rapproché. Intervenir en cas de progression.

Maladie métastatique

- Débuter les traitements à visée curative de première et deuxième intention dès que possible, en évitant de dévier des protocoles habituels. Ne pas suspendre le traitement sans justification. Éviter les traitements à base de bléomycine dans la mesure du possible.
- Alternatives thérapeutiques recommandées (en tenant compte de la disponibilité des ressources) :
  - Traitement local : la radiochirurgie pourrait être indiquée dans certaines situations cliniques (exemple : métastases cérébrales).

Cancer du pénis et de l'urètre

Principes généraux

- Tous les traitements de curiethérapie doivent être retardés. Compléter les traitements en cours, mais ne pas en commencer de nouveaux. Cette option de traitement doit être évitée en raison des restrictions d'accès au bloc opératoire et afin de préserver le matériel médical.
- Si un traitement est nécessaire, la curiethérapie peut être remplacée par la radiothérapie externe ou par une hormonothérapie en attendant de pouvoir administrer la curiethérapie ou la radiothérapie.

Tumeur *in situ*

- Traitement conservateur : commencer le traitement de la lésion pénienne dès que possible afin d'éviter une progression. Lorsque toutes les options thérapeutiques sont disponibles, privilégier le traitement topique à domicile plutôt qu'une pénectomie partielle différée. Opter pour la pénectomie partielle si le traitement topique est contre-indiqué.
- Après échec d'un traitement conservateur : proposer de retarder tout traitement subséquent, avec une surveillance stricte.

Tumeur invasive

- Pénectomie partielle : réséquer la tumeur pénienne dès que possible afin d'éviter une progression vers une tumeur nécessitant une pénectomie totale.
- Curage ganglionnaire inguinal : retarder les traitements prophylactiques pour une période d'environ 3 mois avec suivi approprié. Considérer remplacer le curage par une radiothérapie en cas de métastases au niveau des ganglions lymphatiques inguinales.

Maladie métastatique

- Administrer la chimiothérapie au cas par cas, en la retardant dans la mesure du possible.

Document élaboré par :

Dr Jamil Asselah, oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Dr Armen Aprikian, urologue, chef médical, cogestionnaire médical du programme de cancérologie, CUSM

Dre Cynthia Ménard, radio-oncologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dr Éric Lévesque, hémato-oncologue, Faculté de médecine, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL)

Dr Éric Vigneault, radio-oncologue, CHU de Québec – UL

Dr Fred Saad, urologue, CHUM

Mme Anne-Julie Rancourt-Poulin, conseillère en accès, Programme québécois de cancérologie (PQC)

Mme Mireille Chinas Ugalde, conseillère, PQC

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Avec la collaboration de :

Mme Vanessa Dufour, professionnelle scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

M. Jim Boulanger, coordonnateur scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet Cancers gynécologiques

Recommandations en date du 15 avril 2020

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Ces recommandations sont modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en cancérologie lorsqu'applicable. Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activités en cancérologie en situation de pandémie COVID-19 ».

Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée.
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
  - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie ;
  - Que les délais ne seront pas excessifs ;
  - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente ;
  - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état ;
  - Répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.

Méthodologie pour l'élaboration des recommandations spécifiques aux cancers gynécologiques

Dans un premier temps, une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations et sociétés savantes en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée par les professionnels de l'INESSS (l'avis sera disponible sur le site de l'INESSS :https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html). Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers gynécologiques a par la suite été formé pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des

recommandations en lien avec la priorisation des soins. Le présent document a également été approuvé par les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le Programme québécois de cancérologie.

Considérations générales pour les cancers gynécologiques

Afin de faire face au contexte actuel de crise de santé publique, une réorganisation significative des soins destinés aux patients atteints de cancer est en cours afin de protéger les patients des risques de contracter la COVID-19, et aussi de permettre une réallocation de certaines ressources à la prise en charge de la COVID-19.

Une baisse significative d'accès au bloc opératoire a déjà été observée. Une réduction de l'accès aux traitements de systémiques (chimiothérapie, immunothérapie ou thérapies ciblées) et de radiothérapie est à craindre si une proportion importante du personnel devient infectée par la COVID-19. Conséquemment, des délais dans la prise en charge des femmes avec un cancer gynécologique seront inévitablement rencontrés. Certains de ces délais pourraient être préjudiciables pour les patients avec un impact négatif sur la survie si aucune mesure n'était prise pour mitiger les risques.

Dans ces circonstances, il est nécessaire d'établir des critères de priorisation et des alternatives afin de faciliter et de standardiser la prise en charge des cancers gynécologiques au Québec. Ces critères doivent être établis en fonction de l'agressivité des pathologies rencontrées de même que des chances de guérison, des comorbidités et du statut de performance (ECOG) des femmes. Une discussion du plan de traitement et du niveau de soins prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie de COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patiente.

Bien que les experts aient parfois proposé des alternatives thérapeutiques qui ne sont pas inscrites aux listes de médicaments (indiqué dans le document), celles-ci devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement considérées sur recommandation du CDTC, après que les traitements reconnus aient d'abord été envisagés et exclus en tenant compte de la disponibilité des ressources de même que des risques et des bénéfices.

Lignes directrices

- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les femmes doivent être réévaluées périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.
- L'avis concerté d'un Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) pour les cas complexes est recommandé et il permet de documenter la conduite au dossier de la patiente. Les patientes prises en charge dans un centre périphérique peuvent faire l'objet d'un avis par télémédecine.

- Dans la situation où un transfert ou une demande de consultation en centre oncologique est requis, une évaluation par le biais de la télémédecine devrait être favorisée dans un premier temps. Un appel vers le médecin receveur devrait être fait pour discuter du cas de la patiente avant la référence.
- En période de pandémie, à des fins d'utilisation appropriée des ressources opératoires, anesthésiques et de soins intensifs, la chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique (CHIP) devrait être omise de même que les chirurgies de stadification ganglionnaire para-aortiques pour cancer du col utérin.
- Les services d'imagerie diagnostique et les services de biopsie radioguidés devraient être maintenus afin d'éviter d'utiliser une ressource chirurgicale.

Les présentes lignes directrices sont applicables uniquement à la période de pandémie coronavirus. La situation est sujette à une modification régulière et ces lignes directrices seront jugées caduques au moment du retour à un accès normal aux soins oncologiques usuels et à la suite du rattrapage du retard opératoire engendré par la pandémie.

Chirurgie

- Chez la patiente porteuse de la COVID-19, toute chirurgie devrait être reportée minimalement après la fin des symptômes, à moins d'une urgence de catégorie A (cf ci-bas). La chirurgie non urgente devrait être reprogrammée en suivant les consignes établies par le service de prévention et contrôle des infections (PCI). Les risques de complications respiratoires postopératoires sont nettement augmentés chez cette clientèle de la COVID-19 et d'autant plus dans un contexte oncologique (Liang et al., 2020).
- En ce temps de pandémie, les procédures complexes utilisant des ressources importantes en termes de temps opératoire, transfusions, soins intensifs et matériel de protection individuelle (EPI) devraient être évitées lorsque possible afin de permettre une meilleure allocation des ressources. Dans les cas où cela est possible, privilégier une anesthésie locale ou locorégionale pour réduire les risques d'exposition.

Priorisation de catégorie A – Prise en charge immédiate

Critères basés sur les symptômes importants sans égard au site de malignité primaire avec risque de décès à court terme :

- Les patientes avec un cancer gynécologique qui devraient être priorisées pour l'accès à la chirurgie sont les femmes avec :

- Saignement hémorragique réfractaire avec chute d'hémoglobine dont la cause est traitable par une chirurgie ;
- Symptôme réfractaire qui requiert une attention chirurgicale (exemple : douleur) ;
- Signes d'occlusion intestinale à risque de perforation digestive (anse fermée, occlusion colique) ;
- Môle hydatiforme :
  - Curetage ou hystérectomie sans différer.

Priorisation de catégorie B – Accès en moins de 4 semaines

Critères basés sur l'agressivité de la maladie ET la possibilité d'un traitement à visée curative, et ce, sans égard à l'âge de la patiente. Par le délai de chirurgie, ces conditions sont à risque de détérioration avec impact délétère sur la survie de la patiente. Les femmes avec une maladie métastatique devraient être orientées vers une approche médicale. Bien que le délai recommandé soit de moins de 28 jours pour ces femmes, certaines situations pourraient nécessiter une chirurgie plus urgente si le médecin juge que le risque de détérioration est trop important.

Cancer de l'ovaire

- Masses suspectes avec élévation des marqueurs tumoraux (calcul du score de risque de malignité).
- Cancer ovarien pour lequel une chimiothérapie néoadjuvante est possible (le nombre de cycles à recevoir en néoadjuvant pourra être augmenté de 3 à 6.
- Diagnostic de cancer de l'ovaire non chimiosensible (tout stade) ;
  - Exemple : carcinome séreux de bas grade ou mucineux.

Cancer de l'endomètre et de l'utérus

- Cancer de haut grade (FIGO G3/ séreux/ carcinosarcome/indifférencié, G2 p53+).
- Sarcome utérin suspecté ou prouvé.

Cancer du col de l'utérus

- Taille de la lésion IB2 ou IB1 macroscopique (FIGO 2019). En cas de délai plus important pour réaliser la chirurgie, considérer un traitement par radiochimiothérapie concomitante ou une chimiothérapie néoadjuvante (Ramirez et al. IJGC 2020;0:1-3).
- Lésion qui progresse sous surveillance.

Cancer de la vulve

- Tumeur de gros volume sans contact avec les sphincters.

Priorisation de catégorie C – accès en 28 à 56 jours

Bien qu'une chirurgie soit préférable dans les 28 jours comme le stipulent les normes d'accès à la chirurgie oncologique du ministère de la Santé et des Services sociaux, les risques d'évolution défavorable sont cependant estimés moindres.

Un délai de 28 à 56 jours est acceptable chez les patientes avec :

Tumeur ovarienne

- Masse ovarienne complexe avec marqueurs tumoraux normaux (index de risque de malignité faible).

Cancer de l'ovaire

- Cancer ovarien avancé avec possibilité d'amorcer une chimiothérapie néoadjuvante.
- Chirurgie intercalée pour laquelle il y a une possibilité d'administrer un/des cycles supplémentaires de chimiothérapie (maximum de 6 cycles).

Cancer de l'endomètre

- Dans la majorité des cas, le report de 4 à 8 semaines est jugé moins délétère pour les patientes avec une histologie de bas grade et en l'absence d'évidence de maladie localement avancée ou métastatique au niveau ganglionnaire. Dans ces deux situations, en l'absence de contre-indication, un traitement hormonal progestatif (per os (voie orale) ou dispositif intra-utérin si le délai devait être plus long) pourrait être offert dans l'attente de la chirurgie :
  - EIN ;
  - Cancer de l'endomètre de bas grade.

Cancer de la vulve

- Les tumeurs de gros volume qui touchent les sphincters devraient être adressées par radiochimiothérapie concomitante.
- Les tumeurs de petit volume pourraient être adressées par exérèse chirurgicale élargie sous anesthésie locale dans des cas sélectionnés.

Cancer du vagin

- Les cancers du vagin devraient être adressés en radiothérapie ou radiochimiothérapie concomitante selon le stade.

Cancer du col

- Les cancers du col micro-infiltrants (FIGO IA1 et IA2).

Traitements systémiques

- Toute femme avec un diagnostic d'infection active au coronavirus ne devrait pas recevoir de traitement de chimiothérapie, d'immunothérapie ou de thérapie ciblée, qu'elle soit orale ou intraveineuse. La durée du report devrait être en fonction de l'évolution clinique et les consignes établies par la PCI. Le risque de complications sévères de la COVID-19 pour cette population déjà immunodéprimée est grandement augmenté.
- En période de pandémie :
  - Les agents minimisant les risques d'immunosuppression de même que les régimes qui requièrent moins de visites médicales (incluant les thérapies orales) devraient être favorisés lorsque possible ;
  - Les femmes porteuses d'une néoplasie tubo-ovarienne qui sont sous thérapie de maintenance avec un inhibiteur de PARP devraient poursuivre leur traitement ;
  - L'initiation d'une thérapie de maintenance avec un inhibiteur de PARP sera évaluée au cas par cas par le médecin traitant selon la récupération hématologique post-chimiothérapie ;
  - Une chimiothérapie pour traitement adjuvant pour des cancers où les indications de chimiothérapie sont débattues devrait être omise :
    - Cancer de l'ovaire IA-IB G2;
    - Cancer de l'endomètre :
      - Stade II endométrioïde ;
      - Stade I à risque intermédiaire élevé ;
      - Stade IA à cellules claires.
- Dans un contexte de pandémie de COVID-19, certaines options non conventionnelles (non inscrites aux listes des médicaments), mais supportées par la littérature, devraient être discutées afin d'offrir des alternatives permettant de limiter l'exposition des patientes et une meilleure utilisation des ressources hospitalières. À titre d'exemple :

- Régime non hebdomadaire avec le bevacizumab ou la cyclosphamide orale pour le cancer de l'ovaire ;
- Pemetrexed pour le cancer du col ;
- Combinaison lenvatinib et pembrolizumab ou doxorubicine liposomale combiné ou non à un sel de platine pour le cancer de l'endomètre métastatique.

Priorisation de catégorie A – Immédiat-urgent

Les patientes suivantes avec un nouveau diagnostic de malignité ou un fardeau tumoral élevé sont celles qui bénéficient d'une prise en charge urgente afin de maximiser la survie globale et la survie sans récidive :

- Néoplasie gestationnelle trophoblastique ;
- Tumeurs germinales ;
- Patientes qui requièrent une chimiothérapie primaire à visée curative ;
- Chimiothérapie néoadjuvante pour cancer ovarien ou endométrial avancé ;
- Chimiothérapie de sensibilisation per-radiothérapie pour cancer du col, du vagin ou de la vulve avancé ;
- Crise viscérale ;
- Récidive symptomatique de cancer ovarien sensible aux sels de platine.

Priorisation de catégorie B – Semi-urgent

Les femmes avec les conditions suivantes devraient bénéficier d'une administration de chimiothérapie dans un délai de 1 à 3 mois afin de maximiser leur survie et/ou la gestion de leurs symptômes :

- Nouveau diagnostic de malignité qui requiert un traitement adjuvant à visée curative ;
- Diagnostic d'une récidive de malignité après traitement initial :
  - Récidive sensible aux sels de platine de cancer ovarien non symptomatique ;
  - Cancer de l'utérus métastatique :
    - Favoriser une hormonothérapie dans les cas susceptibles d'y répondre ;
    - Considérer reporter les traitements si maladie minimalement symptomatique.

Priorisation de catégorie C – Pertinence à discuter au cas par cas

Pour les femmes dont les chances de réponse à la chimiothérapie sont moindres, une discussion sur l'objectif des soins, leur pertinence et la qualité de vie devrait être prioritaire.

- Cancer ovarien résistant aux sels :
  - Bien peser les risques et les bénéfices au cas par cas ;
  - Favoriser les traitements à intervalle plus long ;
  - Considérer le traitement oral (etoposide oral) chez les patientes susceptibles de bien le tolérer ;
  - Considérer reporter les traitements si la maladie est minimalement symptomatique ou de petit volume ;
  - Le bevacizumab devrait être considéré pour les femmes qui sont candidates.
- Léiomyosarcome utérin métastatique :
  - Favoriser les alternatives orales.

Radiothérapie

- Des directives d'ordre général s'appliquant à la radio-oncologie ont été élaborées et elles sont disponibles au lien suivant. La consultation de ce document est recommandée: www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/
- Pour la curiethérapie, si cette dernière nécessite une anesthésie, une anesthésie régionale devrait être favorisée.

Priorisation de catégorie A – Immédiat-urgent

Un délai de 1-2 jours est acceptable.

- Saignement réfractaire ou douleur réfractaire au traitement médical.

Priorisation de catégorie B – Semi-urgent

B1 : Un délai jusqu'à 3 à 4 semaines est acceptable.

- Cancer en place à visée curative (radiothérapie ±chimio±curiethérapie) :
  - Col ;
  - Vulve ;
  - Vagin ;
  - Utérus pour lequel une chirurgie ne peut être considérée.

B2 : Un délai jusqu'à 8 à 12 semaines postopératoire est acceptable.

- Traitement adjuvant d'un cancer du col utérin (radiothérapie ± chimiothérapie).
- Traitement adjuvant du cancer de la vulve avec critères de risque élevés (radiothérapie ± chimiothérapie).

Priorisation de catégorie C – Non urgent

Un délai de 12 à 16 semaines postopératoire est acceptable.

- Traitement adjuvant d'un cancer de l'endomètre (radiothérapie externe seule ou curiethérapie seule ou radiothérapie externe et curiethérapie ou chimiothérapie et radiothérapie ou chimiothérapie et curiethérapie).

Points complémentaires pour la radiothérapie et la curiethérapie

Pour les guides de fractionnement et des informations plus précises sur les doses, les radio-oncologues peuvent se référer au site Web de l'Association des radio-oncologues du Québec (AROQ).

Document élaboré par :

Dre Alexandra Sebastianelli, gynéco-oncologue, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL)

Dre Vanessa Samouëlian, gynéco-oncologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dre Shannon Salvador, gynéco-oncologue, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Dr Vincent Castonguay, hémato-oncologue, CHU de Québec – UL

Dr François Vincent, radio-oncologue, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Dre Annie Ebacher, radio-oncologue, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Mme Sarah Fournier, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC)

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Avec la collaboration de :

Mme Mélanie Béland, professionnelle scientifique, INESSS

M. Jim Boulanger, coordonnateur scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

Tableau 1 – Résumé de la priorisation chirurgicale en contexte de pandémie de COVID-19

Priorité	Définition	Délai de prise en charge et autres considérations
A	Patiente avec une situation de cancer critique avec risque d'atteinte à la vie imminente : • Saignements hémorragiques avec chute d'hémoglobine dont la cause est traitable par une chirurgie ; • Symptôme réfractaire qui requiert une attention chirurgicale (exemple : douleur) ; • Signes d'occlusion intestinale ; • Maladie gestationnelle trophoblastique.	Chirurgie urgente à pratiquer sans délai
B	Condition chirurgicale urgente à risque de détérioration majeure à court terme en lien avec l'histologie et comportement agressif : **Cancer de l'ovaire** • Masses suspectes/élévation des marqueurs/ascite ; • Cancer de l'ovaire dont le nombre maximal de cycles de chimiothérapie néoadjuvant jugé efficace a été reçu. **Cancer de l'endomètre et de l'utérus** • FIGO G3 (séreux de haut grade / carcinosarcome / indifférencié) ; • FIGO G2, p53+. **Cancer du col de l'utérus** • Saignements actifs ; • Taille de la lésion IB2 ou IB1 macroscopique ; • Lésion qui progresse sous surveillance. **Cancer de la vulve** • Tumeur de gros volume sans contact avec les sphincters.	Délai accepté jusqu'à 28 jours. Chirurgie à pratiquer dans les 14 jours si risque de détérioration important.

Priorité	Définition	Délai de prise en charge et autres considérations
C	Condition chirurgicale avec malignité ou risque de malignité sous-jacente pour laquelle un report de la chirurgie est à moindre risque d'être délétère : **Tumeur ovarienne** • Masse ovarienne avec marqueurs tumoraux normaux. **Cancer de l'ovaire** • Chirurgie intercalée pour laquelle il y a une possibilité d'administrer un/des cycles supplémentaires de chimiothérapie. **Cancer de l'endomètre** • EIN/FIGO G1 ; • FIGO G2 p53 WT. **Cancer du col** • Lésion IA1/IA2/IB1 microscopique.	Patientes pouvant être reportées après évaluation au cas par cas Délai 28-56 jours Traitement hormonal progestatif peut être offert Surveillance coloscopique requise
D	• Chirurgie pour lésion préinvasive avec risque de malignité sous-jacente jugée faible CIN/VIN/VAIN) . • Chirurgie diagnostique pour laquelle une option radiologique est disponible. • Chirurgie de stadification para-aortique pour cancer du col utérin. • Chirurgie ultraradicale pour laquelle la consommation des soins anesthésiques, de l'USI ou des ressources opératoires est jugée importante.	Report de la chirurgie jusqu'à nouvel ordre Omettre la chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique

Tableau 2 – Résumé de la priorisation des traitements systémiques en contexte de pandémie de COVID-19

Priorité	Définition	Délai de prise en charge et autres considérations
A	Patiente avec une situation de cancer critique avec risque d'atteinte à la vie imminente : • Chimiothérapie pour néoplasie gestationnelle trophoblastique ; • Tumeur germinale ; • Chimiothérapie de sensibilisation per radiothérapie pour cancers du col, du vagin ou de la vulve avancés ; • Crise viscérale. Patiente avec une option de traitement à visée curative ou palliative comme une maladie métastatique, mais chimio-sensible : • Chimiothérapie néoadjuvante pour cancer avancé ; tubaire/ovarien/péritonéal ou endométrial avec ascite ou épanchement pleural ; • Patiente sous chimiothérapie néo-adjuvante pour cancer de l'ovaire déjà en cours ; • Récidive symptomatique de cancer ovarien sensible aux sels de platine.	Le traitement doit débuter dès que possible

Priorité	Définition	Délai de prise en charge et autres considérations
B	Maladie avec maladie guérissable par traitement multimodal : • Traitement adjuvant d'un cancer de l'endomètre, du col, de l'ovaire ; • Patiente en chimiothérapie pour cancer de l'ovaire sensible aux sels de platine ; • Cancer gynécologique métastatique sous chimiothérapie avec preuve de réponse au traitement.	Le traitement doit commencer entre 1 et 3 mois après le diagnostic
C	Chimiothérapie pour néoplasie métastatique à pauvre pronostic : • Léiomyosarcome métastatique ; • Néoplasie ovarienne résistante aux sels de platines : o L'utilisation du bevacizumab devrait être considérée pour ces patientes.	La pertinence du traitement doit être individualisée Une discussion d'optimisation de la qualité de vie doit être prépondérante.

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet Cancers colorectaux

Recommandations en date du 15 avril 2020

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Le présent guide a été réalisé par un comité d'experts en contexte d'urgence sanitaire. Il est basé sur la documentation disponible au moment de sa publication et est adapté à la réalité québécoise.

Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Les recommandations sont traitées par siège tumoral et modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en cancérologie lorsqu'applicable. ***Généralement, les premières recommandations s'appliquent au niveau d'activités 1 et 2. Des ajustements thérapeutiques sont proposés et ils peuvent s'appliquer au niveau d'activités 2 et 3, lorsque mentionnés. Un degré de flexibilité plus important (exemple : doubler les délais) pourrait être acceptable dans un contexte de niveau 3 ou 4. Lorsque les ressources sont disponibles, le traitement standard doit être privilégié.***

Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activités en cancérologie en situation de pandémie COVID-19 ». Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée.
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
  - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie;
  - Que les délais ne seront pas excessifs;
  - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente;
  - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état;
  - Répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et être documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.

- Bien que des alternatives thérapeutiques non standard soient parfois proposées dans les recommandations, celles-ci devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement offertes sur recommandation d'un CDTC en tenant compte de la disponibilité des ressources (traitement standard non accessible) de même que des risques et des bénéfices des traitements en contexte de pandémie COVID-19.

Méthodologie pour l'élaboration des recommandations spécifiques aux cancers colorectaux

Dans un premier temps, une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations et sociétés savantes en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée par les professionnels de l'INESSS (l'avis sera disponible sur le site de l'INESSS : https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html). Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers colorectaux a par la suite été formé pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des recommandations en lien avec la priorisation des soins. Le présent document a également été approuvé par les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le Programme québécois de cancérologie.

Considérations générales pour les cancers colorectaux

- Chaque cas devrait être évalué dans son contexte et les cas incertains devraient être discutés au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique à préconiser en tenant compte des risques et des bénéfices.
- Les examens d'imagerie prévus en cours de traitement peuvent être retardés pour un délai maximal de 3-4 mois. Les examens de suivi post-traitement (adjuvant) peuvent être retardés jusqu'à un maximum de 12 mois, sauf dans le cas d'une surveillance active (*watch and* wait), où les examens devront être idéalement réalisés dans les 3 mois.
- Privilégier le suivi des patients par la cinétique des marqueurs tumoraux, sinon, à l'aide de l'examen clinique.

Cancer du côlon localisé ou avancé (TxNxM0)

Cancer du côlon < T4, < N2

- La chirurgie à visée curative est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais appropriés (report maximal de 4 à 6 semaines).

- Si l'accès au bloc opératoire est limité (niveau 3) :
  - Cancer asymptomatique : la chirurgie pourrait être reportée jusqu'à un maximum de 8 semaines ; un dosage des marqueurs tumoraux (CEA) devra être réalisé avant la chirurgie et si une augmentation significative était observée, il est souhaitable de refaire un examen d'imagerie (TDM) avant la chirurgie ;
  - Cancer symptomatique : le report de la chirurgie jusqu'à un maximum de 2 à 4 semaines est acceptable, selon le jugement clinique du chirurgien.

Cancer du côlon, stade localement avancé (T4), ou ≥ N2

- Une chimiothérapie néoadjuvante pourrait être administrée afin de retarder la chirurgie.
- Les protocoles CapOX et FOLFOX sont indiqués ; ils présentent des bénéfices différents selon le contexte clinique (avantage d'administration et de fréquence pour le CapOX et meilleure tolérance générale pour le FOLFOX).

Cancer du côlon réséqué

- Une chimiothérapie adjuvante devrait être envisagée selon le protocole standard, en fonction du contexte clinique de la maladie :
  - Stade 2 : l'omission de la chimiothérapie adjuvante pourrait être discutée ;
  - Stade 3 : l'administration d'une chimiothérapie adjuvante devrait être envisagée si elle est indiquée. Le choix de la chimiothérapie à utiliser dépend du contexte clinique. Les options disponibles sont :
    - Capécitabine (patients plus âgés, comorbidités, neuropathie, absence d'instabilité des microsatellites) ;
    - CapOX (traitement de 3 mois, maladie à faible risque de récidive) ;
    - FOLFOX (traitement de 6 mois, maladie à haut risque de récidive).

Cancer du côlon obstructif, microperforé ou perforé

- Effectuer une chirurgie de manière urgente. Aucun délai n'est à envisager, quel que soit le niveau d'urgence sanitaire (niveaux 1 à 4).

Cancer du rectum localisé

T1, N0

- La chirurgie à visée curative est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais appropriés (niveaux 1 et 2).

- Si l'accès au bloc est limité (niveau 3) et qu'il n'y a pas de facteurs de mauvais pronostic associés, la chirurgie pourrait être retardée et une réévaluation du stade tumoral devrait être réalisée dans les 6 à 8 semaines.

T2, N0

- La chirurgie oncologique à visée curative est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais appropriés (niveaux 1 et 2).
- Si l'accès au bloc est limité (niveau 3) :
  - Une radiochimiothérapie (*long-course*) à visée curative pourrait être administrée, suivie d'observation si une réponse clinique complète était obtenue ;
  - Dans l'impossibilité de réaliser un traitement de radiochimiothérapie, le protocole de radiothérapie de 25 Gy en 5 fractions (*short-course*) pourrait être envisagé et la chirurgie pourrait être reportée de 6 à 8 semaines.

T3, N0-N1 (sauf tiers distal et CRM+)

- Un traitement néoadjuvant pourrait être administré, en privilégiant le protocole de radiothérapie de 25 Gy en 5 fractions (*short-course*), plutôt que la radiochimiothérapie (*long-course*).
- Si l'accès au bloc est limité (niveau 3), une radiochimiothérapie à visée curative (*long-course*) pourrait être administrée ;
  - En présence d'une réponse clinique complète, la stratégie de surveillance active (watch and wait) avec un suivi rapproché pourrait être envisagée ;
  - Sinon, la chirurgie à visée curative devrait être réalisée dans un délai de 8 à 12 semaines maximum.

T4, N0-N1

- Une radiochimiothérapie néoadjuvante (*long*-course) pourrait être envisagée, suivie d'une chirurgie 6 à 12 semaines plus tard.
- Si les ressources sont limitées (niveau 3), une chimiothérapie néoadjuvante (CapOX, capécitabine) pourrait être envisagée, suivie d'une radiothérapie de 25 Gy en 5 fractions (*short-course*) ou d'une radiochimiothérapie néoadjuvante (*long-course*), puis d'une chirurgie 6 à 12 semaines plus tard, selon la réponse tumorale.
- Pour les patients dont le traitement néoadjuvant de radiochimiothérapie est terminé, qu'une réponse complète n'est pas obtenue et que l'accès au bloc opératoire est toujours compromis :
  - Considérer la chirurgie prioritaire si un délai de 14 semaines est dépassé ;

- En cas d'impossibilité, une réévaluation du stade tumoral devrait être effectuée aux 4 semaines ;
- L'administration d'une chimiothérapie pourrait être discutée (FOLFOX, CapOX, capécitabine) si la maladie présentait une progression.

T4, N2 (T3, N2 sans équivoque)

- Si les ressources sont limitées (niveau 3), une chimiothérapie néoadjuvante (CapOX, capécitabine) pourrait être envisagée, suivie d'une radiothérapie de 25 Gy en 5 fractions (*short-course*) ou d'une radiochimiothérapie néoadjuvante (*long-course*), puis d'une chirurgie 6 à 12 semaines plus tard, selon la réponse tumorale.

Tiers distaux et CRM rapprochées

- Un traitement de radiochimiothérapie (*long*-course) est privilégié.

Cancer du rectum avec occlusion

- Effectuer une chirurgie de diversion urgente (stomie). Aucun délai n'est à envisager, quel que soit le niveau d'urgence sanitaire (niveaux 1 à 4).

Cancer colorectal métastatique

- Un traitement systémique devrait être envisagé selon les protocoles conventionnels (niveaux 1 et 2).
- Les protocoles indiqués sont FOLFIRI, FOLFOX, CapOX, CapIri, avec ou sans thérapie ciblée (bévacizumab ou panitumumab).
- Si l'accès aux soins est limité (niveaux 3 et 4), les traitements associés à moins de visites à l'hôpital et les formes orales (capécitabine) devraient être envisagés.
- Les trichimiothérapies (FOLFOXIRI) sont à éviter ; le traitement CapIri peut nécessiter une réduction des doses initiales, en raison de la toxicité associée.
- En présence d'une maladie stable ou à progression lente, les traitements oraux (capécitabine) sont à privilégier avec suivi téléphonique. Si un traitement d'entretien est envisagé, la capécitabine (avec ou sans bévacizumab ou panitumumab) doit être privilégiée. Une pause thérapeutique de 2 mois ou plus selon l'évolution peut également être discutée.
- Pour les lignes de traitements subséquentes, les options thérapeutiques doivent être discutées selon la situation clinique.
- L'utilisation de trifluridine-tipiracil ou du regorafenib doit être considérée avec prudence.

Cancer du canal anal

- Pour le cancer du canal anal localisé, le traitement standard de radiochimiothérapie devrait être envisagé. Les options disponibles de chimiothérapie associées à la radiothérapie sont la capécitabine ou le 5-FU associé à la mitomycine C.
- Privilégier le schéma capécitabine-mitomycine avec la radiothérapie au lieu du 5-FU en perfusion continue.

Carcinomes in situ, polypes

- La chirurgie pourra être retardée jusqu'à la fin de la pandémie pour les carcinomes *in situ* ou toute autre lésion précancéreuse et les polypes bénins ou malins.

Document élaboré par :

Dr Jamil Asselah, oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill – Site Glen / Hôpital Royal Victoria

Dre Francine Aubin, hématologue et oncologue médical, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dre Laurence Bernier, radio-oncologue, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL) / Hôtel-Dieu de Québec

Dre Marylise Boutros, chirurgienne générale, Hôpital général juif

Dr Alexis Bujold, radio-oncologue, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal / Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Dr Félix Couture, hématologue et oncologue médical, CHU de Québec – UL / Hôtel-Dieu de Québec

Dre Carole Richard, chirurgienne générale et colorectale, CHUM

Dr Benoit Samson, hématologue et oncologue médical, CISSS de la Montérégie-Centre / Hôpital Charles-Le Moyne

Mme Anne-Julie Rancourt-Poulin, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC)

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, PQC

Dre Laurence Eloy, médecin-conseil, PQC

Mme Caroline Riou, conseillère, PQC

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Avec la collaboration de :

Mme Camille Lehuédé, professionnelle scientifique, Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

M. Jim Boulanger, coordonnateur scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet Mélanome

Recommandations en date du 15 avril 2020

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Ces recommandations sont modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en cancérologie lorsqu'applicable.

Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activités en cancérologie en situation de pandémie COVID-19 ». Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée.
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
  - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie ;
  - Que les délais ne seront pas excessifs ;
  - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente ;
  - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état ;
  - Répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.

Méthodologie pour l'élaboration des recommandations spécifiques aux mélanomes

Dans un premier temps, une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations et sociétés savantes en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée par les professionnels de l'INESSS (l'avis sera disponible sur le site de l'INESSS :

https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html). Un comité d'experts québécois spécialisés en mélanome a par la suite été formé pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des recommandations en lien avec la priorisation des soins. Le présent document a également été approuvé par les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le Programme québécois de cancérologie.

Considérations générales applicables aux mélanomes

Les recommandations proposées dans ce document constituent des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles ne remplacent pas le jugement clinique. Chaque cas devrait être évalué dans son contexte et les cas incertains devraient être discutés au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique à préconiser en tenant compte des risques et des bénéfices.

Les recommandations de ce document s'appliquent à un niveau d'activités 1 et 2 en cancérologie. Des reports de traitement plus importants (exemple : doubler les délais) pourraient être considérés dans un contexte de niveau d'activités 3 ou 4.

Mélanome cutané de stade précoce

Biopsie diagnostique (tous les niveaux)

- Si possible, procéder à une biopsie exérèse le plus rapidement possible (délai maximum : 1 mois après le diagnostic clinique) pour enlever complètement la lésion cliniquement visible de manière à obtenir une marge saine de 1 à 2 mm autour de la lésion. La transsection histologique de la composante *in situ* en marge périphérique (en absence de pigmentation résiduelle ou de grande lésion résiduelle clinique) est d'une importance moindre.
- Une biopsie par rasage (partielle ou complète selon le diamètre de la lésion) pourrait être effectuée lorsque l'on suspecte un mélanome *in situ* de type lentigo malin au visage (mélanome causé par une exposition chronique au soleil).
- Pour les nouveaux patients, privilégier une première consultation par télésanté si une technologie de qualité était accessible (nécessité d'avoir accès à des photos de qualité) et compléter, si nécessaire, l'historique et l'examen physique (clinique) le jour de la chirurgie.

Exérèse large de mélanome *in situ*

- Reporter l'exérèse du mélanome *in situ* (MIS) jusqu'à 3 mois suivant la date du diagnostic. Dans les cas de larges mélanomes *in situ* de type lentigo malin

(exemple : 2 cm de diamètre et plus) pour lesquels uniquement une biopsie partielle a été effectuée, une exérèse plus rapprochée est souhaitable. En effet, la littérature nous indique que jusqu'à 20 % de ces mélanomes présentent une composante invasive à l'analyse histopathologique complète et définitive.

Exérèse large de mélanome invasif – Principes généraux

- La prise en charge chirurgicale des mélanomes T3/T4 (épaisseur supérieure à 2 mm) devrait être prioritaire sur les mélanomes T1/T2 (épaisseur inférieure ou égale à 2 mm).
- Dans le cas d'un mélanome invasif partiellement réséqué pour lequel une grande lésion résiduelle est cliniquement évidente, privilégier d'abord, à l'intérieur de 1 mois, une résection à marges saines sous anesthésie locale pour documenter les caractéristiques exactes de la tumeur (épaisseur de Breslow, présence d'ulcération, etc.).

Mélanome invasif, toute épaisseur, marges de biopsie négatives

- L'exérèse oncologique peut être reportée jusqu'à 3 mois après la biopsie pour les mélanomes invasifs de toute profondeur, pour lesquels la biopsie diagnostique avait une marge saine.

Mélanome invasif, toute épaisseur, marges de biopsie positives pour mélanome *in situ*

- Reporter jusqu'à 3 mois après la biopsie l'exérèse oncologique pour les mélanomes invasifs de toute profondeur, pour lesquels la biopsie diagnostique avait une marge transversale ou périphérique démontrant une composante *in situ*.

Mélanome invasif de < 2 mm, marges de biopsie positives pour composante invasive

- En présence d'une marge positive invasive, l'exérèse oncologique peut être reportée jusqu'à 8 semaines pour les lésions de moins de 2 mm.
- Si le délai ne pouvait être respecté pour les marges positives, il est souhaitable de faire une excision complémentaire sous anesthésie locale, pour obtenir des marges saines de 1-2 mm en attendant de faire l'exérèse définitive à l'intérieur de 1 mois.

Mélanome invasif de ≥ 2 mm, marges de biopsie positives pour composante invasive

- En présence d'une marge positive invasive, l'exérèse oncologique peut être reportée jusqu'à 4 semaines pour les lésions de plus de 2 mm.

- Si le délai ne pouvait être respecté pour les marges positives, il est souhaitable de faire une excision complémentaire sous anesthésie locale, pour obtenir des marges saines de 1-2 mm en attendant de faire l'exérèse définitive à l'intérieur de 1 mois.

Biopsie du ganglion sentinelle

- Si l'accès du bloc opératoire était possible, considérer de faire dès maintenant une biopsie du ganglion lymphatique sentinelle pour les mélanomes cutanés d'une épaisseur supérieure à 0,8 mm. Il serait possible de reporter jusqu'à 3 mois plus tard.

Suivi

- Privilégier toutes les visites de suivi par télésanté si une technologie de qualité est accessible et la compétence est disponible (nécessité d'avoir accès aux photos). Colliger les informations dans le dossier du patient.
- Reporter les visites de suivi et de suivi actif pour les patients opérés et les patients avec mélanome localisé de stades 0, I et II asymptomatiques depuis au moins 3 à 6 mois.

Mélanome de stade III (atteinte ganglionnaire régionale)

Biopsie du ganglion sentinelle positive

- Privilégier un suivi clinique avec échographie du bassin ganglionnaire à intervalles réguliers (4 à 6 mois) (Étude MSLT-2).
- Envisager d'espacer la fréquence des examens de suivi selon la gravité du mélanome et la disponibilité des ressources du milieu.

Dissection ganglionnaire formelle prévue

- Lorsqu'une lymphadénectomie thérapeutique est indiquée (atteinte ganglionnaire clinique ou radiologique), mais que les salles d'opération ne sont pas disponibles, cette intervention pourrait être retardée (maximum 1 mois) si une thérapie néoadjuvante pouvait être effectuée, à l'exception des patients avec nodules métastatiques envahissants ou adjacents à une structure vitale (exemples : carotide, base de crâne).
- Une alternative à considérer pour les patients avec la mutation BRAF est la double thérapie ciblée avec le dabrafenib 150 mg bid/trametinib 2 mg die X 12 semaines (étude NeoCombi).

Patients avec mélanome de stade III sous traitement adjuvant

- Limiter au minimum le suivi radiologique pour les patients sous traitement adjuvant, lequel ne devrait être envisagé qu'en l'absence de symptômes pouvant suggérer un échec au traitement.

Chirurgie palliative pour mélanomes de stade IV

- Les résections de mélanomes de stade IV devraient être suspendues pour la durée de la pandémie à moins que le patient ne soit symptomatique ou dans un état critique (en s'assurant que le bloc opératoire est fonctionnel et que l'hôpital n'est pas en surcapacité) :
  - La thérapie systémique devrait être priorisée ;
  - Une dose unique de radiothérapie palliative pourrait être pertinente pour une grosse métastase ou une métastase symptomatique, selon le cas.

Thérapie adjuvante des mélanomes de stade III

- La thérapie adjuvante devrait être débutée à l'intérieur de 12 semaines suivant la confirmation histologique du stade III.
- Privilégier des schémas thérapeutiques nécessitant le moins de ressources possible (minimiser les visites en milieu hospitalier ou effectuer le suivi des symptômes par télésanté, favoriser les thérapies orales) et ayant le moins de toxicités pour le patient.
- Les options de traitement adjuvant incluent le nivolumab 480 mg IV aux 4 semaines pendant 1 an.
- Il existe également d'autres alternatives (non inscrites aux listes de médicaments) :
  - Pembrolizumab, 200 IV aux 3 semaines pendant 1 an ;
  - Pembrolizumab, 400 mg IV aux 6 semaines pendant 1 an (Lala *et coll.*, ASCO 2018, Abstr 3062) ;
  - BRAFi/MEKi (Dabrafenib/Trametinib).
- La thérapie ciblée est à privilégier chez les patients BRAF muté afin de limiter les visites hospitalières.
- Favoriser le suivi des symptômes par télésanté/téléphone.

Mélanome de stade IV

- Pour l'instant, on ne connait pas la réaction des patients infectés par la COVID-19 sous immunothérapie. Le suivi de ces patients doit être fait sous haute surveillance.
- Dans le but de diminuer le risque de toxicité, la pression sur le système et l'utilisation de stéroïdes à haute dose (ou autres agents immunosuppresseurs), privilégiez

l'utilisation d'une mono-immunothérapie (anti-PD1) à la double thérapie après discussion sur les avantages et les risques des traitements.

- La monothérapie anti-PD1 devrait être privilégiée pour les patients sans métastase cérébrale.
- En présence de métastases cérébrales et pour certains cas particuliers, une double immunothérapie (ipilimumab + nivolumab X 4 doses suivi de nivolumab en entretien) demeure le premier choix. Un régime avec de faibles doses d'ipilimumab (ipilimumab 1 mg/kg et de nivolumab 3 mg/kg et ensuite nivolumab) pourrait être considéré. Pour les patients avec mutations BRAF, une combinaison avec un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK peut aussi être considérée.

Autres cancers cutanés

- Pour les carcinomes cutanés agressifs comme le carcinome de Merkel et le carcinome spinocellulaire à haut risque (tumeur > 2 cm, carcinome mal différencié, invasion sous la graisse ou osseuse, invasion périnerveuse > 0,1 mm, immunosuppression, métastases en transit ou récidive), un accès au bloc opératoire est souhaitable à l'intérieur de 1 mois selon les disponibilités si une chirurgie sous anesthésie locale en externe était impossible.

Document élaboré par :

Dr Joël Claveau, dermatologue, Clinique du mélanome et des cancers cutanés, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL) / Hôtel-Dieu de Québec (HDQ)

Dr Félix Couture, hématologue et oncologue médical, CHU de Québec – UL / HDQ

Dr Ari Meguerditchian, chirurgien oncologue, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Mme Anne-Julie Rancourt-Poulin, conseillère en offres de soins et de services en cancérologie, Programme québécois de cancérologie (PQC)

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et services en cancérologie, PQC

Avec la collaboration de :

M. Jim Boulanger, coordonnateur scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet Cancers digestifs hauts

Recommandations en date du 15 avril 2020

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Les recommandations sont traitées par siège tumoral et modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en

cancérologie lorsqu'applicable. **Généralement, les premières recommandations s'appliquent aux niveaux d'activités 1 et 2. Des ajustements thérapeutiques sont proposés et ils peuvent s'appliquer aux niveaux d'activités 3 et 4, lorsque mentionné. Un degré de flexibilité plus important (exemple : doubler les délais) pourrait être acceptable dans un contexte de niveau 3 ou 4. Lorsque les ressources sont disponibles, le traitement standard doit être privilégié.**

Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activité en cancérologie en situation de pandémie COVID-19 ». Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée;
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
  - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie ;
  - Que les délais ne seront pas excessifs ;
  - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente ;
  - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état ;
  - De répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnelle a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.
- Bien que les experts aient parfois proposé des alternatives thérapeutiques qui ne sont pas inscrites aux listes de médicaments (indiqué dans le document), celles-ci

devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement considérées sur recommandation du CDTC, après que les traitements reconnus aient d'abord été envisagés et exclus en tenant compte de la disponibilité des ressources de même que des risques et des bénéfices.

Méthodologie pour l'élaboration des recommandations spécifiques aux cancers digestifs hauts

Dans un premier temps, une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations et sociétés savantes en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée par les professionnels de l'INESSS (l'avis sera disponible sur le site de l'INESSS : https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html). Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers digestifs hauts a par la suite été formé pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des recommandations en lien avec la priorisation des soins. Le présent document a également été approuvé par les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le Programme québécois de cancérologie.

Considérations générales applicables à tous les cancers digestifs hauts

- Les examens d'imagerie prévus en cours de traitement (suivi) ou post-traitement (adjuvant) peuvent être retardés pour un délai maximal de 3-4 mois.
- Privilégier le suivi des patients par la cinétique des marqueurs tumoraux ou, sinon, à l'aide de l'examen clinique.
- Le suivi d'un traitement pour la maladie métastatique pourrait être retardé de 1 ou 2 mois. Le report pourrait être un peu plus long selon le jugement clinique et l'évaluation des marqueurs tumoraux.

Cancer du pancréas

Localisé/résécable

- La chirurgie à visée curative est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1 et 2). Cette recommandation s'applique également aux cancers péri-ampullaires.
- Si l'accès au bloc opératoire est limité (niveau 3), une chimiothérapie pourrait être administrée afin de retarder la chirurgie en privilégiant le protocole gemcitabine + nab-paclitaxel (J1 et J15, pas de J8) qui est mieux toléré et qui diminue le nombre de visites. Le rapport entre bénéfices et risques doit être discuté avec le patient (inscrit sur les listes de médicaments en contexte métastatique uniquement).

- Dans un contexte adjuvant, le FOLFIRINOX avec facteurs de croissance des granulocytes est le traitement standard et il devrait être initié ou poursuivi (niveaux 1 et 2). L'administration de ce traitement devrait être évaluée en fonction de l'âge, des comorbidités et de l'échelle de performance ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group)*, quel que soit le niveau d'urgence. Si l'accès aux ressources est limité (niveaux 3 et 4), il est recommandé de retarder ou de ne pas commencer l'administration du traitement.

Limite résécable

- La chimiothérapie (FOLFOX, FOLFIRINOX) est le traitement usuel et elle devrait être initiée ou poursuivie (niveaux 1 et 2). Le protocole gemcitabine+nab-paclitaxel modifié (voir plus haut, inscrit sur les listes de médicaments en contexte métastatique uniquement) est aussi une option. L'administration d'une chimiothérapie devrait être évaluée en fonction de l'âge, des comorbidités et de l'ECOG, quel que soit le niveau d'urgence. Si l'accès aux ressources est limité (niveaux 3 et 4), il est recommandé de retarder ou de ne pas commencer l'administration du traitement.
- Comme les chances de conversion sont faibles, en temps de pandémie, une évaluation pour un traitement palliatif pourrait être faite.
- Dans un contexte adjuvant, une chimiothérapie (FOLFIRINOXm avec facteurs de croissance des granulocytes) est le traitement standard et elle devrait être initiée ou poursuivie (niveaux 1 et 2). L'administration de ce traitement devrait être évaluée en fonction de l'âge, des comorbidités et de l'ECOG, quel que soit le niveau d'activités. Si l'accès aux ressources est limité (niveaux 3 et 4), il est recommandé de retarder ou de ne pas commencer l'administration du traitement.

Localement avancé et métastatique

- Un traitement systémique devrait être envisagé selon les protocoles conventionnels (niveaux 1 et 2) :
  - Pour le protocole gemcitabine-nab-paclitaxel, une administration aux jours 1 et 15 sans J8 est à privilégier ;
  - D'autres options de traitement peuvent être envisagées selon l'état général du patient : gemcitabine en monothérapie, bi-chimiothérapie à base de 5-FU, capécitabine et FOLFIRINOX ;
  - Avant de considérer l'administration d'une chimiothérapie de deuxième intention, évaluer la balance entre les bénéfices et les risques.
- Si l'accès aux ressources est limité (niveaux 3 et 4), il est recommandé de retarder ou de ne pas commencer l'administration du traitement.

Carcinome hépatocellulaire

Localisé/résécable

- La chirurgie à visée curative est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1 et 2) :
  - Exceptionnellement, un report de 4 à 6 semaines pourrait être envisagé dans le cas d'un nodule unique de petite taille sans rapport vasculaire menaçant et/ou peu évolutif, si le chirurgien estime que le délai ne compromettra pas la résécabilité ;
  - Si une exérèse hépatique mineure est possible, maintenir l'intervention pour les patients à faible risque opératoire.
- Le report de toutes les interventions est indiqué si l'accès au bloc opératoire est limité (niveau 3). Des traitements alternatifs peuvent être évalués en CDTC : thérapie de bridge, chimioembolisation (TACE), ablation par radiofréquence ou radiothérapie stéréotaxique (SBRT) :
  - Pour des lésions de moins de 3 cm, privilégier la destruction percutanée par radiofréquence ;
  - Dans les autres situations, considérer une SBRT ou TACE.

Localement avancé (inopérable)

- Un traitement par TACE devrait être continué ou initié si le patient est éligible (niveaux 1 et 2).
- Un traitement systémique devrait être considéré (voir alternatives ci-dessous), si l'accès à un traitement par TACE est limité (niveau 3).
- De plus, la SBRT est une option acceptable pour le traitement des cancers qui ne sont pas métastatiques (niveau 3).
- Les traitements systémiques par voie orale devraient être initiés ou maintenus en proposant une téléconsultation pour la gestion des effets indésirables. Les chimiothérapies indiquées sont : lenvatinib, sorafenib, regorafenib, cabozantinib.

Métastases hépatiques

Métastases hépatiques résécables de cancer colorectal

- La chirurgie est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais prévus en fonction des comorbidités (niveaux 1 et 2). La chirurgie pour les métastases hépatiques d'origine non colorectale devrait être reportée.
- Les résections non complexes devraient être maintenues en fonction de la disponibilité des ressources.

- Si l'accès au bloc opératoire est restreint (niveau 3), une chimiothérapie périopératoire (FOLFOX) peut être administrée en attendant la reprise des services, en limitant le nombre de cycles afin de ne pas altérer le foie et de risquer de compromettre chirurgie subséquente.
- En absence d'option opératoire (niveau 4 ou chirurgie complexe), les alternatives de traitement suivantes peuvent être considérées :
    - Une thérapie bridge peut permettre de retarder la chirurgie ;
    - Une ablation par radiofréquence peut être envisagée si les lésions sont petites et peu nombreuses ;
    - La SBRT pourrait être considérée au cas par cas.

Cholangiocarcinome

Résécable

- La chirurgie est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais prévus sans dépasser 3 à 4 semaines (niveaux 1 et 2). La chirurgie pourrait être reportée, si l'accès au bloc est restreint (niveau 3). Une chimiothérapie néoadjuvante ne devrait pas être administrée.
- La SBRT et la TACE peuvent être considérées comme des alternatives pour les cholangiocarcinomes intrahépatiques; aucune alternative de traitement local n'est disponible pour les cholangiocarcinomes distaux.
- Une chimiothérapie adjuvante ne devrait pas être administrée compte tenu du bénéfice mineur de la capécitabine.

Non résécable

- Le traitement systémique standard gemcitabine-cisplatine devrait être privilégié (niveaux 1 et 2).
- Avant de considérer l'administration d'une chimiothérapie de deuxième intention, évaluer la balance entre les bénéfices et les risques.
- La SBRT et la TACE peuvent être considérées comme des alternatives pour les cholangiocarcinomes intrahépatiques.
- Le traitement systémique peut être reconsidéré lorsque les ressources sont limitées (niveaux 3 et 4).

Cancer de l'œsophage thoracique proximal et moyen

Carcinome épidermoïde résécable (cT1-T2N0)

- La chirurgie devrait être reportée après la reprise des services (tous les niveaux).

- Des traitements alternatifs peuvent être considérés :
  - Une prise en charge endoscopique est indiquée s'il s'agit du traitement standard (T1a) ;
  - Une radiochimiothérapie préopératoire peut être réalisée en attente de la chirurgie. Le protocole CROSS est privilégié. En présence d'une réponse complète, une surveillance active pourrait être faite. En présence de maladie résiduelle, une chirurgie devrait être envisagée dans les plus brefs délais. La dose de radiothérapie pourrait être ajustée à 50 Gy, même en préopératoire advenant une incertitude prolongée sur l'accès au bloc opératoire.

<u>Adénocarcinome résécable (cT1-T2N0)</u>

- La chirurgie est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1 et 2).
- Une prise en charge endoscopique est indiquée s'il s'agit du traitement standard (T1a).
- Si l'accès au bloc opératoire est limité (niveau 3), le report des interventions est indiqué. Une radiochimiothérapie préopératoire (CROSS) avec un report de la chirurgie jusqu'à 3 mois est acceptable. La dose de radiothérapie pourrait être ajustée à 50 Gy, même en préopératoire, advenant une incertitude prolongée sur l'accès au bloc opératoire.

<u>Stades localement avancés (cT3-T4 ou cN1-3 M0)</u>

- Un traitement néoadjuvant est le traitement standard et il devrait être administré en fonction des ressources disponibles.
  - Pour les carcinomes épidermoïdes :
    - Une radiochimiothérapie radicale (dose de radiothérapie à 50 Gy) peut être envisagée en favorisant le régime de chimiothérapie carboplatine-paclitaxel comme dans le protocole CROSS (moins toxique que cisplatine-5-FU). Effectuer le suivi clinique approprié après la radiochimiothérapie, en réservant la chirurgie comme traitement de sauvetage.
  - Pour les adénocarcinomes :
    - Une radiochimiothérapie préopératoire (CROSS) est indiquée. La dose de radiothérapie pourrait être ajustée à 50 Gy, même en préopératoire advenant une incertitude prolongée sur l'accès au bloc opératoire (niveau 3). La chirurgie est le traitement standard pour les adénocarcinomes et elle devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1 et 2). La chirurgie devrait être effectuée dans un délai maximal de 3 mois.

T4Nx non résécable ou mauvais candidat à la chirurgie

- Une radiochimiothérapie définitive (50 Gy) doit être considérée, si la maladie est localisée mais non résécable. Une chimiothérapie avec carboplatine-paclitaxel devrait être considérée comme dans le protocole CROSS (moins de toxicité).
- Les traitements de chimiothérapie palliative (privilégier le protocole FOLFIRI ou FOLFOX) peuvent être considérés en fonction de l'état du patient et du niveau de pandémie. Considérer la radiothérapie palliative (favoriser l'hypofractionnement), si le patient est symptomatique (exemple : dysphagie), mais qu'il n'est pas candidat à une radiothérapie définitive avec fractionnement standard.

Cancer de l'œsophage distal et de la jonction gastro-œsophagienne

cT1N0

- La chirurgie est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1-2).
- Si l'accès au bloc opératoire est limité (niveaux 3 et 4), le report des interventions est indiqué. Une chimiothérapie périopératoire ou une radiochimiothérapie néoadjuvante ou radicale peuvent être considérées :
  - Le protocole CROSS (dose de 50 Gy) pourrait permettre de retarder la chirurgie de 2 à 3 mois ;
  - Le protocole FLOT pourrait permettre de retarder la chirurgie de 2 à 3 mois ;
  - Le passage d'un protocole à un autre ne doit pas être considéré.

cT2+ et/ou N+

- Un traitement néoadjuvant est le traitement standard et devrait être administré en fonction des ressources disponibles.
- Une chimiothérapie périopératoire ou une radiochimiothérapie néoadjuvante ou radicale devraient être considérées :
  - Le protocole FLOT (amélioration plus rapide de la qualité de vie chez les patients en bon état général, moins de visites à l'hôpital) et le protocole CROSS (possibilité d'œsophagite, mais mieux toléré pour les patients plus frêles) peuvent être considérés ;
  - Le protocole CROSS (dose de 50 Gy) pourrait permettre de retarder la chirurgie de 2 à 3 mois ;
  - Le protocole FLOT pourrait permettre de retarder la chirurgie de 2 à 3 mois ;
  - Le passage d'un protocole à un autre ne doit pas être considéré.
- Pour les patients en cours de traitement, évaluer s'il est préférable de continuer avec le protocole FLOT ou avec une chimiothérapie moins agressive (diminuer la

dose, enlever une des chimiothérapies) en fonction de la toxicité, si la chirurgie devait être retardée.

Cancer de l'estomac

cT1-N0

- La chirurgie est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1 et 2).
- Si l'accès au bloc opératoire est limité (niveaux 3 et 4), le report des interventions est indiqué. Une chimiothérapie périopératoire pourrait être considérée. Le protocole FLOT pourrait permettre de retarder la chirurgie de 2 à 3 mois.

cT2-4 et/ou N+

- Un traitement périopératoire avec le protocole FLOT est le traitement standard et il devrait être privilégié, si possible, en raison de l'ampleur du bénéfice de survie, en ajoutant des facteurs de croissance des granulocytes pour diminuer les risques de complications d'emblée. La chirurgie devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1-2).
- Si le traitement néoadjuvant n'a pas pu être administré, le protocole CapOX devrait être privilégié en thérapie adjuvante par rapport à un traitement de radiochimiothérapie (MacDonald).

Cancers métastatiques d'origine gastrique, de la jonction gastroœsophagienne et de l'œsophage

- En première intention de traitement, le protocole CAPOX devrait être privilégié (voie orale, peut toutefois parfois être difficile en raison de la dysphagie), bien que FOLFOX et FOLFIRI restent de bonnes options (+ trastuzumab si HER-2 +).
- Les autres intentions de traitement devraient être envisagées en fonction de l'état du patient. Si le bénéfice estimé est modeste, évaluer les risques et les bénéfices dans le contexte de risque accru d'infection sérieuse. Reporter un traitement de quelques semaines peut être la solution à privilégier pour éviter les déplacements et les contacts sociaux.
- Une radiothérapie doit être considérée pour la palliation de symptômes comme la dysphagie, le saignement et la douleur. Des traitements hypofractionnés sont à privilégier.
- Les traitements sont à évaluer au cas par cas pour les patients très symptomatiques (niveaux 3 et 4).

Tumeurs neuroendocrines (TNE)

TNE bien différenciées de faible grade (G1 et G2)

- La chirurgie à visée curative peut être reportée (délai ne dépassant pas 3 mois, tous niveaux). Un traitement aux analogues de la somatostatine (octréotide ou lanréotide) devrait être envisagé, si la chirurgie est retardée.

TNE bien différenciée de haut grade (G3)

- Lorsque la chirurgie est le traitement standard, elle devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1 et 2).
- Un traitement aux analogues de la somatostatine (octréotide ou lanréotide) est indiqué en attente de la chirurgie, si l'accès au bloc opératoire est limité (niveaux 3 et 4).
- Si la tumeur ne peut être réséquée, une chimiothérapie orale (Capécitabine/Temolozomide) pourrait être administrée sans délai (niveaux 1 et 2) (indication non inscrite aux listes de médicaments).

Carcinome neuroendocrine pauvrement différencié d'origine digestive

- Un traitement par multimodalité (chirurgie/chimiothérapie ou radiochimiothérapie définitive) peut être considéré dans les rares cas de maladie localisée.
- La chimiothérapie systémique est le traitement standard pour les stades IV et elle devrait être administrée, si la condition du patient le permet.

Tumeurs stromales digestives (GIST)

- La chirurgie est le traitement standard et elle devrait être réalisée dans les délais prévus (niveaux 1 et 2). Si l'accès au bloc opératoire est limité (niveaux 3 et 4), un traitement oral (imatinib) est indiqué en attente de la chirurgie pour les lésions de grande taille. Le report de la chirurgie présente le risque que la lésion devienne non résécable ou qu'elle demeure résécable, mais implique la résection d'un plus grand nombre de structures intra-abdominales.
- Pour les cas de GIST jugés non urgents (sans saignement ou obstruction) pour lesquels la résécabilité ne semble pas compromise à court terme, le délai chirurgical pourrait être étendu de 4 à 6 semaines. Pour les GIST gastriques de 2 cm ou moins, une observation seule pendant la période de pandémie avec nouvelle évaluation par la suite devrait être favorisée plutôt qu'une chirurgie immédiate.

Document élaboré par :

Dr Jamil Asselah, oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Dre Francine Aubin, hématologue et oncologue médical, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dre Laurence Bernier, radio-oncologue, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL) / Hôtel-Dieu de Québec (HDQ)

Dr Alexis Bujold, radio-oncologue, CIUSSS Est-de-l'Île-de-Montréal/Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Dr Félix Couture, hématologue et oncologue médical, CHU de Québec – UL / HDQ

Dr Normand Gervais, chirurgien oncologue, CISSS du Bas-Saint-Laurent / Centre hospitalier régional du Grand-Portage

Dr Jean-François Ouellet, chirurgien oncologue, CHU de Québec – UL / HDQ

Dr Benoit Samson, hématologue et oncologue médical, CISSS de la Montérégie-Centre / Hôpital Charles-Le Moyne

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, Programme québécois de cancérologie (PQC), MSSS

Mme Anne-Julie Rancourt-Poulin, conseillère, PQC

Dre Laurence Eloy, médecin-conseil, PQC

Mme Caroline Riou, conseillère, PQC

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, PQC

Avec la collaboration de :

Mme Camille Lehuédé, professionnelle scientifique, Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

M. Jim Boulanger, coordonnateur scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

Santé et Services sociaux Québec

Recommandations pour la priorisation des patients en contexte de pandémie de COVID-19 – Volet Cancers ORL / tête et cou

Recommandations en date du 15 avril 2020

Mise en contexte pour tous les sièges de cancer

Même en sachant que certains cancers ont une évolution plus lente, certains autres sont à traiter rapidement, de façon interdisciplinaire, avec des traitements systémiques intraveineux ou per os (voie orale), une chirurgie et de la radiothérapie.

Le but de ces travaux est de mieux orienter les équipes de soins sur ce qui devra être maintenu, délesté ou adapté dans un contexte où le système ne permettrait qu'un accès limité. Étant conscients que l'accès tant aux traitements systémiques, à la chirurgie qu'à la radiothérapie sera affecté, la concertation et le travail en équipe sont plus que jamais impératifs.

Certains milieux seront plus affectés que d'autres, selon la propagation des cas de COVID-19. L'objectif est de s'assurer que chaque personne puisse bénéficier du traitement le plus adéquat possible malgré la crise. De plus, ces consensus visent à assurer que lorsque la pandémie sera terminée et que les activités reprendront un rythme normal, les priorisations des patients qui attendaient un traitement soient aussi respectées dans un souci d'équité.

Les patients atteints de cancer et âgés de plus de 60 ans et/ou porteurs de multiples comorbidités (ou ECOG > 2) doivent faire l'objet d'une attention particulière pendant cette pandémie et éviter au maximum tout risque de contamination compte tenu de leur risque majoré de complication respiratoire et de décès. **Le bénéfice et le risque des traitements doivent être réévalués dans ce contexte de pandémie.**

Le présent guide a été réalisé par un comité d'experts en contexte d'urgence sanitaire. Il est basé sur la documentation disponible au moment de sa publication et est adapté à la réalité québécoise. Ces recommandations sont des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et elles pourraient ne pas répondre à toutes les situations. Le jugement clinique s'impose.

De plus, si l'indication clinique ne figurait pas dans ce document, les cliniciens continuent la pratique selon les recommandations en vigueur dans leur établissement. Des mises à jour de ces recommandations sont à prévoir selon l'évolution de la situation. La présentation à un comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) est fortement encouragée afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique en tenant compte des risques et des bénéfices.

Ces recommandations sont modulées en fonction de la priorité clinique et leur application doit tenir compte du niveau d'activités en cancérologie lorsqu'applicable. Une description des niveaux d'activités figure d'ailleurs dans le document : « Plan de délestage et niveaux d'activités en cancérologie en situation de pandémie COVID-19 ». Elles sont complémentaires aux diverses directives cliniques émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles aux liens suivants :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cancerologie/

Considérations générales applicables à tous les sièges de cancer

- Il est de la responsabilité du programme de cancérologie de chaque établissement de prévoir du soutien psychosocial pour toutes les personnes qui voient leur traitement et investigation retardés afin de diminuer autant que possible l'anxiété associée.
- Chaque programme de cancérologie doit mettre en place une vigie pour les patients traités pendant cette période afin de s'assurer :
  - D'un suivi approprié au cours et à la fin de la pandémie ;
  - Que les délais ne seront pas excessifs ;
  - Qu'il n'y a pas de progression ou d'apparition de nouveaux symptômes durant cette période d'attente ;
  - Que le patient puisse rejoindre facilement un membre de l'équipe s'il y avait changement de son état ;
  - Répertorier les patients pour lesquels une alternative de traitement non conventionnel a été offerte.
- Une discussion du niveau de soins et des alternatives thérapeutiques prenant en considération les risques liés aux traitements et à la pandémie COVID-19 devrait avoir lieu avec chaque patient et documentée au dossier médical selon les procédures applicables dans les établissements.
- En cas de report d'un traitement chirurgical, de traitements systémiques ou de radiothérapie, les patients doivent être réévalués périodiquement afin de s'assurer de l'absence de progression.
- Bien que des alternatives thérapeutiques non standard soient parfois proposées dans les recommandations, celles-ci devraient être réservées à des cas particuliers et uniquement offertes sur recommandation d'un CDTC en tenant compte de la disponibilité des ressources (traitement standard non accessible) de même que des risques et des bénéfices des traitements en contexte de pandémie COVID-19.

Méthodologie pour l'élaboration des recommandations spécifiques aux cancers ORL

Dans un premier temps, une recension sommaire des principales lignes directrices et prises de position par des associations et sociétés savantes en lien avec la priorisation des soins en contexte d'urgence sanitaire a été effectuée par les professionnels de l'INESSS (l'avis sera disponible sur le site de l'INESSS : https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html). Un comité d'experts québécois spécialisés en cancers ORL a par la suite été formé pour discuter des informations extraites de la littérature et formuler, par consensus, des recommandations en lien avec la priorisation des soins. Le présent document a également été approuvé par les membres du sous-comité clinique COVID-19 en cancérologie et adopté par le Programme québécois de cancérologie.

Considérations générales relatives aux cancers ORL

Les recommandations proposées dans ce document constituent des exemples d'alternatives pouvant être considérées dans un contexte de pandémie et ne remplacent pas le jugement clinique. Chaque cas devrait être évalué dans son contexte et les cas incertains devraient être discutés au Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) afin de déterminer la meilleure approche thérapeutique à préconiser en tenant compte des risques et des bénéfices.

Prise en charge en cas de suspicion

- Privilégier une première rencontre par téléconsultation.
- Les patients susceptibles d'être atteints d'un cancer ORL/tête et cou (priorité B de l'accès priorisé aux services spécialisés) devraient être pris en charge en priorité. En tenant compte du risque de contagion, évaluer la possibilité de tenir une consultation en présentiel.
- Les consultations conjointes avec l'oto-rhino-laryngologiste, l'oncologue médical et le radio-oncologue peuvent encore se faire. Cependant, en règle générale, un seul médecin doit être dans la même pièce que le patient.
- Si une rhino-pharyngo-laryngoscopie sur écran est jugée nécessaire pour éviter une répétition inutile des procédures, plus d'un médecin peut être présent, à condition de respecter les mesures de protection individuelle en vigueur. Alternativement, les consultations avec l'un et l'autre de ces spécialistes devraient avoir lieu le même jour pour limiter les déplacements pour le patient.
- Pour les personnes dont le risque d'être atteint d'un cancer ORL/tête et cou est faible, la consultation devrait être reportée. Le patient devrait être informé des

coordonnées de la personne à contacter pour rapporter tout changement relatif à son état de santé.

- Durant la pandémie, afin d'éviter les délais indus, chaque médecin devrait se doter d'un mécanisme de suivi des patients en investigation et réviser fréquemment l'ensemble des cas afin d'apporter des ajustements relatifs à la priorisation des examens.

Diagnostic / stadification

- Limiter les investigations aux modalités nécessaires à une prise de décision en matière de traitement. Les interventions supplémentaires devraient être limitées aux situations d'absolue nécessité (exemples : évaluation/extraction dentaire, gastrostomie endoscopique percutanée).
- Si possible, organiser les tests d'investigation et les consultations en présentiel de façon à ce que le patient passe le moins de temps possible à l'hôpital.
- La rhino-pharyngo-laryngoscopie, l'endoscopie nasale rigide et la laryngoscopie flexible sont considérées comme des procédures médicales générant des aérosols; l'équipement de protection individuelle approprié doit être utilisé pendant ces procédures.
- L'endoscopie des voies aérodigestives supérieures ne devrait être réalisée que lorsqu'absolument nécessaire. Le personnel ne doit pas utiliser d'atomiseur pour l'anesthésie et la décongestion.
- Pour les patients qui sont testés positifs pour la COVID-19 ou qui ont des symptômes, l'examen devrait se faire dans une pièce à pression négative par le médecin traitant ou un sénior en formation, et avec l'équipement de protection individuel approprié (https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19).
- Favoriser la photodocumentation lors des examens afin de ne pas avoir à les répéter inutilement.

CDTC

- Les CDTC doivent être maintenus, par téléconférence, avec des outils assurant la confidentialité des échanges.
- Les décisions impliquant le recours à des alternatives thérapeutiques non conventionnelles devraient être discutées/corroborées avec l'équipe d'un centre surspécialisé. À cet effet, favoriser les CDTC communs entre centres.
- Tenir un registre des patients pour qui une alternative thérapeutique non conventionnelle est retenue.

Traitements : éléments généraux

- La décision de procéder au traitement (chirurgie, radiothérapie et/ou traitement systémique) doit prendre en compte le risque pour le patient de contracter la COVID-19 selon le fardeau de la maladie de l'établissement, en particulier pour les personnes les plus à risque de conséquences graves (≥ 70 ans, maladie cardiaque, maladie pulmonaire, diabète).
- La stratégie envisagée en matière de traitement doit être discutée avec le patient (consentement éclairé), de même que la notion de niveau de soins (intensité thérapeutique).
- Pour les patients chez qui une trachéotomie doit être pratiquée, un filtre HME devrait être fourni afin de limiter les aérosols (actuellement non remboursé au Québec).
- Les interventions chirurgicales auprès de patients testés positifs pour la COVID-19 devraient seulement se faire dans les cas d'urgence, dans une salle dédiée. Seul, le personnel essentiel doit participer à l'opération et il doit porter l'équipement de protection individuelle approprié.

Priorisation des traitements

- Priorisation de niveau A - traitement urgent :
    - Cas d'obstruction des voies aérodigestives supérieures ;
    - Cas d'hémorragie.
- Priorisation de niveau B - traitement ne pouvant pas être retardé plus de 4 à 6 semaines*****, sous peine d'une diminution significative du pronostic vital ou d'une atteinte fonctionnelle majeure et permanente :
    - Cancers des voies aérodigestives supérieures de stades III-IVA/B (TNM, édition 7 de l'AJCC (American Joint Committee on Cancer)) ;
    - Cancer avec atteinte imminente des voies respiratoires ;
    - Cancer des glandes salivaires de haut grade ou progressif ;
    - Cas nécessitant une chirurgie de sauvetage pour une maladie récidivante/persistante.
- Priorisation de niveau C : traitement pouvant être retardé > 4-6 semaines*****, avec suivi :
    - Cancers des voies aérodigestives supérieures de stades T1-T2N0 ;
    - Cancer de la thyroïde bien différencié, sans métastases ;
    - Tumeur des glandes salivaires de bas grade.

*** Dans l'éventualité où les délais devaient se prolonger, les cas visés devraient être présentés à nouveau au CDTC pour une révision du niveau de priorité afin de prévenir toute détérioration du pronostic.**

Autres considérations

- Lorsqu'un traitement est envisagé, il faut s'assurer que les ressources soient disponibles pour compléter toute la trajectoire de traitement (exemple : chimioradiothérapie possible après certaines chirurgies majeures).
- Lorsque les ressources d'un centre ne sont pas disponibles pour entreprendre un traitement, envisager la possibilité de transférer le patient vers un centre de référence possédant les ressources nécessaires.
- En fonction des ressources disponibles, la priorisation pourrait différer de l'approche par niveau de priorisation (exemple : résection de certaines tumeurs de petite taille en chirurgie d'un jour lorsque le nombre de lits est limité).
- Les tumeurs des voies aérodigestives supérieures de stades T3-T4 peuvent nécessiter qu'une trachéotomie soit pratiquée. Or, le risque d'infection au coronavirus dans cette situation est accru. Porter une attention particulière à ces cas pour éviter que la trachéotomie ne doive être pratiquée en urgence, avec moins de préparation.

Alternatives thérapeutiques

- Généralités
  - Les alternatives thérapeutiques pour lesquelles le niveau de données probantes d'efficacité est le plus élevé doivent être offertes en premier, tout en tenant compte des principes visant à limiter la propagation du coronavirus et les complications possibles ;
  - Les patients doivent être informés quant à la nécessité d'avoir recours à une alternative thérapeutique.
- Chirurgie
  - Favoriser les alternatives non chirurgicales à la chirurgie lorsque les résultats oncologiques attendus sont similaires. Envisager la chimioradiothérapie lorsqu'appropriée ;
  - Le recours à la chirurgie robotique (TORS) pour le traitement des cancers de l'oropharynx est déconseillé ;
  - Selon la situation clinique et la disponibilité des ressources, adapter le plan chirurgical pour diminuer la durée d'intervention. Autant que possible :
    - Favoriser la chirurgie d'un jour ;
    - Limiter la durée de séjour hospitalier ;

        - Éviter le recours aux soins intensifs postopératoires ;
        - Éviter la trachéostomie ;
        - Limiter les reconstructions complexes (ne pas reconstruire ou utiliser un lambeau régional).
- Radiothérapie
    - Pour les stades I et II, favoriser la radiothérapie et ne réserver les traitements combinés que pour les situations à haut risque pendant la pandémie ;
    - Favoriser les protocoles qui réduisent la durée de l'ensemble du traitement. La surimpression (boost) intégrée simultanée et l'hypofractionnement sont encouragés.
- Traitements systémiques
    - Chimiothérapie d'induction
        - Envisager pendant la pandémie d'omettre la chimiothérapie d'induction à base de cisplatine en raison de la toxicité hématologique potentielle ;
        - Envisager d'omettre le docetaxel (protocole PF au lieu du TPF) en prenant en considération les risques de la chimiothérapie en période de COVID-19;
        - Envisager des choix de séquence de traitement moins toxique en diminuant le nombre de modalités (exemple : chimioradiothérapie ou chirurgie d'emblée si possible).
    - Chimioradiothérapie
        - Envisager d'omettre la chimiothérapie pour les patients âgés ≥ 70 ans et pour ceux moins âgés présentant des comorbidités comme le diabète et les maladies cardiovasculaires (facteurs de risque en cas d'infection au coronavirus) ;
        - Chez les patients atteints d'un cancer tête et cou de stade III ou IV pour qui un traitement de chimioradiothérapie est indiqué, si la chimiothérapie à base de platine est jugée trop risquée, envisager d'abord de la remplacer par le cétuximab, si cela était approprié (indication reconnue au Québec chez certains cas particuliers; l'indication pourrait être étendue aux sites autres que l'oropharynx si jugé approprié après discussion avec l'équipe d'un centre de référence) :
        - Exceptionnellement, la chimiothérapie pourrait être remplacée par le pembrolizumab après discussion avec l'équipe d'un centre de référence (indication non évaluée par l'INESSS, thérapie expérimentale émergente; intérêt principalement pour les jeunes patients pour qui le cétuximab est jugé non approprié).
    - Traitements systémiques en intention palliative

- Pour certains patients atteints d'une maladie stable et peu symptomatique, envisager de reporter le traitement, en considérant les risques et les bénéfices ;
- Pour les patients atteints d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou de stade métastatique ou localement avancé, sans possibilité de traitement local, le pembrolizumab pourrait exceptionnellement remplacer le traitement à base de sels de platine en première intention de traitement (indication non évaluée par l'INESSS) ;
- L'espacement entre les doses de nivolumab devrait être de 4 semaines, si ce n'est déjà la pratique en place; celui entre les doses de pembrolizumab devrait être de 6 semaines (s'applique seulement si administré en intention palliative).

Suivi après le traitement

- En l'absence de symptômes, privilégier la téléconsultation pour le suivi, autant que possible.
- Accorder la priorité aux patients en phase post-traitement immédiate (4 premières semaines) et envisager des intervalles plus longs entre les suivis dès que possible.
- Limiter les examens de suivi (exemple : imageries), autant que possible.
- En présence de symptômes, la consultation en présentiel est nécessaire, particulièrement pour les patients qui peuvent bénéficier d'un traitement de sauvetage.

Document élaboré par :

Dre Nathalie Audet, oto-rhino-laryngologiste et chirurgienne cervico-faciale, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL) / Hôpital de l'Enfant-Jésus

Dr Nathaniel Bouganim, oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill (CUSM) – Site Glen

M. Frédéric Côté, infirmier pivot en oncologie pour les cancers ORL et cancer de la thyroïde, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dr Mathieu Leclerc, radio-oncologue, CHU de Québec – UL / Hôtel-Dieu de Québec

Dr Luc Monet, oto-rhino-laryngologiste et chirurgien cervico-facial, Polyclinique de l'oreille, Gatineau

Dr Phuc Felix Nguyen-Tan, radio-oncologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Dr Denis Soulières, hématologue, oncologue médical, pédiatre, CHUM

Mme Chantale Dumont, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC)

Mme Sara Vaillancourt, conseillère, PQC

Mme Mélanie Morneau, directrice de l'offre de soins et de services en cancérologie, PQC

Avec la collaboration de :

M. Gino Boily, professionnel scientifique, Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

M. Jim Boulanger, coordonnateur scientifique de l'Unité d'évaluation en cancérologie, INESSS

Émission :	24-11-2020	Mise à jour :	-

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-011

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

Directive sur les tests de dépistage ÉVAQ

Première diffusion

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

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

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

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

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

Émission :	24-11-2020	Mise à jour :	-

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-011

Directive

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

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

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.

Émission :	28-09-2020	Mise à jour :	24-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-002.REV1

Catégorie(s) :
- ✓ Milieu de vie
- ✓ Gradation des mesures
- ✓ Paliers d'alerte
- ✓ DP-DI-TSA

Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte – hébergement en DP-DI-TSA

Cette directive remplace les directives DGPPFC-002, DGPPFC-003 et DGPPFC-004 émises le 28 septembre 2020

Expéditeur :	**Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)**
Destinataire :	Tous les CISSS et les CIUSSS • Directeurs des programmes en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

Directive	
Objet :	Directives applicables dans les internats, foyers de groupe, ressources ou résidences à assistance continue et unités de réadaptation comportementale intensive. Recommandations pour les logements communautaires ayant une entente avec le RSSS en vertu de l'article 108 de la LSSS.
Mesures à implanter :	Cette directive est issue de l'intégration des directives DGPPFC-003 et DGPPFC-004 à la directive DGPPFC-002. Les directives sanitaires sont établies, selon les paliers d'alerte, en fonction de deux principaux éléments : • Les facteurs de vulnérabilité à la COVID-19 des personnes d'un même milieu de vie; • L'organisation de services du milieu de vie

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Boîte corporative de la Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique : DPDITSA@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte – hébergement en DP-DI-TSA

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe
Chantal Maltais

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Version : 2020-10-02 (20-MS-07435-45)
Mise à jour : 2020-10-02 (20-MS-07435-45)

COVID-19: Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

Hébergement en DP-DI-TSA

Directives applicables dans les internats, foyers de groupe, ressources ou résidences à assistance continue et unités de réadaptation comportementale intensive

Recommandations pour les logements communautaires ayant une entente avec le RSSS en vertu de l'article 108 de la LSSS

N.B.

- Il revient aux directions de santé publique régionales de déterminer le niveau applicable à chaque région.

Les directives sanitaires applicables aux différents milieux de vie sont établies en fonction de deux principaux éléments :

- Les facteurs de vulnérabilité à la COVID-19 des personnes d'un même milieu de vie;
- L'organisation de services du milieu de vie (milieu de vie similaire à une cellule familiale ou non, nombre de personnes différentes qui offrent les services aux usagers, le nombre potentiel de visites).

N.B. Si des personnes vulnérables à la COVID-19 vivent dans le milieu ou si l'usager lui-même l'est, une évaluation du risque doit être réalisée pour protéger le milieu, en concertation avec la PCI de l'établissement. Les directives pourraient alors être ajustées.

Les facteurs de vulnérabilité concernant la complication à la COVID-19 reconnus à ce jour sont les suivants:

- Personnes de 70 ans et plus
- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosupression.pdf)
- Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. (référer à la page 4 de cet avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf)
- Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40);
- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

	Nouvelle normalité	Mesures additionnelles			
Mesures	**Palier d'alerte 1**	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Isolement préventif / Isolement ou Éclosion** (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Accès au milieu (visites et sorties) : 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).					
Personnes proches aidantes (PPA)[1]					
À l'intérieur du milieu dans la chambre	Permis maximum 10 personnes à la fois*, sans dépasser 2 PPA à la fois à la chambre + se référer aux directives	Permis maximum 10 personnes à la fois, sans dépasser 2 PPA à la fois à la chambre + se référer aux directives	Permis 2 PPA à la fois à la chambre + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis 1 PPA à la fois + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis 1 PPA à la fois + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs

[1] Personne proche aidante : Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, dans un cadre informel et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple, l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou l'organisation des soins.

COVID-19: Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

	pour les visites pour les soins palliatifs	pour les visites pour les soins palliatifs			
À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex : salon, salle à manger, etc.)	Permis maximum 10 personnes à la fois*, fortement recommandé que les PPA soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distance physique de 2 mètres	Permis maximum 10 personnes à la fois*, fortement recommandé que les PPA soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distance physique de 2 mètres	Non-permis sauf pour circuler à la chambre et le port du masque ou un couvre visage est obligatoire	Non-permis sauf pour circuler à la chambre et le port du masque ou un couvre visage est obligatoire	Non permis
Sur le terrain du milieu de vie (Nombre de PPA total à l'extérieur)	Permis maximum 10 personnes à la fois*, fortement recommandé que les PPA soient en provenance de maximum 3 ménages	Permis maximum 10 à la fois*, fortement recommandé que les PPA soient en provenance de maximum 3 ménages	Permis maximum 6 à la fois*, fortement recommandé que les PPA soient en provenance de maximum 2 ménages pour tout le milieu d'hébergement	Permis 1 PPA à la fois	Isolement préventif ou isolement : Non permis Éclosion localisée : Non Permis sauf si autorisation de l'équipe PCI
Accompagner l'usager à l'extérieur du terrain (ex. marche)	Permis	Permis	Permis	Non permis	Non permis pour ceux qui sont en isolement préventif ou isolement Non permis si éclosion sauf si autorisation de l'équipe PCI (unité ou étage distinct)
Visiteurs[2] (en respectant le nombre maximal de personnes pour les rassemblements privés)					
À l'intérieur du milieu dans la chambre	2 personnes à la fois dans la chambre	2 personnes à la fois dans la chambre	Compenser par autres moyens (ex. : téléphonique) et limiter la fréquence pour des raisons humanitaires seulement	Non permis + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Non permis sauf si autorisation de l'équipe PCI + se référer aux directives de soins palliatifs
À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex : salon, salle à manger, etc.) (Nombre de visiteurs total dans le milieu)	Permis maximum 10 à la fois*, fortement recommandé que les visiteurs soient en provenance d'un maximum de 3 ménages	Permis maximum 10 à la fois*, fortement recommandé que les visiteurs soient en provenance d'un maximum de 3 ménages	Permettre le passage pour accéder à la chambre de sa famille et porter le masque obligatoirement	Non permis + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Non permis + se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs
Sur le terrain du milieu (Nombre de visiteurs total)	Permis maximum 10 personnes à la fois*, fortement recommandé que les visiteurs soient en provenance d'un maximum de 3 ménages	Permis maximum 10 à la fois*, fortement recommandé que les visiteurs soient en provenance d'un maximum 3 ménages	Permis maximum 6 personnes à la fois*, fortement recommandé que les visteurs soient en provenance de maximum 2 ménages pour tout le milieu d'hébergement	Non permis	Non permis
Accompagner l'usager à l'extérieur du terrain (ex. marche)	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Professionnels :	Permis	Permis	Favoriser la consultation/l'intervention à distance	Favoriser la consultation/l'intervention à distance sinon services essentiels seulement	Favoriser la consultation/l'intervention à distance sinon services essentiels seulement

[2] Visiteurs : toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. Il peut également s'agir d'une personne non connue de l'aidé. De plus, pour les visiteurs qui proviennent d'une région n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, les directives du palier d'alerte les plus contraignantes s'appliquent.

COVID-19: Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

- réguliers de l'équipe interdisciplinaires (ergothérapeute, physiothérapeute, TS, nutri, etc.) - de la santé et des services sociaux de l'établissement (SSS) (ex. : éducateur, ergothérapeute, infirmière, etc.) - hors établissements (ex. : dentistes, orthésistes, podologue, etc.)			sinon ajuster la fréquence selon les besoins En RAC/URCI : ajuster la fréquence selon les besoins	En RAC/URCI : professionnels réguliers et SSS : ajuster la fréquence selon les besoins	
Personnel engagé (ex : coiffure, soins des pieds, etc.)	Permis	Permis	Favoriser la consultation/l'intervention à distance sinon ajuster la fréquence selon les besoins	Services essentiels seulement et application rigoureuse des mesures PCI	Non permis
Bénévoles	Permis	Permis	Compenser par des moyens alternatifs	Compenser par des moyens alternatifs	Non permis
Travailleurs pour construction, rénovation ou réparation	Permis	Permis	Permis pour terminer les travaux déjà débutés ou essentiels	Non permis, sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité	Non permis, sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité
Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS)	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis
Visites par Agrément Canada	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Visites du processus de contrôle de la qualité des services (RSSS)	Permis	Permis	Permis, seulement pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents	Permis, seulement pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents	Non permis
Livraison pour les usagers (nourriture, achats, etc.) et biens apportés par les familles	Permis	Permis	Permis avec mécanisme sécuritaire pour la livraison (comprenant notamment la désinfection de l'emballage ou du contenant) ou un délai de 72 heures	Permis avec mécanisme sécuritaire pour la livraison (comprenant notamment la désinfection de l'emballage ou du contenant) ou un délai de 72 heures	Permis avec mécanisme sécuritaire pour la livraison (comprenant notamment la désinfection de l'emballage ou du contenant) ou un délai de 72 heures
Surveillance					
Registre de toutes les personnes qui entrent	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Vigie des symptômes des personnes qui entrent	Auto déclaration des symptômes	Auto déclaration des symptômes	Auto déclaration des symptômes	Auto déclaration des symptômes	Auto déclaration des symptômes
Supervision mesures PCI des visiteurs, bénévoles, etc.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Résidents/usagers					
Hébergement temporaire dans le milieu (ex. : lits de répit, dépannage, convalescence)	Permis	Permis	Non permis – sauf pour urgence et avec isolement préventif 14 jours avant l'intégration dans le milieu	Non permis En RAC/URCI : pour urgence seulement et avec isolement préventif 14 jours avant l'intégration dans le milieu	Non permis – sauf pour urgence et avec isolement préventif 14 jours

Version : 2020-10-02 (20-MS-07435-45)

Mise à jour : 2020-10-02 (20-MS-07435-45)

COVID-19: Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

Transfert vers une autre ressource d'hébergement	Permis	Permis	Non permis – sauf pour urgence et avec isolement préventif 14 jours avant l'intégration dans le milieu	Non permis – sauf pour urgence et avec isolement préventif 14 jours avant l'intégration dans le milieu	Non permis – sauf pour urgence et avec isolement préventif 14 jours
Accompagnement par des proches lors de l'admission du résident/usager	Permis, à appliquer en conformité à la mesure visant PPA	Permis, à appliquer en conformité à la mesure visant les PPA	Permis, à appliquer en conformité à la mesure visant les PPA	Permis, à appliquer en conformité à la mesure visant les PPA	Permis, à appliquer en conformité à la mesure visant les PPA
Isolement préventif à la chambre (ex. : non-respect des consignes)	Seulement si symptômes	Seulement si symptômes	Seulement si symptômes	Seulement si symptômes	Seulement si symptômes
Surveillance des symptômes des résidents/usagers	Quotidien	Quotidien	Quotidien	Quotidien	Quotidien
Soins et services de base (habillage, hygiène, lever, transferts, etc.)	En respect des mesures PCI	En respect des mesures PCI	En respect des mesures PCI	En respect des mesures PCI	En respect des mesures PCI
Repas :					
Salle à manger	Permis	Permis	Permis en réduisant le nombre d'usagers en même temps, augmenter les heures de repas, respecter concept de bulle	Permis en réduisant le nombre d'usagers en même temps, augmenter les heures de repas, respecter concept de bulle.	Non permis
À la chambre	Seulement si au plan d'intervention	Seulement si au plan d'intervention	Seulement si au plan d'intervention	Seulement si au plan d'intervention	À favoriser Obligatoire pour les personnes en isolement
Activités de loisirs individuelles	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis
Activités de loisirs de groupe	Permis Si 10 usagers/résidents ou plus vivent dans le milieu : distanciation ou respect du concept de bulle	Permis Si 10 usagers/résidents ou plus vivent dans le milieu : distanciation ou respect du concept de bulle	Permis si tous les résidents y sont depuis plus de 14 jours, pas de distanciation nécessaire entre les usagers, respect du concept de bulle (si l'usager a fait un séjour à l'extérieur du milieu, le respect du 14 jours s'applique)	Permis si tous les résidents y sont depuis plus de 14 jours, pas de distanciation nécessaire entre les usagers, respect du concept de bulle (si l'usager a fait un séjour à l'extérieur du milieu, le respect du 14 jours s'applique)	Non permis
Activités visant à prévenir le déconditionnement	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
Marches extérieures	Permises, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager	Permises, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager	Permises, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager	Permises avec supervision	Sur le terrain, sous supervision, si non positif
Activités scolaires et socio-professionnelles (école, stages, travail, activités de jour, etc.)	Permis	Permis, en respect des consignes de la santé publique	Permis, en respect des consignes de la santé publique	Permis, en respect des consignes de la santé publique et de PCI S'il y a des personnes vulnérables à la COVID-19 dans le milieu, évaluer le risque et mettre en place des mesures de distanciation entre l'usager qui participe à ces activités et les personnes vulnérables.	Non permis

Version : 2020-10-02 (20-MS-07435-45)

Mise à jour : 2020-10-02 (20-MS-07435-45)

COVID-19: Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte

Sorties extérieures					
Sur le terrain	Permis : distanciation ou concept de bulles.	Permis : distanciation ou concept de bulles.	Permis : distanciation ou concept de bulles.	Permis : distanciation ou concept de bulles.	Non permis pour les personnes en isolement
À l'extérieur dans la communauté (ex. : courses, rdv médicaux)	Permis	Permis	Non recommandé Limiter la fréquence aux sorties essentielles	Non recommandé Limiter la fréquence aux sorties essentielles	Non permis pour les personnes en isolement
Congé temporaire dans la communauté (plus ou moins de 24 heures)	Permis	Permis	Limiter la fréquence aux sorties essentielles	Non recommandé Favoriser le maintien du lien social par des moyens alternatifs Permettre seulement, en situation exceptionnelle pour préservation de l'intégrité et de la santé de la personne : - si essentiel pour l'usager; - dans une zone de même niveau d'alerte; - chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint).	Non permis pour les personnes en isolement
Personnel/remplaçant/stagiaire					
Personnel/remplaçant/stagiaire dédié au milieu de vie[3]	Recommandé	Recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire	Obligatoire
Personnel/remplaçant/stagiaire dédié à l'étage ou en respectant les différentes zones (chaudes, tièdes, froides)	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire
Recours au personnel d'agence	Permis Mais prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI.	Permis Mais prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI.	En dernier recours si personnel exclusif au milieu de vie et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	En dernier recours si personnel exclusif au milieu de vie et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	En dernier recours si personnel exclusif au milieu de vie et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI
Vigie des symptômes du personnel/remplaçant/stagiaire qui entre dans la ressource	Auto déclaration des symptômes à chaque quart de travail	Auto déclaration des symptômes à chaque quart de travail	Auto déclaration des symptômes à chaque quart de travail	Auto déclaration des symptômes à chaque quart de travail	Auto déclaration des symptômes à chaque quart de travail
Changement de vêtements avant et après chaque quart de travail	Recommandé	Recommandé	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

[3] Doit également être en conformité avec d'autres directives ministérielles ou arrêtés ministériels s'appliquant aux ressources humaines.

Émission :	24-11-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-018

Catégorie(s) :
- ✓ Milieux de vie
- ✓ Milieu de soins

Directive sur la mise en place de décorations de Noël dans les milieux de vie et de soins en cohérence avec l'application des protocoles de prévention et de contrôle des infections (PCI)

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA) DGPPFC**
Destinataire :	- CISSS et CIUSSS • Toutes les directions des programmes-services; • Directeurs de la qualité; • Répondants RI-RTF des établissements. - Hôpital Sainte-Justine - Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James - Associations et organismes représentatifs de RI-RTF - Directeurs généraux des CHSLD privés (PC et PNC) - Associations des établissements privés conventionnés (AEPC) - Association des établissements longue durée privés du Québec (AELDPQ) - Exploitants des RPA - Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA) - Regroupement québécois des OBNL d'habitation (RQOH)

Directive	
Objet :	La présence de décorations de Noël fait partie de nos traditions québécoises associées à la période des fêtes. Cela représente un moyen concret d'égayer les milieux de vie et les milieux de soins des usagers pendant cette période de réjouissance. L'objet de cette directive concerne la présence de décorations de Noël visibles pour les usagers à l'intérieur des milieux de vie (CHSLD, RPA, RI-RTF, RAC internats et foyers de groupe), des milieux de réadaptation en santé physique et en déficience physique, et des milieux de soins. Les mesures à implanter ont été élaborées suivant un avis émis par l'Institut national de santé publique du Québec à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans le contexte actuel, les différents milieux de vie et de soins sont encouragés à décorer, dans le respect de ces mesures à implanter.
Mesures à implanter :	Considérant que la présence de décorations de Noël dans les milieux de vie, les milieux de réadaptation et les milieux de soins représente un risque infectieux faible et que celles-ci auront des effets positifs pour la population, nous sommes d'avis qu'elles peuvent être utilisées pour la prochaine période des fêtes. Voici les recommandations : ✓ Installer les décorations hors de portée des usagers; ✓ Ne pas installer de décorations qui incitent à la manipulation (ex. : peluche musicale activée à l'aide d'un bouton);

	✓ Les surfaces fréquemment touchées doivent être accessibles en tout temps pour le nettoyage et la désinfection; ✓ Le lavage des mains avant et après manipulation notamment lors de l'installation et de la désinstallation des décorations est recommandé; ✓ Si des arbres de Noël sont installés, s'assurer qu'ils ne nuisent pas au respect de la distanciation physique; ✓ Éviter de compromettre la ventilation en obstruant les bouches de ventilation avec les décorations; ✓ Assurer en tout temps le respect des mesures d'hygiène et de salubrité recommandées pour le type de milieu dans les deux documents suivants : ○ https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2910-mesures-gestion-cas-contacts-chsld-covid19.pdf ○ https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2906-mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.pdf

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA) Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés
Documents annexés :	Aucun

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

msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Natalie Rosebush

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

Émission :	07-07-2020	Mise à jour :	27-11-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-015

Catégorie(s) :

- ✓ Trajectoires
- ✓ Milieux de vie
- ✓ Centre hospitalier
- ✓ Milieu de réadaptation
- ✓ NSA

Directive sur les zones tampons

Remplace la directive émise le 7 juillet 2020 (non codifiée)

Expéditeur :	**Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)**
Destinataire :	– Tous les CISSS et les CIUSSS • Toutes les directions des programmes-services • Répondants NSA • Direction des services professionnels • Département régional de médecine générale – Établissements non fusionnés - Établissements COVID-19 désignés

Directive	
Objet :	Des zones tampons ont été créées en raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 dans le monde et de l'augmentation des cas d'infection au Québec. Ces zones sont des lieux transitoires permettant d'accueillir des usagers devant être dans un milieu de vie (centre d'hébergement et de soins de longue (CHSLD), ressource intermédiaire et de type familial (RI-RTF), résidence privée pour aînés (RPA), résidence à assistance continue (RAC) et autres milieux de vie). Elles permettent d'éviter la propagation de la COVID-19 dans ces milieux et d'éviter que certains usagers demeurent en centre hospitalier ou dans une autre ressource spécialisée (notamment des milieux de réadaptation) lorsque ce n'est plus requis. Ces zones tampons ont été instaurées rapidement dans le contexte de la première vague, toutefois force est de constater que cette organisation de soins et de services devra perdurer dans le temps en raison de la présence soutenue du virus dans la communauté.

	La mise à jour des directives sur les zones tampons vise à apporter des précisions afin de rendre plus pérenne cette organisation de soins et services et circonscrire son utilisation. La création de zones tampons ainsi que les consignes à mettre en place peuvent être sujettes à des modifications en fonction de l'évolution de la pandémie. L'amplitude de ces mesures est à adapter selon le portrait local et régional de la pandémie et l'organisation des soins et services en vigueur. La présente directive sur les zones tampons s'inscrit en complémentarité avec les directives suivantes : ○ DGAPA 002 portant sur le plan NSA, ○ DGAPA 005 pourtant sur les trajectoires pour les personnes en provenance d'un centre hospitalier, d'un milieu de réadaptation ou de la communauté vers différents milieux de vie et d'hébergement, ○ DGAPA-010 Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie, ○ DGAPA 011 portant sur le plan de gestion des lits en CHSLD en contexte de pandémie à la COVID-19, ○ DGPPFC 008.REV1 Directives pour prévenir le déconditionnement des personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme ainsi que de celles ayant une problématique de santé physique nécessitant des services de réadaptation fonctionnelle intensive, modérée ou post-aiguë en contexte de pandémie, ○ les différentes directives spécifiques à chaque milieu de vie et d'hébergement.
Mesures à implanter :	○ Les usagers à référer en zone tampon; ○ Une zone tampon peut être dans une installation déjà existante ou être créée dans un site non traditionnel (SNT) selon l'organisation de services du territoire concerné; ○ Les types de zones tampons; ○ Organisation des lieux physiques de la zone tampon selon les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) : mise en place d'une zone chaude et d'une zone tiède; ○ Lors d'un séjour en zone tampon; ○ Personnel de la zone tampon; ○ Gestion des visites en zones tampons. Des précisions sont apportées tout au long du document sur diverses mesures à implanter.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants
Documents annexés :	Aucun

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Natalie Rosebush

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-015

Directive

CONSIGNES POUR LES ZONES TAMPONS

1. La clientèle des zones tampons

- La zone tampon doit être considéré pour la période d'isolement des usagers qui ne peuvent;
  - Demeurer leur milieu de vie en raison de l'incapacité du milieu d'appliquer les consignes présentées dans les directives spécifiques PCI pour leur période d'isolement,
  - Suivre les consignes dans leur milieu de vie (CHSLD, RI-RTF, RPA, RAC).

- Ces personnes peuvent provenir :
  - Directement d'un milieu de vie;
  - Du CH ou d'un milieu de réadaptation avant qu'elles ne soient transférées dans leur milieu de vie antérieur ou nouveau milieu de vie.

- Le transfert de personnes atteintes de la COVID-19 ou suspectées ne peut se faire automatiquement vers une autre ressource (zone tampon ou centre hospitalier), cette décision doit être appuyée sur des critères cliniques pour l'usager. La zone tampon doit être considérée comme la solution de dernier recours.

- Les transitions sans valeur ajoutée pour l'usager doivent être évitées, autant que possible.

- Lorsque la période d'isolement est terminée en zone tampon, l'usager doit être redirigé vers son milieu de vie antérieur ou son nouveau milieu de vie s'il s'agit d'une admission ou une intégration.

- Le passage en zone tampon n'est pas requis :
  - Pour les usagers rétablis[1] depuis moins de trois mois de la COVID-19 à la suite de l'épisode de soins actifs et ceux en provenance de la communauté;

[1] Pour être considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aigüe ou 21 jours pour les usagers ayant été admis aux soins intensifs et 28 jours pour les usagers sous corticostéroïdes ou immunosupprimés pour lever les mesures d'isolement, et ce, pourvu que la personne réponde aux critères cliniques, déjà recommandés pour la levée des mesures d'isolement, soit 48 heures sans fièvre (sans prise d'antipyrétique) et amélioration des symptômes depuis au moins 24 heures (excluant la toux, l'anosmie et l'agueusie résiduelles).

- Pour les usagers pour lesquels le milieu de vie (CHSLD, RI-RTF, RAC ou RPA) ou de réadaptation est adéquat pour respecter les conditions liées à l'isolement ainsi que les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) sont appliquées.

2. Où trouve-t-on des zones tampons ?

- Une zone tampon peut être, selon l'organisation de services du territoire concerné, située:

A) Dans un site traditionnel (ST) soit une installation déjà existante sur le territoire:
- Dans des locaux d'une installation du RSSS n'ayant pas la mission CHSLD, par exemple, une section d'un centre hospitalier non utilisée ou autre local.
- Dans le même immeuble qu'un CHSLD à la condition d'avoir des entrées distinctes pour la zone tampon et que l'on retrouve du personnel dédié.

B) Dans un site non traditionnel (SNT) (ex. dans un hôtel, aréna).

- L'usager dans une zone tampon peut être considéré comme admis ou inscrit, selon le type de zone tampon.

- Une zone tampon est différente d'une zone chaude, tiède et froide qui doivent être mises en place dans des milieux de vie afin de cohorter les usagers selon les pratiques PCI lorsqu'il y a des cas suspectés ou confirmés de COVID-19.

3. Les types de zones tampons

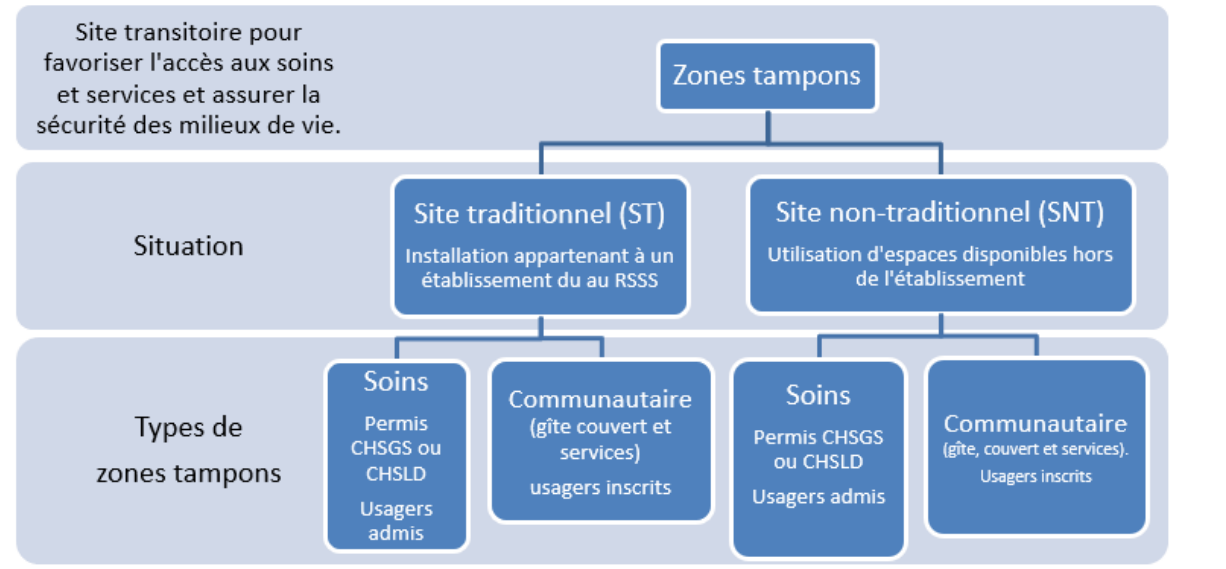
Il existe deux types de zones tampons qui donneront lieu à des permis différents;

A- La zone tampon de type soins et services, où la clientèle est admise, est une ressource d'hébergement transitoire qui offre l'ensemble des services de santé et d'assistances requis par l'usager.

B- La zone tampon de type communautaire, où la clientèle est inscrite, (clientèle RPA, domicile…) est une ressource visant à offrir les services non professionnels (repas, ménage…) et certains services professionnels de base. Les services pharmaceutiques peuvent provenir de la pharmacie communautaire. Les services médicaux peuvent être offerts selon les lettres d'ententes.

Différents types de zones tampons peuvent être créés sur un même territoire, car l'environnement physique doit permettre de répondre aux besoins et caractéristiques de la clientèle.

Schéma zones tampons



4. Organisation des lieux physiques de la zone tampon selon les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) : mise en place d'une zone chaude et d'une zone tiède

- L'organisation des lieux se fera en deux zones distinctes et ne doit pas permettre aux usagers et ni au personnel de circuler d'une zone à l'autre.

Zone tampon

Zone chaude : Sont transférés les usagers testés positifs à la COVID-19 pour lesquels l'isolement prescrit n'est pas possible dans le milieu de vie ou ne sera pas respecté par l'usager dû à son profil clinique. Les usagers demeurent en zone chaude jusqu'à leur rétablissement[1].

Zone tiède : Sont transféré les usagers ayant un test négatif mais qui pourraient développer des symptômes compatibles à la COVID-19 pour lesquels l'isolement préventif de 14 jours prescrit n'est pas possible dans le milieu de vie ou ne sera pas respecté par l'usager en raison de son profil clinique.

- La zone chaude et la zone tiède doivent être distinctes et clairement identifiées (entrées, sorties, zone d'habillage et de déshabillage, aire de repas et de repos, aire de préparation de la médication et entreposage du matériel) afin que les employés de chaque zone ne soient pas en contact entre eux.

- En zone tampon, le personnel doit porter en tout temps le masque de procédure et la protection oculaire. Lors de contacts et de soins directs à l'usager, le personnel doit vêtir la blouse et porter les gants que ce soit en zone chaude ou tiède.

- Les équipements de protection individuelle doivent être disponibles en quantité suffisante et être utilisés de façon adéquate et judicieuse.

5. Lors d'un séjour en zone tampon

- Si possible chaque usager devrait avoir une chambre individuelle avec salle de toilette dédiée en zone tiède de la zone tampon. Ce type d'organisation physique est particulièrement important pour les usagers qui se trouvent dans cette zone pour éviter une possible transmission. L'équipement de protection individuelle contre la transmission gouttelettes-contact (blouse, gants, masque de procédure et protection oculaire) doit être retiré avant de sortir de la chambre afin d'éviter de contaminer l'environnement. Si l'usager développe des symptômes durant son séjour dans la zone tiède, un test de dépistage est requis. En attendant le résultat du test, l'usager demeure en zone tiède.

- Une attention particulière doit être portée aux usagers ayant eu un test de dépistage négatif ayant des comportements d'errance ou n'étant pas en mesure de comprendre les consignes de confinement et les risques de contamination qui doivent être transférés dans une zone tiède. Un accord doit être pris avec la famille pour convenir des mesures à adopter.

- Il est requis de surveiller les signes, les symptômes et les particularités de tous les usagers (pour les personnes âgées, se référer aux annexes afférentes dans la directive CHSLD).

6. Personnel de la zone tampon

- On retrouve du personnel dédié distinctement pour chacune des zones, la chaude et la tiède. On doit limiter le nombre de personnes différentes qui interviennent auprès d'un même résident.
- Le personnel doit être en nombre suffisant pour répondre aux besoins des usagers et assurer la qualité des soins et des services.

- 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 disponible sur le site web du MSSS.
- Réaliser une vigie de l'état de santé des employés dès l'arrivée sur les lieux de travail.
- Réaliser une autoévaluation personnelle des symptômes à l'aide du questionnaire disponible sur le site de l'INSPQ à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/publications/3042-questionnaire-symptomes-covid19.
- Retourner à la maison tout travailleur :
  - présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19;
  - ayant reçu une consigne d'isolement;
  - en attente d'un résultat de test ou ayant reçu un diagnostic de COVID-19.
- Le personnel devrait être formé aux meilleures pratiques en matière de PCI pour la zone à laquelle les personnes sont attitrées ainsi qu'à une formation clinique pour répondre aux besoins à la clientèle aînée en contexte de pandémie.
- Un taux d'observance de 100 % de l'hygiène des mains doit être visé sur tous les quarts de travail. Cela signifie que le personnel se lave les mains à toutes les occasions où cela est recommandé (à l'entrée et à la sortie de l'installation, avant et après avoir touché son masque, avant et après l'entrée dans la chambre d'une personne, avant et après avoir fourni des soins, après avoir été en contact avec des liquides biologiques, à toutes étapes du retrait de l'ÉPI, etc.).
- Une application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des lieux physiques adaptés selon la clientèle doit être implanté et respecté. Les surfaces fréquemment touchées « high touch » dans les chambres et dans les aires communes doivent être nettoyées et désinfectées plusieurs fois par jour, au minimum aux 2 à 4 heures.
- Un gestionnaire sur place doit être identifié comme responsable PCI. Cette personne sera en mesure d'intervenir pour corriger les situations. Elle doit également s'assurer du respect et du maintien des bonnes pratiques en tout temps. Le gestionnaire peut être soutenu par une personne formée en PCI tel un champion PCI.

7. Gestion des visites en zones tampons :

- Les personnes proches aidantes[2] et les visiteurs[3] sont admis dans les zones tampons, et ce, sous réserve du respect des conditions spécifiques qui sont les mêmes que celles présentées

[2] Personne proche aidante : Toute personne qui, de façon continue ou occasionnelle, apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente et avec qui elle partage un lien affectif, qu'il soit familial ou non. Le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychique, psychosociale ou autre. Il peut prendre diverses formes, par exemple, l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et services.
Cela signifie que la famille proche et immédiate doit pouvoir accéder au milieu de vie de son proche, comme pour les PPA.

[3] Visiteurs : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique.

dans les directives sur les personnes proches aidantes et visiteurs qui s'appliquent en CHSLD, en RI-RTF ou en RPA. Ces directives sont disponibles sur le site web du MSSS.

- Seules les personnes proches aidantes peuvent se rendre en zone chaude de la zone tampon.

- Dans les territoires où le palier d'alerte est de niveau 1 (vert) ou 2 (jaune), les visiteurs et les personnes proches aidantes sont autorisés, et ce, sous réserve du respect de conditions spécifiques en matière de protection et de contrôle des infections. Un maximum de 2 personnes à la fois.

- Dans les territoires où le palier d'alerte est de niveau 3 (orange), seules les personnes proches aidantes sont autorisées, et ce, sous réserve du respect de conditions spécifiques en matière de protection et de contrôle des infections. Un maximum de 2 personnes à la fois pour un maximum de 4 personnes par période de 24 heures.

- Dans les territoires où le palier d'alerte est de niveau 4 (rouge), seules les personnes proches aidantes sont autorisées, et ce, sous réserve du respect de conditions spécifiques en matière de protection et de contrôle des infections. Un maximum de 1 personne à la fois pour un maximum de 2 personnes par période de 24 heures.

Émission :	27-11-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-017

Catégorie(s) :

- ✓ Services médicaux
- ✓ Milieux de vie
- ✓ Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- ✓ Résidences privées pour aînés (RPA)
- ✓ Ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF)
- ✓ Soins à domicile

Directive pour la mise en place d'Équipes médicales d'intervention (ÉMI) dans les milieux de vie pour aînés

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)**
Destinataire :	• Tous les établissements publics (CISSS, CIUSSS, établissements non fusionnés) : · Directeurs du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA); · Directeurs des services professionnels (DSP); · Directeurs des soins infirmiers (DSI); · Chefs de département régional de médecine générale (DRMG). • Directeurs de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) • Directeurs de santé publique

Directive	
Objet :	Les personnes aînées qui résident dans les CHSLD, les RI et certaines d'entre elles vivant en RPA ou recevant des services en soutien à domicile (SAD) sont particulièrement vulnérables à une infection du coronavirus COVID-19, notamment par leur condition de santé, leur promiscuité et leur âge. La première vague a révélé des enjeux au niveau de la stabilité, de l'étendue et du maintien de la couverture médicale tant dans les CHSLD que dans les autres milieux de vie pour aînés (MVA) du Québec. Pour renforcer le soutien aux équipes médicales sur place dans les MVA ou aux équipes déployées (ex. : médecins réaffectés), un filet de sécurité supplémentaire a été ajouté pour venir en aide aux milieux de vie en éclosion, soit l'équipe médicale d'intervention (ÉMI).
Mesures à implanter :	Les établissements et les MVA doivent implanter et pouvoir avoir recours à l'équipe médicale de type ÉMI [médecins/infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL)] pour prodiguer des soins médicaux dans les milieux de vie en éclosion. La présente directive vise à apporter certaines précisions sur l'ÉMI quant aux modalités suivantes : ✓ Description ✓ Composition ✓ Fonctionnement ✓ Tâches attendues pour les membres de l'ÉMI ✓ Prérequis ✓ Les avantages ✓ Les indicateurs

Émission :	27-11-2020	Mise à jour :	

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : Sans objet	
Direction ou service ressource :	✓ Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial ✓ Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutique (DGAUMIP) · Direction générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique
Documents annexés :	✓ Fiche descriptive – Équipe médicale d'intervention (ÉMI) en milieu de vie pour aînés (MVA) ✓ Algorithme CHSLD pour assurer la couverture des services médicaux lors d'une éclosion de COVID-19

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe DGAPA,
Natalie Rosebush

Original signé par
La sous-ministre adjointe DGAUMIP,
Lucie Opatrny

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

Fiche descriptive – Équipe médicale d'intervention (ÉMI) en milieu de vie pour aînés (MVA)

Directive : version RSSS 2020-11-26

Description :

L'ÉMI est une équipe médicale [médecins\infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL)] pour prodiguer des soins médicaux dans les milieux de vie en éclosion. Elle est en renfort aux équipes médicales de base des MVA[1], aux médecins réaffectés dans ces milieux et d'autres médecins des équipes déployées comme le médecin microbiologiste de l'équipe PCI.

Composition :

2-3 médecins/IPSPL en disponibilité[2] (préalerte). Au moins un des membres de l'ÉMI doit être familier[3] avec la clientèle aînée.

Fonctionnement :

Prête à être déployée de 24/48 heures d'avis dans un MVA. Équipe fixe en déploiement une semaine à la fois dans un MVA en éclosion. Le MVA peut accueillir une même ÉMI pendant 3 à 4 semaines.

L'équipe se place en préalerte sur avis des coordonnateurs locaux des effectifs médicaux. Cette préalerte survient dès l'annonce d'une éclosion jugée difficile à contrôler. L'ÉMI sera déployée également à la demande des coordonnateurs, ceux-ci étant sous la gouverne du directeur des services professionnels (DSP) ou du département régional de médecine générale (DRMG).

Les médecins d'une équipe ÉMI doivent être mis en disponibilité[2] afin d'être en mesure de se déployer rapidement. En paliers d'alerte orange et rouge, une équipe devrait toujours être en disponibilité minimalement.

Plusieurs ÉMI pourraient intervenir en même temps sur différentes unités ou différents quarts de travail. Le nombre d'ÉMI est relatif aux nombres de MVA (ou unités) pouvant nécessiter un soutien aux équipes dans les milieux de vie en éclosion ainsi qu'aux particularités géographiques du territoire.

L'ÉMI intervient davantage dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), mais pourrait aussi appuyer les équipes de ressources intermédiaires (RI)/résidence privée pour aînés (RPA)/soins à domicile (SAD) et de sites non traditionnels de soins (SNT) qui répondent aux conditions d'application.

L'ÉMI se retire lorsque les équipes de base sur place suffisent à nouveau aux besoins médicaux des résidents et que leur sécurité et leur intégrité sont assurées. Dans les faits, on parle de 3-4 semaines au maximum. Ceci correspond au temps moyen de l'éclosion. Le retrait des ÉMI est aussi régi par le coordonnateur local des effectifs médicaux sous la gouverne du DSP et/ou DRMG.

Les **tâches attendues pour les membres de l'ÉMI** sont :

- Assurer la couverture médicale des clientèles du MVA en collaboration et coordination avec les équipes déjà en place et participer à la garde médicale de ce milieu (24/7);
  - Contacter l'équipe de soins ou autres professionnels concernés;
  - Prendre connaissance des lieux;
  - Prendre connaissance des besoins en soutien des équipes en place;
- Réaliser toutes tâches attendues de l'équipe traitante de garde.

Prérequis :

- Avoir constitué la banque de médecins disponibles sur le territoire afin d'assurer une couverture. Cette banque devrait être composée en priorité de médecins ayant des connaissances et/ou de l'expériences auprès de la clientèle vulnérable aînée résidant en MVA. Pour les médecins non initiés à la pratique en MVA et/ou auprès de la clientèle vulnérable ainée, il est conseillé de procéder à un pairage avec un médecin expérimenté, lorsque possible.
- Avoir identifié les médecins et IPSPL disponibles par semaine pour un ou plusieurs ÉMI.
- Chaque jour, s'informer des MVA à risque d'éclosion ou en éclosion et vérifier les besoins de renfort.
- Informer les médecins et IPSPL non initiés à la pratique en MVA et auprès des ainés de l'existence des Guides de prise en charge des usagers en MVA [CHSLD, RPA, RI-ressource de type familial (RTF)] ainsi que les capsules de formation sur le site provincial de l'environnement numérique d'apprentissage (notamment sur les équipements de protection individuelle et la prévention et le contrôle des infections).
- **Conditions d'application des ÉMI** :
  . Milieu de vie peut permettre des soins sur place (unité) avec personnel requis (interne et externe).
  . Accueil des ÉMI par l'équipe locale et leadership à conserver par l'équipe locale.

Les avantages

- Réponse plus rapide aux besoins de support des MVA en éclosion;
- Diminution des transports vers les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ou SNT par manque de ressources médicales;
- Assurer une vigie sur l'ensemble de la clientèle du MVA et ainsi éviter la propagation de l'éclosion dans le MVA;
- Assure un soutien aux collègues pratiquant dans ces MVA ou SNT de façon régulière;
- Assurer une couverture médicale proportionnelle aux besoins dans un MVA en éclosion.

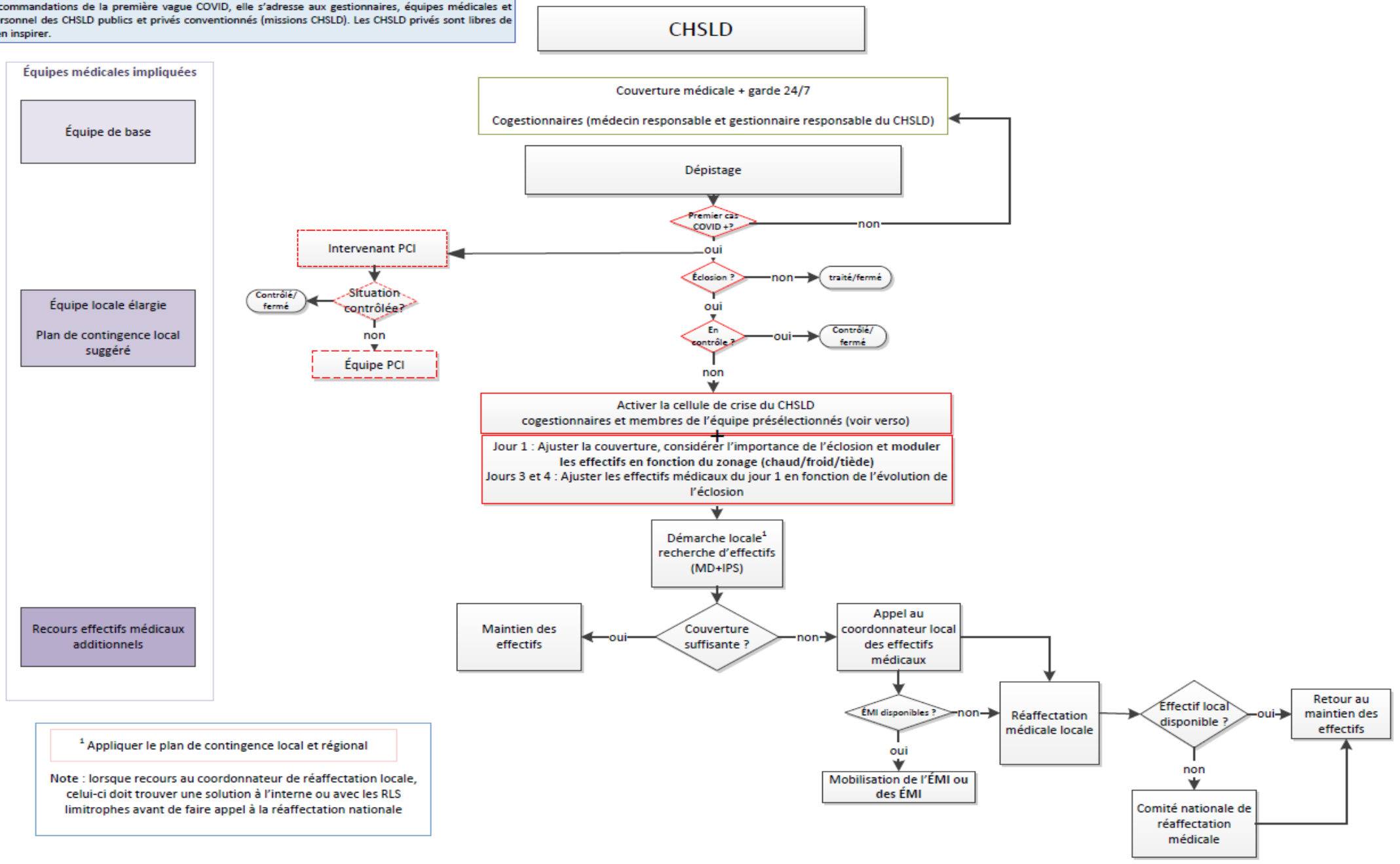
Les indicateurs[4]

- Nombre médecins identifiés aux équipes ÉMI;
- Nombre d'équipes ÉMI déployées;
- Nombre de MVA dans l'impossibilité d'avoir accès aux ÉMI;
- Durée de déploiement de l'ÉMI (nombre de jours de l'affectation des médecins en ÉMI);
- Nombre de jours en disponibilité ÉMI.

[1] Les autres usagers présents dans un même milieu en éclosion desservi par une ÉMI, par exemple en CHSLD, RI-RTF, sont également visés par cette équipe de soins médicaux.
[2] Cette disponibilité est possible par un plan de remplacement rapide ou une planification des tâches permettant de se libérer rapidement.
[3] La présence d'un membre initié avec expertise est souhaitable, mais ne devrait pas être un frein à la constitution d'une ÉMI. Dans le cas d'aucune disponibilité d'effectif expert, le pairage ou le monitoring avec les équipes en place ou un médecin expert en assistance en téléconsultation est une alternative possible.
[4] La plateforme Reffeact MD est l'outil envisagé pour le suivi de ces indicateurs; il en revient aux établissements la responsabilité de mettre à jour leurs données dans la plateforme.

Algorithme CHSLD pour assurer la couverture des services médicaux lors d'une éclosion de COVID-19

L'algorithme CHSLD a pour but d'illustrer les étapes des actions à réaliser pour assurer une couverture en services médicaux dans un CHSLD en éclosion. Cet algorithme est issu des meilleures pratiques et recommandations de la première vague COVID, elle s'adresse aux gestionnaires, équipes médicales et personnel des CHSLD publics et privés conventionnés (missions CHSLD). Les CHSLD privés sont libres de s'en inspirer.



[1] Appliquer le plan de contingence local et régional

Note : lorsque recours au coordonnateur de réaffectation locale, celui-ci doit trouver une solution à l'interne ou avec les RLS limitrophes avant de faire appel à la réaffectation nationale

Cogestion

Description :
Dans ce schéma de l'algorithme, la cogestion illustrée est sur le plan local soit au niveau même du centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). La cogestion est une approche intégrée par laquelle le processus réflexif et la prise de décision sont partagés entre deux individus ayant des expertises différentes, mais hautement complémentaires, mises au service du résident, de ses proches et du système, au plus grand bénéfice de ceux-ci. Les cogestionnaires appartiennent souvent à deux directions (clinique et administrative) distinctes. Elle s'inscrit dans une culture organisationnelle innovante et trouve sa pertinence et sa légitimité dans le long terme, même hors pandémie.

Objectifs de la cogestion :

- **Dans un contexte régulier**
  L'objectif est d'assurer une réponse adéquate, basée sur les meilleures pratiques, aux besoins de santé des résidents dans un contexte de milieu de vie pour aînés (MVA).
- **Dans un contexte de crise**
  L'objectif est de gagner de la vélocité pour des prises de décisions dans un contexte d'urgence impliquant la vie et la santé des résidents en CHSLD.

La cogestion a pour objectif de communiquer rapidement et assurer une agilité dans le changement des processus provoqué par l'évolution des besoins et de la situation.

Composition de la cogestion :
Elle s'actualise à travers deux personnes, soit le gestionnaire responsable du CHSLD et un médecin impliqué dans le CHSLD. Les cogestionnaires peuvent compter sur la collaboration des chefs d'unités du milieu.

Adaptation :
Il est recommandé d'avoir deux cogestionnaires responsables par CHSLD. Exceptionnellement, selon la réalité des territoires, la taille des CHSLD et la distance à parcourir entre eux, les deux cogestionnaires peuvent être responsables de plus d'un CHSLD.

Tâches :
1. Assurer la qualité et la sécurité du milieu de vie pour les résidents et leurs proches dans le contexte de la COVID-19;
2. S'assurer que les mesures au regard de la prévention et du contrôle des infections (PCI) soient appliquées de façon rigoureuse, dans un contexte de milieu de vie;
3. Assurer la coordination des activités de PCI et soutien aux pratiques professionnelles;
4. Mettre en œuvre les directives, orientations et meilleures pratiques dans les CHSLD en respectant la gradation des mesures en fonction du palier d'alerte, le maintien du lien essentiel avec les résidents, leur famille et les personnes proches aidantes;
5. Soutenir les équipes en place, notamment la cellule de crise;
6. Assurer une réponse en services médicaux en fonction des besoins.
7. etc.

À noter qu'un des facteurs de réussite pour une cogestion agile et efficace est l'autonomie décisionnelle de ces gestionnaires en CHSLD. Cependant, ces cogestionnaires peuvent compter sur le directeur de l'hébergement ou leur directeur adjoint au soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), ainsi qu'un médecin représentant les services médicaux en CHSLD sur le territoire lors de difficulté.

Cellule de crise

Description :
La cellule de crise est une instance locale propre au CHSLD. Elle est composée d'intervenants-clés clairement identifiés au sein du personnel du milieu et de l'établissement. En situation extrême, comme une pandémie et, à plus forte raison, une éclosion, elle est un outil de fonctionnement indispensable. Ainsi, la cellule de crise se rencontre plus souvent (voire quotidiennement) lorsque le milieu est en éclosion et moins souvent à mesure du rétablissement ou en période de vigie, quand la transmission communautaire est significative. Elle permet donc au CHSLD d'être prêt à réagir en réunissant les acteurs nécessaires pour mettre en place les changements.

Composition :
Cogestionnaires du CHSLD, infirmière assistante au supérieur immédiat (ASI), infirmière PCI, Hygiène et salubrité/maintenance des immeubles, logistique (pour les équipements). D'autres acteurs pourraient s'y joindre, par exemple : un représentant des ressources humaines, le conseiller du MVA et le représentant des services alimentaires.

Adaptation :
Il est recommandé d'avoir une cellule de crise par CHSLD. Dans le cas de rareté de ressources, la cellule (en partie ou en totalité) pourrait exceptionnellement couvrir plus d'un CHSLD.

Tâches :
1. Selon les directives de la santé publique et les équipes PCI :
   a. recommander la mise en place des mesures de gestion d'éclosion hygiène salubrité, et PCI;
   b. aménager les espaces pour prévenir la propagation;
   c. faire la logistique de circulation du personnel;
   d. au besoin, adapter des directives PCI au milieu de vie;
   e. vérifier le matériel et les équipements de protection.
2. Évaluation des risques (en continu);
3. Suivi des indicateurs via le tableau de suivi épidémiologique disponible dans la trousse de gestion de la Direction régional de santé publique (DRSP);
4. Autre transmission rapide et cohérente des informations aux équipes dans le CHSLD via des canaux de communication préalablement identifiés et harmonisés, notamment à tous les médecins qui y exercent;
5. Prises de décisions et solutions aux problèmes rencontrés par les équipes et difficultés observées;
6. Transmission rapide de l'information des cogestionnaires CHSLD vers le niveau régional, notamment pour interpeler le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le département régional de médecine générale (DRMG) et le directeur des services professionnels (DSP) lors d'une rupture de services médicaux anticipée ou présente.

*En cas de difficulté, la cellule de crise en CHSLD via les cogestionnaires, escalade les difficultés à la table des chefs ou au comité de direction selon le cas (où il y a leDSP et le président-directeur général (PDG), le chef des médecins généralistes, le directeur SAPA ainsi que le directeur des soins infirmiers (DSI).

À noter que certains établissements ont mis en place une cellule de crise régionale en soutien aux cellules locales. Sa composition est la suivante : directeur SAPA adjoint ou directeur de l'hébergement, médecin chef adjoint de l'hébergement, un chef PCI, un microbiologiste attitré au MVA, un expert biosécurité, le directeur des services technique au besoin (hygiène et salubrité/maintenance des immeubles), un chef des soins infirmiers.

ÉMI : équipe médicale d'intervention

Description :
L'ÉMI est une équipe médicale [médecins\infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL)] pour prodiguer des soins médicaux dans les milieux de vie en éclosion. Elle est en renfort aux équipes médicales de base du CHSLD, aux médecins réaffectés dans ce milieu et d'autres médecins dans des équipes déployées, tel que le médecin microbiologiste de l'équipe PCI.

Composition :
2-3 médecins/IPSPL en disponibilité[1] (préalerte). Au moins un des membres de l'ÉMI doit être familier[2] avec la clientèle aînée.

Fonctionnement :
Prête à être déployée de 24/48 heures d'avis dans un MVA en éclosion. Équipe fixe en déploiement une semaine à la fois dans un MVA en éclosion. Le MVA peut accueillir une même ÉMI pendant 3 à 4 semaines.

L'équipe se place en préalerte sur avis des coordonnateurs locaux des effectifs médicaux. Cette préalerte survient dès l'annonce d'une éclosion jugée difficile à contrôler. L'ÉMI sera déployée également à la demande des coordonnateurs. Ceux-ci étant sous la gouverne du DSP ou du DRMG.

Les médecins d'une équipe ÉMI doivent être mis en disponibilité[1] afin d'être en mesure de se déployer rapidement. En paliers d'alerte orange et rouge de l'établissement, une équipe devrait toujours être en disponibilité minimalement.

L'ÉMI se retire lorsque les équipes de base sur place suffisent à nouveau aux besoins médicaux des résidents et que leur sécurité et intégrité sont assurées.

Plusieurs ÉMI pourraient intervenir en même temps sur différentes unités ou différents quarts de travail.

Tâches :
1. Assurer la couverture médicale des clientèles du MVA en collaboration et coordination avec les équipes déjà en place et participer à la garde médicale de ce milieu (24/7);
   - Contacter l'équipe de soins ou autres professionnels concernés;
   - Prendre connaissance des lieux;
   - Prendre connaissances des besoins en soutien des équipes en place;
2. Réaliser toutes tâches médicales attendues de l'équipe traitante de garde.

Bien que l'algorithme soit pour CHSLD, l'ÉMI est appliquée aux différents types de MVA.

---

[1]Cette disponibilité est possible par un plan de remplacement rapide ou une planification des tâches permettant de se libérer rapidement.

[2]La présence d'un membre initié avec expertise est souhaitable, mais ne devrait pas être un frein à la constitution d'une ÉMI. Dans le cas d'aucune disponibilité d'effectif expert, le pairage ou le monitoring avec les équipes en place ou un médecin expert en assistance en téléconsultation est une alternative possible.

L'équipe PCI

Description :
L'équipe PCI est une équipe interpellée lors d'éclosion (voir *Guide de gestion des éclosions en CHSLD* – MSSS (publication à venir). Sa mission est de s'assurer de mettre les mesures en place pour circonscrire l'éclosion.

Composition :
Sa composition peut être, par exemple, un représentant de la DRSP, un chef PCI, un microbiologiste attitré aux MVA, un expert en biosécurité.

Tâches :
1. Responsable d'appliquer les directives du *Guide de gestion des éclosions en CHSLD*;
2. Apporte une expertise dans les contextes plus complexes (éclosions complexes, qui ne se résorbent pas, etc.);
3. Vient en appui à la cellule de crise du CHSLD;
4. Se déplace sur les lieux de l'éclosion et analyse les lieux;
5. Vérifie le matériel et les équipements de protection;
6. Recommande la mise en place des mesures de gestion d'éclosion (hygiène, salubrité et prévention et contrôle des infections);
7. Aménage les espaces pour prévenir la propagation;
8. Fait la logistique de circulation du personnel;
9. etc.

À noter que la distinction entre l'équipe ÉMI et l'équipe PCI est claire, et s'exprime de la façon suivante :
L'ÉMI est une équipe de médecins/IPSPL qui intervient au niveau médical en appui aux équipes médicales en place. L'équipe PCI est une équipe qui fait un plan d'intervention dans le milieu pour circonscrire l'éclosion. Cette dernière est composée d'acteurs autres que les services médicaux. Elle peut compter un médecin microbiologiste, mais aucun en pratique médicale.

Québec

22-210-17W