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

ANNEXE 3

DIRECTIVES COVID-19 DU MSSS • DÉCEMBRE 2020

Votre gouvernement

Québec

Émission :	01-12-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-029

Catégorie(s) :

- ✓ Mère-enfant
- ✓ Femmes enceintes
- ✓ Transfert
- ✓ Obstétrique
- ✓ Accouchement

Algorithme sur les transferts des femmes enceintes

Première diffusion

Expéditeur :	**Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)**

Destinataire :	Tous les établissements du RSSS • 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
Mesures à implanter :	Organisation des services pour la clientèle femme enceinte 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	
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 :	

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 :	01-12-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-029

Directive

Trajectoire de gestion des femmes enceintes
Principes directeurs

Un ajustement concerté de l'organisation des services pour la clientèle femme enceinte au niveau national est proposé afin de tenir compte de la réalité des établissements et de mieux répartir les volumes de prise en charge.

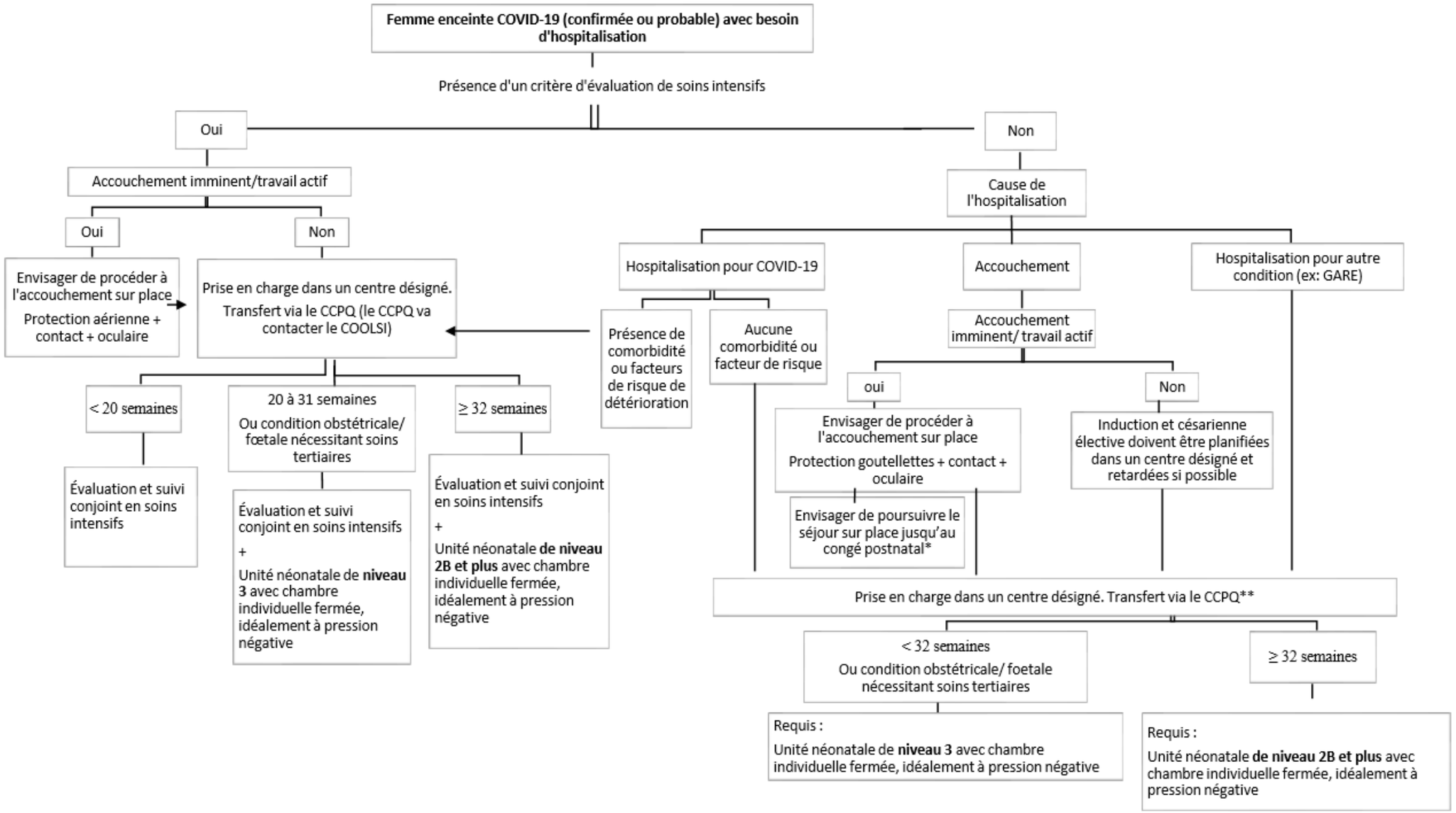
Principes directeurs

- 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, lors de situation particulière, et ce, en fonction :
    - des niveaux de soins déjà établis;
    - de la présence ou non de symptômes pour les cas COVID + ou suspectés;
    - de la capacité à prendre en charge la mère et l'enfant de manière sécuritaire en respectant les mesures PCI;
    - de l'imminence de la naissance ou du congé de la dyade mère-bébé.



* 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.

** Le CCPQ contacte le COOLSI pour assurer les arrimages lorsque requis

Émission :	19-06-2020	Mise à jour :	01-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-012

Catégorie(s) :

- ✓ CHSLD
- ✓ RPA
- ✓ RI-RTF
- ✓ Milieux de réadaptation en déficience physique et en santé physique
- ✓ RAC/URCI, foyer de groupe et internat
- ✓ Milieux de vie
- ✓ Mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI)

Directive sur les visites des personnes proches aidantes et les visiteurs dans les milieux de vie en contexte de la pandémie de la COVID-19

Remplace la directive émise le 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; • 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)

Directive	
Objet :	En raison de la pandémie de la COVID-19 au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite transmettre des informations et des consignes portant sur la présence des visiteurs et de personnes proches aidantes auprès des résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), des usagers confiés en ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF) qui accueillent des usagers adultes, des résidents des résidences privées pour aînés (RPA), en milieux de réadaptation en déficience physique et en santé physique, en ressources à assistance continue (RAC), en internat et en foyers de groupe.
Mesures à implanter :	- Consignes concernant la présence des personnes proches aidantes et des visiteurs dans les milieux de vie : ○ Modalités générales; ○ Modalités spécifiques selon les paliers d'alerte dans un milieu sans éclosion; ○ Modalités spécifiques selon les paliers d'alerte dans un milieu en éclosion ou en isolement préventif.

	- Responsabilité du milieu de vie concernant :
	  o L'isolement, la surveillance des symptômes et le dépistage;
	  o Les mesures de protection et de prévention des infections;
	  o Les déplacements à l'intérieur du milieu de vie;
	  o Les sorties à l'extérieur du milieu de vie.
	- Gestion des insatisfactions ou des désaccords dans l'interprétation et l'application des directives ministérielles.
	- Précisions sur les demandes de dérogation aux directives.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Note importante : En complément, consulter également le *Feuillet des recommandations de santé publique pour les personnes proches aidantes.*	
Direction ou service ressource :	Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial
Documents annexés :	Feuillet d'information s'adressant aux visiteurs et personnes proches aidantes dont le proche est dans un milieu de vie.

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 :	19-06-2020	Mise à jour :	01-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-012

Directive

PERSONNES PROCHES AIDANTES ET VISITEURS

Voici des informations et des consignes portant sur la présence de personnes proches aidantes et de visiteurs auprès de résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), d'usagers confiés en ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF) qui accueillent des usagers adultes [1], auprès de personnes habitant en résidences privées pour aînés (RPA) et des usagers en milieux de réadaptation en déficience physique et en santé physique, en ressources à assistance continue (RAC), en internat ou en foyers de groupe.

Aux fins de l'application de ces directives, une personne proche aidante est :

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 des services.

Cela signifie que la famille proche et immédiate doit pouvoir accéder au milieu de vie de son proche, comme pour les personnes proches aidantes.

Les visiteurs, quant à eux, désignent :

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.

CONSIGNES CONCERNANT LA PRÉSENCE DES PERSONNES PROCHES AIDANTES ET DES VISITEURS DANS LES MILIEUX DE VIE

1. L'accès au milieu de vie pour les personnes proches aidantes et pour les visiteurs est modulé en fonction des paliers d'alerte où est situé le milieu de vie en question. Les paliers d'alerte, soit 1 (vert), 2 (jaune), 3 (orange) et 4 (rouge) sont établis pour un territoire donné suivant les recommandations des autorités de santé publique qui font une analyse régulière de la situation en tenant compte de la situation épidémiologique, le contrôle de la transmission et la capacité du système de soins. Pour connaître le palier d'alerte en vigueur, vous pouvez vous référer à l'adresse suivante : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/.

   En plus des paliers d'alerte applicables, des mesures additionnelles sont prises lorsqu'un milieu de vie est en éclosion.

Lorsque certains milieux de vie rencontrent des difficultés dans la gestion des accès et sorties, de même que pour le respect des mesures PCI, les milieux concernés peuvent demander aux résidents d'identifier quelques personnes proches aidantes selon les consignes spécifiques par paliers d'alerte afin de limiter les risques de propagation du virus.

[1] Pour les RI-RTF qui accueillent la clientèle jeunesse, se référer aux directives applicables aux RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ / LSSSS).

Le nombre maximum de personnes proches aidantes identifiées par les résidents est établi selon les situations suivantes :

- *lorsque le milieu de vie est en éclosion, les résidents, les usagers confiés ou leur représentant doivent identifier jusqu'à un maximum de 2 personnes proches aidantes;*
- *lorsque le milieu de vie est situé en palier rouge, les résidents, les usagers confiés ou leur représentant doivent identifier jusqu'à un maximum de 3 personnes proches aidantes;*
- *lorsque le milieu de vie est situé en palier orange, les résidents, les usagers confiés ou leur représentant doivent identifier jusqu'à un maximum de 4 personnes proches aidantes.*

Le jugement clinique demeure important dans toutes les situations afin d'éviter l'épuisement des personnes proches aidantes ou selon l'état psychologique des résidents.

1.1. Modalités générales

En respectant les modalités de visites usuelles et des particularités dans certains milieux de vie, les personnes proches aidantes doivent, généralement, pouvoir déterminer elles-mêmes la durée, le moment et la fréquence des visites dans le milieu de vie. Par ailleurs, dans le respect des volontés de la personne proche aidante, une heure d'arrivée peut lui être attribuée afin d'éviter au maximum les contacts entre les personnes proches aidantes et les visiteurs. Des couchés sont permis dans la mesure où ils contribuent au soutien de la personne aidée.

1.2. Modalités spécifiques selon les paliers d'alerte dans un milieu de vie sans éclosion

- Dans les territoires où le palier d'alerte est de niveau 1 (vert) ou 2 (jaune), les visites dans les milieux où il n'y a pas d'éclosion sont autorisées, et ce, sous réserve du respect par le visiteur et les personnes proches aidantes des conditions spécifiques en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI). Le nombre de personnes autorisées varie selon le milieu de vie spécifique (se référer aux tableaux de gradation des mesures selon les milieux de vie et d'hébergement).
- Dans les territoires où le palier d'alerte est de niveau 3 (orange), les visiteurs dans les CHSLD ne sont pas autorisés, seules les personnes proches aidantes le sont. Toutefois, l'accès des visiteurs à l'intérieur d'un milieu, ou sur le terrain extérieur de ces milieux de vie demeure permis, sous réserve du respect des conditions spécifiques à cet effet. Le nombre de personnes autorisées varie selon le milieu de vie spécifique (se référer aux tableaux de gradation des mesures selon les milieux de vie et d'hébergement).
- Dans les territoires où le palier d'alerte est de niveau 4 (rouge), seule la présence des personnes proches aidantes est autorisée dans les milieux. Les visiteurs ne sont pas permis à ce palier d'alerte.
- Les visites sont permises pour les personnes proches aidantes et les visiteurs en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) dans tous les milieux de vie.
  Référez-vous aux directives en vigueur disponibles sur le site Web :
  https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/COVID-19-Directives_SPFV_2020-10-05.pdf.

1.3. Modalités spécifiques dans un milieu de vie en éclosion ou en isolement préventif

- Les personnes proches aidantes peuvent continuer d'accéder au milieu de vie, et ce, sous réserve du respect des conditions spécifiques à cet effet.
- En cas d'éclosion où le résident est en isolement ou s'il est en isolement préventif dans un milieu, les visiteurs ne sont pas permis. Toutefois, si l'éclosion est localisée, sous certaines conditions, ils pourront accéder aux unités non touchées sur autorisation de l'équipe de PCI.
- Les visites sont permises pour les personnes proches aidantes et les visiteurs en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) dans tous les milieux de vie.
  Référez-vous aux directives en vigueur disponibles sur le site Web :
  https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/COVID-19-Directives_SPFV_2020-10-05.pdf.

2. Responsabilité de la RI-RTF[2] ou des autres milieux :

- Poursuivre l'accès aux appels téléphoniques et à l'utilisation de différentes technologies de communication afin de maintenir le lien entre les résidents/usagers et leurs proches.
- Tenir un registre des personnes proches aidantes et 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, lieu visité).

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

- Accueillir la personne proche aidante ou le visiteur et l'accompagner dans sa démarche au besoin.
- S'assurer de mettre à la disposition des personnes proches aidantes et des visiteurs les outils d'information disponibles sur :
    - la procédure à suivre pour effectuer un test de dépistage;
    - les symptômes à surveiller (habituels et atypiques);
    - les mesures d'hygiène de base (hygiène des mains, étiquette respiratoire);
    - l'utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI) selon le type de soutien offert et la condition du résident.
- Remettre les ÉPI (masque de procédure, protection oculaire, blouse, gants, le cas échéant) et s'assurer que la personne proche aidante ou le visiteur les utilise convenablement.
- Informer les personnes proches aidantes et les visiteurs que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Institut national de santé publique du Québec ont émis des directives afin de limiter la propagation de la COVID-19. Ainsi, l'organisation et la prestation des soins et services peuvent avoir été modifiées pour tenir compte de ce contexte exceptionnel. (Cette responsabilité revient aux établissements pour les usagers en RI-RTF.)
- Les mesures d'hygiène et de salubrité recommandées doivent être appliquées par tout le personnel du milieu avec attention particulière (augmentation de la fréquence du nettoyage) aux zones « high-touch », notamment les poignées de porte et les interrupteurs.
- S'assurer qu'un contenant est placé à l'intérieur de la zone pour que l'ÉPI soit enlevé avant la sortie de la zone chaude.
- S'assurer que l'hygiène des mains peut être réalisée lors de la sortie de la chambre.
- Tenir compte des personnes proches aidantes et des visiteurs lors des processus d'audit et des visites de vigie prévues sur les mesures de PCI et sur l'hygiène des mains.

3. **Assurez-vous que la personne proche aidante et le visiteur respecte les consignes suivantes :**

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

- En tout temps, la personne proche aidante ou le visiteur doit effectuer une autosurveillance des symptômes. Dès la moindre apparition de symptômes, elle ne doit pas se présenter dans le milieu.
- Si la personne proche aidante ou le visiteur est soumis à un isolement préventif, par exemple, en raison d'un contact étroit avec un cas de COVID-19, elle ne peut se rendre dans le milieu avant la fin de son isolement.
- La personne proche aidante ou le visiteur qui a reçu un résultat positif à la COVID-19, peut se rendre dans un milieu seulement lorsqu'il sera considéré comme rétabli. Pour être considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aiguë 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 résolution des symptômes depuis au moins 24 heures (excluant la toux, l'anosmie et l'agueusie résiduelles). La personne rétablie peut, si elle le souhaite, demander un test pour avoir un résultat négatif avant d'accéder à nouveau à un milieu ou une unité dans ces milieux où il n'y a pas de cas de COVID-19 confirmé.
- La personne proche aidante ou le visiteur qui souhaite procéder à un test de dépistage peut le demander à l'établissement. En aucun cas, le milieu ne peut exiger à la personne proche aidante d'obtenir un test de dépistage négatif pour avoir accès au milieu de vie.

3.2. Concernant les mesures de PCI, s'assurer que la personne proche aidante et le visiteur :

- Prennent connaissance des informations rendues disponibles sur :
    - la surveillance des symptômes;
    - l'hygiène des mains;
    - l'étiquette respiratoire;
    - l'utilisation des (ÉPI).
- Procèdent à l'hygiène des mains en entrant et en sortant du milieu, ainsi qu'en entrant et en sortant de la chambre du résident/usager, et de la zone chaude le cas échéant.
- Portent correctement un masque de procédure dès l'entrée dans le milieu et le porter pendant toute la durée de la visite. Le masque de procédure ne peut être utilisé pour une visite subséquente.
- Utilisent les ÉPI de manière adéquate selon le type de soins offerts et la condition du résident/usager (accès à un cas confirmé ou à une unité avec cas confirmés = ÉPI complet / accès à un résident non confirmé et sans symptôme = masque de procédure seulement). Sauf le masque de procédure, l'ÉPI doit être enlevé avant la sortie de la zone chaude.
- Le respect de la distanciation physique de deux mètres doit s'effectuer en tout temps, sans exception en CHSLD surtout si deux résidents demeurent dans la même chambre, mais également dans l'ensemble

des milieux de vie. En contexte de soins quotidiens, quand la distance de deux mètres ne peut être respectée, le masque de procédure est obligatoire.
- Arrivent avec des vêtements propres, change de vêtements au retour à la maison et lavent ces derniers (lavage régulier).

3.3 Concernant les déplacements à l'intérieur du milieu, s'assurer que la personne proche aidante et le visiteur respectent les consignes suivantes :

- Se référer aux tableaux de gradations des mesures selon les milieux de vie et d'hébergement en ce qui concerne les endroits où peuvent se rendre les visiteurs et les personnes proches aidantes.
- Respecter en tout temps la distance de deux mètres avec les résidents/usagers, les membres du personnel/remplaçants et les autres personnes proches aidantes.
- Ne pas entrer dans les réserves d'équipement.
- Quitter la chambre si des interventions médicales générant des aérosols sont réalisées. Retourner dans la chambre après que le nombre de changements d'air requis a été complété (peut être différent selon le milieu).
- Demander quelles sont les salles de bain que la personne proche aidante ou le visiteur peut utiliser et les précautions et consignes de salubrité à respecter. Par exemple, il n'est pas conseillé d'utiliser les salles de bain en zone chaude.

3.4. Concernant les sorties à l'extérieur du milieu :

- Se référer aux tableaux de gradation des mesures selon les milieux de vie et d'hébergement en ce qui concerne les sorties à l'extérieur.

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 PCI, pourraient se voir retirer l'accès au milieu.

Gestion des insatisfactions ou des désaccords dans l'interprétation et l'application des directives ministérielles : l'accès devrait lui être interdit.

- Identifier un gestionnaire ou une personne désignée au sein du milieu responsable de répondre aux questions et aux insatisfactions des personnes proches aidantes ou des visiteurs liées à l'interprétation et à l'application des directives ministérielles. Le gestionnaire ou la personne désignée du milieu de vie doit :
  - faire une analyse neutre de la situation ce qui signifie qu'il ne doit pas être impliqué de façon directe par l'insatisfaction ou le désaccord soulevé par la personne proche aidante ou le visiteur;
  - réfléchir et proposer des pistes de solutions qui conviennent à l'ensemble des parties impliquées;
  - s'assurer que les personnes proches aidantes ou les visiteurs sont informés du rôle du gestionnaire ou de la personne désignée dans le milieu de vie et des coordonnées pour le joindre;
  - diriger, lorsque les insatisfactions ou les désaccords persistent, les personnes proches aidantes ou les visiteurs vers le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, conformément à la procédure d'examen des plaintes de l'établissement et en toute confidentialité.

4. Précisions sur les demandes de dérogation aux directives :

- S'il advenait une situation exceptionnelle dans un milieu de vie qui ne permettait pas, de façon temporaire, que les conditions nécessaires à la sécurité des personnes proches aidantes soient présentes, une demande de dérogation doit être acheminée au MSSS.
- La demande doit être formulée par le président-directeur général (PDG) ou le directeur régional de santé publique au MSSS.
- Cette demande devra alors présenter la situation dans le milieu de vie, les mesures mises en place jusqu'à maintenant, les mesures supplémentaires à mettre en place pour assurer un accès sécuritaire aux personnes proches aidantes, le délai nécessaire pour leur mise en place, ainsi que les unités du milieu de vie visées. Si cette demande est transmise par le PDG, elle devra être validée par la Direction de santé publique régionale.
- Cette demande fera l'objet d'une analyse avant la transmission d'une décision ministérielle.

5. Références utiles

- Personnes proches aidantes et visiteurs en contexte de pandémie https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/proches-aidants-en-contexte-de-pandemie-covid-19/
- Feuillet d'information s'adressant aux personnes proches aidantes et aux visiteurs dont le proche est dans un milieu de vie https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002524/
- Feuillet d'information général pour les personnes proches aidantes https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002513/
- Trousse portant sur l'identification des personnes à risque de vulnérabilité psychosociale https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002505/

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	01-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-001.REV1

Catégorie(s) :
- ✓ Visites proches aidants
- ✓ Centres hospitaliers

Directives relatives aux visites de proches aidants en centre hospitalier

Cette directive remplace la DGAUMIP-001 émise le 5 octobre 2020

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

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

Directive	
Objet :	Cet envoi vise à transmettre une mise à jour **significative de l'ensemble de la directive** en regard de la venue de proches aidants en centres hospitaliers (CH).
Mesures à implanter :	✓ Prendre connaissance de l'ensemble de la directive et mettre en application les différentes mesures quant à l'autorisation et à l'encadrement des visites de personnes proches aidantes auprès des clientèles recevant des soins et services en centres hospitaliers.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction des services hospitaliers (DSH)
Document annexé :	✓ Directives relatives aux visites de proches aidants en centre hospitalier en centre hospitalier

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

Coronavirus COVID-19

2020-06-18
Mise à jour 2020-12-01

L'évolution de la COVID-19 au Québec depuis le mois de mars 2020 nous a permis de tirer des leçons des différentes situations vécues et d'apprendre à mieux protéger nos milieux tout en permettant aux gens d'accompagner leur proche. Nous vous transmettons ainsi une mise à jour des directives en regard de la venue de personnes proches aidantes ou de visiteurs en centres hospitaliers (CH).

Les personnes proches aidantes et visiteurs sont définis comme suit :

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 CH où son proche est hospitalisé, comme pour les PPA.

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.*

Ces directives sont valables pour tous les secteurs du CH, ce qui inclut les cliniques externes, les centres de référence désignés pour l'investigation et les unités d'interventions diagnostiques (radiologie, endoscopie, etc.), les unités d'hospitalisation, etc. Les secteurs faisant l'objet de particularités sont identifiés ci-dessous.

Les visites dans les CH sont permises sous certaines conditions.

Lors de débordement ou de situations exceptionnelles, l'établissement pourrait voir à restreindre l'accès aux proches aidants de façon temporaire. Les établissements qui désirent restreindre l'accès aux personnes proches aidantes pour des raisons exceptionnelles ***doivent faire une demande de dérogation*** à la Direction des services hospitaliers du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à l'adresse ***:*** dgshmsu.dsh@msss.gouv.qc.ca.

- La demande doit être formulée par le président-directeur général (PDG) ou le directeur régional de santé publique au MSSS.
- Cette demande devra alors présenter la situation dans le CH, les mesures mises en place jusqu'à maintenant, les mesures supplémentaires à mettre en place pour assurer un accès sécuritaire aux personnes proches aidantes, le délai nécessaire pour leur mise en place, ainsi que les unités visées. Si cette demande est transmise par le PDG, elle devra être validée par la Direction de santé publique régionale.
- Cette demande fera l'objet d'une analyse avant la transmission d'une décision ministérielle.

Si la décision du MSSS était de restreindre l'accès aux proches aidants et/ou visiteurs, les centres devront continuer de faciliter de façon proactive les communications virtuelles du patient avec ses proches**.**

Nous soulignons que le soutien offert par les personnes proches aidantes apporte l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel et à l'organisation des soins qui ne peuvent être substitués par des mesures de contrôle physiques ou chimiques *qu'en dernier recours*.

DIRECTIVES GÉNÉRALES

- Aucune personne proche aidante ou visiteur 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 régional de la santé publique (voir tableau ci-dessous).
  - Les modalités de visites usuelles doivent être considérées. Néanmoins, les personnes proches aidantes doivent, généralement, pouvoir déterminer elles-mêmes la durée, le moment et la fréquence des visites. Par ailleurs, dans le respect des volontés de la personne proche aidante, une heure d'arrivée peut lui être attribuée afin d'éviter au maximum les contacts entre les personnes proches aidantes et les visiteurs, et ce, en respect des directives de distanciation sociale émises par la santé publique.

- Par ailleurs la durée de la visite n'est pas limitée dans la mesure où les consignes de protection et contrôle des infections (PCI) sont bien respectées. 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, en situation de handicap ou de fin de vie.
- Une personne proche aidante doit être systématiquement identifiée pour certains patients hospitalisés qui présentent une vulnérabilité, car ils sont des partenaires de soins essentiels. 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.
- Le port d'équipement de protection individuelle (ÉPI) est obligatoire; les recommandations de la santé publique relatives au port d'ÉPI sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à l'adresse suivante : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/.
- 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.

Un gestionnaire ou une personne désignée au sein du CH doit être clairement identifié afin de répondre aux questions et insatisfactions des personnes proches aidantes liées à l'interprétation et à l'application des directives ministérielles dans le contexte de la pandémie. Si des insatisfactions persistent, il est proposé à la personne proche aidante de faire appel au commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Aucune identification ou document ne doit être demandé afin d'attester d'un « statut » de proche aidant. Nous rappelons que *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.*

Pour les paliers d'alerte 3 et 4, aux fins de reconnaissance des personnes proches aidantes identifiées par le patient, il est suggéré de mettre un bracelet d'identification au proche.

Tableau résumé des directives selon les paliers d'alerte

(Note : Les directives particulières des secteurs spécifiques sont détaillées à la section suivante)

	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4
DIRECTIVE GÉNÉRALE*	**Présence de visiteur ou personne proche aidante (PPA)**			
TOUS SECTEURS Voir particularités pour certains secteurs spécialisés ci-dessous	1-2 visiteurs ou PPA à la fois	1-2 PPA à la fois	1 PPA à la fois **Maximum 2 par jour :** obligation d'identifier un maximum de 3 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois **Maximum 1 par jour :** obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer
SALLE D'URGENCE*	**Personne proche aidante (PPA)**			
TOUS SECTEURS	1 PPA maximum	1 PPA maximum	1 PPA maximum	1 PPA maximum
CANCÉROLOGIE*	**Personne proche aidante (PPA)**			
CLINIQUES EXTERNES ET UNITÉS DE SOINS	1 PPA maximum, sous autorisations INF ou MD	1 PPA maximum, sous autorisations INF ou MD	1 PPA maximum, sous autorisations INF ou MD	1 PPA maximum, sous autorisations INF ou MD
AMBULATOIRE : SALLE DE TRAITEMENT, GMO ET THÉRAPIE CELLULAIRE	Interdit sauf exceptions autorisées par INF. ou MD	Interdit sauf exceptions autorisées par INF. ou MD	Interdit sauf exceptions autorisées par INF. ou MD	Interdit sauf exceptions autorisées par INF. ou MD
HOSPITALISATION : GMO ET THÉRAPIE CELLULAIRE	1 PPA à la fois **Maximum 1 par jour :** obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois **Maximum 1 par jour :** obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois **Maximum 1 par jour :** obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois **Maximum 1 par jour :** obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer
HOSPITALISATION : AUTRES CANCERS HÉMATOLOGIQUES	1 PPA à la fois **Maximum 2 par jour :** obligation d'identifier un maximum de 3 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois **Maximum 2 par jour :** obligation d'identifier un maximum de 3 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois **Maximum 2 par jour :** obligation d'identifier un maximum de 3 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois **Maximum 1 par jour :** obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer
ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE AMBULATOIRE	1 parent ou 1 PPA remplaçant	1 parent ou 1 PPA remplaçant	1 parent ou 1 PPA remplaçant	1 parent ou 1 PPA remplaçant
ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE HOSPITALISATION	Parents ou max, 2 PPA remplaçants	Parents ou max. 2 PPA remplaçants	Parents ou max. 2 PPA remplaçants	Parents ou max. 2 PPA remplaçants
MÈRE-ENFANT*	**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)				
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.

	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4
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	**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
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
IMAGERIE MÉDICALE	**Personne proche aidante (PPA)**			
TOUS SECTEURS	1 PPA maximum	1 PPA maximum	1 PPA maximum	1 PPA maximum

* 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 certains secteurs, les directives énoncées ci-dessus doivent être modulées. Ainsi, les directives ci-dessous doivent être appliquées pour les secteurs suivants : Salles d'urgence, Cancérologie, Soins obstétricaux, néonatalogie et pédiatrie, Soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) ainsi que l'Imagerie médicale.

SALLES D'URGENCE

Les personnes proches aidantes sont admises, mais limitées à une personne par patient lors de visite à une salle d'urgence, à moins que cela ne soit requis médicalement ou lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, et ce, indépendamment des paliers d'alerte régionaux.

CANCÉROLOGIE

Dans le contexte où les secteurs de la cancérologie, tant en clinique externe qu'en unités d'hospitalisation, demeurent des zones froides où un triage des patients, du personnel, des personnes proches aidantes est en vigueur afin d'assurer la protection des patients atteints de cancer, les éléments suivants s'appliquent à ces secteurs :

- L'accès au centre de cancérologie est limité aux patients sous traitement et au personnel, médecins et autres professionnels travaillant au centre de cancérologie.
- Il faut restreindre la présence des personnes proches aidantes, 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'une personne proche aidante doit être autorisée par le personnel infirmier ou le médecin traitant lors de visites où seraient discutés des résultats ou éléments importants sur la suite du parcours clinique du patient, par exemple l'annonce d'un diagnostic.
- Étant donné la vulnérabilité des patients atteints de cancer, la limitation des personnes proches aidantes 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.
- Dans le contexte où la présence des proches est limitée, les consultations en cancérologie (médecin, IPO, pharmacien, etc.) qui sont offertes en télésanté (téléphone ou mode virtuel) doivent inclure la possibilité de la participation d'un proche. Les établissements doivent encourager et continuer à faciliter les communications virtuelles.
- **Clinique ambulatoire de greffe de moelle osseuse (GMO) et thérapie cellulaire**: aucune personne proche aidante ne sera admise en clinique ambulatoire de greffe et thérapie cellulaire. La participation des proches aidants via la télésanté doit être assurée dans ce secteur.
- **Unités d'hospitalisation pour les patients de greffe de moelle osseuse (GMO) et thérapie cellulaire**: sous réserve de l'avis clinique, application en tout temps des consignes du niveau d'alerte 4 du tableau ci-haut, soit autorisation de proches aidants

seulement, 1 personne maximum par jour, obligation d'identifier un maximum de 2 personnes différentes pouvant se relayer.

- **Unités d'hospitalisation pour les patients d'autres cancers hématologiques** : sous réserve de l'avis clinique ou de la situation d'une unité, application des consignes du niveau d'alerte 3 du tableau ci-haut, soit 1 personne à la fois, maximum 2 par jour et obligation d'identifier un maximum de 3 personnes différentes pouvant se relayer pendant le séjour. Lorsque la région est niveau d'alerte régionale rouge, le niveau 4 doit être appliqué, soit autorisation de proches aidants seulement, 1 personne maximum par jour, obligation d'identifier un maximum de 2 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 **:** Secteurs ambulatoires en hémato-oncologie : un seul accompagnateur par patient permis. Pour certaines situations particulières, la présence d'un deuxième accompagnateur pourrait être autorisée (exemple : annonce d'une nouvelle difficile). Hospitalisation : parents (ou leurs remplaçants) autorisés au chevet. Hospitalisation pour thérapie cellulaire : seuls les deux parents (ou accompagnateurs significatifs) ont accès à la chambre. Se référer aussi aux consignes en oncologie pédiatrique au lien suivant : (https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/sujets/cancerologie).

SOINS OBSTÉTRICAUX, NÉONATAUX ET PÉDIATRIQUES

À noter : le parent d'un enfant hospitalisé ou la personne accompagnant la femme enceinte lors de l'accouchement ne sont pas considérés comme des visiteurs.

Obstétrique

- Toutes les mesures raisonnables doivent être mises en place afin de favoriser la présence du second parent ou de la personne significative (1er accompagnateur) lors de l'accouchement (incluant la césarienne) et lors du séjour postnatal. Pour le 2e accompagnateur, sa présence est permise en fonction du niveau d'alerte (voir tableau)
- Cependant, pour les femmes enceintes atteintes de la COVID-19, il pourrait être envisagé que le second parent ou l'accompagnateur atteint de la COVID-19 soit présent, s'il se déplace uniquement en même temps que la femme enceinte dans l'hôpital (pour l'arrivée, entre autres), et en portant un masque.

Néonatalogie

- Toutes les mesures raisonnables doivent être mises en place afin de favoriser la présence des parents, s'ils ne présentent pas de symptômes à la COVID-19.
- Les parents atteints de la COVID-19 ne peuvent être présents, sauf lors de circonstances exceptionnelles.

Pédiatrie

- Toutes les mesures raisonnables doivent être mises en place afin de favoriser la présence des parents, s'ils ne présentent pas de symptômes à la COVID-19.

- Cependant, pour les enfants atteints de la COVID-19, il pourrait être envisagé que les parents atteints de la COVID-19 soient présents, s'ils se déplacent uniquement en même temps que l'enfant dans l'hôpital (pour l'arrivée, entre autres), et en portant un masque.

Pour plus d'information, consulter le Plan 2e vague Services mère-enfant sur le site Web du MSSS à l'adresse suivante : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/services-mere-enfant/.

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE (SPFV)

Pour plus de détails, veuillez vous référer à la section « Visiteurs » des directives spécifiques aux SPFV disponibles sur le site Web du MSSS à l'adresse : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/soins-palliatifs-et-de-fin-de-vie/

IMAGERIE MÉDICALE

Les départements et laboratoires d'imagerie médicale devraient se munir d'une politique de contrôle du nombre de personnes proches aidantes autorisées en fonction de la capacité de leurs salles d'attente et de la configuration des lieux. Cette politique doit permettre de respecter la distanciation sociale dans les aires d'attente et d'assurer la sécurité du personnel et des usagers du service d'imagerie médicale.

À noter que toute personne proche aidante devrait être soumise au même questionnaire de triage que les usagers concernant les facteurs de risque de la COVID-19.

Émission :	21-10-2020	Mise à jour :	02-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-004.REV1

Catégorie(s) :
- ✓ Priorisation des activités cliniques
- ✓ Première ligne médicale

Plan provincial de priorisation des activités cliniques Secteur première ligne médicale

Remplace la version du 21 octobre 2020 (non codifiée)

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); – Directeurs des services professionnels (DSP); – Directrices des soins infirmiers (DSI); – Chef de Département régional de médecine générale (DRMG).

Directive	
Objet :	Compte tenu de l'évolution actuelle de la situation épidémiologique, le Comité clinique de dépistage COVID-19 et 1re ligne a élaboré des orientations selon les niveaux d'alerte, permettant aux établissements, en collaboration avec les Départements régionaux de médecine générale de déterminer les activités cliniques de 1re ligne médicale devant être priorisées selon chaque niveau.
Mesures à implanter :	✓ Prendre connaissance des précisions ajoutées dans le document annexé

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 :	• Plan provincial de priorisation des activités cliniques – Secteur première ligne médicale

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
Vinent Lehouillier pour
La sous-ministre,
Dominique Savoie

PLAN PROVINCIAL DE PRIORISATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES

SECTEUR PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE

MISE À JOUR DU 30 NOVEMBRE 2020

Auteurs principaux

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

Coordination

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

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

Avec la contribution du :

Comité clinique de dépistage COVID-19 et première ligne

Docteur Réal Barrette, coprésident du comité et médecin-conseil

Monsieur Philippe Lachance, coprésident du comité et directeur des services de proximité en santé physique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Zina Benshila, directrice adjointe des services médicaux et généraux de première ligne, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Docteur Jacques Blais, chef du Département régional de médecine générale, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Madame Aurore Deligne, coordonnatrice, Direction des services de proximité en santé physique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Docteur Sylvain Dion, vice-président du conseil d'administration, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Madame Sylvie Larocque, directrice adjointe aux services professionnels, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Docteur Éric Lavoie, chef du Département régional de médecine générale, Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Madame Mariève Morin, coordonnatrice de la gestion des programmes GMF, GMF-R et GMF-U, Direction des services de proximité en santé physique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Marie-Pier Pagé, conseillère en soins infirmiers volet IPS, Direction nationale des soins et services infirmiers, ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Catherine Pageau, conseillère clinique volet accueil clinique et gestion hospitalière, Direction des services d'urgence, ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Docteure Raymonde Vaillancourt, chef du Département régional de médecine générale, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Docteur Christian Vinette, médecin-conseil, ministère de la Santé et des Services sociaux

Table des matières

Mise en contexte 2
Structure du document 4
Niveaux des activités 5
ANNEXES 9

Coronavirus COVID-19

MISE EN CONTEXTE

La pandémie de COVID-19, débutée au Québec en mars 2020, a entraîné une réduction des ressources disponibles (humaines, médicales, matérielles), induite par la réponse aux impératifs de la pandémie. Cette réduction, ajoutée aux consignes de distanciation physique qui se sont appliquées durant cette période, a eu un impact significatif sur l'organisation et l'accessibilité aux services de première ligne (1re ligne) médicale.

Compte tenu de l'évolution actuelle de la situation épidémiologique, le Comité clinique de dépistage COVID-19 et 1re ligne du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a élaboré des orientations selon des niveaux d'activité cliniques spécifiques à la première ligne médicale. Ces niveaux d'activités doivent être établis par le Centre de coordination des mesures d'urgence (CCMU) de chaque établissement, en tenant compte du palier d'alerte régional identifié par la santé publique, mais également de l'implication des ressources cliniques de 1re ligne médicale dans d'autres milieux et du nombre de foyers d'éclosion. Le niveau d'activité ainsi établi permettra aux établissements de déterminer les activités cliniques de 1re ligne médicale devant être priorisées.

En période pandémique, les rôles de porte d'entrée des services de santé et de filet de sécurité de la 1re ligne médicale demeurent. L'organisation des services au Québec prend par ailleurs appui sur un rôle élargi de la 1re ligne, notamment par l'offre de services populationnels, par une implication dans la vigie des symptômes ainsi que par le soutien au milieu de vie. Il est donc primordial que les niveaux d'activités rouges et orange conservent un certain pourcentage d'effectifs médicaux et de ressources professionnelles dans les milieux de 1re ligne. Afin d'assurer une cohérence des actions, le chef du Département régional de médecine générale (DRMG) ou un représentant qu'il délègue, de même qu'un représentant de la Direction des soins infirmiers (DSI), doivent participer aux travaux et discussions du CCMU.

Considérant l'expertise spécifique des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) et la contribution importante qu'elles apportent au suivi des patients en première ligne médicale, il est fortement recommandé qu'elles poursuivent, au même titre que les médecins de famille, leur implication dans ces milieux.

Par ailleurs, le modèle des cliniques désignées d'évaluation (CDÉ) mis en place dès le début de la pandémie de COVID-19, dans l'ensemble des régions, est le modèle d'organisation des services de première ligne, préconisé pour la durée de la pandémie. La création des CDÉ a en effet permis de concentrer les efforts de prévention et de contrôle des infections dans un nombre restreint de milieux tout en permettant l'acquisition d'une expertise pour les soins à la population présentant

des symptômes de la COVID-19. C'est également dans les CDÉ que pourront donc être référés les patients atteints de grippe.

Toutefois, il est essentiel d'adapter le déploiement de ce modèle sur chaque territoire en fonction de la volumétrie nécessaire en réponse au besoin, ainsi que d'en faire le suivi et les ajustements selon le niveau d'alerte s'appliquant à chaque population, le tout en collaboration avec le DRMG.

Il est également recommandé que l'offre de service en première ligne, que ce soit en CDÉ pour les patients symptomatiques ou dans les autres milieux de première ligne pour les patients non symptomatiques, fasse l'objet d'une stratégie de communication permettant aux citoyens de savoir où se diriger en fonction de leurs besoins.

STRUCTURE DU DOCUMENT

Le document est constitué de deux grandes sections.

La première section, sous la forme d'un tableau, donne les caractéristiques des niveaux d'activités spécifiques à la 1re ligne médicale et identifie, selon ce niveau, les activités cliniques à prioriser en 1re ligne médicale. Les éléments de gouvernance et les services essentiels sont également spécifiés.

La seconde section présente des modalités à mettre en place afin d'assurer une orientation pertinente des patients ainsi qu'une organisation sécuritaire des activités dans les milieux de soins de 1re ligne.

NIVEAUX DES ACTIVITÉS	NIVEAUX D'ACTIVITÉS IDENTIFIÉS POUR LA PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE			
	Niveau d'alerte 1	**Niveau d'alerte 2**	**Niveau d'alerte 3**	**Niveau d'alerte 4**
Caractéristiques	**Transmission communautaire limitée** • Affectation de ressources minimale en corridors chauds et vigie; • Pas d'éclosion ou rares milieux en éclosion qui demeurent contrôlés; • Retour à une offre de service en équilibre avec la demande.	**Circulation active du virus, mais situation en contrôle** • Réaffectation des ressources médicales et professionnelles en fonction des besoins; • Nombre limité de sites en éclosion (unités, ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) - résidences privées pour aînés (RPA), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), milieux de travail et milieux communautaires); • Ajustement du confinement de la population provoquant une diminution de la demande.	**Circulation active du virus, mais situation en contrôle** • Réaffectation des ressources médicales et professionnelles en fonction des besoins; • Nombre limité de sites en éclosion (unités, RI-RTF-RPA, CHSLD, milieux de travail et milieux communautaires); • Ajustement du confinement de la population provoquant une diminution significative de la demande.	**Circulation active du virus avec dépassement de la capacité du milieu** • Les ressources médicales et professionnelles sont réaffectées massivement selon les besoins; • Éclosions multisites (unités, RI-RTF-RPA, CHSLD, milieux de travail, milieux communautaires); • Ajustement du confinement de la population limitant de façon importante la demande de services de première ligne (1re ligne).
Gouvernance	• Vigie et Centre de coordination des mesures d'urgence (CCMU) suspendue ou limitée;	• CCMU actif avec participation du chef de Département régional de médecine générale (DRMG) et de la Direction des soins infirmiers (DSI);	• CCMU actif avec participation du chef de DRMG et de la DSI;	• CCMU actif avec participation du chef de DRMG et de la DSI;

Services essentiels	• Offre doit répondre à l'augmentation de la demande; • Offre de service en Cliniques désignées d'évaluation (CDÉ) minimale et ajustée aux besoins.	**S'ajoutent aux services essentiels du niveau 4 :** • Offre doit s'adapter à l'augmentation de la demande; • Offre de service en CDÉ ajustée aux besoins.	**S'ajoutent aux services essentiels du niveau 4 :** • Offre doit s'adapter à l'augmentation de la demande; • Offre de service en CDÉ ajustée aux besoins.	• Urgences, hospitalisations, unités de soins intensifs (USI), cas urgents en services spécialisés; • CHSLD, RI-RTF-RPA, Soutien à domicile (SAD), soins palliatifs; • CDÉ; • Accès populationnel urgent.
Ressources requises pour fonctionnement	• Disponibilité minimale de 70 % des effectifs habituels de médecins de 1re ligne et d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL); • Maintien de 70 % des effectifs habituels d'infirmières en 1re ligne; • Reprise de plus de 70 % du volume d'activité des plateaux spécialisés et de l'accueil clinique; • Disponibilité des équipements de protection requis selon les orientations de la santé publique et aménagement respectant les consignes de la prévention et contrôle des infections (PCI).	• Disponibilité de 50 % à 70 % des effectifs habituels de médecins de 1re ligne et IPSPL; • Maintien de 50 % à 70 % des effectifs habituels d'infirmières en 1re ligne; • Reprise de 50 % à 65 % du volume d'activité des plateaux spécialisés et de l'accueil clinique; • Disponibilité des équipements de protection requis selon les orientations de la santé publique et aménagement respectant les consignes de la PCI.	• Disponibilité de 30 % à 50 % des effectifs habituels de médecins de 1re ligne et IPSPL; • Maintien de 30 % à 50 % des effectifs habituels d'infirmières en 1re ligne; • Reprise de 35 % à 50 % du volume d'activité des plateaux spécialisés et de l'accueil clinique; • Disponibilité des équipements de protection requis selon les orientations de la santé publique et aménagement respectant les consignes de la PCI.	• Disponibilité de moins de 30 % des effectifs habituels de médecins de 1re ligne et IPSPL; • Disponibilité de moins de 30 % des effectifs habituels d'infirmières en 1re ligne; • Moins de 35 % du volume d'activité des plateaux spécialisés et de l'accueil clinique; • Disponibilité des équipements de protection requis selon les orientations de la santé publique et aménagement respectant les consignes de la PCI.

<table>
<tr><th colspan="5">ACTIVITÉS CLINIQUES</th></tr>
<tr><td>Principes</td><td colspan="4">
Contrainte globale d’utilisation optimale des ressources et de mobilité de la main-d’œuvre en vases communicants;
Pertinence des rendez-vous :
Disponibilité minimale requise d’infirmières pour assurer le triage téléphonique en tout temps;
Maintien et consolidation de l’utilisation d’un outil transactionnel autorisé de gestion des rendez-vous entre les partenaires du réseau;
Offre populationnelle renforcée et accès universel aux citoyens avec priorisation selon l’urgence des besoins;
Filtrage des patients à l’arrivée à la clinique;

Utilisation pertinente des téléconsultations en respect de la qualité de l’acte[1];
La reprise des activités des autres secteurs de 1re ligne (ex. services courants, maladies chroniques, immunisation, santé mentale, etc.) est essentielle pour la complémentarité des activités en cliniques médicales de 1re ligne;
Renforcement des mesures de précaution universelle des infections;
Jusqu’à nouvel ordre, adaptation des obligations inhérentes à l’adhésion aux programmes groupe de médecine de famille (GMF), Groupe de médecine familiale – désignation réseau (GMF-R) et groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U);
Intégration des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) aux priorités cliniques de la 1re ligne, au même titre que les médecins de famille.
Selon l’organisation territoriale, le délestage doit se faire en cohérence avec le plan de priorisation des services médicaux en milieux de vie pour aînés (document à venir).
</td></tr>
<tr><td>Accès populationnel</td><td>
Accès à la 1re ligne selon les GMF/cliniques d’appartenance;
Réponse à la clientèle orpheline et réorientation par les centres d’appel COVID selon un principe de proximité géographique;
Couverture en vigie des CDÉ en transition vers un modèle qui pourrait s’intégrer aux cliniques de 1re ligne, selon les besoins et
</td><td>
Couvert par les cliniques selon un principe de proximité géographique, incluant la réponse à la clientèle orpheline et la réorientation;
Collaboration au déploiement du projet Accès réseau pertinence en 1re ligne.
</td><td>
Couvert par les cliniques selon un principe de proximité géographique, incluant la réponse à la clientèle orpheline et la réorientation;
En fonction des capacités organisationnelles et cliniques : collaboration au projet Accès réseau pertinence en 1re ligne.
</td><td>
Couvert par les cliniques selon un principe de proximité géographique, incluant la réponse à la clientèle orpheline et la réorientation;
En fonction des capacités organisationnelles et cliniques : Collaboration au projet Accès réseau pertinence en 1re ligne.
</td></tr>
</table>

[1] Afin d’éviter des interruptions au niveau des épisodes de soins, tout rendez-vous donné par télésoins doit pouvoir se poursuivre en présentiel au besoin, et ce, auprès du médecin ou de l’IPS ayant initié la consultation, ou d’un membre de son équipe.

	modèles d'organisation des territoires; • Collaboration au déploiement du projet Accès réseau pertinence en 1re ligne.			
Priorités cliniques	**S'ajoutent aux activités niveau 2 :** • PAP test; • Suivi en santé mentale pour patients stables; • Prise en charge guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) priorités D-E; • Chirurgie mineure et vasectomie; • Dépistages recommandés, selon l'acceptabilité et la faisabilité.	**S'ajoutent aux activités niveau 3 :** • Suivi pour maladie chronique stable; • Prise en charge GAMF priorité C; • PAP test de plus de 3 ans; • Suivi Société de l'assurance automobile du Québec[2].	**S'ajoutent aux activités niveau 4 :** • Dépistage génétique; • Suivi Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail[3]; • Suivi en santé mentale pour patients vulnérables; • Repérage des troubles cognitifs; • Autres vaccinations.	**Activités priorisées :** • Suivi pour maladie chronique instable ou nouveau diagnostic; • Suivi de grossesse; • Suivi en santé mentale pour patient instable; • Vaccination COVID / Influenza; • Gestion de retour au travail et maintien du lien d'emploi; • Suivi 0-2 ans; • Prise en charge GAMF priorités A-B; • Aide médicale à mourir et soins palliatifs.
SAD / SIAD / RPA / RI / RTF	• Consolidation de la garde 24/7; infirmière et médicale avec outils de communication.	• Réaffectation partielle du personnel; • Contribution pour la couverture infirmière et médicale 24/7 SAD et RPA-RI avec GMF répondants pour la clientèle inscrite / non-inscrite, chaude et froide, selon le niveau d'alerte; • Collaboration pour le déploiement du projet de vigie COVID.	• Réaffectation partielle du personnel; • Contribution pour la couverture infirmière et médicale 24/7 SAD et RPA-RI avec GMF répondants pour la clientèle inscrite / non-inscrite, chaude et froide, selon le niveau d'alerte; • Collaboration pour le déploiement du projet de vigie COVID.	• Réaffectation du personnel clinique; • Contribution des médecins de famille; • Implication des CDÉ; • Implication de représentants PCI; • Collaboration pour le déploiement du projet de vigie COVID.

[2] Excluant gestion de retour au travail et maintien du lien d'emploi.
[3] Excluant gestion de retour au travail et maintien du lien d'emploi.

Modalités à mettre en place

Cette annexe résume les modalités à mettre en place afin d'assurer une priorisation des activités de façon sécuritaire dans les milieux de soins de 1re ligne [4].

La priorisation des activités de 1re ligne doit s'effectuer en cohérence avec les autres secteurs.

Orientation des patients

Personnes qui présentent des critères de référence en clinique désignée de dépistage (CDÉ)[5]:

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

Personnes qui ne présentent pas les critères de référence en CDÉ:

- Si la personne a besoin de consulter en 1re ligne et est inscrite auprès d'un médecin de famille, elle peut communiquer avec son médecin ou sa clinique afin d'obtenir un rendez-vous dans cette clinique;
- Si la personne a besoin de consulter en 1re ligne et n'est pas inscrite auprès d'un médecin de famille, elle peut communiquer avec Info-Santé en composant le 811 pour obtenir des conseils ou en composant le 1 877 644-4545 pour être dirigée vers la ressource appropriée, dont un guichet d'accès de 1re ligne, lorsque mis en place (projet accès réseau pertinence en 1re ligne). Elle peut également communiquer avec une clinique à proximité, qui se doit d'offrir des services aux personnes sans médecin de famille.

[4] Les milieux de première ligne visés par ce document sont les lieux de prestation de soins de première ligne, soit les CLSC, GMF (incluant les GMF universitaires et réseau) et les cliniques non GMF. Les activités visées sont celles pratiquées par l'ensemble de l'équipe clinique (médecin, infirmières, IPSPL, autres professionnels).

[5] Les critères de référence en CDÉ sont détaillés dans le formulaire de référence en annexe.

Volet Santé publique

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

Pour tout rendez-vous en 1re ligne, les téléconsultations doivent être privilégiées lorsque possible, et doivent tenir compte du *Rappel des obligations déontologiques* publiées par le Collège des médecins du Québec.

Un questionnaire doit être réalisé lors de la prise de rendez-vous et à l'arrivée du patient en clinique afin de s'assurer que le patient a été référé au bon endroit, selon les critères de référence en CDÉ détaillés en annexe.

POUR LES PATIENTS SYMPTOMATIQUES[6] orientés vers les CDÉ pour une consultation en présentiel:

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

POUR LES PATIENTS NON ORIENTÉS EN CDÉ :

- Il est important de faire le rappel des pratiques de base (distanciation, étiquette respiratoire, hygiène des mains). Des affiches doivent être visibles tout au long de la trajectoire des patients;
- Le respect de la distanciation physique (deux mètres) est un élément incontournable, et les services doivent être organisés en conséquence. La trajectoire du patient doit être revue pour toutes les étapes du parcours, et les mesures de mitigation doivent être mises en place par exemple :
    - Limiter le nombre d'accompagnateurs;
    - Identifier la distance à respecter par un marquage au sol, par des cônes ou autres, à l'extérieur de l'établissement ainsi qu'à l'accueil;
    - Planifier un nombre limite de patients dans les espaces d'attente en fonction des aménagements de l'installation (espaces de salles d'attente) et dans la planification des rendez-vous afin de respecter en tout temps la distance de deux mètres;
    - Favoriser les téléconsultations lorsqu'elles sont possibles[7];
    - Limiter le nombre de rendez-vous préalables pour les examens diagnostiques en optimisant chaque visite à la clinique;

[6] La notion de symptomatiques inclut tous symptômes infectieux : IVRS, COVID et gastroentérite.

[7] Afin d'éviter des interruptions au niveau des épisodes de soins, tout rendez-vous donné par télésoins doit pouvoir se poursuivre en présentiel au besoin, et ce, auprès du médecin ou de l'IPS ayant initié la consultation, ou d'un membre de son équipe.

- Si les infrastructures ne permettent pas la distanciation de deux mètres, prévoir des séparations physiques (ex. : paravent, rideaux, plexiglas, etc.) et en assurer le nettoyage;
- Pour un patient asymptomatique et ses accompagnateurs le cas échéant, le port du masque de procédure est obligatoire dans les zones orange et rouges. Dans les zones jaunes et vertes, le masque de procédure peut être remplacé par le couvre visage artisanal;
- Le port du masque de procédure et du masque artisanal ne remplacent pas le respect de la distanciation physique ou le besoin d'aménagement des lieux physiques;
- Si le masque de procédure est indiqué pour un patient (ex. chez un (e) dentiste), lui demander de retirer son couvre-visage de façon sécuritaire, de procéder à la désinfection de ses mains et lui donner un masque de procédure (ex. : dans la situation d'une personne qui tousse ou qui fait de la fièvre) puis, de répéter la procédure de désinfection des mains, et ce, peu importe où le patient consulte dans les milieux de soins. Ce patient doit être référé en CDÉ;
- Lors du retrait du masque de procédure, prévoir des poubelles pour disposer du masque et un poste d'hygiène des mains.

RAPPEL :

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

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

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

Volet organisation des services (cliniques chaudes et froides)

- Instaurer, lorsque possible, l'attente dans le stationnement avec texto ou appel lorsqu'il est temps d'entrer pour le rendez-vous. Prévoir une durée de rendez-vous plus longue en présentiel, considérant les besoins de désinfection et de salubrité.
- Les rendez-vous en présentiel doivent être privilégiés pour la clientèle qui le demande ou qui le nécessite selon l'évaluation clinique préliminaire.
- Afin de diminuer les déplacements pour les patients, surtout ceux présentant des facteurs de risque (patient de plus de 70 ans, immunosupprimé, présence de maladies chroniques mal contrôlées), la téléconsultation doit être proposée en tout temps.
- Les patients ayant besoin de suivis qui exigent plusieurs examens physiques, notamment les femmes enceintes et les enfants de moins de deux ans, devraient être vus en personne.
- Considérer la possibilité de visites à domicile (VAD) et de lien avec le soutien à domicile (SAD) pour les patients avec facteurs de risques importants et nécessitant une évaluation en présentiel.
- Limiter l'utilisation de papier (vecteur de transmission) en général. Les requêtes et les prescriptions par voies électroniques ou par fax doivent être favorisées. La manipulation des cartes d'assurance-maladie doit être évitée.
- Maximiser l'utilisation de prise de rendez-vous en ligne, qu'ils soient en clinique froide ou chaude, par voie téléphonique ou en présentiel.
- Mise en place d'une vigie quotidienne pour l'état de santé des employés et des équipes cliniques (professionnels et médecins).

Clientèle visée aux CDÉ

Le formulaire suivant permet de cibler la clientèle devant être vue en CDÉ, mais ne sont pas les critères de diagnostic du COVID-19. Des informations complémentaires suivent le formulaire.

	ÉVALUATION DES CRITÈRES DES CLINIQUES DÉSIGNÉES D'ÉVALUATION (CDÉ)

INFORMATION PATIENT	
Nom, prénom :	**Date de naissance :**
Adresse complète :	
Adresse courriel :	**No. Téléphone :**
Nom, prénom du père :	
Nom, prénom de la mère :	
Numéro d'assurance-maladie / date exp :	
INFORMATION DU PROFESSIONNEL SOIGNANT	
Nom et numéro de pratique du professionnel référent :	
No de télécopieur (pour retour note CDÉ au md) :	**Téléphone ligne directe :**
Répond aux critères de référence en CDÉ :	
CRITÈRES DE RÉFÉRENCE EN CDÉ (Obligatoire)	
Référer en CDÉ tout patient répondant au moins à l'un des trois critères suivants (cocher toutes les cases appropriées) :	

☐ **1) CRITÈRE CLINIQUE A : le patient présente ≥ 1 SYMPTÔME(S) parmi les suivants**

- ☐ Fièvre (>38);
- ☐ Toux (récente ou chronique exacerbée);
- ☐ Difficultés respiratoires;
- ☐ Anosmie d'apparition soudaine sans congestion nasale, avec ou sans agueusie.

☐ **2) CRITÈRE CLINIQUE B : le patient présente ≥ 2 SYMPTÔMES** parmi :**

Symptômes généraux

- ☐ Myalgie;
- ☐ Céphalée;
- ☐ Fatigue marquée;
- ☐ Perte d'appétit importante;
- ☐ Mal de gorge;
- ☐ Otalgie;
- ☐ Rhinorrhée;
- ☐ Vomissement ou nausée;
- ☐ Diarrhée (nouvelle ou exacerbée).

☐ **3) CRITÈRES D'EXPOSITION**

- ☐ Patient ayant reçu un diagnostic de **COVID-19** dans les **10 DERNIERS JOURS** (**28 jours** si patient immunosupprimé, **21 jours** si patient ayant séjourné aux soins intensifs);
- ☐ Contact d'un cas de COVID-19 prouvé dans les **14 derniers jours**;
- ☐ Séjour de **≥ 48 h** à l'urgence ou l'hôpital dans les **14 derniers jours**;
- ☐ Séjour de **≥ 48 h** 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);
- ☐ Patient contacté par la santé publique ou visé par une annonce populationnelle de la santé publique.

PRÉALABLES OBLIGATOIRES À LA CONSULTATION – toute consultation ne répondant pas à ces trois critères sera retournée au référent.

- ☐ Absence de critère de référence à l'urgence;
- ☐ N'est pas référé seulement pour un dépistage COVID (si oui, référez la clientèle ciblée en CDD).

Clientèle exclue des CDÉ (à orienter vers les urgences)

- Fièvre :
  - Enfants 0 à 3 mois et température rectale ≥ 38 degrés Celsius;
  - Enfants 3 mois à 3 ans et température rectale ≥ 39 degrés Celsius.
- Clientèle non réorientable de l'urgence.

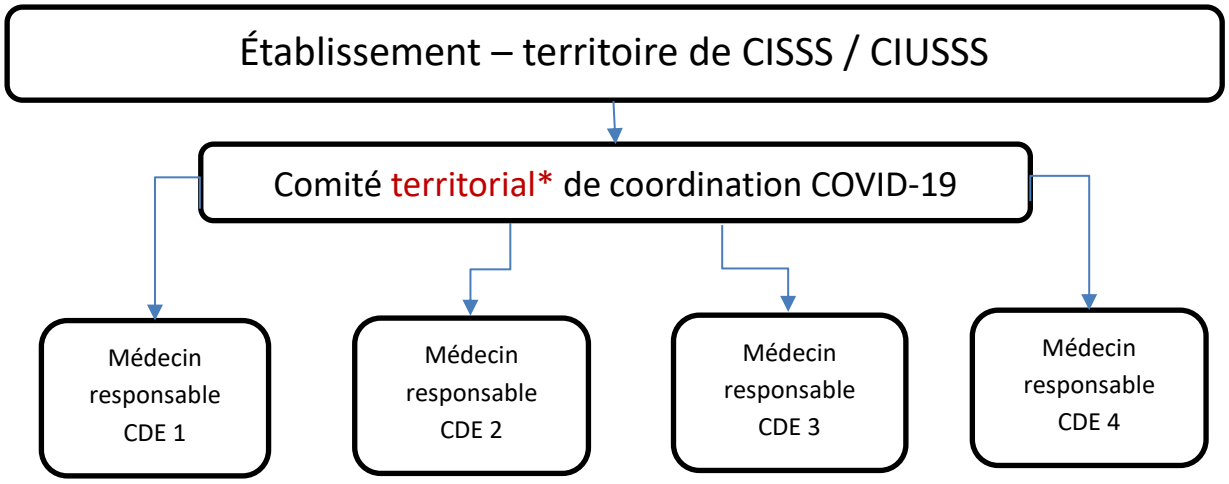
Vigilance accrue pour des patients vus en CDÉ qui présenteraient les signes de gravité et risques de dégradation suivants :

SIGNE DE GRAVITÉ ET RISQUE DE DÉGRADATION
• Température : > 38,2 degrés Celsius • Fréquence cardiaque : > 100 bpm • Rythme et qualité respiratoire : RR > 22 respirations / minute ou tirage ou amplitude • Saturométrie : < 92 % (patient sans pneumopathie usuelle); • Tension artérielle : < 90 mm Hg (adulte) • Altération de la conscience, confusion, somnolence • Déshydratation ou orthostatisme • Altération inhabituelle ou soudaine de l'état général; brutal chez le sujet âgé • Éveil et acuité de réponse anormale ***Toute condition urgente ou sévère devrait être dirigée à l'urgence par le moyen approprié (911 ou autre)**

Offre de service complémentaire :

- L'offre de service est à adapter en fonction de la capacité du site, du risque infectieux COVID-19 et du risque de dégradation de l'état du patient :
  - Nécessitant un plateau de chirurgie mineure (sites non traditionnels);
  - Nécessitant une médication sur place (p*er os*, intraveineux, intramusculaire, inhalateur, infiltrations, etc.).
- Éviter tout traitement qui pourrait générer des particules en suspension dans l'air (aérosol);
- Favoriser des trajectoires adaptées pour les femmes enceintes nécessitant une évaluation de la grossesse ou du fœtus;
- Pour tous les prélèvements de la clientèle pédiatrique, utiliser la trajectoire chaude établie par l'établissement.

GOUVERNANCE liée aux CDÉ



En conjonction au DRMG, le comité territorial de coordination est défini pour chacun des milieux, selon le besoin; selon le découpage, il peut être local, régional ou par territoire de CISSS/CIUSSS.

Rôle et responsabilité du médecin responsable CDÉ[8] - en bref

Responsable de l'organisation clinique en CDÉ et de la coordination avec les instances organisationnelles régionales (DRMG et établissement), en conformité avec les directives ministérielles.

RESPONSABILITÉS

1. Participe aux activités de coordination locales des réseaux locaux de services (RLS) impliqués;
2. Responsable de la communication entre le comité territorial* de coordination et les médecins de son milieu;
3. Il assure, le cas échéant, le lien avec le comité COVID régional;
4. Responsable de l'application des consignes et bonnes pratiques en CDÉ, telles que transmises par le *Comité de travail clinique COVID-19 – Cliniques et première ligne*;
5. Participe à la mobilisation médicale pour susciter l'adhésion aux différentes listes de garde et convenir de la distribution appropriée des soins médicaux dans son réseau local de services (RLS), en coordination avec sa table médicale de RLS et le comité de coordination territorial;
6. Au sein du comité de coordination territorial, est impliqué dans l'élaboration des règles d'utilisation des ressources médicales et matérielles du CDÉ en adéquation avec la première ligne et voit à l'application et au respect des règles d'utilisation dans son milieu.

[8] Un seul médecin responsable par CDÉ, qui peut être assisté d'un autre médecin dans la réalisation de ses responsabilités. La reconnaissance du médecin responsable doit se faire par le DRMG, conjointement avec le DSP pour les CDÉ intra-établissement. La liste des médecins responsables de CDÉ doit être transmise au comité de désignation MSSS-FMOQ.

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).

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

2020-11-05

Plan de contingence et de gestion de la capacité 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

L'application du plan de pandémie a forcé les gestionnaires des services d'urgence à utiliser divers moyens pour diminuer le risque de transmission de la COVID-19. L'ensemble des urgences du Québec a notamment été subdivisé en zones de traitement distinctes (zone chaude, tiède et froide). Par conséquent, en raison de la restructuration et des exigences en prévention et contrôle des infections, le nombre de civières pouvant accueillir les usagers a diminué en absolu.

De plus, les zones chaudes-tièdes et froides sont deux portes d'entrée « indépendantes » pour le réseau hospitalier. La gestion de la surcapacité doit donc être gérée de façon autonome pour chacune des zones. De plus, il est primordial que cette gestion soit faite en fonction de la capacité réelle des urgences. Historiquement, le taux d'occupation des urgences, présenté en pourcentage, était constitué du rapport entre le nombre d'usagers présents sur civières à l'urgence sur le nombre de civières fonctionnelles. Cette représentation de l'occupation n'étant donc plus représentative de l'encombrement des urgences en temps de pandémie de la COVID-19, la capacité réelle des urgences sera utilisée.

Plan d'action

Ce document présente les éléments à mettre en place dans les services d'urgences (intra) afin d'assurer une offre de soins sécuritaire et efficiente. Il comprend un plan de contingence détaillant les mesures à appliquer en fonction de l'évolution de la pandémie de la COVID-19 ainsi qu'un plan de désencombrement applicable selon l'achalandage quotidien des urgences.

Comme mentionné ci-haut, le taux d'occupation connu jusqu'à ce jour est incomplet afin de représenter l'achalandage des urgences en temps de pandémie. Des modifications ont été apportées au système de gestion des urgences (SGU) de l'ensemble des installations du Québec, afin d'être en mesure de quantifier la capacité maximale de l'urgence ainsi que de la zone tiède-chaude.

Les indicateurs retenus pour l'activation des différents niveaux du plan de désencombrement sont les suivants :

- Taux (%) d'occupation de la zone tiède-chaude;
- Taux (%) d'occupation de la capacité totale;
- Taux (%) d'usager en attente d'hospitalisation par zone de traitement.

Communication

Le développement de nouveaux indicateurs nécessite un plan de communication fort et stratégique. Ce changement de paradigme vient moduler la compréhension, l'interprétation et l'analyse des nouveaux indicateurs. Cette notion est maintenant plus qu'essentielle à la fluidité de l'épisode de soins. Ainsi, l'ensemble des intervenants et de la population se référaient au taux d'occupation de l'urgence. Par contre, ce dernier n'est maintenant plus suffisant afin de représenter l'achalandage des urgences en temps de pandémie. En ce sens, la stratégie de communication sera principalement axée sur la compréhension et l'analyse de ces nouveaux indicateurs afin que l'ensemble des travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) soient en mesure de saisir l'information qui leur est transmise durant la pandémie.

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 Service 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. L'application des interventions peut toutefois varier selon la situation de l'urgence et de l'installation. Notons toutefois que toutes les urgences, d'un centre désigné ou non, doivent être en mesure de prendre charge tout type de clientèle qu'elle soit porteuse ou non de la COVID-19.

	PLAN DE CONTINGENCE – INTERVENTIONS			
	LES NIVEAUX D'ALERTE SONT DÉTERMINÉS SELON LE PLAN DE CONTINGENCE PROVINCIAL – CENTRE HOSPITALIER Pour chacun des niveaux, poursuivre les interventions des niveaux précédents			
	Niveau d'alerte 1	**Niveau d'alerte 2**	**Niveau d'alerte 3**	**Niveau d'alerte 4**
Organisation physique des urgences	○ Guichet unique à l'entrée de l'urgence ○ Implanter les zones de traitement chaudes, tièdes, froides ○ Aucun patient au corridor en zone chaude/tiède	○ 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	○ Limiter les risques de contamination et propagation : ▪ Aucun séjour de plus de 24h pour les patients non hospitalisés ▪ Aucun séjour de plus de 36h pour les patients hospitalisés ○ Taux d'occupation de la zone chaude-tiède inférieur à 85 %	○ Aucun séjour de plus de 24h pour tous les patients
Triage et réorientation	○ 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 autres transporteurs le plus rapidement possible ○ Réorientation de la clientèle	○ Offrir à toute la clientèle réorientable un rendez-vous vers les CDÉ ou les cliniques froides	○ Réorientation systématique de la clientèle 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	○ Mettre en place une procédure de prise en charge systématique par les médecins spécialistes directement à l'urgence
Normes de prévention et contrôle des infections	○ S'assurer du respect de l'étiquette respiratoire ○ Port d'un couvre-visage pour les usagers et accompagnateurs âgés de 12 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 de la santé publique ○ 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		○ 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	
Trajectoire de soins	○ Mettre à la disposition des TAP une aire de décontamination et une station de désinfection (voir les mesures à la section Transfert des patients entre les SPU et les salles d'urgence*)* ○ Réviser les trajectoires de soins de la clientèle et des 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	○ Une personne doit assurer la coordination de la trajectoire de soins des usagers ○ Favoriser les alternatives à l'hospitalisation	○ Réviser tous les usagers à l'urgence pour lesquels aucune décision n'a été prise y compris les usagers admis en attente de lits ○ 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)	
Volet maintien des activités: Ressources humaines	○ Remettre à jour les listes de rappel des ressources humaines supplémentaires (RH) et des bénévoles ○ Prévoir du personnel de soutien afin de répondre à la demande de soins (hygiène et salubrité, agente administrative, etc.).	○ Mettre en place les mesures d'accueil et d'intégration pour ce personnel supplémentaire.	○ 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)	
	○ 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			
	○ Se préoccuper des risques d'absentéisme (maladie personnelle, familiale, garderie, etc.)	○ Surveiller les cas de détresse liée à la surcharge de travail ou autre : intervention psychosociale		
Ressources matérielles	○ 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)			

[1] https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19

PLAN DE GESTION DE LA CAPACITÉ DES URGENCES – DÉSENCOMBREMENT DE L'URGENCE	
LES MESURES S'APPLIQUENT INDÉPENDAMMENT DU NIVEAU D'ALERTE Pour chacun des niveaux, poursuivre les interventions des niveaux précédents	
Taux d'occupation de 65 % à 74 % de la capacité totale disponible	○ Mettre en place un coordonnateur médical ○ Réorientation systématique de la clientèle réorientable vers les CDÉ et les cliniques froides ○ Prolonger la présence de médecin consultant 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 patients « hors secteur »
Taux d'occupation de 75 à 84 % de la capacité totale disponible	○ Aucun séjour de plus de 24h à l'urgence ○ Suivi de la situation avec le coordonnateur de la gestion des lits ○ Admettre les patients « 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 > que 85 % de la capacité totale disponible	○ Rétablir rapidement un taux d'occupation de la zone tiède - chaude < 85 % ○ Instaurer une surcapacité hospitalière ○ Prise en charge directe par les médecins spécialistes à l'urgence ○ Suivi ministériel et détermination d'actions concrètes

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

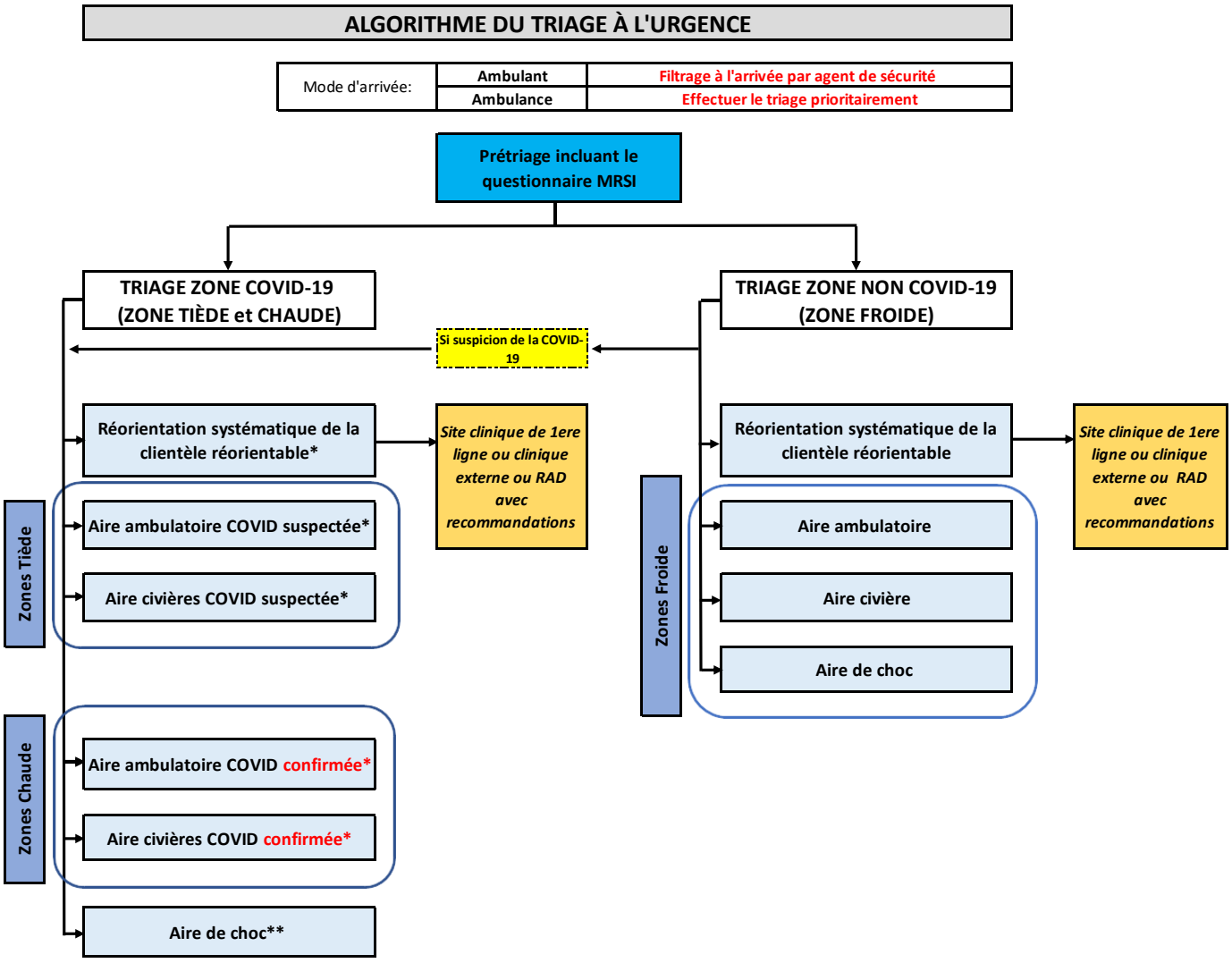
Si NON à TOUTES ces questions → Couvre-visage ou masque de procédure* et orientation vers corridor froid

*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 :	01-12-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-032

Catégorie(s) :
- ✓ Plan de contingence réadaptation
- ✓ Structure de coordination
- ✓ Réadaptation

Plans de contingence provincial et montréalais pour les milieux de réadaptation (déficience physique, santé physique et réadaptation modérée incluant le volet gériatrique) et structure de coordination et de suivi des lits de réadaptation intensive en déficience physique et santé physique et des lits de réadaptation modérée (incluant le volet gériatrique), en contexte de pandémie

Première diffusion

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

Directive	
Objet :	Dans la foulée des démarches visant la préparation des établissements de santé et services sociaux à la deuxième vague de la pandémie à la COVID-19, à l'été 2020 le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) demandait aux établissements concernés de développer un plan de contingence relatif à la réadaptation en déficience physique, en santé physique et en réadaptation modérée (incluant le volet gériatrique). À cet effet, chaque établissement devait planifier le déploiement de milieux de réadaptation désignés COVID-19 destinés à accueillir les usagers positifs à la COVID-19 qui nécessiteraient des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) en déficience physique, de RFI en santé physique et de réadaptation modérée (incluant le volet gériatrique), et ce, en fonction de quatre niveaux d'alerte. Le MSSS fixait à 25 % la proportion du parc de lits de réadaptation habituel qui devait être désignée pour accueillir la clientèle positive à la COVID-19 au quatrième niveau d'alerte du plan. Ce plan devait être établi à partir des principes directeurs et actions identifiés par le MSSS et déposés aux établissements. Le MSSS a pris connaissance des plans qui lui ont été transmis par les établissements, qui indiquent le nombre de lits prévus pour accueillir la clientèle positive à la COVID-19 au quatrième niveau d'alerte prévu aux plans de contingence soumis par les établissements. De plus, la Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique mettra en place une structure de coordination permettant d'assurer un suivi des plans de contingence appliqués et des résultats au niveau de la prestation des services de réadaptation aux usagers. Pour la région montréalaise, cette demande ministérielle sera ajustée à la réalité régionale, considérant les structures de suivi existantes de la Table de réadaptation fonctionnelle intensive et modérée de Montréal, avec le soutien de la Direction de la coordination ministérielle 514-450, qui permettent déjà l'actualisation du plan de contingence régional et la collecte de données hebdomadaire relative au parc de lits de réadaptation.
Mesures à implanter :	• Chaque établissement est responsable d'informer le MSSS de toute modification relative aux plans de contingence et de transmettre ces ajustements par le biais d'un courriel acheminé à l'adresse suivante : dpditsa@msss.gouv.qc.ca • Toute désignation d'une installation, d'une unité ou d'une portion d'unité à titre de milieu de réadaptation désigné COVID-19 doit obligatoirement s'implanter en respect des règles de prévention et de contrôle des infections en vigueur et se conformer aux directives ministérielles relatives à l'aménagement physique de ces lieux.

	• Également, nonobstant la localisation du milieu de réadaptation désigné COVID-19, il importe de tenir compte des besoins des usagers selon leur profil, en termes de délai d'accès, ainsi que d'intensité et de spécialisation des interventions. • Le MSSS demande que chaque établissement, à l'exception des établissements de la région de Montréal, désigne deux répondants pour participer activement à la structure de coordination. Considérant la gamme de services concernée par ce plan de contingence, un répondant de la Direction en DP, déficience intellectuelle et TSA, ainsi qu'un répondant de la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées, devront être désignés. Ceux-ci doivent occuper des fonctions à un niveau hiérarchique permettant une prise de décision au nom de l'établissement, donc essentiellement des directeurs ou directeurs adjoints. Veuillez s'il-vous-plaît transmettre l'identité et les coordonnées des personnes désignées à l'adresse suivante : martine.cloutier@msss.gouv.qc.ca.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : Ces documents sont transmis avec la mention document de travail car ils sont évolutifs	
Direction ou service ressource :	Direction des programmes en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique dpditsa@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Plan provincial de contingence COVID-19 – Milieux de réadaptation (déficience physique, santé physique et réadaptation modérée incluant le volet gériatrique) ✓ Plan de contingence montréalais pour la réadaptation COVID-19 2e vague ✓ Structure de coordination et de suivi

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

Santé et Services sociaux Québec

Direction générale adjointe des services sociaux généraux et des activités communautaires et des programmes en déficience

PLAN PROVINCIAL DE CONTINGENCE COVID-19 – Milieux de réadaptation (déficience physique, santé physique et réadaptation modérée incluant le volet gériatrique)

Document évolutif
Version : 1er décembre 2020

Principes directeurs et actions

Principes directeurs

- Assurer l'actualisation de l'offre de services de réadaptation et mettre en place les modalités requises permettant l'atteinte des objectifs prévus au plan d'intervention de l'usager.
- Optimiser le potentiel de réadaptation et favoriser la sécurité de la personne.
- Transférer les usagers COVID-19+ vers les milieux de réadaptation désignés COVID-19.
- La coordination des transferts des usagers COVID-19+ est assurée par le COOLSI (sauf pour la clientèle pédiatrique).
- Favoriser les services cliniques en externe ou à domicile, et rendre accessible la téléréadaptation.
- Prioriser le congé des usagers des milieux de réadaptation non désignés et désignés COVID-19+, lorsque sécuritaire, avec l'ajout de services externes ou la collaboration du soutien à domicile lorsque requis.
- Les équipes des Programmes-services en déficience physique et Programmes-services en déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme, incluant les équipes de réadaptation surspécialisées, apportent le soutien nécessaire aux équipes des milieux de réadaptation non désignés et désignés COVID-19, ainsi qu'aux équipes des centres hospitaliers, pour l'intervention auprès de personnes ayant une DP, une DI ou un TSA si requis.
- Assurer la disponibilité des lits pour tous les types de clientèles, tous requis de soins confondus (niveaux de soins, usagers hémodialysés, etc.).
- La désignation des milieux de réadaptation désignés COVID-19 doit obligatoirement s'implanter en respect des règles de prévention et de contrôle des infections en vigueur, et se conformer aux directives ministérielles relatives à l'aménagement des lieux.
- La prestation de services aux usagers qui séjournent dans un milieu de réadaptation désigné COVID-19 doit tenir compte des besoins des usagers selon leur profil, en termes de délai d'accès, ainsi que d'intensité et de spécialisation des interventions.

Actions

- Tous les milieux de réadaptation non désignés et désignés doivent appliquer les Directives concernant les programmes-services en déficience physique, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme ainsi que les milieux de réadaptation (déficience physique, santé physique et modérée) et la Trajectoire pour l'admission et le séjour en milieu de réadaptation désigné et non désigné (déficience physique, santé physique et réadaptation modérée). Ces documents sont évolutifs et mis à jour fréquemment pour s'adapter à l'évolution de la situation pandémique;
- Tous les milieux de réadaptation non désignés doivent mettre en place trois zones :
  - Froide : destinée aux usagers asymptomatiques et négatifs;
  - Tiède : destinée aux usagers nouvellement admis (isolement préventif de 14 jours à la chambre) ou aux usagers ayant développé des symptômes associés à la COVID-19 en cours d'épisode de réadaptation (attente du résultat de leur test);
  - Chaude : destinée aux usagers COVID-19 + (attente de leur transfert en milieu de réadaptation désigné).
- Tous les milieux de réadaptation non désignés doivent prioriser l'admission des usagers rétablis en provenance des MRD, selon les trajectoires en vigueur;
  Prioriser la sortie des usagers en fin de réadaptation active (FRA) et des usagers rétablis des milieux de réadaptation désignés (MRD) pour qui un congé permet une admission supplémentaire vers les trajectoires appropriées;

LE DÉCLENCHEMENT DES NIVEAUX D'ALERTE EST RÉALISÉ RÉGIONALEMENT PAR LES ÉTABLISSEMENTS selon l'analyse des facteurs ci-dessous[1]

	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Niveau d'alerte 5
ACTIVATION selon: • Occupation des lits en milieux de réadaptation désignés COVID-19 (MRD); • Pression usagers COVID-19 et, ou; • Matériel et RH	Dès maintenant.	• 80% d'occupation des lits de réadaptation en MRD prévus au niveau d'alerte 1 pour un profil clientèle particulier.	80% d'occupation des lits de réadaptation en MRD prévus au niveau d'alerte 2 pour un profil clientèle particulier.	Dès la présence d'un critère parmi: • 80% d'occupation des lits de réadaptation en MRD prévus au niveau d'alerte 3 pour un profil clientèle particulier. • 40-50 % de taux d'absentéisme du personnel (MRD).	90 % d'occupation des lits de réadaptation en MRD prévus au niveau d'alerte 4
Particularités	• Établir et prévoir un plan de déploiement des lits en MRD COVID-19 qui détaille : ○ Le nombre de lits et les installations où ceux-ci seront désignés. ○ La séquence de déploiement selon les niveaux d'alerte du plan de contingence. ○ À terme (niveau d'alerte 4) le plan doit prévoir un nombre de lits de réadaptation dédiés aux usagers COVID-19+ correspondant à 25 % du parc habituel de lits de réadaptation (n de lits total). • Définir la structure de coordination et de suivi nécessaire à l'application du plan de contingence et à la réponse aux besoins de réadaptation des usagers en contexte de pandémie (ex. mise en place de sites non traditionnels (SNT), mécanismes de communication inter directions, collaboration inter établissement). • Mettre en place les mécanismes de suivi de l'occupation des lits en MRD. • Tous les milieux de réadaptation non désignés et désignés COVID-19+ se préparent à recevoir des usagers COVID-19+ : procéder au fit-test pour le personnel, prévoir le réaménagement de certaines unités, planifier le cohortage.	• Actualisation du plan de déploiement des lits. • Mettre en place la structure de coordination et de suivi définie au niveau d'alerte 1, et assurer la mise en œuvre des actions requises. • Mettre en œuvre des mécanismes de suivi de l'occupation des lits en MRD.	Idem niveau d'alerte 2; • Informer le MSSS du déclenchement du niveau d'alerte 3.	Idem niveau d'alerte 3; • Utilisation des lits disponibles en zone chaude des milieux de réadaptation non désignés (totalisant 25% du parc habituel) ; • Advenant que le nombre d'usagers COVID-19+ excèdent le nombre de lits disponibles, envisager la collaboration inter-établissements.	Selon les directives spécifiques transmises par le MSSS

[1] Pour la région de Montréal, les niveaux d'alerte 2 et 3 sont subdivisés et le déclenchement des niveaux d'alerte est coordonné par la Direction de la coordination ministérielle 514-450 du MSSS. Veuillez consulter le plan régional montréalais pour les détails (pièce jointe 2).

Santé et Services sociaux Québec

PLAN PROVINCIAL DE CONTINGENCE COVID-19 – Milieux de réadaptation (déficience physique, santé physique et réadaptation modérée incluant le volet gériatrique)

Document évolutif
Version : 1er décembre 2020

Plan de déploiement régional - Nombre de lits prévus dans les milieux de réadaptation désignés COVID-19[2]	Niveau d'alerte 4[3]	Niveau d'alerte 5
CISSS du Bas-Saint-Laurent	14	Selon les directives spécifiques transmises par le MSSS
CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	33	
CIUSSS de la Capitale-Nationale	40	
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	25	
CIUSSS de l'Estrie - CHUS	35	
Région Montréal – Adultes (total)	300	
CISSS de l'Outaouais	18	
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	16	
CISSS de la Côte-Nord	3	
CRSSS de la Baie-James	S/O[4]	
CISSS de la Gaspésie	7	
CISSS des Îles	S/O	
CISSS de Chaudière-Appalaches	10	
CISSS de Laval	53	
CISSS de Lanaudière	22	
CISSS des Laurentides	34	
CISSS de la Montérégie-Est	33	
CISSS de la Montérégie-Centre[5]	56	
CISSS de la Montérégie-Ouest[6]	43	
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik	S/O	
Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James	S/O	

[2] Le nombre de lits indiqué pour chaque niveau d'alerte représente le nombre maximal de lits dont le déploiement est prévu à ce niveau.
[3] Des validations restent à faire avec certains établissements.
[4] S/O sans objet
[5] Certains lits désignés du CISSS de la Montérégie-Centre sont régionaux.
[6] Certains lits désignés du CISSS de la Montérégie-Ouest sont régionaux.

Santé et Services sociaux Québec

ANNEXE 1 - PLAN DE CONTINGENCE MONTRÉALAIS POUR LA RÉADAPTATION COVID-19 2e vague

Version 12
Mise à jour :
1er décembre 2020

	Niveau d'alerte 1- réadaptation	Niveau d'alerte 2a-réadaptation	Niveau d'alerte 2b-réadaptation	Niveau d'alerte 3a-réadaptation	Niveau d'alerte 3b-réadaptation	Niveau d'alerte 4a-réadaptation	Niveau d'alerte 5 - réadaptation
Activation selon • Lit de MRD* • Pression NSA COVID+ , ou • Matériel et RH disponible *Milieux de réadaptation désignés (MRD)	Dès maintenant	Dès la présence d'un critère ou plus parmi: • 80% d'occupation des lits COVID+ de réadaptation en MRD prévus au niveau d'alerte 1 pour un profil clientèle particulier • Rythme de transfert des NSA COVID+ insuffisant/jour pour les MRD (Nombre de demandes > capacité d'admission quotidienne par MRD phase 1)	80% d'occupation des lits COVID+ de réadaptation en MRD prévus au niveau d'alerte 1 pour un profil clientèle particulier	• 80% d'occupation des lits COVID+ de réadaptation en MRD prévus au niveau d'alerte 2 pour un profil clientèle particulier	• 80% d'occupation des lits COVID+ de réadaptation en MRD prévus au niveau d'alerte 3a pour un profil clientèle particulier • 20-30% de taux d'absentéisme du personnel dans certains MRD	Dès la présence d'un critère parmi: • 80% d'occupation des lits COVID+ de réadaptation en MRD prévus au niveau d'alerte 3b pour un profil clientèle particulier • 40-50 % de taux d'absentéisme du personnel (MRD) • Manque de matériel incluant EPI (MRD)	90 % d'occupation des lits de réadaptation en MRD prévus au niveau d'alerte 4a

L'ACTIVATION DES NIVEAUX D'ALERTE EST DÉCLENCHÉE PAR LA DIRECTION DE LA COORDINATION MINISTÉRIELLE 514-450 DU MSSS ET SE FAIT RÉGIONALEMENT ET PAR CLIENTÈLE ADULTE OU PÉDIATRIQUE

	Milieux de réadaptation désignés (MRD) phase 1 = minimum 15 lits	En 2a = 32 lits;	En 2b= 66 lits	En 3a: jusqu'à 113 lits	En 3b: 149 lits	Tous les établissements = total environ 300 lits	S/O
Désignation et identification Établissement(s) désigné(s) pour Covid-19 confirmés	1. H.Villa Médica (jusqu'à 10lit flexible) 2. IRGLM (4 lits) 3. H.Marie-Clarac (soins palliatifs)- sous tension Pédiatrie CHU Ste Justine Marie-Enfant	En 2a: 1. H.Villa Médica (jusqu'à 10 lits flexible) 2. IRGLM (4 lits, selon la demande surspécialité) 3. H.Marie-Clarac (27 lits)	En 2b: 1. H.Villa Médica (jusqu'à 23 lits flexible selon le besoin clientèle DP) 2. IRGLM (10 lits) 3. H.Marie-Clarac (27 à 36 lits flexible)	1. CIUSSS Centre-Ouest Catherine Booth (40 lits) 2. H.Villa Médica (jusqu'à 23 lits selon clientèle) 3. IRGLM (jusqu'à 14 lits, selon la demande surspécialité) 4. H.Marie-Clarac (36 lits)	En 3b: • H. Marie-Clarac augmente jusqu'à 72 lits	Vérification avec les MRD pour surcapacité possible supplémentaire Tous les établissements prévoient une ou plusieurs zones chaudes allant jusqu'à 15% de leur capacité régulière	Décision du ministère de la Santé et des Services sociaux selon l'évolution de la situation pandémique.
Particularités	▪ Les lits COVID-19+ sont régionaux et orientés par le COOLSI : ➢ RFI SP, SPA et AVC Neuro dirigés vers C-O et VM; ➢ TCC, BM, BOG dirigés vers IRGLM; ➢ Amputés dirigés vers VM en priorité. ➢ Grands-Brûlés dirigés vers VM. ▪ Importance de préserver l'accès en réadaptation pour les trajectoires tièdes/froides des MRD.	▪ Lits régionaux avec orientation COOLSI: ➢ Importance de préserver les trajectoires froides/tièdes de VM, donc unité de 10 lits ou moins à privilégier si possible selon clientèle ➢ Villa Médica a une zone chaude flexible selon les besoins de la clientèle DP COVID+ jusqu'à 23 lits. ▪ Importance de préserver mission AVC-Neuro et DP spécialisée et surspécialisée des MRD VM et l'IRGLM ▪ Les 11 lits surnuméraires de l'hôpital Marie-Clarac en trajectoire froide sont transférés temporairement au CIUSSS Centre-Ouest ▪ Envoyer les usagers rétablis en priorité vers Marie-Clarac pour favoriser l'occupation de l'unité vacante adjacente à la zone chaude selon l'occupation de la zone chaude		▪ Lits régionaux avec orientation COOLSI; ajout du critère de préférence territoriale selon le milieu pour RFI SP et SPA*: ➢ CIUSSS C-O: (Ouest RFI SP, C-O RFI SP, et surnuméraires) ➢ Villa Médica (Centre-Sud RFI SP, surnuméraires) ➢ H. Marie-Clarac (Nord, Est RFI SP et SPA, et surnuméraires) ▪ Importance de préserver mission AVC-Neuro et DP spécialisée et surspécialisée des MRD VM et l'IRGLM ▪ Pas de nombre de lits identifiés par établissement: ajustement selon le besoin. L'importance de remplir les lits identifiés de la phase 3 prime sur les préférences territoriales pour les MRD. ▪ En cas de besoin, pour éviter que des lits soient vacants, le critère de préférence territoriale pour les MRD pourrait ne pas être considéré. ▪ Envoyer les usagers rétablis en priorité vers Marie-Clarac et Catherine Booth de C-O pour favoriser l'occupation des unités vacantes adjacentes à la zone chaude selon l'occupation de la zone chaude *Consulter tableau en annexe: Sommaire des préférences territoriales et offre de service des MRD montréalais par type clientèle*		▪ Les milieux de réadaptation avec une zone chaude situés dans un milieu avec déjà des cas chauds recevront en priorité les transferts des NSA COVID-19+ ; ▪ Tous les établissements gardent leurs propres usagers COVID-19+ dans leurs zones chaudes si possible; ▪ Soutien inter-établissement selon les % d'occupation des zones chaudes de chaque établissement si requis ; ▪ Favoriser la concentration des zones chaudes dans le moins de milieux différent possible.	Selon les directives spécifiques transmises par le MSSS
Actions Tous les Établissements MONTRÉAL	▪ Envoi des usagers COVID+ vers les milieux de réadaptation désignés via le COOLSI; ▪ Selon leur appartenance territoriale, prioriser le congé des usagers suivants : - Usagers FRA - Usagers rétablis dont le séjour en réadaptation n'est pas complété. - Assurer le transfert en temps opportun des patients rétablis vers leur CIUSSS d'origine, sauf si le patient est prêt à recevoir son congé à domicile à l'intérieur d'une période de 7 jours calendrier - Débuter la recherche de lieux pour création de SNT acceptant les niveaux de soins 1 comme lieu transitoire pour FRA COVID+ et rétablis	▪ Soutenir les CIUSSS les plus en difficulté en raison des pertes de lits dans les trajectoires froides et tièdes ; ▪ Selon leur appartenance territoriale, prioriser le congé des usagers suivants en s'assurant que leur sortie permet une admission supplémentaire : - Usagers FRA - Usagers rétablis dont le séjour en réadaptation n'est pas complété pour la clientèle post-aigu et SP. ▪ Envisager les transfert des usagers FRA vers des sites non traditionnel (SNT) advenant l'impossibilité d'admettre ces usagers directement en hébergement ▪ Assurer le transfert en temps opportun des patients rétablis vers leur CIUSSS d'origine, sauf si le patient est prêt à recevoir son congé à domicile à l'intérieur d'une période de 7 jours calendrier	▪ Soutenir les CIUSSS les plus en difficulté en raison des pertes de lits dans les trajectoires froides et tièdes ; ▪ Prioriser la reprise des FRA (incluant la clientèle DP) et rétablis des MRD pour qui un congé permet une admission supplémentaire, vers les trajectoires appropriées ou vers les services ambulatoires ; ▪ S'assurer du transfert des usagers FRA vers des sites non traditionnel (SNT) advenant l'impossibilité d'admettre ces usagers directement en hébergement.(SNT incluant les niveaux de soins 1); ▪ Tous les milieux de réadaptation prévoient une zone chaude allant jusqu'à 15% de leur capacité régulière en préparation à la phase 4. Éviter de laisser les lits prévus vacants afin de favoriser la fluidité des trajectoires froides/tièdes. ▪ Assurer le transfert en temps opportun des patients rétablis vers leur CIUSSS d'origine, sauf si le patient est prêt à recevoir son congé à domicile à l'intérieur d'une période de 7 jours calendrier		▪ Poursuite des transferts des FRA vers site alternatifs maximisés ; ▪ Prioriser la reprise des FRA et rétablis des MRD pour qui un congé permet une admission supplémentaire vers les trajectoires appropriées ; ▪ Tous les milieux de réadaptation gardent leurs patients COVID-19 + en zone chaude. S'ils atteignent leur capacité, ou selon la complexité du cas, ils les transfèrent, via le COOLSI. ▪ Assurer le transfert en temps opportun des patients rétablis vers leur CIUSSS d'origine, sauf si le patient est prêt à recevoir son congé à domicile à l'intérieur d'une période de 7 jours calendrier	Selon les directives spécifiques transmises par le MSSS
Actions MRD de MONTRÉAL	▪ TOUS les milieux de réadaptation doivent se préparer à traiter des patients COvID-19+ : o fit-test pour le personnel o Formations en PCI ▪ Tous les MRD se préparent **immédiatement** pour contingence de la phase 2: o Prévoir le réaménagement de certaines unités pour agrandissement de la zone chaude o Cohortage ciblé ▪ Plan de sortie des FRA et usagers rétablis enclenché. H. Marie-Clarac •garde leurs patients COVID-19 + s'ils ont la capacité sans réduire les trajectoires froides et tièdes de leurs établissements partenaires •reçoivent transferts seulement pour patients nécessitant des soins palliatifs	▪ Considérer le délestage de certaines activités cliniques ▪ Relocaliser certaines unités au besoin ▪ Transférer les usagers rétablis vers les trajectoires froides selon les trajectoires actuelles et normes en vigueur Pédiatrie Le niveau d'alerte pour les enfants est déclenché spécifiquement et ne suit pas nécessairement le niveau à l'adulte. • Chaque centre tertiaire pédiatrique dessert son RUIS. La pédiatrie ne fait pas partie du COOLSI.	▪ Préparation d'équipes volantes de professionnels spécialisés AVC-Neuro, DP et clientèle surspécialisée pour soutien aux équipes de réadaptation régulières des milieux chauds, pour les usagers ne pouvant accéder rapidement aux milieux de réadaptation spécialisés appropriés. ▪ Application du décret (007) selon les directives ministérielles		▪ Les critères de transfert ne sont plus basés sur les profils clientèles, mais sur la capacité de prise en charge médicale et de réadaptation globale; ▪ Soutien des équipes volantes DP, et AVC-Neuro et surspécialisées vers les zones chaudes devant accepter cette clientèle si possible. ▪ En cas de pénurie de main d'œuvre, assurer les soins de base, de sécurité et de réadaptation requis pour prévenir le déconditionnement	Selon les directives spécifiques transmises par le MSSS
Actions MSSS	▪ Points de suivi au besoin avec les établissements ; ▪ Tenir un registre des demandes d'accès des cas confirmés, négatifs, rétablis, et indéterminés ; ▪ Suivi du tableau de bord COVID-COOLSI des capacités réelles et de l'utilisation des lits de MRD et volumes de transferts ; ▪ Suivi des données des différents établissements concernant: - Les lits ouverts et fermés par raisons de fermeture. - Les taux d'occupation des différentes zones, selon les profils clientèles et programmes. ▪ Production de rapport sur le portrait des % d'ouverture du parc de lits montréalais et des différentes données ▪ Soutien aux établissements pour les EPI et RH, enjeux de trajectoires et autres. ▪ Activation des phases d'alertes	▪ Idem niveau d'alerte 1 ; ▪ Soutenir les établissements pour la création de SNT acceptant les niveaux de soins 1 pour les usager FRA au besoin.	▪ Idem niveau d'alerte 2 ; ▪ Soutenir les établissements au besoin pour la création et l'organisation de leur zones chaudes en prévision de la phase 4 ; ▪ Soutenir les établissements pour la création d'équipes spécialisées volantes au besoin ; ▪ Soutenir les établissements pour la coordination des transferts des FRA vers les SNT au besoin. ▪ En 3b, Si taux d'absentéisme 20-30%: ❖ En collaboration avec la Direction des RH, évaluer la possibilité de déplacer du personnel de réadaptation du RSSS de d'autres régions vers Mtl (si certaines régions sont moins touchées)		▪ Idem niveau d'alerte 3 ▪ Explorer la possibilité de transférer des usagers ayant des besoins de réadaptation vers d'autres régions du QC .	Selon les directives spécifiques transmises par le MSSS

N.B.
1. Les lits COVID+ montréalais sont réservés pour les usagers montréalais, à l'exception des clientèles surspécialisées COVID+, qui sont conservées par les MRD qui ont un mandat supra régionale. Les MRD ayant les lits réservés à d'autres régions conservent ces lits uniquement pour les trajectoires froides, au prorata du nombre de lits disponibles restants.
2. Les différents comités et tables régionales du réseau montréalais liés à la réadaptation seront maintenus durant la deuxième vague.
3. Suivre les recommandations de la Santé publique en vigueur notamment, concernant le dépistage des employés et des usagers admis en réadaptation.
4. Ce plan est complémentaire au plan de contingence National, et les même principes directeurs et éléments généraux mentionnés s'appliquent.

Santé et Services sociaux Québec

Annexe au plan de contingence montréalais

RÉADAPTATION MONTRÉAL 2e vague- COVID-19

Offre de service des MRD montréalais par type clientèle, et

Sommaire des préférences territoriales à partir du niveau d'alerte 3

Territoire desservi (préférence)	Villa Médica	Marie-Clarac	CIUSSS C-O	IRGLM
Nord		RFI SP SPA 0-4x semaine		
Est		RFI SP SPA 0-4x semaine		
Centre-Sud	RFI SP		SPA 3-4x	
Centre-Ouest			RFI SP, SPA 3-4x	
Ouest			RFI SP, SPA 3-4x	
Surnuméraires/lits régionaux	AVC Neuro Amputés Grands brulés RFI SP	Soins palliatifs RFI SP et SPA 0-4x semaine	AVC Neuro RFI SP SPA 3-4x	AVC Neuro BM BOG TCC

Phase / nb lits associés par MRD	Villa Médica	Marie-Clarac	CIUSSS C-O	IRGLM	Total lits MRD	Surcapacité 15% par établissement
1	10	soins palliatifs-minimum	0	4	14	
2a	10	27	0	4	41	
2b	23	36	0	10	69	
3a	23	36	40	14	113	
3b	23	72	40	14	149	
4	23	72	40	14	300	151

À noter que tous les lits COVID+ sont régionaux. L'attribution se fait prioritairement selon l'expertise des MRD par profil clientèle. Il n'y a pas de quantité de lits "réservés" par les établissements: ajustement selon le besoin; En cas de besoin, pour éviter que des lits soient laissés vacants, le critère de préférence territoriale pour les MRD pourrait ne pas être considéré.

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec
Direction générale adjointe des services sociaux généraux et des activités communautaires et des programmes en déficience

Accessibilité des lits de réadaptation intensive en déficience physique et santé physique et des lits de réadaptation modérée (incluant le volet gériatrique)

Structure de coordination et de suivi

Contexte

- La pandémie de COVID-19 a un impact sur le niveau d'accessibilité des services de réadaptation à des degrés variables selon les régions.

- Il importe que l'accessibilité aux services de réadaptation soit préservée afin de permettre aux usagers qui nécessitent ces services de quitter les centres hospitaliers à l'intérieur des délais prescrits, notamment les centres hospitaliers désignés COVID-19, et de recevoir les services requis sans préjudice.

- Certains des usagers nécessitant des services de réadaptation sont positifs à la COVID-19, mais doivent néanmoins recevoir les services requis par leur condition pour optimiser leur récupération

- La pandémie a par ailleurs un impact sur le volume d'usagers pouvant nécessiter des services de réadaptation et les durées de séjour en réadaptation.

Dans ce contexte, en préparation à la deuxième vague de la pandémie, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé aux établissements concernés de développer un plan de contingence en réadaptation en déficience physique, santé physique et réadaptation modérée (incluant le volet gériatrique):

- Chaque établissement devait planifier le déploiement de milieux de réadaptation désignés COVID-19 destinés à accueillir les usagers positifs à la COVID-19 qui nécessiteraient des services de réadaptation, et ce, en fonction de quatre niveaux d'alerte.

- Le MSSS fixait à 25 % la proportion du parc de lits de réadaptation habituel qui devait être désignée pour accueillir la clientèle positive à la COVID-19 au quatrième niveau d'alerte du plan.

Lors de la première vague de la pandémie, une structure de coordination et de suivi avait été mise en place pour la région de Montréal. Pour la deuxième vague, il a été convenu de mettre en place une structure de coordination et de suivi pour toutes les régions, mais adaptée à la réalité de chacune d'elle.

Objectifs de la structure de coordination et de suivi

Favoriser un accès optimal et équitable aux services de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique et en santé physique et aux services de réadaptation modérée (incluant le volet gériatrique) à la clientèle de chaque région, positive ou non à la COVID-19, et assurer la sortie des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA) en milieu hospitalier, notamment des centres hospitaliers (CH) désignés COVID-19, à l'intérieur des délais prescrits.

Il faudra toutefois tenir compte des enjeux d'accessibilité aux services qui prévalaient avant la pandémie, mais qui sont exacerbés par la situation actuelle.

Structure de coordination et de suivi

Les régions du Québec seront partagées en sept sous-groupes appelés « cellules », selon une approche similaire à celle utilisée pour le programme santé mentale, soit :

<table>
<tr><th>Cellule 1</th><th>Cellule 2</th><th>Cellule 3</th><th>Cellule 4</th><th>Cellule 5</th><th>Cellule 6</th><th>Cellule 7</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Montréal</td><td>Capitale-Nationale</td><td>Montérégie Est</td><td>Laval</td><td>Mauricie-Centre du Québec</td><td>Abitibi-Témiscamingue</td><td>Bas-St-Laurent</td></tr>
<tr><td>Chaudière-Appalaches</td><td>Montérégie Centre</td><td>Laurentides</td><td>Estrie</td><td rowspan="2">Côte-Nord</td><td>Gaspésie</td></tr>
<tr><td>Saguenay-Lac-St-Jean</td><td>Montérégie Ouest</td><td>Lanaudière</td><td>Outaouais</td><td>Îles-de-la-Madeleine</td></tr>
</table>

Des ajustements à la composition des cellules pourront être apportés au besoin.

Sauf pour la région de Montréal pour laquelle la structure de suivi sera adaptée aux structures actuellement en place dans cette région, chaque centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) sera représenté par :

- Un directeur ou directeur adjoint pour le programme en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA) ;
- Un directeur ou directeur adjoint pour le programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) .

Les rencontres des cellules seront animées par la Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique (DPDTSARP) du MSSS. Toutefois, si pertinent, l'animation de certaines cellules pourrait être confiée à un établissement.

Les rencontres auront lieu une fois par semaine ou plus fréquemment en fonction de l'évolution de la situation dans certaines régions.

L'objectif de cette approche de rencontres en « cellule » est de permettre des échanges entre les établissements tout en maintenant le nombre de participants à un niveau permettant une plus grande efficacité.

Objectifs des rencontres des cellules

1. Faire état de la situation concernant l'accessibilité des services de réadaptation intensive en déficience physique et santé physique et des services de réadaptation modérée dans le contexte de la pandémie à la COVID-19:
   - Données ;
   - Problématiques et enjeux.

2. Assurer le suivi de la mise en œuvre des plans de contingence COVID-19 développés par les établissements pour l'accès aux lits de réadaptation.

3. Permettre un partage entre les établissements des stratégies d'intervention et des mesures mises en place afin d'assurer les soins et services requis en réadaptation.

4. Permettre aux établissements d'adresser leurs questions et leurs préoccupations au MSSS.

5. Anticiper les besoins à venir, explorer et partager les solutions à mettre en place, incluant, au besoin, un soutien inter-régional.

6. Informer de façon régulière et continue les autorités ministérielles concernant les enjeux au niveau de l'accessibilité des services de réadaptation dans le contexte de la pandémie, particulièrement dans les situations où il y aurait un risque de rupture de services.

7. Rendre disponibles les informations requises pour une reddition de comptes aux autorités ministérielles.

Il est visé que cette structure puisse apporter des bénéfices tant aux établissements qu'au MSSS.

Projet d'ordre du jour standardisé

À venir

Reddition de comptes

- Un état de situation hebdomadaire sera transmis aux autorités ministérielles (contenu à définir).

- Une rencontre mensuelle sera tenue avec les tables nationales DP-DI-TSA et SAPA pour présenter un état de situation provincial, partager les bons coups et adresser les grands enjeux.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

La sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 3 décembre 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

La présente fait suite à des plusieurs discussions ayant été tenues dans le cadre du Comité de gestion du réseau (CGR) et de la Table de coordination nationale en santé publique (TCNSP) au sujet du déploiement des tests rapides pour la détection de la COVID-19.

Comme vous le savez, Santé Canada a approuvé plusieurs tests rapides. De plus le gouvernement du Canada soutient ces tests de détection de la COVID-19 dont les avantages, en termes de rapidité de divulgation des résultats, sont indéniables. En effet, le gouvernement fédéral offre aux provinces un lot appréciable de ces nouvelles technologies. Il s'agit du test rapide par amplification des acides nucléiques (ID NOW) et de deux tests antigéniques (Panbio et BD Veritor™ Plus System).

Toutefois, afin de nous prémunir de certains écueils observés ailleurs dans d'autres juridictions, le ministère de la Santé et des Services sociaux encourage un déploiement supervisé de ces tests. Un comité composé de nombreux cliniciens, experts en santé publique et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux a par conséquent émis plusieurs recommandations pour soutenir le déploiement des tests rapides de façon progressive et pertinente. En documentant de façon rigoureuse leur utilisation, le comité croit que ces tests pourront trouver une place dans la prise en charge des cas de COVID-19 au Québec.

Avec un encadrement et une préparation adéquate, l'utilisation de ces tests pourrait, à court terme, faciliter la gestion d'une demande d'analyses excédant la capacité des laboratoires.

… 2

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

Dans la suite des échanges tenus au CGR et à la TCNSP, des établissements se sont portés volontaires pour participer à la phase de déploiement progressif, nous tenons à les remercier. Des milieux et des sites ont ainsi déjà été identifiés pour une première phase de déploiement progressif des tests rapides de détection de la COVID-19. Cette phase est d'ailleurs amorcée. Toutefois, pour nous assurer de respecter nos échéanciers, nous vous sollicitons à nouveau pour participer au déploiement progressif. Il est à noter que les directeurs régionaux de santé publique ont été sensibilisés à l'importance de la participation à ce déploiement progressif afin de démontrer la performance clinique réelle selon différentes indications cliniques et populationnelles.

Nous vous saurions gré de faire connaître votre intérêt d'ici le mardi 8 décembre à 16 h à madame Isabelle Goupil-Sormany que vous pouvez joindre à l'adresse suivante : isabelle.goupil-sormany@msss.gouv.qc.ca. Ainsi, nous pourrons vous transmettre la documentation appropriée et poursuivre les étapes afin que vous puissiez participer à la phase de déploiement progressif.

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

La sous-ministre,

pour

Dominique Savoie

c. c. PDGA des CISSS et des CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-11225

Émission :	05-04-2020	Mise à jour :	03-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-009

Catégorie(s) :

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

Directive pour les agents de sécurité dans le contexte de la pandémie de Covid-19

Remplace la directive émise le 5 avril 2020 (non codifiée)

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

Destinataire :	• CISSS et CIUSSS
	  - Directeurs SAPA
	  - Directeurs qualité, évaluation, performance et éthique
	  - Répondants ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF)
	• Exploitants des résidences privées pour aînés (RPA)
	• Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA)
	• Regroupement québécois des OBNL d'habitation (RQOH)
	• Société d'habitation du Québec (SHQ)
	• Établissements PC et PNC
	• Association des établissements longue durée privés du Québec (AELDPQ)
	• Association des établissements privés conventionnés (AEPC)
	• Associations de RI-RTF

Directive	
Objet :	Dans le contexte d'urgence sanitaire, différentes mesures visant à protéger la population sont mises en place. L'une d'elles consiste à contrôler les accès et les sorties dans les résidences privées pour aînés (RPA), dans les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans les organismes à but non lucratif (OBNL) d'habitation qui ne sont pas visés par la certification. Cette directive présente les mesures générales qui s'appliquent, ainsi que la stratégie d'intervention qui permet le déploiement d'agents de sécurité dans ces milieux.
Mesures à implanter :	Les mesures à implanter concernent : ✓ le contrôle des accès et des sorties dans un contexte de crise sanitaire COVID-19; ✓ le financement des agents de sécurité; ✓ le choix de l'agence de sécurité;

Émission :	05-04-2020	Mise à jour :	03-12-2020

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction du soutien à domicile**
Documents annexés :	S. O.

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 :	05-04-2020	Mise à jour :	03-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-009

Directive

Les consignes suivantes visent à soutenir les milieux qui rencontrent des difficultés dans le contrôle des accès et des sorties, par le déploiement d'agents de sécurité le jour et le soir, sept jours par semaine. Il est également possible d'assurer un contrôle la nuit, si la situation le requiert.

Consignes générales

- Le contrôle habituel des accès et des sorties est assumé par le milieu de vie, selon ses besoins et son contexte. Ainsi, seuls les besoins de contrôle des accès et des sorties en lien avec la gestion de crise sanitaire COVID sont concernés par la présente directive.
- Le centre intégré ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CISSS ou CIUSSS) est responsable d'identifier les milieux de vie de son territoire qui font face à des enjeux de contrôle des accès et des sorties, et pour lesquels le recours à des agents de sécurité s'avère nécessaire dans le contexte gestion de crise sanitaire COVID.
- Tout besoin de contrôle des accès et des sorties relié à la gestion de crise sanitaire COVID doit ainsi être approuvé par le CISSS ou le CIUSSS.
- Le financement des agents de sécurité est assumé par le CISSS ou le CIUSSS, et ce, soit :
  - par le biais de sa reddition de comptes COVID au MSSS,
    ou
  - par le remboursement des frais COVID au milieu de vie, dans l'éventualité où ce dernier a préalablement obtenu du CISSS ou du CIUSSS l'approbation pour recourir aux agents de sécurité et en faire l'embauche lui-même.
- Tout nouveau besoin en agent de sécurité doit être pris en charge financièrement par le CISSS ou le CIUSSS et non par le milieu de vie, à moins d'entente entre le milieu de vie et le CISSS ou le CIUSSS.
- Un CISSS ou un CIUSSS peut contacter l'agence de sécurité de son choix. S'il n'est pas déjà en lien avec une telle agence, il peut se référer à la section suivante pour du soutien.

Choix d'une agence de sécurité

Afin de soutenir ces milieux, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de la Sécurité publique (MSP) ont développé une stratégie d'intervention qui permet le déploiement d'agents de sécurité. Cette stratégie d'intervention comporte notamment les étapes suivantes :

- Les CISSS ou les CIUSSS recueillent l'information sur les milieux problématiques de leur territoire et transmettent les besoins de surveillance au MSSS à l'adresse suivante :
  - dgapa-covid-19@msss.gouv.qc.ca.
- Parmi les informations transmises doit se retrouver :
  - les coordonnées d'une seule personne-contact pour le CISSS ou le CIUSSS;
  - le type de milieu de vie, son nom et son adresse postale;
  - le nombre d'agents de sécurité nécessaires;
  - le besoin clairement défini (semaine/fin de semaine; jour/soir/nuit).
- Les informations reçues sont validées par le MSSS et transmises au MSP.
- Le MSP fait un appel d'intérêt afin de solliciter les agences de sécurité intéressées et disponibles pour offrir le service rapidement dans les milieux identifiés.
- La liste des agences de sécurité ayant signifié leur intérêt est transmise par le MSP à la personne-contact du CISSS ou du CIUSSS.
- Le CISSS ou le CIUSSS contacte la ou les agences de sécurité identifiées afin de conclure rapidement une ou des ententes avec celles de son choix pour assurer le contrôle des accès et des sorties dans les milieux identifiés.
- Le CISSS ou le CIUSSS confirme au MSP le nom des agences qui offriront des services de sécurité pour chacun des milieux problématiques ciblés, à l'adresse suivante :
  - securite.covid19@msp.gouv.qc.ca.

Émission :	05-04-2020	Mise à jour :	03-12-2020

Rôle et responsabilité de l'agent de sécurité

- Les agents de sécurité déployés devront s'assurer du respect des consignes d'accès et de sorties des milieux concernés et feront un suivi à leur agence et au CISSS ou au CIUSSS concerné de l'évolution de la situation. Ces consignes leur sont confirmées par le CISSS ou le CIUSSS.
- Ils informeront leur agence et le CISSS ou le CIUSSS du non-respect par les résidents ou les responsables du milieu de vie des mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Les agents de sécurité devront respecter les mesures de prévention et de contrôle des infections, soit le port du masque de procédure ou du couvre-visage, l'hygiène des mains et la distanciation physique de deux mètres.
- Rappelons que la Loi sur la sécurité privée définit l'activité de gardiennage comme étant « la surveillance ou la protection de personnes, de biens ou de lieux principalement à des fins de prévention de la criminalité et de maintien de l'ordre ». En ce sens, les agents de sécurité peuvent contribuer à assurer le respect et l'application des consignes aux accès et aux sorties des milieux de vie qui rencontrent des difficultés afin de protéger les aînés et les personnes vulnérables. La seule présence d'un agent de sécurité est habituellement suffisante pour faire respecter les règles et dissuader les contrevenants potentiels. En l'absence de la collaboration d'individus visés par la présente stratégie, les agents de sécurité privés pourraient alors faire appel aux services des corps policiers.

Émission :	17-04-2020	Mise à jour :	03-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-027

Catégorie(s) :
- ✓ Services sociaux généraux
- ✓ Organisation du travail
- ✓ Délestage

Guide d'accompagnement à la planification des services sociaux généraux essentiels en contexte de pandémie du Coronavirus (COVID-19)

Remplace la directive émise le 17 avril 2020 (non codifiée)

Expéditeur :	Destinataire :
Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)	Tous les CISSS et les CIUSSS • Directeurs Services sociaux généraux

Directive	
Objet :	Le Guide d'accompagnement à la planification des services sociaux généraux essentiels en contexte de pandémie du Coronavirus (COVID-19) – Version 30 novembre 2020, a pour but d'alimenter les stratégies opérationnelles et de soutenir le délestage des services selon l'évolution de la situation dans les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Les changements sont surlignés en jaune.
Mesures à implanter :	Mise à jour de la terminologie concernant les paliers d'alerte; Les modifications sont surlignées en jaune ✓ Ajout d'une section dédiée aux services en soins spirituels; ✓ Bonification de la dimension « Rétablissement – Phase transversale à tous les niveaux d'alerte »

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : non applicable	
Direction ou service ressource :	**Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires** dssgac@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Guide d'accompagnement services sociaux généraux

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

3 décembre 2020

Guide d’accompagnement à la planification des services sociaux généraux essentiels en contexte de pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19)

Recommandations

1. Mandat

La Direction générale adjointe des services sociaux généraux, des activités communautaires et des programmes en déficience a pour mandat d'élaborer des stratégies dans l'objectif de faire face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) au Québec. Ce mandat vise l'accompagnement au maintien des services essentiels pour les directions responsables des services sociaux généraux dans les établissements de santé et de services sociaux (ÉSSS) du Québec. Les travaux amorcés portent sur l'ensemble du continuum de services sociaux généraux. De ce fait, le *Guide d'accompagnement à la planification des services sociaux généraux essentiels en contexte de pandémie du Coronavirus (COVID-19) – Version 3* a pour but d'alimenter les stratégies opérationnelles et de soutenir le délestage des services selon l'évolution de la situation dans les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

1.1. Contribution des établissements de santé et de services sociaux

La Direction générale adjointe des services sociaux généraux, des activités communautaires et des programmes en déficience travaillera en concertation avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) afin d'alimenter les travaux relatifs à l'élaboration des services sociaux généraux essentiels à maintenir en contexte de pandémie. Cette collaboration permettra d'adresser les enjeux rencontrés et les besoins du réseau afin d'offrir des pistes de solutions au regard des différentes situations critiques qui émergent dans ce contexte particulier. La contribution des établissements permettra de bonifier l'élaboration de ce guide d'accompagnement selon des expertises et des réalités terrain diversifiées. Chaque CISSS et CIUSSS est responsable de déterminer et d'ajuster son niveau d'alerte selon l'évolution de la situation sur son territoire. Dans le cadre du volet psychosocial en contexte de sécurité civile, la phase de rétablissement implique la poursuite des activités de relance, d'évaluation et de suivi psychosocial ainsi que la mise en place d'interventions de type communautaire ou d'éducation populaire déterminées selon les besoins populationnels. Dans une perspective de rétablissement psychosocial populationnel, les CISSS et CIUSSS doivent également prévoir un retour graduel à une offre de services sociaux généraux adaptée aux réalités territoriales et aux besoins des personnes, des familles et des communautés dans le respect des orientations ministérielles relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience.

1.2. Élaboration du guide d'accompagnement à la planification des services sociaux généraux essentiels

Le guide d'accompagnement à la planification des services sociaux généraux essentiels a été élaboré en tenant compte du lien entre les moments d'action et les phases de pandémie définies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ainsi que de différents niveaux d'intervention entourant la COVID-19.

Le plan se divise comme suit :

- Les services essentiels et non essentiels;
- Les clientèles à prioriser;
- Les ressources essentielles et celles pouvant être visées par un délestage;
- Les conditions cliniques prioritaires;
- Les stratégies;
- Les impacts;

- La communication;
- Les risques.

2. Paliers d’alertes régionales et d’intervention entourant la COVID-19

Pour planifier la gradation des stratégies et des actions, des niveaux d’alerte régionale et d’intervention graduelle entourant la COVID-19 sont présentés dans le modèle ci-dessous. Ces niveaux sont proposés à titre de guides pour adapter l’organisation des services et les interventions en cohérence avec le contexte évolutif de la situation pandémique. Les paliers d'alerte sont établis suivant les recommandations des autorités de santé publique qui font une analyse régulière de la situation en tenant compte des facteurs suivants : la situation épidémiologique; le contrôle de la transmission; et la capacité du système de soins. Le système d’alertes régionales et d’intervention graduelle précise pour chacune des régions sociosanitaires du Québec, les mesures additionnelles à déployer, au besoin, pour assurer la sécurité de tous.

Pour connaître le niveau d'alerte dans votre région, consultez la Carte des paliers d'alerte par région.

Durant les mois à venir, les actions du gouvernement seront articulées autour de trois priorités :

- Limiter les impacts sanitaires, sociaux et économiques de la COVID-19;
- Protéger les personnes les plus vulnérables;
- Éviter de surcharger le système de santé et de services sociaux.

S’il devient nécessaire d’intervenir davantage pour ralentir la transmission du virus, les mesures mises en place dépendent du palier d’alerte atteint. Quatre paliers possibles d’alerte et d’intervention sont prévus :

- Palier 1 – Vigilance (vert)
- Palier 2 – Préalerte (jaune)
- Palier 3 – Alerte (orange)
- Palier 4 – Alerte maximale (rouge)

Pour plus d'information, consultez le document détaillé Système d’alertes régionales et d’intervention graduelle à 4 paliers (PDF 0,95 Mo).

	Palier d’alerte 1 **Vigilance**	**Palier d’alerte 2** **Préalerte**	**Palier d’alerte 3** **Alerte**	**Palier d’alerte 4** **Alerte maximale**	**Rétablissement**
Description	Le Palier 1 – Vigilance (zone verte) appelle à la vigilance constante qui est requise dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Il correspond à une transmission faible dans la communauté, et exige le respect des mesures de base mises en place dans l’ensemble des milieux (distanciation physique, étiquette respiratoire, lavage des mains, etc.). Des mesures spécifiques peuvent également s’appliquer à certaines activités ou certains milieux. Il est demandé d’**éviter les contacts sociaux non nécessaires**, par exemple les rassemblements en famille ou entre amis, les mariages, etc..	Le Palier 2 – Préalerte (zone jaune) s’impose lorsque la transmission commence à s’accroître. Les mesures de base sont alors renforcées et davantage d’actions sont déployées pour promouvoir et encourager leur respect. Par exemple, davantage d’inspections peuvent être réalisées et un plus grand contrôle de l’achalandage peut être fait dans certains lieux de manière à faciliter la distanciation physique. Il est demandé d’éviter les contacts sociaux non nécessaires, par exemple les rassemblements en famille ou entre amis, les mariages, etc..	Le Palier 3 – Alerte (zone orange) introduit des mesures additionnelles en ciblant certains secteurs d’activité et milieux où le risque de transmission est jugé plus élevé. Ces secteurs font l’objet de restrictions, d’interdictions ou de fermetures de façon sélective. Il est demandé d’éviter les contacts sociaux non nécessaires, par exemple les rassemblements en famille ou entre amis, les mariages, etc.	Le Palier 4 – Alerte maximale (zone rouge) applique de manière ciblée des mesures plus restrictives pouvant aller jusqu’à faire cesser les activités non essentielles pour lesquelles le risque ne peut pas être contrôlé suffisamment, en évitant autant que possible un confinement généralisé comme lors de la première vague de la pandémie.	Le rétablissement est un moment d’action en sécurité civile qui prend davantage d’importance en période post-pandémie. Toutefois, **les actions et initiatives liées au rétablissement s’inscrivent de façon transversale dans les différents paliers d’alertes**, selon la capacité et les ressources disponibles dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.
Prévalence population Absentéisme des travailleurs	• Peu de cas confirmés dans la communauté • Peu ou pas d’absentéisme supplémentaire des	• Plusieurs cas confirmés dans la communauté • Absentéisme supplémentaire des travailleurs de la santé et	• Grand nombre de cas confirmés dans la communauté	• Très grand nombre de cas confirmés dans la communauté	

de la santé et des services sociaux	travailleurs de la santé et des services sociaux	des services sociaux présents	• Absentéisme important des travailleurs de la santé et des services sociaux	• Absentéisme très important des travailleurs de la santé et des services sociaux	

.

3. Propositions d'actions pour la planification des services sociaux généraux essentiels, des services de soins spirituels et des collaborations avec les partenaires et ressources du milieu en contexte de pandémie du coronavirus (COVID-19)

3.1 Services sociaux généraux

	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Rétablissement – Phase transversale à tous les niveaux d'alerte
Services non-essentiels	Aucun	Aucun. Limiter les interventions en présence tout adaptant les interventions à la réalité et aux besoins des clientèles vulnérables. Respecter les mesures maximales d'hygiène lors des interventions selon les recommandations de la santé publique. Adapter les environnements de travail. **Service d'Accueil, d'Analyse, d'Orientation et de Référence (AAOR)** • Rendre une décision en une seule intervention. • Déterminer le risque suicidaire et homicidaire,	Aucun. Limiter les interventions en présence tout en adaptant les interventions à la réalité et aux besoins des clientèles vulnérables. Respecter les mesures maximales d'hygiène lors des interventions selon les recommandations de la santé publique. Adapter les environnements de travail. Suspendre les priorités P3 et P4 sans facteur de vulnérabilité et risque suicidaire/homicidaire. Informer les usagers que leur demande a été mise en suspend et que si la situation ou les besoins changent, ne pas hésiter à contacter le CLSC.	Aucun. Cesser les interventions en présence qui n'impliquent pas un niveau de risque et d'urgence élevé.	Dans le respect des Orientations ministérielles relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience de l'offre de services sociaux généraux (2013), analyser les listes d'attente et reprendre graduellement les interventions suspendues en tenant compte des consignes sanitaires en place ainsi que des possibilités de télétravail et de téléconsultation, s'il y a lieu. En continuant à donner la priorité à l'Info-Social

		déterminer la priorité et identifier la vulnérabilité. **Consultation psychosociale** • Analyser les listes d'attente des priorités P3 et P4 pour identifier la clientèle vulnérable. • Assurer un suivi téléphonique auprès des clientèles vulnérables. • Assurer un suivi aux priorités P1 et P2 seulement, reporter les priorités P3 et P4, si pertinent et selon le jugement clinique. • Informer les usagers que leur demande a été mise en suspend et que si la situation ou les besoins changent, ne pas hésiter à contacter le CLSC.			811, à l'AAOR, à l'intervention de crise dans le milieu 24/7 et au volet psychosocial en contexte de sécurité civile, voici les facteurs favorisant le retour graduel à l'offre de services régulière : - Disponibilité des ressources humaines; - Accès aux consignes d'utilisation et aux outils de travail et technologiques nécessaires aux interventions; - Accès aux équipements de protection individuelle (EPI), au cas où ce serait nécessaire dans l'intervention; - Capacité de l'établissement à offrir le service dans le respect des consignes sanitaires, afin d'assurer la santé et la sécurité des ressources humaines et de la population.

Services essentiels Services essentiels (suite)	Tous les services réguliers sont maintenus Dans le respect des consignes de prévention et de distanciation : • L'intervention en personne est maintenue. • Maintien des interventions de groupe en présence. Mise à la disposition des intervenants psychosociaux du RSSS des guides et outils pertinents. Vigie quant à d'éventuels phénomènes psychosociaux émergeant de la pandémie. Identifier les impacts psychosociaux éventuels de la pandémie dans la population générale. Établir de concert avec les directions concernées et les partenaires un plan	Services maintenus principalement par téléphone ou par téléconsultation, selon le jugement clinique. L'intervention en personne n'est pas maintenue sauf dans les situations qui l'exigent (ex. : intervention de crise lorsque l'intervention téléphonique ne permet pas la désescalade de la crise). Maintien des services d'interprétariat pour la clientèle allophone Maintien des services d'interprétariat pour les personnes sourdes et ayant un handicap visuel Adapter les environnements d'accueil des usagers et de travail en fonction des recommandations pour la prévention et le contrôle des infections. Faire connaitre et mettre en place le plan de contingence dans les équipes.	Tous les services sont maintenus par téléphone ou par téléconsultation, sauf situations exceptionnelles. Priorité au 811, à l'AAOR, à l'intervention de crise dans le milieu 24/7 et au volet psychosocial en contexte de sécurité civile. L'intervention en personne n'est pas maintenue sauf dans les situations exceptionnelles qui l'exigent (ex. : intervention de crise lorsque l'intervention téléphonique ne permet pas la désescalade de la crise). L'intervention en personne doit se faire avec les mesures de prévention et d'hygiène maximales selon les recommandations de la santé publique. Déterminer des modalités pour offrir des groupes par téléconsultation pour les personnes endeuillées et/ou faire les arrimages nécessaires avec les partenaires de la communauté (partenaires offrant des interventions de groupe). Réviser les modalités de prévention et de contrôle des infections, au besoin. Suspendre les priorités P3 et P4 sans facteur de vulnérabilité et risque suicidaire/homicidaire, selon le jugement clinique. Réévaluer en continu le plan de contingence selon l'évolution de la situation.	Tous les services sont maintenus par téléphone ou par téléconsultation, sauf situations exceptionnelles. Prioriser les clientèles vulnérables ou les clientèles qui vivent des répercussions psychosociales liées au contexte pandémique, selon le jugement clinique. Priorité au 811, à l'AAOR, à l'intervention de crise dans le milieu 24/7 et au volet psychosocial en contexte de sécurité civile. L'intervention en personne dans les situations exceptionnelles doit se faire avec les mesures de prévention et d'hygiène maximales selon les recommandations de la santé publique. Réévaluer le plan de contingence selon l'évolution de la situation. Identifier et mettre en place des solutions adaptées aux situations critiques rencontrées, si possible en collaboration avec les directions concernées et	Établir un plan de retour progressif aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience de l'Offre de services sociaux généraux (2013), comprenant au besoin l'intervention en personne pour certains services, dans le respect des consignes sanitaires en place, ainsi que des possibilités de télétravail et de téléconsultation, s'il y lieu. Transmettre aux intervenants, aux partenaires et aux autres directions cliniques de l'établissement le plan de retour progressif des services sociaux généraux avant de procéder à sa mise en place. Planifier avec les intervenants les modalités pour leur retour graduel dans leur service régulier et la reprise graduelle des activités.

Services essentiels (suite)	de contingence permettant d'identifier des solutions adaptées au maintien de la couverture temporelle, professionnelle et territoriale des services de l'Offre de services sociaux généraux. Faire connaitre le plan de contingence dans les équipes pour favoriser sa mise en place.	**Service d'Accueil, d'Analyse, d'Orientation et de Référence (AAOR)** • Rendre une décision en une seule intervention. Déterminer le risque suicidaire et homicidaire, déterminer la priorité et identifier la vulnérabilité. **Services de consultation sociale et de consultation psychologique** • Assurer une intervention aux priorités P1 et P2 seulement, reporter les priorités P3 et P4, selon le jugement clinique. • Analyser les listes d'attente des priorités P3 et P4 pour identifier la clientèle vulnérable. • Assurer un suivi téléphonique auprès des clientèles vulnérables.		les partenaires pour favoriser le maintien d'une couverture temporelle, professionnelle et territoriale optimale des services prioritaires de l'Offre de services sociaux généraux.	Réimplanter progressivement les modalités d'intervention en présence selon les ressources humaines disponibles et les consignes sanitaires à maintenir. Adapter les services dans la phase de rétablissement aux besoins populationnels identifiés. Adapter la prestation de services et les environnements de travail selon les dernières recommandations de la santé publique. Reprendre les relances et les suivis pour les priorités P3 et P4.
		Propositions relatives aux services de proximité de l'Offre de services sociaux généraux (2013) **Service d'Accueil, d'Analyse, d'Orientation et de Référence (AAOR)**	**Propositions relatives aux services de proximité de l'Offre de services sociaux généraux (2013)** **Service d'Accueil, d'Analyse, d'Orientation et de Référence (AAOR)** • Intégration des services d'AAOR au 811, si pertinent. **Service de consultation téléphonique psychosociale Info-Social 811**	**Propositions relatives aux services de proximité de l'Offre de services sociaux généraux (2013)** **Service d'Accueil, d'Analyse, d'Orientation et de Référence (AAOR)**	Évaluer l'évolution des besoins psychosociaux de la population dans les réseaux locaux. Voir la Boîte à outils pour la surveillance post-sinistre des impacts sur la santé

Services essentiels (suite)		• S'assurer que la personne prenne contact avec les ressources essentielles vers lesquelles elle est référée; • Organiser la continuité informationnelle vers les programmes-services spécifiques et les partenaires du milieu. **Service de consultation téléphonique psychosociale Info-Social 811** • Révision des critères de priorisation de la réponse aux appels, si nécessaire; • Révision des trajectoires et des modalités de référence; • Réaliser des arrimages étroits avec le service Info-Santé, lorsque requis; • Offrir une formation condensée pour accueillir de nouvelles ressources Info-Social; • Établir une réflexion et un plan avec les ressources humaines sur les ressources disponibles pouvant être déployées au 811;	• Appliquer le plan établi avec les ressources humaines concernant le déploiement de ressources pour soutenir la réponse téléphonique au 811. **Service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 (ICM 24/7)** • Cibler des intervenants spécifiquement pour les déplacements dans le milieu requis par ce service. Ces déplacements doivent être limités au maximum, sans compromettre la sécurité des personnes; • Prendre les décisions relatives aux sorties, cas par cas et en équipe avec le gestionnaire. • Voir les *Mesures préventives dédiées aux intervenantes et intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7*. **Volet psychosocial en contexte de sécurité civile** • Maintenir un soutien clinique de la part de la personne responsable des interventions psychosociales en contexte de sécurité civile; • Maintenir le rôle de coordination et de liaison avec les directions cliniques des autres programmes-services spécifiques, les partenaires territoriaux, municipaux, gouvernementaux, et la Croix-Rouge. **Services offerts en agression sexuelle** • Arrimer les services en agression sexuelle entre les partenaires pour assurer le maintien des services offerts aux personnes victimes d'agression sexuelle et aux agresseurs. **Services offerts en violence conjugale** • Arrimages avec les partenaires pour favoriser le maintien de l'hébergement et des services offerts aux personnes victimes de violence conjugale et auprès des personnes ayant des comportements violents avec référence, au besoin, aux organismes communautaires concernés.	• Poursuivre l'intégration des services d'AAOR au 811, si pertinent. • Réévaluer la pertinence du nombre de points de services AAOR qui maintiennent leur offre de service et réaliser les arrimages nécessaires. **Service de consultation téléphonique psychosociale Info-Social 811** • Revoir le plan de contingence et mettre en place des solutions adaptées permettant de maintenir la couverture 24/7. **Service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 (ICM 24/7)** Dans les cas où les équipes sont intégrées (AAOR – 811 - ICM 24/7) : • S'assurer que les mesures maximales d'hygiène et de protection soient appliquées pour les intervenants qui se	mentale produite par l'INSPQ (2019). Se doter d'une modalité afin d'assurer une vigie de l'évolution des besoins et de l'adaptation des services. Estimer l'ampleur des conséquences psychologiques et sociales de la pandémie sur la population. Identifier les meilleures façons d'approcher les personnes touchées par la situation pandémique, en particulier les clientèles vulnérables identifiées; Identifier les obstacles à l'accès aux services et mettre en place des stratégies variées pour adapter l'Offre de services sociaux généraux; Adapter les services psychosociaux aux besoins populationnels et aux caractéristiques territoriales identifiés;

Services essentiels (suite)		• Maintenir la réponse à la clientèle vulnérable enregistrée à Info-Social. **Service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 (ICM 24/7)** • Tenter de résoudre la crise par téléphone ou par téléconsultation; • Réévaluer tous les usagers en hébergement dans un organisme d'aide et de transition, mise en place de mesures alternatives à l'hébergement et mise en place un filet de sécurité permettant à la personne de retourner à domicile pour éviter les débordements; • Planifier un plan de réduction des interventions dans le milieu 24/7; • Advenant des changements dans les modalités d'intervention du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7, informer dans les meilleurs délais les partenaires de ces changements;		déplacent dans le milieu. • Limiter les contacts avec les équipes des centrales téléphoniques pour limiter la contamination. • Voir les *Mesures préventives dédiées aux intervenantes et intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7*. **Volet psychosocial en contexte de sécurité civile** • Maintenir un soutien clinique de la part de la personne responsable des interventions psychosociales en contexte de sécurité civile; • Maintien du rôle de coordination et de liaison avec les directions cliniques des autres programmes-services spécifiques, les partenaires territoriaux, municipaux, gouvernementaux, et la Croix-Rouge pour	Favoriser une intégration fluide des services avec les partenaires communautaires, publics et privés, en réponse aux besoins identifiés; Évaluer la capacité de déployer des continuums d'intervention coordonnés pour répondre aux besoins et mettre en place de tels continuums; Évaluer la pertinence et la possibilité de poursuivre certaines initiatives déployées pendant la pandémie; Assurer une continuité dans les communications, même si la pandémie est terminée. Assurer un soutien clinique continu et la formation nécessaire, tant sur l'intervention psychosociale découlant du contexte pandémique et les problématiques sociales y étant liées,

Services essentiels (fin)		• Informer les partenaires des trajectoires : services préhospitaliers d'urgence, CH, partenaires du réseau communautaire, agents de la paix, téléconsultation et télécomparution; • Advenant une situation nécessitant l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui*, identifier une trajectoire claire et s'assurer des arrimages avec les services ambulanciers et policiers. • Voir les *Mesures préventives dédiées aux intervenantes et intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7*. **Services de consultation sociale et de consultation psychologique** • Déterminer des modalités pour la poursuite des groupes **par téléconsultation**, si le besoin est présent advenant que la situation se prolonge;		toutes questions liées aux besoins psychosociaux de la population. **Services offerts en agression sexuelle et en violence conjugale** • Maintien des services offerts et envisager la réduction de la fréquence des interventions en fonction de la disponibilité des ressources et de l'urgence des besoins.	que sur l'utilisation de nouveaux outils de travail. **Volet psychosocial en contexte de sécurité civile** • Mettre en place des activités d'information collectives pour rassurer la population (services et mesures en place, conséquences possibles sur le mieux-être pour normaliser, consignes à suivre, etc.); • Au besoin, réaliser des séances d'informations psychosociales (SIP), plus spécifiquement des rencontres de groupes structurées, à court terme, axées sur la prévention et l'autoobservation qui visent à rétablir les faits et à transmettre de l'information sur les réactions psychosociales et leur normalité. Les

		• Délester les suivis non urgents. **Volet psychosocial en contexte de sécurité civile** • Rôle de coordination du responsable de l'ÉSSS du volet psychosocial en contexte de sécurité civile en arrimage avec les programmes-services spécifiques et les partenaires du milieu; • Le responsable de l'ÉSSS du volet psychosocial en contexte de sécurité civile s'assure des liens avec le coordonnateur régional en sécurité civile de son établissement; • Déployer des effectifs en soutien à la clientèle selon les besoins psychosociaux qui sont identifiés comme étant essentiels et qui ne sont pas des activités courantes (ex. : suivis réguliers) en cas d'augmentation de toutes les problématiques sociales causées par la défavorisation sociale et économique et la			modalités devront être adaptées selon les recommandations de la santé publique; • Offrir le suivi psychosocial dans des lieux de proximité pour la communauté (GMF, HLM, CLSC, autres) ; • Maintenir la relance régulière (téléphonique, virtuellement ou en personne) pour repérer l'évolution des besoins psychosociaux (ex. : chez les personnes qui n'en exprimaient pas au départ); • Favoriser la réalisation des projets communautaires pour redonner du pouvoir à la communauté (ex. : collecte de fonds, éducation populaire, impliquer les citoyennes et citoyens dans la mise en place de campagnes de communication,

		dégradation des réseaux d'entraide; Voir la Trousse portant sur l'identification des personnes à risque de vulnérabilité psychosociale; Voir le *Guide d'évaluation et de planification des services psychosociaux en contexte de sécurité civile* du CRAIP (version Juin 2019); • Intervention préventive de crise auprès des personnes, familles et communautés vulnérables; • Offrir du support aux intervenants qui présentent des besoins de soutien pour des situations critiques ou dans les cas d'émergence de besoins psychosociaux; • Soutien aux programmes-services spécifiques pour le repérage des personnes présentant une vulnérabilité au plan psychosocial et devant faire l'objet d'une attention particulière; Voir la Trousse portant sur l'identification des			activité de commémoration, etc.); • Favoriser la mise en place d'équipes collaboratives dédiées au rétablissement psychosocial de la population dans une approche interdisciplinaire (ex. : organisateur communautaire, travailleurs sociaux, intervenants en santé publique et autres intervenants du milieu); • Envisager l'éventualité que les équipes psychosociales puissent demeurer mobilisées de quelques mois jusqu'à deux ans, selon l'ampleur des impacts psychosociaux à long terme.

		personnes à risque de vulnérabilité psychosociale; • Offrir le service là où sont les besoins identifiés par les intervenants du milieu. Les besoins peuvent différer d'une région à l'autre, d'un réseau local de services à l'autre ou d'une ville à l'autre. **Services offerts en agression sexuelle** • Maintien des services offerts aux personnes victimes d'agression sexuelle et aux agresseurs. **Services offerts en violence conjugale** • Maintien des services offerts auprès des personnes victimes de violence conjugale et auprès des personnes ayant des comportements violents avec référence au besoin aux organismes communautaires concernés.			
Ressources essentielles	Équipe complète	Équipe complète recommandée	Équipe complète recommandée et bonifiée au besoin pour assurer une réponse 24/7, par téléphone au 811 et en présence par le service	Équipe complète recommandée et bonifiée au besoin pour assurer une	Équipe complète

		Mobiliser les professionnels délestés vers des secteurs essentiels en besoin de ressources humaines.	d'intervention de crise dans le milieu 24/7 dans les situations exceptionnelles. Mobiliser les professionnels délestés vers des secteurs essentiels en besoin de ressources humaines. Dans tous les paliers d'alerte, s'assurer du respect des mesures lors de la mobilisation du personnel. Se référé au document : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/2020-10-14-Document-Acrobat-leve-isolement-travaileur-de-sante.pdf Lorsque possible, maintenir des intervenants/équipes stables.	réponse 24/7, par téléphone au 811 et en présence par le service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 dans les situations exceptionnelles. Mobiliser les professionnels délestés vers des secteurs essentiels en besoin de ressources humaines.	Équipe bonifiée au besoin
Ressources délestées	**AUCUNE À L'EXCEPTION :** **1) RETRAIT TEMPORAIRE DES PERSONNES ATTEINTES DE LA COVID-19, DES PERSONNES PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES COMPATIBLES AVEC LA MALADIE OU EN CONTACT DIRECT AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE SANS MESURES DE PROTECTION, DES PERSONNES QUI ONT REÇU UNE CONSIGNE DE SANTÉ PUBLIQUE D'ISOLEMENT, DES PERSONNES AU RETOUR DE VOYAGES (MOINS DE 14 JOURS); ET** **2) DÉLESTAGE PERMETTANT UNE RÉORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES ENTRE LES SERVICES DE L'OFFRE DE SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX (2013) (EX. : CONSULTATION SOCIALE VERS 811, ICM 24/7 ET VOLET PSYCHOSOCIAL) EN PLAÇANT NOTAMMENT LES PERSONNES PRÉSENTANT UN CRITÈRE DE VULNÉRABILITÉ (>70 ANS, IMMUNOSUPPRIMÉ, PRÉSENCE DE MALADIES CHRONIQUES, ETC.) DANS DES FONCTIONS N'AYANT PAS DE CONTACT PRÉSENTIEL AVEC LA CLIENTÈLE.**				Relestage graduel des ressources permettant un retour progressif des services réguliers, selon les standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience de l'Offre de services sociaux généraux (2013)
Conditions cliniques prioritaires	• Repérer les clientèles vulnérables et développer une réponse pour favoriser le maintien de leur équilibre; • Identifier le type de vulnérabilité (fragilisation, exposition, défavorisation). Voir la Trousse portant sur l'identification des personnes à risque de vulnérabilité psychosociale; • Identifier les facteurs de risque et de protection; • Estimer la dangerosité; • Estimer le risque et l'urgence de la situation.				
	Prioriser toutes clientèles 0 à 100 ans.	**Prioriser les clientèles :** • Demandeurs d'asile, réfugiés et migrants à statut précaire;	**Prioriser les clientèles :** • Proches et proches aidants des personnes hospitalisées, hébergées, en détresse ou en fin de vie; • Personnes endeuillées;		

		• Situation économique précaire, revenu insuffisant, chômage, pauvreté et conditions de vie difficiles; • Personnes isolées, désaffiliées socialement, en situation d'itinérance ou à risque de le devenir; • Personnes en situation de crise; • Personnes présentant un risque suicidaire, un risque homicidaire ou dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui; • Personnes victimes d'agression sexuelle; • Personnes en situation de violence conjugale, familiale et/ou en période périnatale; • Enfants victimes de négligence, de maltraitance et de violence; • Personnes impulsives, présentant des comportements violents, ayant commis une agression sexuelle ou des actes de délinquance sexuelle;	• Personnes en situation de crise, présentant des besoins d'hébergement ou d'aide alimentaire; • Personnes présentant un risque suicidaire, un risque homicidaire ou dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui; • Personnes victimes d'agression sexuelle; • Personnes en situation de violence conjugale, familiale et/ou en période périnatale; • Personnes isolées, désaffiliées socialement, en situation d'itinérance ou à risque de le devenir; • Enfants victimes de maltraitance et de violence; • Personnes impulsives, présentant des comportements violents, ayant commis une agression sexuelle ou des actes de délinquance sexuelle; • Clientèle vulnérable enregistrée à Info-Social. Au besoin, suspendre temporairement les niveaux de priorités P3 et P4 qui ne présentent pas de facteurs de vulnérabilité ou de risque suicidaire ou homicidaire. Voir la Trousse portant sur l'identification des personnes à risque de vulnérabilité psychosociale.	

		• Personnes proches aidantes en situation d'épuisement;; • Premières Nations, Inuit et Métis; • Clientèle vulnérable enregistrée à Info-Social; • Personnes endeuillées.		

Stratégies	• Maintenir et rehausser les services prioritaires de l'Offre de services sociaux généraux (2013);
	• Offrir les services principalement au téléphone ou en téléconsultation, réduire aux situations qui l'exigent les interventions en personne;
	• Mobiliser les proches et tendre vers des mesures de soutien alternatives pour limiter les hospitalisations;
	• Mobiliser les partenaires régionaux afin de structurer une réponse intersectorielle coordonnée et planifiée aux besoins des populations;
	• Réaliser les arrimages requis afin d'obtenir des prêts de ressources humaines des services de santé mentale ou d'autres programmes-services spécifiques vers les services sociaux généraux, si requis;
	• Mettre en place des mesures et des initiatives pour préserver la mobilisation des équipes, le soutien clinique et la collaboration interprofessionnelle en collaboration avec les autres directions concernées (ressources humaines, services multidisciplinaires, communications, etc.);
	• Être proactif et aller au-devant des besoins, notamment par le repérage et la relance.
	• Maintenir la publicisation des services psychosociaux et prendre soin d'indiquer concrètement comment y accéder.
	• Adapter les environnements de travail aux recommandations de prévention et de contrôle des infections les plus récentes mises de l'avant par la santé publique;
	• Respecter l'application des mesures de protection et de contrôle des infections, les règles d'hygiène maximale et les mesures de distanciation physiques mises de l'avant par la santé publique;
	• Veiller à la mise en place des *Recommandations concernant la réduction des risques psychosociaux du travail en contexte de pandémie – Covid-19* (INSPQ, 29 avril 2020).
	• Guide et outils d'intervention à la disposition des gestionnaires et intervenants :
	  • Trousse portant sur l'identification des personnes à risque de vulnérabilité psychosociale;
	  • *Guide d'évaluation et de planification des services psychosociaux en contexte de sécurité civile* du CRAIP (version Juin 2019);
	  • *Repères d'intervention psychosociale en contexte de pandémie* (CRAIP, révisé mars 2020);
	  • *Prévenir la violence et le suicide dans un contexte de pandémie de COVID-19 – quelques pistes (INSPQ, 8 mai 2020) ;*
	  • *Mesures préventives dédiées aux intervenantes et intervenants du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7;*
	  • *Prendre soin de soi et gérer son stress pendant la crise de la COVID-19: Boîte à outils pour le personnel et les professionnels du réseau de la santé et services sociaux;*
	• Guides, outils et fiches psychosociales à la disposition de la population :
	Guide autosoins COVID-19 (édition révisée) https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/guide-autosoins-covid-19/		

	• *Stress, anxiété et déprime associés à la maladie à coronavirus COVID-19;* • *Mon enfant est inquiet en raison de la pandémie. Comment le soutenir ?*; • *Je suis en deuil d'une ou de personnes chères en raison de la pandémie;* • *Le deuil chez l'enfant et l'adolescent;* • Outil de soutien à l'autogestion permettant d'identifier des moyens pour aller mieux (dépression, anxiété, trouble bipolaire) : *Aller mieux… à ma façon.* • Directives, recommandations et mesures à la disposition des gestionnaires et des intervenants pour l'adaptation des milieux de travail : • Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19 – Voir sections Dépistage et Prévention et contrôle des infections • Recommandations en lien avec la prévention et le contrôle des infections; • COVID-19 – Cliniques médicales/cliniques externes/cliniques COVID-19/GMF - *Mesures de prévention et de contrôle des infections: recommandations intérimaires;* • *Document de l'INSPQ sur les soins a domicile https://www.inspq.qc.ca/publications/2917-mesures-soins-domicile-covid19* • *Recommandations intérimaires concernant les centres d'appels d'entreprises de la liste des services essentiels;* • *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté*; • *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés* .	
Évaluation des impacts	• Hausse de la détresse psychologique et de la présence de symptômes de troubles mentaux liés à l'isolement (détresse psychologique, stress, anxiété, dépression, symptômes de stress post-traumatique, émotions négatives, colère, peur associée au virus, insomnie, etc.). • Impacts sur la santé des premiers répondants puisqu'ils sont touchés en tant que citoyens et en tant que travailleurs (ex. : stress aigu, épuisement, détachement, anxiété, dépression, irritabilité, insomnie, difficultés de concentration, etc.). • Exacerbation des facteurs de risques liés au suicide (perte d'emploi, difficultés financières, isolement social, faible soutien social, relations personnelles conflictuelles, barrières aux soins et services). • La violence interpersonnelle à domicile (violence envers les enfants, violence conjugale et maltraitance des ainés) peut être exacerbée par certains facteurs de prédiction tels que : la consommation d'alcool et de drogues, les problèmes de santé mentale, les stratégies d'adaptation des personnes, la situation économique ou le revenu des personnes et un réseau social limité. • La pandémie peut entraîner une peur de consulter des citoyennes et des citoyens qui ont des problèmes de santé courants. • Impacts sur l'accès, notamment par rapport aux barrières de la langue pour les communautés ethnoculturelles. • Disponibilité et adaptation des services pour le deuil, l'anxiété, la dépression et le stress post-traumatique dans la population et chez les travailleuses et travailleurs de la santé post-pandémie. • Disponibilité du matériel pour le télétravail, consignes et procéduriers. • S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle et que les intervenants soient bien formés pour leur utilisation. • Rendre le matériel disponible aux intervenants. • Rendre disponible des solutions hydroalcooliques pour l'hygiène des mains • Impacts sur l'adaptation des environnements de travail et les possibilités de déplacements des ressources humaines entre les différents secteurs pour limiter la contamination. • Impacts sur les interventions psychosociales (ex. : création du lien et du climat de confiance, complexité à interpréter les signaux non verbaux, confidentialité des informations transmises si d'autres personnes sont présentes au domicile, etc.). • Enjeux de confidentialité des informations si le personnel n'a pas accès aux systèmes de traitement de l'information clinique.	

Facteurs déclencheurs de la prochaine étape – de délestage	AUCUN DÉLESTAGE DE SERVICES OU DE RESSOURCES N'EST RECOMMANDÉ. POSSIBILITÉ DE RÉORGANISER LES RESSOURCES VERS LES SERVICES PRIORITAIRES DE L'OFFRE DE SERVICES SOCIAUX GÉNÉRAUX (2013). À déterminer selon les niveaux d'alerte et d'intervention entourant la COVID-19 (voir p. 6); les besoins psychosociaux populationnels et l'évolution de la situation pandémique sur le territoire.	
Communications	• Direction de la santé publique; • Autres directions cliniques (missions CLSC, CH, CHSLD, CPEJ, CR); • Partenaires territoriaux – CISSS/CIUSSS, établissements non-fusionnés, établissements desservant une population des Premières Nations ou une population nordique et autochtone, services policiers, municipalités et autres partenaires; • Instances professionnelles; • Partenaires communautaires (organismes communautaires offrant des services essentiels); • Usagers en suivis identifiés comme étant non prioritaires.	
Risques	• Accès aux technologies limité : outils de travail, support réseau et infrastructures technologiques. • Difficultés à maintenir les règles en matière de confidentialité dans l'éventualité de non-accessibilités aux systèmes de gestion d'informations cliniques et au regard de l'adaptation des modalités d'organisation du travail. o Disponibilité des ressources humaines : Mobilisation : lorsque possible, maintenir des intervenants/équipes stables. Dans tous les paliers d'alerte, s'assurer du respect des mesures lors de la mobilisation du personnel. Se référé au document https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/2020-10-14-Document-Acrobat-leve-isolement-travailleur-de-sante.pdf o Gestion de la présence au travail : s'assurer, dans tous les paliers d'alerte, d'une évaluation de la présence des symptômes de la COVID-19 et des facteurs d'exposition et mettre en place les mesures de prévention en conséquence. Le travailleur ne doit pas se présenter au travail si présence d'une de ces conditions ci-haut mentionnées. o Relations de travail. • Disponibilités des équipements de protection individuelle (EPI) pour les sorties dans le milieu et des solutions hydroalcooliques • • Hausse des demandes de services pour des besoins psychosociaux pressenties dans un contexte d'anxiété généralisée, de détresse psychosociale et de risque suicidaire ou homicidaire. • Impacts psychosociaux importants chez la population en général. • Émergence de nouveaux besoins psychosociaux non identifiés. • Impacts psychosociaux importants chez les travailleuses et les travailleurs des services sociaux généraux. • Augmentation des besoins psychosociaux sans augmentation de la demande d'aide ce qui appuie l'idée d'être proactifs et d'aller au-devant des besoins de la population dans une approche de *reaching out*. • Condition COVID-19+ et présence symptômes.	• Impacts psychosociaux importants chez la population en général qui perdurent dans les mois et les années suivant la crise pandémique. • Émergence de nouveaux besoins psychosociaux à identifier. • Impacts psychosociaux importants chez les travailleuses et les travailleurs des services sociaux généraux (ex. : travailleurs ayant vécu des deuils, du stress, de l'épuisement, un état

		de stress post-traumatique, etc.) • Tel qu'observé lors de sinistres d'envergure, augmentation des besoins psychosociaux sans augmentation de la demande d'aide ce qui appuie l'idée d'être proactifs et d'aller au-devant des besoins de la population dans une approche de *reaching out*, notamment dans les mois et les années qui suivent la crise pandémique.

3.2 Services de soins spirituels

La Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires porte également sous sa responsabilité les services en soins spirituels qui s'inscrivent dans le continuum de prestation des services à offrir au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ces services sont transversaux à l'ensemble des cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), selon que les établissements exploitent un :

- centre local de services communautaires (CLSC);
- centre hospitalier (CH);
- centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ);
- centre de réadaptation (CR).

Les propositions de recommandations pour les services de soins spirituels sont les suivantes :

- Niveau d’alerte 2 : Interventions maintenues en présence avec les mesures d’hygiène maximales. Possibilité d’intervenir par téléphone ou par téléconsultation.
- Niveau d’alerte 3 et 4 : Cesser les interventions en présence et privilégier le maintien des interventions par téléphone ou téléconsultation sauf pour des situations de fins de vie imminentes ou de décès qui nécessitent l’animation d’un rituel avec les mesures de prévention et d’hygiène maximales..
- Rétablissement : Retour progressif aux activités habituelles, selon les consignes de la Direction générale de santé publique.

Il est aussi possible de :

- Solliciter les intervenantes et intervenants en soins spirituels, pour le soutien des personnes hospitalisées ou des proches en deuil;
- Faire les arrimages requis avec les équipes psychosociales pour les suivis auprès des familles et des proches des personnes décédées;
- Déterminer des modalités pour la poursuite des interventions individuelles par téléconsultation, si le besoin est présent et si la situation se prolonge (ex. : soutien au deuil).

3.3 Partenaires et ressources du milieu

Selon les planifications établies à chaque niveau d’alerte, mettre à profit les partenariats avec les organismes communautaires, les ressources du milieu, les premiers répondants et les organisations du secteur privé pour favoriser une intégration fluide des services psychosociaux à offrir à la population.

En cohérence avec les besoins de la population, les ÉSSS évaluent les possibilités et alternatives :

- Identifier les activités et services essentiels à maintenir ainsi que la capacité des partenaires à contribuer aux besoins reliés à la pandémie.
- Convenir d’ententes prioritaires avec les partenaires relatives à l’hébergement, l’intervention de crise et l’aide alimentaire.
- Maintien des ressources pour les clientèles vulnérables en contexte de la COVID-19 (hébergement, crise et prévention du suicide, aide alimentaire, victimes d’actes criminels, droits d’accès, personnes en détresse et soutien aux personnes endeuillées).

- Réviser les arrimages en partenariat avec les organisateurs communautaires dans le contexte de la COVID-19, les intervenants pivots régionaux et nationaux et les partenaires.
- S’assurer que le nombre de lits en hébergement est suffisant sur le territoire et que l’hébergement offert répond aux mesures de prévention / besoin de soutien du service.
- Fournir gratuitement aux organismes communautaires les EPI requis, avec ententes, ainsi que les formations requises pour leur utilisation.
- S’assurer avec les partenaires du maintien des pratiques permettant de prévenir la judiciarisation des clientèles qui peuvent être vulnérabilisées par leur situation (ex. : situation d’itinérance, situation de problème de santé mentale, situation de dépendance, situation de défavorisation matérielle, contexte ethnoculturel).
- Transmettre les informations pertinentes aux partenaires dont les consignes établies par la Direction de santé publique et par l’Institut national de santé publique du Québec pour ce qui est des *Recommandations intérimaires concernant les organismes communautaires* et les *Recommandations intérimaires à l'intention des travailleurs effectuant des visites à domicile (hors du domaine de la santé)*.

Annexe 1 – Exemples d'adaptations des modalités d'organisation du travail pouvant être mises en place

Le tableau présenté dans cette annexe fournit des exemples d'actions pouvant être mises en place pour l'adaptation des modalités d'organisation du travail. Ces propositions peuvent être modulées en fonction du projet clinique de l'ÉSSS en cohérence avec les réalités régionales respectives et l'organisation des services correspondant aux profils territoriaux.

Services sociaux généraux (SSG)					
	Palier d'alerte 1	**Palier d'alerte 2**	**Palier d'alerte 3**	**Palier d'alerte 4**	**Rétablissement**
Organisation du travail	• Les modalités d'organisation du travail régulières sont maintenues en respectant les mesures sanitaires. • Débuter la réflexion sur le les services essentiels à maintenir. • Rédaction du plan de contingence.	• Prioriser les interventions par téléphone et téléconsultation; • Réviser la liste d'attente afin de sonder les besoins à prioriser et mettre en place les filets de sécurité requis; • Contacter la clientèle en suivi actif pour repérer les situations de vulnérabilité sur le plan psychosocial; • Reporter l'ensemble des suivis non urgents, prévoir des modalités de relance pour déterminer l'évolution des besoins des usagers; • Réaliser des rencontres en personne pour des situations exceptionnelles et en fonction du matériel d'hygiène et des équipements de protection individuelle disponibles (situation de crise, rencontres avec interprètes, usagers sans téléphone); • Adopter les mesures d'intervention et d'hygiène qui respectent les consignes de prévention ainsi que les principes de distanciation physique; • Adapter l'environnement de travail dans l'objectif de limiter toute contamination dans les équipes selon les consignes établies; • Adapter l'environnement de travail du service Info-Social aux consignes établies par la Direction de santé publique et par l'Institut national de santé publique du Québec pour ce qui est des *Recommandations intérimaires concernant*	• Prioriser les interventions par téléphone et téléconsultation; • Réaliser des rencontres en personne pour des situations exceptionnelles et selon le matériel d'hygiène et les équipements de protection individuelle disponibles (situation de crise, rencontres avec interprètes, usagers sans téléphone); • Renforcer l'adoption des mesures d'intervention et d'hygiène qui respectent les consignes de prévention ainsi que les principes de distanciation sociale; • S'assurer que l'environnement de travail soit sécuritaire dans l'objectif de limiter toute contamination dans les équipes selon les consignes établies; • Ajuster la consignation de l'information clinique et les règles de confidentialité en fonction des systèmes fonctionnels disponibles.		

		les centres d'appels d'entreprises de la liste des services essentiels (incluant la ligne 911 et 811); • S'assurer que les équipes disposent des documents pertinents pour l'intervention ainsi que de la documentation à fournir aux usagers et à leurs proches en favorisant la transmission par voie électronique; • Privilégier l'identification d'intervenants formés et dédiés pour desservir les personnes à haut risque ou ayant contracté la COVID-19 en misant sur le volontariat; • Adapter la consignation de l'information clinique et les règles de confidentialité en fonction des systèmes fonctionnels disponibles; • Veiller à la mise en place des *Recommandations concernant la réduction des risques psychosociaux du travail en contexte de pandémie – Covid-19* (INSPQ, 29 avril 2020).		
Pratiques		• Solliciter la contribution des conseillers-cadres des Directions des services multidisciplinaires (DSM); • Dépister systématiquement la présence de violence conjugale et familiale, des agressions sexuelles, de la maltraitance envers les enfants et l'exploitation envers les aînés. Porter une attention particulière aux conditions cliniques prioritaires; • S'assurer de l'accessibilité au *Guide d'intervention psychosociale ponctuelle* (GIPP) pour l'utilisation des protocoles pertinents en contexte de pandémie; • Favoriser l'utilisation des guides d'autosoins et les rendre disponibles sur une plateforme web; • Favoriser la mobilisation de la famille, des proches ainsi que le réseau formel et informel; • Adapter les offres de services en fonction des besoins des populations territoriales prioritaires; • Pour favoriser la mobilité du personnel dans les services sociaux généraux, voir à ce que les intervenants puissent accéder à des formations adaptées aux différents services ainsi que l'accès aux différents systèmes d'information usagers.	• Utilisation des guides d'autosoins; • Dépister la présence de violence conjugale et familiale, des agressions sexuelles, de la maltraitance envers les enfants et l'exploitation envers les aînés. Porter une attention particulière aux conditions cliniques prioritaires; • Favoriser la mobilisation de la famille, des proches ainsi que le réseau formel et informel; • Réévaluer le plan de contingence pour maintenir les services sociaux téléphoniques prioritaires en tout temps (811, AAOR, intervention de crise dans le milieu 24/7, consultations sociale et psychologique et volet psychosocial en contexte de sécurité civile).	

		• Appliquer le plan de contingence pour maintenir les services sociaux téléphoniques prioritaires en tout temps (811, AAOR, intervention de crise dans le milieu 24/7, consultations sociale et psychologique et volet psychosocial en contexte de sécurité civile).		
Soutien clinique		• Soutenir le jugement clinique des professionnels et organiser le soutien clinique pouvant leur être offert; • Soutenir les intervenants dans le repérage des personnes en situation de vulnérabilité selon les dimensions de fragilisation, de défavorisation et d'exposition (voir *Trousse portant sur l'identification des personnes à risque de vulnérabilité psychosociale*).	• Soutenir le jugement clinique des professionnels et adapter le soutien clinique pouvant leur être offert.	
Arrimages et partenariats		• Reclarifier les modalités de collaboration avec les personnes identifiées à l'amélioration continue des trajectoires entre les programmes-services; • Réviser les protocoles en vigueur et les mécanismes de réponse aux urgences de façon à limiter la référence vers les urgences hospitalières et vers le personnel de soins (services préhospitaliers d'urgence, infirmières, médecins, etc.); • S'assurer, dans tous les paliers d'alerte, qu'une évaluation de la présence des symptômes de la COVID-19 et des facteurs d'exposition est fait et mettre en place les mesures de prévention en conséquence • Élaborer les trajectoires pour les usagers dépistés de la COVID-19, ceux ayant des symptômes et les usagers asymptomatiques; • Adapter les trajectoires impliquant des interventions de crise ou en soutien psychosocial dans un contexte de sécurité civile de façon à ce que les équipes qui se déplacent ne deviennent pas des vecteurs de contamination; • Consolider les liens avec les intervenants en soins spirituels et les professionnels en intervention psychosociale en centres hospitaliers; • Communications avec les partenaires pour s'assurer de la fluidité des arrimages entre les trajectoires de services.	• Communications avec les partenaires pour s'assurer de la fluidité des arrimages entre les trajectoires de services; • Rester à l'affût des situations pouvant affecter les trajectoires des interventions de crise ou en soutien psychosocial dans un contexte de sécurité civile de façon à ce que les équipes qui se déplacent ne deviennent pas des vecteurs de contamination.	

20-210-78W

Émission :	03-12-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-031

Catégorie(s) :
- ✓ Santé mentale
- ✓ Appels
- ✓ Attente
- ✓ Référence

Directives concernant les appels téléphoniques aux usagers en attente de services

Première diffusion

Expéditeur :	Destinataire :
Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)	Tous les établissements de santé et de services sociaux • Directions SAPA • Directions DI, DP, TSA • Directions des programmes santé mentale, dépendance et itinérance • Directions programmes jeunesse

Directive	
Objet :	Les préoccupations du gouvernement du Québec sont grandes devant l'accroissement exceptionnel des besoins de la population québécoise. Une première série d'appels a été réalisée au printemps 2020. Dans le cadre de la mise à jour économique de novembre 2020, une série de mesures ont été annoncées notamment la reprise des appels auprès des usagers, des personnes en attente de service et des personnes proches aidantes vulnérables. L'objectif du contact téléphonique est un appel de courtoisie et, le cas échéant, une référence à un service spécifique répondant à son besoin.
Mesures à implanter :	✓ Appeler tous les usagers, les personnes en attente de services et les personnes proches aidantes vulnérables; ✓ Valider l'état de la personne; ✓ Transmettre toute information opportune sur les outils de soutien disponibles (Allez mieux à ma façon, Info-Sociale 811, 1 866 APPELLE, services téléphoniques jeux et drogues, etc.); ✓ Repérer les besoins psychosociaux émergents dus au contexte pandémique et analyser le niveau de mise en priorité de la demande de service, s'il y a lieu; ✓ Référer les usagers en détresse aux services répondant à son besoin.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : Cette mesure non récurrente doit être terminée au plus tard le 23 décembre 2020.	
Direction ou service ressource :	**Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance** 418 266-6836 Faqinfocovid19@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Infographie Soutien téléphonique

Émission :	03-12-2020	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,
Chantal Maltais

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

Émission :	03-12-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-031

Directive

1. INTRODUCTION

Ce document s'adresse aux gestionnaires et aux intervenants qui effectueront les appels téléphoniques auprès des usagers ainsi que ceux qui sont en attente de services

2. CONTEXTE

L'actuelle situation de pandémie de la COVID-19 qui perdure dans le temps constitue une réalité particulière et inhabituelle pour laquelle personne n'était préparé à vivre sur une longue période. Malgré la grande résilience et la capacité d'adaptation observées au sein de la population depuis la déclaration de l'état d'urgence sanitaire, cette situation peut avoir des conséquences significatives sur la santé physique et sur le bien-être mental ainsi que le bien-être émotionnel d'une proportion significative de la population québécoise. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), met en lumière que les personnes ayant des troubles mentaux, les personnes âgées ainsi que les enfants et adolescents sont particulièrement susceptibles de développer de plus grandes difficultés psychologiques par exemple; les peurs, l'anxiété, le sentiment d'isolement et un risque plus grand de suicide ou de violence. Il en est de même pour les personnes proches aidants qui peuvent se sentir isolées, inquiètes, en détresse ou encore épuisées.

En 2020, la réalité québécoise fait que l'anxiété, la dépression ou encore l'apparition de pensées suicidaires affectent un grand nombre de québécoises et de québécois. Dans le contexte pandémique actuel, un adulte sur cinq aurait eu des symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure et un adulte sur sept aurait eu des pensées de mort ou des idées suicidaires.

À la suite du décret déclarant l'état d'urgence sanitaire du 13 mars 2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en collaboration avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (CISSS et CIUSSS) et ses partenaires des secteurs publics, communautaires, associatifs et privés, ont rapidement déterminé les actions prioritaires à déployer pour s'assurer de répondre aux besoins psychosociaux observés et anticipés dans la population. Le gouvernement du Québec, et plus particulièrement le MSSS, a la responsabilité de veiller à ce que la population ait accès rapidement à l'information pertinente et aux services appropriés dans les circonstances exceptionnelles que nous vivons.

3. OBJECTIFS DE LA MESURE

Les préoccupations du gouvernement du Québec sont grandes devant le défi de répondre, à l'accroissement exceptionnel des besoins de la population québécoise. Dans le cadre de la mise à jour économique de novembre 2020, une série de mesures, dont les contacts téléphoniques aux personnes en attentes de services, ont été annoncées.

Une première série d'appels téléphoniques a été réalisée par les intervenants du RSSS au printemps 2020. Les contacts téléphoniques de la fin de l'automne devront s'effectuer dans le même esprit.

L'objectif du contact téléphonique est un appel de courtoisie et, le cas échéant, une référence à un service spécifique répondant à son besoin. Elle vise à :

- Appeler tous les usagers, les personnes en attente de services et les personnes proches aidantes vulnérables;
- Valider l'état de la personne et de la personne proche aidante, le cas échéant;

- Transmettre à la personne toute information opportune sur les outils de soutien disponibles (Allez mieux à ma façon, Info-Sociale 811, 1 866 APPELLE, services téléphoniques jeux et drogues, Service INFO-Aidant, etc.);
- Repérer les besoins psychosociaux émergents dus au contexte pandémique et analyser le niveau de mise en priorité de la demande de service, s'il y a lieu;
- Référer les usagers et les personnes proches aidantes en détresse aux services répondant à son besoin.

4. CLIENTÈLES VISÉES

L'ensemble des usagers, des personnes qui sont en attente de services ou des personnes proches aidantes vulnérables en date du 2 novembre 2020 pour des services SAPA, DI, DP, TSA, SM ou Jeunes en difficulté ou en soutien à domicile. Cette mesure non récurrente doit être terminée au plus tard le 23 décembre 2020.

5. SOUTIEN AUX APPELS

Les appels téléphoniques des usagers, des personnes en attente de service et des personnes proches aidantes vulnérables doivent être effectués par le personnel des CISSS et des CIUSSS

Le document « Infographie : Aide téléphone » doit être fournies aux intervenants effectuant les appels (en annexe à la présente) ainsi que l'information concernant l'outil « Aller mieux à ma façon ».

Les intervenants pourront aussi se référer à la « Trousse portant sur l'identification des personnes à risque de vulnérabilité psychosociale ». La seconde section de cette trousse propose deux outils visant à soutenir les intervenantes et les intervenants dans l'identification des personnes présentant une vulnérabilité accrue sur le plan psychosocial et devant faire l'objet d'une attention particulière en contexte de pandémie :

- Pour les usagers connus des services, notamment des services de nature psychosociale, la Trousse comprend un Guide de mise en priorité de la clientèle vulnérable en temps de pandémie à l'usage des gestionnaires et des intervenants travaillant auprès des clientèles. Ce guide propose une séquence d'actions et de moyens visant à inventorier et à prioriser les usagers transitant déjà dans un ou plusieurs programmes-services au sein d'un établissement.

- Pour soutenir l'action des partenaires clés au sein des réseaux territoriaux et locaux de services (organismes communautaires, GMF, cliniques médicales, etc.), la Trousse comprend un Guide de référence destiné aux partenaires des établissements de santé et de services sociaux à l'égard de la clientèle ayant besoin de services psychosociaux. Ce guide permettra de les soutenir dans l'identification des usagers devant faire l'objet, sur le plan psychosocial, d'une attention particulière. Par ailleurs, le guide offre un outil convivial pour orienter les partenaires en prévision de la référence d'un usager aux services psychosociaux offerts en établissement, lorsque requis.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

La sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 4 décembre 2020

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

À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

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

AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

AU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL

Mesdames,
Messieurs,

Dans le contexte de la planification des éléments logistiques de la campagne vaccinale COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite mettre en place un canal de communication pour faciliter les échanges et la transmission des renseignements pertinents en temps opportun.

À cet effet, nous mettons en place une Table logistique pour la vaccination COVID-19 et nous vous demandons d'y désigner une personne répondante pour votre organisation. Cette personne aura pour rôle d'assurer la liaison entre les renseignements logistiques transmis par le MSSS et les enjeux de vos établissements. Cette Table se réunira minimalement une fois par semaine afin que tous les arrimages logistiques requis puissent être réalisés de manière efficace.

… 2

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

Nous vous invitons donc à nous confirmer le nom et les coordonnées de la personne que vous désignerez d'ici ce lundi 7 décembre 2020 à l'adresse courriel : logistique-vaccin-covid@msss.gouv.qc.ca.

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

La sous-ministre,

pour

Dominique Savoie

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

N/Réf. : 20-MS-10006-40

Émission :	03-12-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-031

Catégorie(s) :
- ✓ Santé mentale
- ✓ Appels
- ✓ Attente
- ✓ Référence

Directives concernant les appels téléphoniques aux usagers, aux personnes en attente de services et aux personnes proches aidantes vulnérables

Première diffusion

Expéditeur :	Destinataires :
Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)	Tous les établissements de santé et de services sociaux • Directions SAPA; • Directions DI, DP, TSA; • Directions des programmes santé mentale, dépendance et itinérance; • Directions programmes jeunesse; • Directions services sociaux généraux.

Directive	
Objet :	Les préoccupations du gouvernement du Québec sont grandes devant l'accroissement exceptionnel des besoins de la population québécoise. Une première série d'appels a été réalisée au printemps 2020. Dans le cadre de la mise à jour économique de novembre 2020, une série de mesures ont été annoncées notamment la reprise des appels auprès des usagers, des personnes en attente de service et des personnes proches aidantes vulnérables. L'objectif du contact téléphonique est un appel de courtoisie et, le cas échéant, une référence à un service spécifique répondant à son besoin.
Mesures à implanter :	✓ Appeler tous les usagers, les personnes en attente de services et les personnes proches aidantes vulnérables; ✓ Valider l'état de la personne; ✓ Transmettre toute information opportune sur les outils de soutien disponibles (Allez mieux à ma façon, Info-Sociale 811, 1 866 APPELLE, services téléphoniques jeux et drogues, etc.); ✓ Repérer les besoins psychosociaux émergents dus au contexte pandémique et analyser le niveau de mise en priorité de la demande de service, s'il y a lieu; ✓ Référer les usagers en détresse aux services répondant à son besoin.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : Cette mesure non récurrente doit être terminée au plus tard le 23 décembre 2020.	
Direction ou service ressource :	**Direction générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance** 418 266-6836 Faqinfocovid19@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Infographie Soutien téléphonique

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 :

Émission :	03-12-2020	Mise à jour :	

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 :	03-12-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-031

Directive

1. INTRODUCTION

Ce document s'adresse aux gestionnaires et aux intervenants qui effectueront les appels téléphoniques auprès des usagers ainsi que ceux qui sont en attente de services.

2. CONTEXTE

L'actuelle situation de pandémie de la COVID-19 qui perdure dans le temps constitue une réalité particulière et inhabituelle pour laquelle personne n'était préparé à vivre sur une longue période. Malgré la grande résilience et la capacité d'adaptation observées au sein de la population depuis la déclaration de l'état d'urgence sanitaire, cette situation peut avoir des conséquences significatives sur la santé physique et sur le bien-être mental ainsi que le bien-être émotionnel d'une proportion significative de la population québécoise. L'Institut national de santé publique du Québec, met en lumière que les personnes ayant des troubles mentaux, les personnes âgées ainsi que les enfants et adolescents sont particulièrement susceptibles de développer de plus grandes difficultés psychologiques par exemple; les peurs, l'anxiété, le sentiment d'isolement et un risque plus grand de suicide ou de violence. Il en est de même pour les personnes proches aidantes qui peuvent se sentir isolées, inquiètes, en détresse ou encore épuisées.

En 2020, la réalité québécoise fait que l'anxiété, la dépression ou encore l'apparition de pensées suicidaires affectent un grand nombre de Québécoises et de Québécois. Dans le contexte pandémique actuel, un adulte sur cinq aurait eu des symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée ou une dépression majeure et un adulte sur sept aurait eu des pensées de mort ou des idées suicidaires.

À la suite du décret déclarant l'état d'urgence sanitaire du 13 mars 2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en collaboration avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (CISSS et CIUSSS) et ses partenaires des secteurs publics, communautaires, associatifs et privés, ont rapidement déterminé les actions prioritaires à déployer pour s'assurer de répondre aux besoins psychosociaux observés et anticipés dans la population. Le gouvernement du Québec, et plus particulièrement le MSSS, a la responsabilité de veiller à ce que la population ait accès rapidement à l'information pertinente et aux services appropriés dans les circonstances exceptionnelles que nous vivons.

3. OBJECTIFS DE LA MESURE

Les préoccupations du gouvernement du Québec sont grandes devant le défi de répondre, à l'accroissement exceptionnel des besoins de la population québécoise. Dans le cadre de la mise à jour économique de novembre 2020, une série de mesures, dont les contacts téléphoniques aux personnes en attentes de services, ont été annoncées.

Une première série d'appels téléphoniques a été réalisée par les intervenants du RSSS au printemps 2020. Les contacts téléphoniques de la fin de l'automne devront s'effectuer dans le même esprit.

L'objectif du contact téléphonique est un appel de courtoisie et, le cas échéant, une référence à un service spécifique répondant à son besoin. Elle vise à :

- Appeler tous les usagers, les personnes en attente de services et les personnes proches aidantes vulnérables;
- Valider l'état de la personne et de la personne proche aidante, le cas échéant;

- Transmettre à la personne toute information opportune sur les outils de soutien disponibles (Allez mieux à ma façon, Info-Sociale 811, 1 866 APPELLE, services téléphoniques jeux et drogues, Service INFO-Aidant, etc.);
- Repérer les besoins psychosociaux émergents dus au contexte pandémique et analyser le niveau de mise en priorité de la demande de service, s'il y a lieu;
- Référer les usagers et les personnes proches aidantes en détresse aux services répondant à son besoin.

4. CLIENTÈLES VISÉES

L'ensemble des usagers, des personnes qui sont en attente de services ou des personnes proches aidantes vulnérables en date du 2 novembre 2020 pour des services SAPA, DI, DP, TSA, SM ou Jeunes en difficulté ou en soutien à domicile. Cette mesure non récurrente doit être terminée au plus tard le 23 décembre 2020.

5. SOUTIEN AUX APPELS

Les appels téléphoniques des usagers, des personnes en attente de service et des personnes proches aidantes vulnérables doivent être effectués par le personnel des CISSS et des CIUSSS.

Le document « Infographie : Aide téléphone » doit être fournies aux intervenants effectuant les appels (en annexe à la présente) ainsi que l'information concernant l'outil « Aller mieux à ma façon ».

Les intervenants pourront aussi se référer à la « Trousse portant sur l'identification des personnes à risque de vulnérabilité psychosociale ». La seconde section de cette trousse propose deux outils visant à soutenir les intervenantes et les intervenants dans l'identification des personnes présentant une vulnérabilité accrue sur le plan psychosocial et devant faire l'objet d'une attention particulière en contexte de pandémie :

- Pour les usagers connus des services, notamment des services de nature psychosociale, la Trousse comprend un Guide de mise en priorité de la clientèle vulnérable en temps de pandémie à l'usage des gestionnaires et des intervenants travaillant auprès des clientèles. Ce guide propose une séquence d'actions et de moyens visant à inventorier et à prioriser les usagers transitant déjà dans un ou plusieurs programmes-services au sein d'un établissement.

- Pour soutenir l'action des partenaires clés au sein des réseaux territoriaux et locaux de services (organismes communautaires, GMF, cliniques médicales, etc.), la Trousse comprend un Guide de référence destiné aux partenaires des établissements de santé et de services sociaux à l'égard de la clientèle ayant besoin de services psychosociaux. Ce guide permettra de les soutenir dans l'identification des usagers devant faire l'objet, sur le plan psychosocial, d'une attention particulière. Par ailleurs, le guide offre un outil convivial pour orienter les partenaires en prévision de la référence d'un usager aux services psychosociaux offerts en établissement, lorsque requis.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

La sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 4 décembre 2020

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

À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

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

AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

AU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL

Mesdames,
Messieurs,

Dans le contexte de la planification des éléments logistiques de la campagne vaccinale COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite mettre en place un canal de communication pour faciliter les échanges et la transmission des renseignements pertinents en temps opportun.

À cet effet, nous mettons en place une Table logistique pour la vaccination COVID-19 et nous vous demandons d'y désigner une personne répondante pour votre organisation. Cette personne aura pour rôle d'assurer la liaison entre les renseignements logistiques transmis par le MSSS et les enjeux de vos établissements. Cette Table se réunira minimalement une fois par semaine afin que tous les arrimages logistiques requis puissent être réalisés de manière efficace.

… 2

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

Nous vous invitons donc à nous confirmer le nom et les coordonnées de la personne que vous désignerez d'ici ce lundi 7 décembre 2020 à l'adresse courriel : logistique-vaccin-covid@msss.gouv.qc.ca.

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

La sous-ministre,

pour

Dominique Savoie

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

N/Réf. : 20-MS-10006-40

Émission :	15-09-2020	Mise à jour :	07-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-008

Catégorie(s) :
- ✓ Résidences privées pour aînés (RPA)
- ✓ Mesures de prévention et de contrôle des infections
- ✓ Milieux de vie

Directives pour les résidences privées pour aînés (RPA) dans le contexte de la pandémie de Covid-19

Remplace la directive émise le 15 septembre 2020 (non codifiée)

Expéditeur :	**Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)**
Destinataires :	CISSS et CIUSSS - Directeurs SAPA; - Directeurs qualité, évaluation, performance et éthique. Exploitants des RPA Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA) Regroupement québécois des OBNL d'habitation (RQOH)

Directive	
Objet :	En raison de l'augmentation des cas déclarés à la COVID-19 et de l'annonce par le gouvernement de la mise en place de mesures permettant la prévention ou la gestion de la pandémie à la COVID-19 en fonction d'un système de palier d'alerte distinct pour chaque région sociosanitaire du Québec, nous vous transmettons de nouvelles consignes pour les résidences privées pour aînés (RPA). Cette mise à jour présente les mesures générales qui s'appliquent en tout temps, peu importe le palier d'alerte en vigueur dans une région.
Mesures à implanter :	Les mesures à implanter concernent : - les visites et sorties; - les mesures générales de prévention et de contrôle des infections; - les soins palliatifs et de fin de vie en RPA; - les déménagements; - les activités et services offerts par la résidence; - la réanimation cardiorespiratoire en contexte de COVID-19;

Émission :	15-09-2020	Mise à jour :	07-12-2020

	- les consignes en présence d'un cas suspecté ou confirmé de la COVID-19 en RPA; - les services et heures supplémentaires dans la RPA dans le contexte de la COVID-19; - les services offerts en vertu d'une entente de services entre la RPA et le CISSS ou le CIUSSS**;** - les besoins de main-d'œuvre supplémentaire.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : Pour des informations sur les mesures à adapter en fonction des paliers d'alerte, vous référez au document « *COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte* » disponible sur le site Web du MSSS.	
Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants - Direction du soutien à domicile certification.rpa@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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Natalie Rosebush

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

Émission :	15-09-2020	Mise à jour :	07-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-008

Directive

OBLIGATIONS DES ÉTABLISSEMENTS (CISSS et CIUSSS) ENVERS LES RPA DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE LA COVID-19

- Mettre en place, avec chacune des résidences de leur territoire, un mécanisme de communication afin de les soutenir dans leurs démarches et répondre à leurs questions (réf. : 20-MS-02321).
- Identifier une infirmière de référence pour chaque RPA.
- Bonifier les formations ainsi que le soutien offert par le personnel de prévention et contrôle des infections (PCI) à la RPA.
- Soutenir la RPA dans l'application du Plan d'action pour renforcer et assurer l'application des mesures de PCI dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation.
- Soutenir la RPA pour l'application des mesures lorsqu'il y a des cas suspectés ou confirmés.
- Fournir l'équipement de protection individuelle (EPI) pour les RPA en fonction de leurs besoins et de la présence, ou non, de cas suspectés ou confirmés de COVID-19.
- Tester les résidents et le personnel lorsque cela est requis et en fonction des directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou les directions régionales de santé publique. Les personnes proches aidantes peuvent s'adresser aux établissements pour demander un test. Puisque la priorisation des tests est évolutive, veuillez référer aux directives ministérielles en vigueur portant sur le dépistage, disponibles sur le site Web du MSSS.

CONSIGNES POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE RPA

1. Visites et sorties

1.1 Visites

- Un accompagnement des visiteurs, des personnes proches aidantes, du personnel ou autres personnes ayant accès à la résidence est nécessaire pour valider l'absence de critères d'exclusion et pour superviser l'application des mesures de PCI requises. Les critères d'exclusion sont les suivants :
  - personnes présentant des symptômes;
  - personnes infectées par la COVID-19;
  - personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles;
  - personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19;
  - personnes ayant eu un contact significatif avec un cas confirmé;
  - personnes de retour d'un voyage à l'extérieur du Canada dans moins de 14 jours;
  - personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par une autorité de santé publique.
- Aucun visiteur symptomatique n'est admis en RPA.

- Tous les visiteurs, dont les enfants (sauf pour les bambins de 2 ans et moins), doivent obligatoirement porter un masque médical ou un couvre-visage, appartenant à ce visiteur, lors des déplacements à l'intérieur de la résidence.
- Des masques médicaux doivent être disponibles en quantité suffisante et accessibles pour que les visites soient permises si les visiteurs n'ont pas leur propre couvre-visage.
- Les résidents doivent obligatoirement porter un masque médical ou un couvre-visage pour se déplacer dans la RPA, hors de leur unité locative. Cette obligation ne s'applique pas aux résidents qui vivent dans une RPA où l'exploitant vit sur place (habituellement une RPA de neuf unités locatives et moins), car ce milieu de vie est considéré comme une cellule familiale.
- Deux personnes qui vivent dans la même RPA et qui sont dans la même bulle peuvent se visiter. La distanciation physique n'est pas obligatoire. Toutefois, une personne qui vit en RPA et qui rend visite à une personne à l'extérieur de sa bulle ou de la RPA doit respecter toutes les mesures sanitaires incluant la distanciation physique.

1.2 Sorties des résidents pour un séjour prolongé

- Les résidents peuvent aller chez un proche pour un séjour prolongé, dans les territoires où le palier d'alerte est de niveau 1 (vert) ou 2 (jaune), sauf si la RPA est en éclosion ou si le résident est en isolement préventif. Les mesures sanitaires doivent être respectées en tout temps dans le milieu qui reçoit le résident pendant le séjour. Voir les consignes à l'adresse suivante : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/reponses-questions-coronavirus-covid19/questions-reponses-services-sante-covid-19/#c53924.
- Au retour de la personne dans son unité locative, en plus des mesures mises en place dans la RPA (hygiène des mains, distanciation physique de 2 mètres, port du masque médical ou couvre-visage), il est recommandé de favoriser :
  - le nettoyage des bagages et le lavage des vêtements qui ont servi lors de la sortie ou une quarantaine de 24 h pourrait être une alternative;
  - le nettoyage des appareils électroniques (cellulaire, tablette, etc.) avec des lingettes désinfectantes;
  - la surveillance active de l'apparition de symptômes reliés à la COVID-19 (fièvre et autres symptômes d'infection respiratoire au moins une fois par jour, voir l'annexe).
- Pour favoriser le respect des conditions mises en place, proposer aux résidents de visionner les vidéos suivants qui s'adressent à la population. Ils peuvent être consultés en cliquant sur les hyperliens suivants :
  - Comment bien utiliser son masque ou son couvre-visage (MSSS; https://www.youtube.com/watch?v=MeBdWnzzUtI);
  - Éloignement physique (ASPC; https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/video/covid-19-eloignement-physique.html).

1.3 Registre

- Tenir obligatoirement un registre pour les résidents et le personnel régulier afin de faciliter la recherche de contacts en cas d'éclosion, le cas échéant. De plus, pour les visiteurs, les personnes proches aidantes, le personnel non régulier de la résidence offrant des soins ou des services (dentiste, hygiéniste dentaire, audioprothésiste, etc.), le personnel embauché par la famille et les bénévoles, ce registre doit 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.
- Les résidences ayant plusieurs portes d'accès doivent demander aux visiteurs de circuler par la porte principale. Un registre doit être disposé à chaque porte d'accès utilisée par les résidents.

2. Mesures de prévention et de contrôle des infections générales

- Prendre les moyens nécessaires afin de s'assurer que les mesures de PCI sont respectées en tout temps par toutes les personnes présentes dans la RPA. Par exemple, utiliser les outils disponibles pour réaliser des formations sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) :
  - https://www.inspq.qc.ca/covid-19/formations.
- Des ressources humaines doivent être disponibles dans la RPA pour l'accueil et l'accompagnement des visiteurs, des bénévoles et des employés embauchés par les familles, notamment pour superviser l'application des mesures de PCI requises.
- Des ressources humaines doivent aussi être disponibles dans la RPA pour accueillir, accompagner et rendre disponibles, au besoin, les informations sur les précautions additionnelles et le port des EPI requis (hygiène des mains, hygiène et étiquette respiratoire, mesures de distanciation physique, utilisation des EPI, etc.).
- Faire respecter, par l'ensemble des personnes présentes dans la RPA, les pratiques de base en PCI suivantes :
  - respecter les mesures de distanciation physique, notamment le respect d'une distance de deux mètres en tout temps, entre les résidents, entre le personnel et les résidents et toutes autres personnes présentes dans la RPA;
  - se laver les mains souvent à l'eau tiède courante et au savon pendant au moins vingt secondes ou utiliser une solution hydroalcoolique à 60 % ou plus;
  - si utilisation d'un mouchoir en papier, le jeter dès que possible et se laver les mains par la suite;
  - éviter le contact direct pour les salutations, comme les poignées de main ou les accolades.
- Dispenser, dans les meilleurs délais, la formation sur l'hygiène des mains à tout le personnel à l'aide de la capsule d'information disponible en ligne à l'adresse suivante :
  - https://fcp.rtss.qc.ca/local/html-courses/hygiene/story.html.
- Se référer au Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés, qui explique les pratiques de base à appliquer en tout temps.
  - https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000056/.
- Prévoir des stations d'hygiène des mains à l'entrée de la résidence et dans les entrées des aires communes exemple la cafétéria.
- Prévoir le matériel requis pour respecter l'hygiène et l'étiquette respiratoire, en incluant :
  - des affiches sur la technique de l'hygiène des mains;
  - des affiches sur l'étiquette respiratoire;
  - des dispensateurs de solution hydroalcoolique;
  - des mouchoirs en papier;
  - un récipient pour le matériel utilisé.
- Afficher les consignes concernant le port du masque médical et du couvre-visage.
- Afficher les indications pour les visiteurs, les personnes proches aidantes et les bénévoles, en fonction du palier d'alerte du territoire concerné.
- Limiter le nombre de personnes pouvant utiliser l'ascenseur en même temps, en fonction de la taille de celui-ci et de manière à maintenir un minimum de deux mètres entre les occupants. Afficher ce nombre à l'entrée de l'ascenseur.
- 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 et les salles de bain communes doivent être nettoyées et désinfectées plusieurs fois par jour, au minimum aux deux à quatre heures.
- Appliquer les mesures suivantes dans les cas où la salle de bain est partagée entre plusieurs résidents :

- s'il y a une personne sous investigation, elle doit se déplacer entre sa chambre et la salle de bain en portant un masque médical;
- l'hygiène des mains doit être pratiquée avant de sortir de la chambre et tout de suite après avoir utilisé la toilette;
- nettoyer et désinfecter la poignée de la porte, la chasse d'eau et le robinet après l'utilisation de la toilette.

- Pour la salubrité des aliments, se référer au document suivant du MAPAQ :
  - https://www.mapaq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/Avis_publicite/COVID19-Questions-reponsesMAPAQ.pdf.
- Pour les méthodes de désinfection, consulter les recommandations émises par l'INSPQ :
  - https://www.inspq.qc.ca/publications/3054-nettoyage-desinfection-surfaces-covid19;
  - un lien vers les produits recommandés par Santé Canada est disponible à cet endroit.

2.1 Mesures de PCI pour les employés

- En complément, les mesures de PCI suivantes doivent également être respectées :
- Le personnel doit se référer aux consignes de la CNESST. Ainsi, le personnel qui exécute une tâche nécessitant d'être à moins de deux mètres d'une personne et en l'absence de barrières physiques doit porter un masque médical et une protection oculaire (lunettes de protection ou visière recouvrant le visage jusqu'au menton).
- Les EPI doivent être disponibles et correctement utilisés.
- La protection oculaire utilisée doit être conservée et désinfectée pour un usage multiple selon les consignes.
- Le port du masque médical et de la protection oculaire, si requise, ne sont pas obligatoires pour les responsables de RPA et leur famille qui partagent leur milieu de vie avec les résidents (RPA de petite taille). Toutefois, les remplaçants, gardiens ou toute autre personne ayant accès à ces résidences doivent porter la protection requise. S'assurer que ces intervenants connaissent et portent de façon adéquate l'EPI requis.
  - À cet effet, les intervenants doivent suivre la capsule de formation disponible en ligne à l'adresse suivante : https://vimeo.com/399025696.
  - La bonne compréhension des techniques de port et de retrait de l'EPI par chacun des intervenants œuvrant auprès des cas probables ou confirmés de COVID-19 doit être validée par un professionnel du CISSS ou du CIUSSS, selon ce qui est convenu.
- Réaliser la vigie de l'état de santé des employés avant chaque quart de travail dans la RPA 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
- Rendre disponibles et obligatoires les formations mises à la disposition des employés de la RPA sur le site de l'ENA à l'adresse suivante :
  - https://fcp-partenaires.ca/.
- Appliquer les actions indiquées au Plan d'action pour renforcer et assurer l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation disponible à l'adresse suivante :
  - https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002659/?&txt=mesures%20de%20pr%C3%A9vention&msss_valpub&date=DESC.
- Les employés qui présentent des symptômes liés à la COVID-19 doivent être retirés du travail. Le retour au travail doit être fait selon les recommandations émises par l'INSPQ.
  - Suivre les recommandations produites par l'INSPQ sur l'isolement et la levée de l'isolement des travailleurs de la santé en lien avec la COVID-19 : https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19.

- L'évaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé peut être consultée : https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-evaluation-risque-travailleurs-covid19.

- Des employés doivent être identifiés comme responsables PCI ou champions PCI dans chaque RPA et doivent suivre une formation à cet égard (https://fcp-partenaires.ca/ena-login/indexhr.html). Ces derniers doivent s'assurer du maintien des bonnes pratiques PCI en tout temps (observation du respect des mesures en PCI et intervention au besoin). Pour plus d'information sur le rôle et les responsabilités des responsables ou champions PCI, voir le « Plan d'action pour renforcer et assurer l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation » (https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002659/).

2.2 Précisions additionnelles

- Sous aucun prétexte, la RPA ne peut refuser à un résident de réintégrer son unité locative. Si l'exploitant refuse cet accès, il sera passible de sanctions en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés.
- En ce qui concerne les modalités et les principes à considérer lors d'une admission en RPA, se référer aux trajectoires applicables selon la situation de l'usager disponibles sur le site Web du MSSS.

3. Soins palliatifs et de fin de vie en RPA

- Se référer aux directives en vigueur disponibles sur le site Web du MSSS.
  - https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/soins-palliatifs-et-de-fin-de-vie/

4. Déménagement

- Les déménagements sont permis, qu'ils soient entre régions ou non. Si les régions sont de paliers d'alerte différents, suivre la trajectoire du palier de la région de départ.
- Un nouveau résident qui emménage dans une RPA où des cas de COVID-19 ont été déclarés doit être informé de la situation. Le résident qui souhaite emménager dans la RPA malgré le contexte, ne pourra le faire que si l'éclosion est localisée et que l'équipe PCI a donné son accord. De plus, si la résidence est en palier 3 et 4, le nouveau résident devra rester en isolement préventif de 14 jours à son unité locative. Toutefois, la prise de repas en salle à manger, les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie ou rendez-vous médical) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres résidents ou en respecter la distanciation de 2 mètres.
- Il est nécessaire d'appliquer les recommandations de l'INSPQ et de suivre les consignes du MSSS :
  - https://www.inspq.qc.ca/publications/2923-recommandations-demenageurs-covid-19
  - https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/reponses-questions-coronavirus-covid19/transport-deplacements-covid-19/#c56241.
- Les déménageurs ne doivent en aucun cas présenter des symptômes de COVID-19 et il est recommandé de :
  - limiter le nombre de déménageurs à deux;
  - prévoir un ou deux membres de la famille sur place pour accueillir et guider les déménageurs. Tant les déménageurs, les membres de la famille que le résident doivent se déplacer uniquement de l'entrée à l'unité locative du résident;
  - respecter les mesures de distanciation physique, autant dans la résidence que dans l'unité locative.
- Lorsque les déménageurs ont quitté, limiter à deux membres de la famille dans le logement pour installer

l'essentiel afin que le résident puisse y vivre et que l'espace soit sécuritaire. Des travaux peuvent être effectués.

- Un résident qui ne peut faire appel à des déménageurs peut recevoir de l'aide de ses proches en s'assurant de respecter les critères suivants :
  - pas plus de deux membres de la famille;
  - aucun membre de la famille ne doit présenter des symptômes associés à la COVID-19, revenir de voyage depuis moins de quatorze jours, avoir été en contact avec des personnes infectées ou avoir reçu une consigne d'isolement à domicile;
  - respecter la distance de deux mètres entre l'ensemble des personnes ainsi que les mesures de prévention et de contrôle des infections.

5. Activités et services offerts par la résidence

- Il est nécessaire d'adapter les activités proposées afin de respecter les consignes sanitaires en vigueur, notamment, la distanciation physique de deux mètres. Toutefois, les activités de loisirs impliquant un partage de matériel (ex. : cartes à jouer, billard, jeux de poches, livre à la bibliothèque) ne sont pas recommandées, sauf en concept de bulle (voir la section 5.2).
- Il est conseillé de faire des activités où les personnes sont assises, relativement immobiles, parlent peu ou pas, sous supervision du personnel. Les activités de chorale et de chansonnier ne sont pas recommandées puisqu'elles sont à haut risque dû à la propagation de gouttelettes.
- Les salles communes restent accessibles pour les résidents. Les règles sanitaires et de distanciation physique doivent être appliquées. Les visiteurs et les personnes proches aidantes ne peuvent y avoir accès sauf si un programme de déconditionnement structuré en implique l'utilisation.
- Les salles à manger ne sont pas visées par les directives concernant les rassemblements, dans la mesure où la distanciation physique de deux mètres est respectée et qu'elles sont utilisées à des fins de repas uniquement.
- Les exercices d'évacuation sont suspendus jusqu'à nouvel ordre. Toutefois, des mesures sont à mettre en place. Pour ce faire, vous référez au document « Recommandations sur des mesures supplémentaires à mettre en place en cas d'évacuation d'une RPA pour éviter la propagation du COVID-19 lors de l'évacuation en cas d'incendie et au point de rassemblement », que vous pouvez trouver à l'adresse suivante :
  - https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/sujet_interets/covid19/si_residence_aines_covid19_MSP.pdf.
- Les services qui doivent être ajoutés temporairement dans le contexte de la pandémie ne peuvent être facturés au résident (ex. : livraison de plateaux). Des mesures de financement exceptionnelles étant déjà prévues à cet effet, l'exploitant doit inscrire tous les frais supplémentaires engendrés par l'ajout de ces services à la reddition de comptes qu'il doit fournir au CISSS ou au CIUSSS concerné.

5.1 Prévention du déconditionnement

- Il est recommandé de poursuivre les actions afin de prévenir le déconditionnement. Pour ce faire, se référer aux directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée isolée dans son milieu de vie en contexte de pandémie, notamment en RPA, RI-RTF et centre d'hébergement et de soins de longue durée, disponibles sur le site Web du MSSS.

5.2 Concept de bulle

- L'objectif de l'application du concept de bulle est de maintenir la qualité de vie des résidents 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 en RPA. S'il ne peut s'appliquer, la

distanciation physique de deux mètres entre les résidents doit impérativement être respectée.

- 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 pour les RPA qui ne sont pas en éclosion, sauf sur autorisation de l'équipe de PCI;
  - une bulle est constituée exclusivement de résidents. Les personnes qui interagissent avec la bulle n'en font pas partie, notamment, les membres du personnel, les visiteurs, les personnes proches aidantes, bénévoles;
  - une bulle peut regrouper un nombre variable de résidents, idéalement dix résidents, et ce, jusqu'à un maximum de douze résidents. 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 résidents;
  - la composition des bulles devrait être déterminée au terme d'un processus interdisciplinaire où les aspects fonctionnels, environnementaux et sociaux (ex. : intérêts des résidents) ont été considérés de manière à répondre le plus adéquatement aux besoins des résidents;
  - les résidents qui font partie d'une même bulle doivent toujours être les mêmes;
  - les résidents constituant une même bulle doivent être identifiés clairement (ex. : des pastilles de couleur sur les chaises ou à l'entrée de l'unité locative, plan de table). Cette information doit être facilement disponible et bien connue des membres du personnel afin que les résidents d'une même bulle demeurent toujours au sein de la même bulle et puissent se côtoyer librement et participer ensemble aux différentes activités;
  - lors d'une activité de loisirs, il est recommandé de procéder à une désinfection préalable, et après chaque usage, des différents objets que se partagent les résidents d'une même bulle (ex. : casse-têtes, crayons).
  - le masque médical ou le couvre-visage n'est pas nécessaire dans le concept de bulle.
- Lors des activités de groupe, la distanciation physique de deux mètres entre les différentes bulles doit être respectée en tout temps :
  - une attention particulière doit être apportée à l'hygiène des mains des résidents qui constituent une bulle, et ce, plusieurs fois par jour;
  - l'introduction d'un résident nouvellement admis est possible pour compléter une bulle ou pour remplacer un résident l'ayant quitté, pourvu qu'il ait complété la période d'isolement préventif recommandé lors d'une admission, s'il y a lieu;
  - si des résidents de différentes bulles doivent se côtoyer, la distanciation physique et les mesures de recommandées de PCI doivent être respectées. Il est de la responsabilité de l'équipe d'intervenants de la RPA (membres du personnel, intervenants, gestionnaires, personnes proches aidantes, bénévoles, visiteurs, etc.) de soutenir les résidents pour s'assurer que cette mesure soit bien appliquée, particulièrement pour les résidents qui ont de la difficulté à reconnaître leur appartenance à une bulle en raison de leur perte cognitive;
  - le nombre de participants maximal permis par activité doit être respecté, peu importe le nombre de bulles. Pour ce faire, se référer au tableau de gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte;
  - toutes les personnes en contact avec les résidents, que ce soit les membres du personnel, les personnes proches aidantes, les visiteurs, les bénévoles, doivent respecter rigoureusement les mesures recommandées de PCI, porter les EPI requis et respecter les règles de distanciation physique pour éviter l'introduction de l'infection dans une bulle et sa transmission entre les différentes bulles;
  - les différents intervenants qui entrent en contact avec une bulle doivent idéalement être les mêmes et limités afin de réduire au maximum le risque d'introduction de l'infection dans la bulle

à partir d'une source externe;
- les différents intervenants qui sont amenés à passer d'une bulle à l'autre (ex. : infirmière, infirmière auxiliaire, intervenant en loisirs, thérapeute en réadaptation physique, bénévoles) doivent appliquer les mesures de PCI recommandées 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 résidents 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 résidents de différentes bulles;
- le concept de bulle doit être expliqué aux résidents lorsqu'il est mis en place dans la RPA. Le consentement du résident est requis afin d'assurer sa compréhension et l'acceptation de ce concept, notamment par l'indication d'une note au dossier du résident;
- si un résident 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.

6. Réanimation cardiorespiratoire en contexte de COVID-19

- La présente section concerne la réanimation cardiorespiratoire (RCR) en contexte de COVID-19. Vous référer aux directives du Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19, disponibles sur le site Web du MSSS, pour connaître la procédure à suivre, qui est applicable à l'ensemble des milieux de soins et d'hébergement hors des hôpitaux, dont les RPA.
- Certaines particularités s'imposent toutefois au contexte particulier des RPA compte tenu, entre autres, de leur spécificité organisationnelle :
  - l'exploitant n'a pas l'obligation de tenir une discussion à propos de la volonté du résident à l'égard de certains soins. Il n'est pas tenu non plus de déterminer si le résident est apte à exprimer une telle volonté;
  - un résident qui souhaite discuter de sa volonté en cas d'arrêt cardiorespiratoire doit être orienté vers son médecin ou un autre professionnel de la santé impliqué dans le suivi de sa situation, qui pourra amorcer la discussion avec lui;
  - lorsqu'un niveau de soins ou une autre forme de volonté (ex. : directives médicales anticipées ou DMA) est connu et déposé au dossier du résident dans l'établissement, celui-ci doit être communiqué au responsable de la RPA, avec le consentement du résident ou son représentant. Pour ce faire, l'utilisation d'un formulaire reconnu, tel que le formulaire Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire[1], est suggérée;
  - la volonté connue d'une personne de ne pas être réanimée doit être respectée, le cas échéant. La RPA doit s'assurer que celle-ci soit rapidement accessible à toute personne appelée à intervenir en situation d'urgence dans la RPA;
  - lorsque la volonté d'un résident est inconnue ou dans le doute, les manœuvres de RCR doivent être tentées tout en assurant la sécurité de l'intervenant dans le contexte de la COVID-19. À cet effet, les directives du *Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19* doivent être respectées.
- Une bonne trajectoire de communication entre les RPA et l'établissement est indispensable dans la mise en œuvre de la RCR dans le contexte de COVID-19. Il est primordial pour les établissements de bien renseigner les RPA sur la présence de volontés concernant la RCR et leurs responsabilités respectives

[1] https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Formulaire_NiveauxdeSoins_RCR.pdf

associées. De plus, les établissements devront soutenir activement les RPA afin que le matériel requis soit présent dans ces milieux.

- Pour en connaître davantage sur les niveaux de soins et la RCR dans le contexte de COVID-19, une vidéo est disponible en ligne à l'adresse suivante :
  - https://www.youtube.com/watch?v=rQUMg7x52kU.

7. Consignes en présence d'un cas suspecté ou confirmé de la COVID-19 en RPA

- À tout moment, dès l'apparition de symptômes, un isolement préventif à son unité locative alors considérée comme zone tiède et un test de dépistage sont requis, à moins d'un avis contraire donné par un professionnel de la santé (médecin ou infirmière) à la suite d'une évaluation du résident.
- S'assurer que le résident demeure dans son unité locative ou sa chambre s'il partage un appartement.
- Aviser immédiatement le CISSS ou le CIUSSS et l'informer du niveau de soins du résident, si connu.
- Si le test de dépistage est négatif, maintenir une surveillance active des symptômes pour une période de quatorze jours. Si les symptômes persistent, un deuxième test de dépistage pourrait être effectué.
- Si le test de dépistage est positif, isolement à son unité locative pour la durée de son rétablissement, selon les critères prévus à cette fin[2], s'il est en mesure de suivre les conditions de son isolement. Dans le cas contraire, accueil en zone tampon en zone chaude.
- Si le test de dépistage est positif, il est possible que la personne puisse **demeurer dans la RPA** pour la durée de son isolement :
  - elle est en mesure de se conformer aux directives;
  - elle vit seule et peut s'isoler dans son unité locative (repas livré à son unité de même que ses médicaments sans frais supplémentaires) **ou** elle vit dans une chambre individuelle et a accès à une salle de bain dédiée (repas à la chambre) **ou** elle vit avec d'autres personnes dans son unité locative mais a une chambre individuelle (repas à la chambre) et a accès à une salle de bain exclusive;
  - elle est **autonome** pour s'occuper d'elle-même;
    OU
  - la **RPA dispose du personnel formé** en PCI qui sait appliquer de façon rigoureuse les mesures de protection requise, telles que les pratiques de base et le port adéquat de l'EPI pour dispenser les services d'assistance personnelle. De plus, l'organisation de la RPA permet la séparation des cas suspectés ou confirmés des autres résidents en zone chaude et zone froide (la mise en place de telles zones doit se faire en collaboration avec le CISSS ou le CIUSSS) et du personnel dédié doit être disponible pour intervenir de façon exclusive auprès de ces personnes. Il est à noter que la zone chaude peut être la chambre du résident.
- Les services d'aide domestique, excepté la distribution des médicaments, sont suspendus, sauf si avis contraire du CISSS ou du CIUSSS.
- Des suivis téléphoniques doivent être effectués régulièrement auprès de cette personne pour vérifier son état.
- Précisions pour les personnes ayant besoin d'assistance pour leurs activités de la vie **quotidienne :**
  - le CISSS ou le CIUSSS déterminera si la fréquence de certains services peut être réduite;
  - limiter le plus possible le nombre de membres du personnel qui dispenseront des soins à ces personnes;
  - dédier une équipe formée sur les mesures de PCI à appliquer, pour intervenir de façon exclusive auprès de ces personnes, si possible;

[2] Voir documents sur les trajectoires pour les critères de rétablissement.

  - appliquer de façon rigoureuse les pratiques de base en prévention et contrôle des infections, telles que l'hygiène des mains ou le port du masque médical et, lorsque requis, les précautions additionnelles contre la transmission par gouttelettes/contact avec protection oculaire (EPI complet).
- Précisions si la personne vit avec d'autres personnes :
  - elle doit porter un masque médical lorsqu'elle se déplace entre la salle de bain et sa chambre;
  - l'hygiène des mains doit être pratiquée avant de sortir de la chambre et immédiatement après avoir utilisé la toilette;
  - la poignée de la porte, la chasse d'eau et le robinet après l'utilisation de la toilette doivent être nettoyés et désinfectés.
- Appliquer les mesures en fonction de la situation de la personne et des indications de l'établissement.
- Le CISSS ou le CIUSSS recommandera un **transfert vers un autre milieu[3] situé dans un lieu préalablement déterminé**, pour toute la durée de la période d'isolement, en présence de l'une des deux conditions suivantes :
  - la personne n'est pas autonome pour s'occuper d'elle-même;
  - la personne n'est pas en mesure de se conformer de façon stricte aux consignes de confinement à la chambre (ex. : en présence de troubles neurocognitifs)[4].
- S'il y a transfert de la personne infectée vers un autre milieu :
  - privilégier le déplacement par transport adapté en premier lieu, si des équipements de protection sont disponibles pour le transporteur. Dans la négative, utiliser un transport ambulancier; suivre les consignes du document de l'INSPQ sur le transport https://www.inspq.qc.ca/publications/2938-recommandations-chauffeurs-taxi-covoiturage-covid-19;
  - aviser le transporteur du statut du résident avant qu'il ne vienne le chercher.
- Selon le niveau de soins souhaité, la personne sera dirigée vers un milieu dans la communauté ou en centre hospitalier :
  - le résident doit être transféré vers un milieu où l'on retrouve des zones tiède ou chaude (si c'est une zone tampon se référer aux directives ministérielles sur le sujet);
  - le résident doit être transféré vers un centre hospitalier (soins aigus ou soins intensifs) :
    - requiert une évaluation médicale préalable au transfert en centre hospitalier.

8. Services et heures supplémentaires dans la RPA dans le contexte de la COVID-19

- Il est demandé aux RPA de tenir un registre des coûts occasionnés par la crise de la COVID-19, notamment ceux en lien avec l'embauche de ressources supplémentaires, l'augmentation des heures de travail, l'achat de fournitures liées à la gestion de la crise et l'ajout de services comme la livraison des plateaux ou la surveillance.

9. Services offerts en vertu d'une entente de services avec le CISSS ou le CIUSSS de votre territoire

- Contacter le CISSS ou le CIUSSS concerné afin de connaître les services essentiels qui doivent être maintenus.

---

[3] Il peut s'agir d'une zone tampon ou d'un site non traditionnel.

[4] L'arrêté ministériel 2020-015 permet notamment au directeur de santé publique de forcer l'isolement de la personne.

10. Besoins de main-d'œuvre supplémentaire

- Si des enjeux de main-d'œuvre sont rencontrés, communiquer avec la Direction des ressources humaines du CISSS ou du CIUSSS de votre territoire pour obtenir du soutien suivant des démarches infructueuses prises par la RPA pour remplacer ou ajouter du personnel.

11. Références utiles

- Site Web du Gouvernement du Québec
  - https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/#c46383.
- Site Web du MSSS
  - https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/residences-privees-pour-aines/.
- Si questions ou inquiétudes, composez le 1 877 644-4545 (sans frais).

Émission :	15-09-2020	Mise à jour :	07-12-2020

ANNEXE 1 : Symptômes de la COVID-19

OBSERVATIONS ET CHANGEMENTS CHEZ LE RÉSIDENT À RAPPORTER À L'INFIRMIÈRE DÉDIÉE DE L'ÉTABLISSEMENT (CISSS ou CIUSSS)

Symptômes typiques de la COVID-19 (à comparer avec l'état habituel de la personne)

Signes et symptômes les plus fréquents	Fièvre (plus de 38 °C) Toux sèche récente ou exacerbation d'une toux chronique Difficulté respiratoire Perte soudaine de l'odorat sans obstruction nasale
Autres symptômes possibles	Essoufflement Production de crachats Fatigue Perte du goût Diarrhée Mal de gorge Céphalées Faiblesse et fatigue extrême

Symptômes atypiques possibles chez les personnes aînées

Changement soudain de l'état mental	Plus confus Plus somnolent « On ne le reconnaît plus » Ne sait plus comment utiliser ses affaires
Perte d'autonomie	Chute Incontinence nouvelle N'est plus capable de participer aux soins comme avant
Changement de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement existant)	Agité Pas comme d'habitude Agressivité/irritabilité Perte d'appétit Perturbation du sommeil

Concernant la reprise graduelle des services dans le secteur des soins personnels et de l'esthétique (ex. : coiffure, soins de pieds), vous devez vous référer aux consignes de l'INSPQ et de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail :

- https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2997-travailleurs-soins-beaute-covid19.pdf
- https://www.cnesst.gouv.qc.ca/salle-de-presse/covid-19/Documents/DC100-2160-guide-soinspersonnels.pdf

À tout moment, des mesures de confinement pourraient être réintroduites par les autorités de la santé publique.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

La sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 8 décembre 2020

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

À LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

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

Mesdames,
Messieurs,

En cette période extraordinaire de la pandémie de COVID-19, nous tenons d'abord à vous remercier des efforts d'envergure déployés par l'ensemble des professionnels de la santé et des intervenants psychosociaux mis à contribution au sein de vos établissements respectifs, afin d'offrir aux Québécoises et aux Québécois les services de santé et de services sociaux dont ils ont besoin, avec les impondérables de la situation sanitaire actuelle.

Le contexte nous préoccupe particulièrement pour les jeunes recevant des services spécifiques et spécialisés du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), dont le lien avec ce dernier peut avoir un impact significatif sur leur développement et leur sécurité. C'est pourquoi il est demandé de vous assurer qu'aucun jeune ne se retrouve en situation de bris de services, notamment, lors de leur passage à l'âge adulte.

… 2

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

Les processus et les critères habituels d'accès aux soins ou aux services devront ainsi être assouplis, le cas échéant, afin que ces derniers bénéficient de services en continu et d'un accompagnement fluide et coordonnés, qu'il soit d'ordre médical ou psychosocial.

Nous comptons sur votre habituelle collaboration pour offrir, dès maintenant, ce filet de protection additionnel aux jeunes suivis par le RSSS.

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

La sous-ministre,

pour

Dominique Savoie

c. c. PDGA des CISSS et des CIUSSS

N/Réf. : 20-MS-10006-23

Émission :	07-07-2020	Mise à jour :	10-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-005

Catégorie(s) :

- ✓ Trajectoires
- ✓ Milieux de vie
- ✓ Centre hospitalier
- ✓ Milieu de réadaptation
- ✓ NSA

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

Remplace la directive émise le 7 juillet 2020 (non codifiée)

Expéditeur :	**Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)**
Destinataires :	– Tous les CISSS et les CIUSSS • Toutes les directions des programmes-services • Répondant NSA • Direction des services professionnels • Département régional de médecine générale – Établissements non fusionnés – Établissements COVID-19 désignés

Directive	
Objet :	Transmission de la mise à jour des différents algorithmes décisionnels sur les trajectoires adaptées pour l'admission ou retour / intégration ou réintégration en provenance d'un centre hospitalier, d'un milieu de réadaptation ou de la communauté vers différents milieux de vie et d'hébergement. Les mesures présentées tiennent compte des paliers d'alerte promulgués par la santé régionale. Les trajectoires sont présentées selon le lieu de provenance de l'usager et non le lieu de destination comme auparavant[1].

[1] À noter que la nomenclature des milieux de vie présentée dans les trajectoires diffère de celle présentée dans les tableaux de gradation des mesures.

	La présente directive sur les trajectoires s'inscrit en complémentarité avec les directives suivantes : • DGAPA 002 portant sur le plan NSA; • DGAPA 015 portant sur les zones tampons où il est notamment indiqué qu'une zone tampon est différente d'une zone chaude, tiède et froide qui doivent être mise 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; • DGAPA 011 portant sur le plan de gestion des lits en CHSLD en contexte de pandémie à la COVID-19; • les différentes directives spécifiques à chaque milieu de vie et d'hébergement.
Mesures à implanter :	Trajectoires en provenance d'un centre hospitalier (CH) ou d'un milieu de réadaptation ayant pour destination : • un CHSLD ou une RI accueillant ou non des usagers vulnérables à la COVID-19; • une RPA ou RI de type appartement supervisé; • une RTF, RIMA, RAC, URCI[2], internat ou foyer de groupe (pour les usagers adultes); • une RI-RTF, RAC, URCI, internat ou foyer de groupe hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ/LSSSS). Trajectoires en provenance de la communauté (domicile, RPA, RI-RTF, RAC, URCI, internat ou foyer de groupe) ayant pour destination : • un CHSLD ou une RI dont les usagers sont vulnérables à la COVID-19; • une RI dont les usagers ne sont pas vulnérables à la COVID-19; • une RPA ou RI de type appartement supervisé; • une RTF, RIMA, RAC, URCI, internat ou foyer de groupe (pour les usagers adultes); • une RI-RTF, RAC, URCI, internat ou foyer de groupe hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ/LSSSS). Appliquer les différentes trajectoires selon la situation de l'usager en fonction des principes suivants : • Si l'usager a été confirmé et est rétabli de la COVID-19 depuis moins de 3 mois et qu'il est sans symptômes peu importe son lieu de provenance, aucun dépistage n'est nécessaire et l'accueil dans son milieu de vie se fait en zone froide. • Nouvelle admission/intégration d'un résident COVID-19 + ou avec symptômes ne peut pas se faire dans un milieu de vie froid, il doit alors être transféré dans un autre milieu. • Un usager COVID + ou avec symptôme peut retourner dans son milieu de vie même si le milieu de vie est froid à condition qu'il respecte les mesures liées à son isolement. • La zone tampon est une solution de dernier recours et est réservée aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique) ne permettent pas un isolement à la chambre ou lorsque l'ensemble du milieu de vie peut être infecté (milieu de vie de type familial). • La transition des usagers vers un CHSLD, une RI-RTF ou une RPA à partir d'un milieu de soins, d'un autre milieu de vie ou de la communauté doit s'effectuer 7 jours sur 7

[2] Unité de réadaptation comportementale intensive.

	de 9 h à 20 h, afin de favoriser un accueil adéquat du résident et de permettre aux personnes proches aidantes de l'accompagner. Le transport doit être planifié en conséquence. • les transitions entre différentes régions (ex : transfert entre un CH et un milieu de vie, déménagement entre deux milieux de vie) sont possibles à condition que : o les mesures PCI soient appliquées de façon rigoureuse; o une période d'isolement préventif en zone tiède de 14 jours est réalisée dans le milieu de vie d'accueil; o une évaluation du risque qui prend en considération le risque de propagation de la COVID-19, l'impact sur la condition de l'usager (en concertation avec la famille) et les aspects cliniques (fluidité entre les CH et les CHSLD pour éviter des NSA) doit être réalisée par les équipes cliniques et les équipes PCI du milieu de départ et le milieu d'accueil.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants
Documents annexés :	• A-1 : Trajectoire d'un usager en provenance d'un centre hospitalier (CH) ou d'un milieu de réadaptation ayant pour destination un CHSLD (nouvelle admission ou retour) ou une RI accueillant ou non des usagers vulnérables à la COVID-19 (intégration ou réintégration) en fonction du palier d'alerte • A-2 : Trajectoire d'un usager en provenance d'un centre hospitalier (CH) ou d'un milieu de réadaptation ayant pour destination une RPA ou une RI de type appartement supervisé en fonction du palier d'alerte • A-3 : Trajectoire d'un usager adulte en provenance d'un centre hospitalier (CH) ou d'un milieu de réadaptation ayant pour destination une RTF, une RIMA, une RAC, une URCI, un internat ou un foyer de groupe • A-4 : Trajectoire d'un jeune en provenance d'un centre hospitalier (CH) ou d'un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) ayant pour destination une RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ/LSSSS) ou un milieu de réadaptation en déficience physique jeunesse en fonction du palier d'alerte de sa provenance • B-1 : Trajectoire d'un usager en provenance d'un domicile, d'une RPA ou d'une RI-RTF vers un CHSLD ou une RI dont les usagers sont vulnérables à la COVID-19 en fonction du palier d'alerte de sa provenance • B-2 : Trajectoire d'un usager en provenance d'un domicile, d'une RPA ou d'une RI-RTF vers une RI dont les usagers ne sont pas vulnérables à la COVID-19 en fonction du palier d'alerte de sa provenance

	• B-3 : Trajectoire d'un usager en provenance d'un domicile, d'une autre RPA ou d'une RI-RTF vers une RPA ou une RI de type appartement supervisé en fonction du palier d'alerte de sa provenance • B-4 : Trajectoire d'un usager adulte en provenance d'un domicile, d'une RPA, d'une autre RI-RTF, d'une RAC, d'une URCI, d'un internat ou d'un foyer de groupe vers une RTF, une RIMA, une RAC, une URCI, un internat ou un foyer de groupe en fonction du palier d'alerte de sa provenance • B-5 : 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) ou un milieu de réadaptation en déficience physique 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,
Natalie Rosebush

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

Tableau A-1

TRAJECTOIRE D'UN USAGER EN PROVENANCE D'UN CENTRE HOSPITALIER (CH) OU D'UN MILIEU DE RÉADAPTATION AYANT POUR DESTINATION UN CHSLD (NOUVELLE ADMISSION OU RETOUR) OU UNE RI ACCUEILLANT OU NON DES USAGERS VULNÉRABLES À LA COVID-19 (INTÉGRATION OU RÉINTÉGRATION) EN FONCTION DU PALIER D'ALERTE

<table>
<tr><th>Accueil et dépistage d'un usager en fonction du palier d'alerte et selon sa situation</th><th>Palier d'alerte vert</th><th>Palier d'alerte jaune</th><th>Palier d'alerte orange</th><th>Palier d'alerte rouge</th></tr>
<tr><td>Usager confirmé et rétabli de la COVID-19 depuis moins de 3 mois en CH ou en milieu de réadaptation</td><td colspan="4">• Aucun test de dépistage nécessaire.
• Accueil en zone froide[1] en CHSLD ou en RI.
• Pas d'isolement préventif.</td></tr>
<tr><td>Séjour de 14 jours et plus en CH ou en milieu de réadaptation où il n'y a pas d'éclosion</td><td colspan="2"><u>Usager ne présentant aucun symptôme et application rigoureuse des mesures PCI durant transfert</u> : Aucun test de dépistage

• Accueil en zone tiède[2] au CHSLD ou dans la RI prévu par le mécanisme d'accès ou retour dans son CHSLD ou la RI;
• Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours.

<u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 :</u> Faire test de dépistage.

➢ Test de dépistage négatif :
• Accueil en zone froide du CHSLD ou de la RI;
• Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours.

➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement[3]
• Accueil en zone chaude[4] du CHSLD ou de la RI prévu par le mécanisme d'accès si déjà cas de COVID-19 dans le CHSLD ou la RI
<u>OU</u>
• Accueil en zone chaude dans le CHSLD dédié COVID + ou la RI sur le territoire selon l'organisation de soins et de services régionale
OU
• Accueil en zone tampon[5] zone chaude.</td><td colspan="2"><u>Usager présentant ou non des symptômes compatibles à la COVID-19 :</u> Faire test de dépistage.

➢ Test de dépistage négatif : isolement préventif de 14 jours
• Accueil en zone tiède au CHSLD ou dans la RI prévu par le mécanisme d'accès ou retour dans son CHSLD ou la RI;
• Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours.

➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement
• Accueil en zone chaude au CHSLD ou dans la RI prévu par le mécanisme d'accès si déjà cas de COVID-19 dans le CHSLD ou la RI
<u>OU</u>
• Accueil en zone chaude dans le CHSLD dédié COVID + ou la RI sur le territoire selon l'organisation de soins et de services régionale
<u>OU</u>
• Accueil en zone tampon zone chaude.</td></tr>
<tr><td>Séjour de 14 jours et plus en CH ou en milieu de réadaptation où il a une ou plusieurs éclosions

OU

Séjour en CH ou en milieu de réadaptation entre 24 heures et moins de 14 jours</td><td colspan="4"><u>Usager présentant ou non des symptômes compatibles à la COVID-19 :</u> Faire test de dépistage.

➢ Test de dépistage négatif : isolement préventif de 14 jours
• Accueil en zone tiède au CHSLD ou dans la RI prévu par le mécanisme d'accès ou retour dans son CHSLD ou la RI.
• Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours.

➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement
• Accueil en zone chaude au CHSLD ou dans la RI prévu par le mécanisme d'accès si déjà cas de COVID-19 dans le CHSLD ou la RI
OU
• Accueil en zone chaude dans le CHSLD dédié COVID + ou la RI sur le territoire selon l'organisation de soins et de services régionale
OU
• Accueil en zone tampon zone chaude.</td></tr>
<tr><td>Consultation de moins de 24 heures dans un CH ou consultation médicale dans une clinique externe</td><td colspan="4">• Aucun test de dépistage et aucun isolement préventif de 14 jours à son retour dans son CHSLD ou dans la RI.
• Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours.</td></tr>
</table>

Tableau A-1

[1] Zone froide : résident sans COVID-19 et se référer aux directives ministérielles sur le port des ÉPI.
[2] Zone tiède : résident en transition, en provenance d'un autre milieu ou lors d'une admission où il doit être placé en isolement préventif de 14 jours. Le personnel doit porter l'ÉPI complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants) et le retirer au sortir de la chambre.
[3] Critères pour le rétablissement de la personne : Pour être considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aiguë 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).
[4] Zone chaude : Cas COVID-19 confirmés et le personnel doit porter l'ÉPI complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants).
[5] Zone tampon : Solution de dernier recours et est réservée aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique) ne permettent pas un isolement à la chambre ou lorsque l'ensemble du milieu de vie peut être infecté (milieu de vie de type familial). À l'arrivée en zone tampon, déterminer la zone tiède ou chaude, en fonction de sa condition clinique.

TRAJECTOIRE D'UN USAGER EN PROVENANCE D'UN CENTRE HOSPITALIER (CH) OU D'UN MILIEU DE RÉADAPTATION AYANT POUR DESTINATION UNE RPA OU UNE RI DE TYPE APPARTEMENT SUPERVISÉ EN FONCTION DU PALIER D'ALERTE

<table>
<tr><th>Accueil et dépistage d'un usager en fonction du palier d'alerte et selon sa situation</th><th>Palier vert</th><th>Palier jaune</th><th>Palier orange</th><th>Palier rouge</th></tr>
<tr><td>Usager confirmé et rétabli de la COVID-19 depuis moins de 3 mois en CH ou en milieu de réadaptation</td><td colspan="4">• Aucun test de dépistage nécessaire.
• Accueil dans son unité de la RPA ou la RI de type appartement supervisé qui est considéré comme une zone froide[1].
• Pas d'isolement préventif.</td></tr>
<tr><td>Séjour de 14 jours et plus en CH ou en milieu de réadaptation où il n'y a pas d'éclosion</td><td colspan="2"><u>Usager ne présentant aucun symptôme et application rigoureuse des mesures PCI entre le transfert.</u>

• Aucun test de dépistage nécessaire.
• Accueil dans son unité de la RPA ou la RI de type appartement supervisé qui est considéré comme une zone froide.
• Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours.

<u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage</u>

➢ Test de dépistage négatif :
• Accueil dans son unité de la RPA ou de la RI de type appartement supervisé qui considéré comme une zone froide;
• Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours.

➢ Test de dépistage positif et nouveau résident : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement[2]
• <u>Si déjà des cas de COVID-19 confirmés dans le milieu de vie :</u> accueil dans la RPA ou en RI de type appartement supervisé en zone chaude[3] et isolement à son unité s'il est en mesure de suivre les conditions de son isolement
OU
Si l'usager n'est pas en mesure de suivre les conditions de son isolement, accueil en zone tampon[4] en zone chaude.

• <u>Si aucun cas de cas de la COVID-19</u> dans la RPA ou la RI de type appartement supervisé, retarder l'accueil du résident après son rétablissement
OU
• Si cela est impossible, accueil en zone tampon en zone chaude.

➢ Test de dépistage positif et retour dans son unité : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement
• Isolement à son unité s'il est en mesure de suivre les conditions de son isolement, et ce, peu importe si on retrouve des cas de COVID-19 dans le milieu;
• Si cela est impossible, accueil en zone tampon en zone chaude.</td><td colspan="2"><u>Usager présentant ou non des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage.</u>

➢ Test de dépistage négatif : isolement préventif de 14 jours dans son unité.
• Accueil dans son unité de la RPA ou de la RI de type appartement supervisé qui est considéré comme une zone tiède[5]. Toutefois la prise de repas en salle à manger, les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie ou rendez-vous médical) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres résidents ou en respecter la distanciation de 2 mètres.
• Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours.

➢ Test de dépistage positif et nouveau résident : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement
• <u>Si déjà des cas de COVID-19 confirmés dans le milieu de vie</u>, accueil dans la RPA ou en RI de type appartement supervisé en zone chaude et isolement à son unité s'il est en mesure de suivre les conditions de son isolement.
OU
Si l'usager n'est pas en mesure de suivre les conditions de son isolement, accueil en zone tampon en zone chaude.

• <u>Si aucun cas de cas de la COVID-19</u> dans la RPA ou la RI de type appartement supervisé, retarder l'accueil du résident après son rétablissement.
OU
• Si cela est impossible, accueil en zone tampon en zone chaude.

➢ Test de dépistage positif et retour dans son unité : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement
• Isolement à son unité considérée comme une zone chaude s'il est en mesure de suivre les conditions de son isolement, et ce, peu importe si on retrouve des cas de COVID-19 dans le milieu;
• Si cela est impossible, accueil en zone tampon en zone chaude.</td></tr>
</table>

Séjour de 14 jours et plus en CH ou en milieu de réadaptation où il a une ou plusieurs éclosions ou Séjour en CH ou en milieu de réadaptation entre 24 heures et moins de 14 jours	<u>Usager présentant ou non des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage.</u> ➢ Test de dépistage négatif : isolement préventif de 14 jours dans son unité. Toutefois la prise de repas en salle à manger, les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie ou rendez-vous médical) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres résidents ou en respecter la distanciation de 2 mètres; • Accueil dans son unité de la RPA ou de la RI de type appartement supervisé considéré comme une zone tiède; • Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif **et nouveau résident** : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement • <u>Si déjà des cas de COVID-19 confirmés :</u> accueil dans la RPA ou en RI de type appartement supervisé en zone chaude et isolement à son unité s'il est en mesure de suivre les conditions de son isolement. OU Si l'usager n'est pas en mesure de suivre les conditions de son isolement, accueil en zone tampon en zone chaude. • <u>Si aucun cas de cas COVID-19</u> dans la RPA ou la RI de type appartement supervisé : retarder l'accueil du résident après son rétablissement OU • Si cela est impossible, accueil en zone tampon en zone chaude. ➢ Test de dépistage positif **et retour dans son unité** : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement • Isolement à son unité considérée comme une zone chaude s'il est en mesure de suivre les conditions de son isolement, et ce, peu importe si on retrouve des cas de COVID-19 dans le milieu; • Si cela est impossible, accueil en zone tampon en zone chaude.
Consultation de moins de 24 heures dans un CH ou consultation médicale dans une clinique externe	• Aucun test de dépistage et aucun isolement préventif de 14 jours à son retour dans son unité de la RPA ou de la RI de type appartement supervisé considéré comme zone froide; • Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours.

[1] Zone froide : résident sans COVID-19 et se référer aux directives ministérielles sur le port des ÉPI.
[2] Critères pour le rétablissement de la personne : Pour être considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aiguë 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).
[3] Zone chaude : Cas COVID-19 confirmés et le personnel doit porter l'ÉPI complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants).
[4] Zone tampon : Solution de dernier recours et est réservée aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique) ne permettent pas un isolement à la chambre ou lorsque l'ensemble du milieu de vie peut être infecté (milieu de vie de type familial). À l'arrivée en zone tampon, déterminer la zone tiède ou chaude, en fonction de sa condition clinique.
[5] Zone tiède : résident en transition, en provenance d'un autre milieu ou lors d'une admission où il doit être placé en isolement préventif de 14 jours. Le personnel doit porter l'ÉPI complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants) et le retirer au sortir de la chambre.

Tableau A-3

TRAJECTOIRE D'UN USAGER ADULTE EN PROVENANCE D'UN CENTRE HOSPITALIER (CH) OU D'UN MILIEU DE RÉADAPTATION AYANT POUR DESTINATION UNE RTF, UNE RIMA, UNE RAC, UNE URCI, UN INTERNAT OU UN FOYER DE GROUPE EN FONCTION DU PALIER D'ALERTE

<table>
<tr><th>Accueil et dépistage d'un usager en fonction du palier d'alerte et selon sa situation</th><th>Palier d'alerte vert</th><th>Palier d'alerte jaune</th><th>Palier d'alerte orange</th><th>Palier d'alerte rouge</th></tr>
<tr><td>Usager confirmé et rétabli de la COVID-19 depuis moins de 3 mois en CH ou en milieu de réadaptation</td><td colspan="4">• Aucun test de dépistage nécessaire.
• Accueil dans son milieu de vie.
• Pas d'isolement préventif.</td></tr>
<tr><td>Séjour de 14 jours et plus en CH ou en milieu de réadaptation où il n'y a pas d'éclosion</td><td colspan="2"><u>Usager ne présentant aucun symptôme et application rigoureuse des mesures PCI entre le transfert</u> :

• Aucun test de dépistage nécessaire;
• Accueil dans son milieu de vie considéré comme une zone froide[1];
• Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours.

<u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage.</u>

➢ Test de dépistage négatif :
• Accueil dans son milieu de vie considéré comme une zone froide[1];
• Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours.

➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement[2]
• Accueil en zone tampon en zone chaude[3];
OU
• Si le responsable/gestionnaire donne son accord et qu'il est en mesure d'offrir une zone (chambre) chaude prévue à cette fin, qu'il possède l'ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées, l'usager pourrait intégrer cette ressource.</td><td colspan="2"><u>Usager ne présentant aucun des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage.</u>

➢ Test de dépistage négatif : isolement préventif de 14 jours
• Accueil dans son milieu de vie considéré comme une zone tiède.
• Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours.

<u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage.</u>

➢ Test de dépistage négatif : isolement préventif de 14 jours
• Accueil dans son milieu de vie considéré comme une zone tiède.
• Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours.

➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement
• Accueil en zone tampon en zone chaude.
OU
• Si le responsable/gestionnaire donne son accord et qu'il est en mesure d'offrir une zone (chambre) prévue à cette fin, qu'il possède l'ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées, l'usager pourrait intégrer cette ressource.</td></tr>
<tr><td>Séjour de 14 jours et plus en CH ou en milieu de réadaptation où il a une ou plusieurs éclosions
ou
Séjour en CH ou en milieu de réadaptation entre 24 heures et moins de 14 jours</td><td colspan="4"><u>Usager présentant ou non des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage.</u>

• Test de dépistage négatif : isolement préventif de 14 jours
• Accueil dans son milieu de vie considéré comme une zone tiède;
• Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours.

• Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement.
• Accueil en zone tampon[4] en zone chaude;
OU
• Si le responsable/gestionnaire donne son accord et qu'il est en mesure d'offrir une zone (chambre) prévue à cette fin, qu'il possède l'ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées, l'usager pourrait intégrer cette ressource.</td></tr>
<tr><td>Consultation de moins de 24 heures dans un CH ou consultation médicale dans une clinique externe</td><td colspan="4">• Aucun test de dépistage et aucun isolement préventif de 14 jours à son retour;
• Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours.</td></tr>
</table>

Tableau A-3

---

[1] Zone froide : résident sans COVID-19 et se référer aux directives ministérielles sur le port des ÉPI.
[2] Critères pour le rétablissement de la personne : Pour être considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aiguë 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 résolution des symptômes depuis au moins 24 heures (excluant la toux, l'anosmie et l'agueusie résiduelles).
[3] Zone chaude : Cas COVID-19 confirmés et le personnel doit porter l'ÉPI complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants).
[4] Zone tampon : Solution de dernier recours et est réservée aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique) ne permettent pas un isolement à la chambre ou lorsque l'ensemble du milieu de vie peut être infecté (milieu de vie de type familial). À l'arrivée en zone tampon, déterminer la zone tiède ou chaude, en fonction de sa condition clinique.

Tableau A-4

TRAJECTOIRE D'UN JEUNE EN PROVENANCE D'UN CENTRE HOSPITALIER (CH) OU D'UN MILIEU DE RÉADAPTATION AYANT POUR DESTINATION UNE RI-RTF, UNE RAC, UNE URCI, UN INTERNAT OU UN FOYER DE GROUPE HÉBERGEANT LA CLIENTÈLE JEUNESSE (PLACEMENTS EN VERTU DE LA LPJ/LSSSS) OU UN MILIEU DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE JEUNESSE EN FONCTION DU PALIER D'ALERTE DE SA PROVENANCE

Intégration et dépistage d'un usager en fonction du palier d'alerte et selon sa situation	Palier d'alerte vert	Palier d'alerte jaune	Palier d'alerte orange	Palier d'alerte rouge
Jeune confirmé et rétabli de la COVID-19 depuis moins de 3 mois en CH ou en milieu de réadaptation	• Aucun test de dépistage nécessaire. • Intégration en zone froide[1] dans le milieu hébergeant la clientèle jeunesse. • Pas d'isolement préventif.			
Séjour de 14 jours et plus en CH ou en milieu de réadaptation où il n'y a pas d'éclosion OU Séjour de 14 jours et plus en CH ou en milieu de réadaptation où il a une ou plusieurs éclosions OU Séjour en CH ou milieu de réadaptation entre 24 heures et moins de 14 jours	<u>Jeune ne présentant aucun symptôme et application rigoureuse des mesures PCI pendant le transfert</u> : • Aucun test de dépistage nécessaire; • Intégration en zone froide dans un milieu hébergeant la clientèle jeunesse; • Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours; • L'isolement préventif devrait être considéré par l'établissement seulement s'il y a présence de personnes vulnérables dans le milieu et selon l'algorithme concernant les contacts et les visites d'un jeune hébergé. <u>Jeune présentant des symptômes compatibles à la COVID : Faire test de dépistage.</u> Test de dépistage doit être fait avant le départ du CH /milieu de réadaptation, avec l'approbation du titulaire de l'autorité parentale ➢ Test de dépistage négatif : Évaluation clinique d'un professionnel en PCI et suivre les recommandations de l'établissement. • Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement.[2] • Prise en charge par le CH /le milieu de réadaptation et l'établissement décidera quel est l'hébergement approprié; • Si le responsable/gestionnaire donne son accord et qu'il est en mesure d'offrir une zone (chambre) chaude[3] prévue à cette fin, qu'il possède l'ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées, le jeune pourrait intégrer cette ressource milieu même si elle est froide.			
Consultation de moins de 24 heures dans un CH ou consultation médicale dans une clinique externe	• Aucun test de dépistage n'est nécessaire et aucun isolement préventif à son retour; • Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours. Si apparition de symptômes compatibles à la COVID à la suite du retour : • Compléter et suivre les consignes de l'outil d'autoévaluation : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/guide-auto-evaluation-symptomes-covid-19/ • Si le test de dépistage est requis, demander l'approbation du titulaire de l'autorité parentale.			

[1] Zone froide : résident sans COVID-19 et se référer aux directives ministérielles sur le port des ÉPI.

Tableau A-4

[2] Critères pour le rétablissement de la personne : Pour être considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aiguë 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).
[3] Zone chaude : Cas COVID-19 confirmés et le personnel doit porter l'ÉPI complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants).

TRAJECTOIRE D'UN USAGER EN PROVENANCE DE LA COMMUNAUTÉ (DOMICILE, RPA, RI-RTF, ETC.) VERS UN CHSLD OU UNE RI DONT LES USAGERS SONT VULNÉRABLES[a] À LA COVID-19 EN FONCTION DU PALIER D'ALERTE DE SA PROVENANCE				
Accueil et dépistage d'un usager en fonction du palier d'alerte et selon sa situation	Palier d'alerte vert	Palier d'alerte jaune	Palier d'alerte orange	Palier d'alerte rouge
Nouvelle admission	Usager présentant ou non des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage. ➢ Test de dépistage négatif : isolement préventif de 14 jours. • Accueil en zone tiède[1] au CHSLD et à la RI prévu par le mécanisme d'accès; • Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement.[2] • Accueil en zone chaude[3] au CHSLD ou à la RI prévu par le mécanisme d'accès si déjà cas de COVID-19 dans le CHSLD ou la RI OU • Accueil en zone chaude dans le CHSLD dédié COVID + sur le territoire ou la RI selon l'organisation de soins et de services régionale OU • Accueil en zone tampon[4] en zone chaude.			
Retour après un séjour de plus de 24 heures à l'extérieur du CHSLD ou de la RI (congé temporaire dans la communauté)	Sorties permises.	Limiter la fréquence aux sorties essentielles.	Sorties non recommandées Favoriser le maintien du lien social par des moyens alternatifs. Permettre seulement, en situation exceptionnelle pour une préservation de l'intégrité et de la santé de la personne : - si essentiel pour l'usager; - dans une zone du même palier d'alerte; - chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint); et selon une évaluation du risque en concertation avec la PCI de l'établissement. S'assurer que le résident est en mesure de suivre les conditions d'isolement au retour.	

[a] 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).

	<u>Usager ne présentant aucun symptôme</u> • Aucun test de dépistage nécessaire; • Retour à la chambre en zone froide[5] et dans sa bulle de vie; • Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours. <u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage.</u> • Isolement préventif à la chambre considérée comme une zone tiède en attente du résultat. ➢ Test de dépistage négatif : • Poursuite de l'isolement préventif de 14 jours à la chambre considérée comme une zone tiède; • Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement • Accueil en zone chaude au CHSLD ou à la RI OU • Accueil en zone chaude dans le CHSLD dédié COVID + sur le territoire ou la RI selon l'organisation de soins et de services régionale OU • Accueil en zone tampon en zone chaude.	<u>Usager ne présentant aucun symptôme</u> • Aucun test de dépistage nécessaire; • Retour à la chambre en zone froide et dans sa bulle de vie; • Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours. <u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage.</u> • Isolement préventif à la chambre considérée comme une zone tiède en attente du résultat. ➢ Test de dépistage négatif : • Poursuite de l'isolement préventif de 14 jours à la chambre considérée comme une zone tiède; • Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement. • Accueil en zone chaude au CHSLD ou à la RI OU • Accueil en zone chaude dans le CHSLD dédié COVID + sur le territoire ou la RI selon l'organisation de soins et de services régionale OU • Accueil en zone tampon en zone chaude.	<u>Usager ne présentant aucun symptôme</u> • Aucun test de dépistage nécessaire; • Isolement préventif de 14 jours à la chambre; • Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours. <u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage.</u> • Isolement préventif à la chambre considérée comme une zone tiède en attente du résultat. • Test de dépistage négatif : • Poursuite de l'isolement préventif de 14 jours à la chambre considérée comme une zone tiède. • Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours. • Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement. • Accueil en zone chaude au CHSLD ou la RI. • Accueil en zone chaude dans le CHSLD dédié COVID + sur le territoire ou la RI selon l'organisation de soins et de services régionale OU • Accueil en zone tampon en zone chaude.
Retour après un séjour prolongé de plus de 30 jours à l'extérieur du CHSLD	• Refaire une demande au mécanisme d'accès, car la chambre a été libérée et suivre la trajectoire d'une nouvelle admission.		

[1] Zone tiède : résident en transition, en provenance d'un autre milieu ou lors d'une admission où il doit être placé en isolement préventif de 14 jours. Le personnel doit porter l'ÉPI complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants) et le retirer au sortir de la chambre.
[2] Critères pour le rétablissement de la personne : Pour être considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aiguë 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).
[3] Zone chaude : Cas COVID-19 confirmés et le personnel doit porter l'ÉPI complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants).
[4] Zone tampon : Solution de dernier recours et est réservée aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique) ne permettent pas un isolement à la chambre ou lorsque l'ensemble du milieu de vie peut être infecté (milieu de vie de type familial). À l'arrivée en zone tampon, déterminer la zone tiède ou chaude, en fonction de sa condition clinique.
[5] Zone froide : résident sans COVID-19 et se référer aux directives ministérielles sur le port des ÉPI.

Tableau B-2

TRAJECTOIRE D'UN USAGER EN PROVENANCE DE LA COMMUNAUTÉ (DOMICILE, RPA, RI-RTF, ETC.) VERS UNE RI DONT LES USAGERS NE SONT PAS VULNÉRABLES[a] À LA COVID-19[b] EN FONCTION DU PALIER D'ALERTE DE SA PROVENANCE				
Accueil et dépistage d'un usager en fonction du palier d'alerte et selon sa situation	Palier d'alerte vert	Palier d'alerte jaune	Palier d'alerte orange	Palier d'alerte rouge
Nouvelle admission	Usager ne présentant aucun symptôme • Aucun test de dépistage nécessaire; • Accueil en zone tiède[1] pour un isolement préventif de 14 jours à la RI prévu par le mécanisme d'accès; • Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours. Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage ➢ Test de dépistage négatif : • Accueil en zone tiède pour un isolement préventif de 14 jours à la RI prévu par le mécanisme d'accès; • Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement[2] • Accueil en zone chaude[3] dans la RI prévu par le mécanisme d'accès si déjà cas de COVID dans la RI OU • Accueil en zone chaude dans une zone tampon[4].			
Retour après un séjour de plus de 24 heures à l'extérieur de la RI (congé temporaire dans la communauté)	Sorties permises.	Limiter la fréquence aux sorties essentielles.	Sorties non recommandées Favoriser le maintien du lien social par des moyens alternatifs. Permettre seulement en situation exceptionnelle pour une préservation de l'intégrité et de la santé de la personne : - si essentiel pour l'usager; - dans une zone du même palier d'alerte; - chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint); et selon une évaluation du risque en concertation avec la PCI de l'établissement.	
	Usager ne présentant aucun symptôme : • Aucun test de dépistage nécessaire;	Usager ne présentant aucun symptôme : • Aucun test de dépistage nécessaire;	Usager ne présentant aucun symptôme : • Aucun test de dépistage nécessaire;	

[a] 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).

[b] Dans les RI, où l'on retrouve à la fois des usagers vulnérables à la COVID-19 et des usagers non vulnérables à la COVID-19, regrouper au sein d'une même bulle, les usagers présentant les mêmes facteurs de vulnérabilité à la COVID-19 afin de permettre à ceux qui ne présentent pas de facteurs, de pouvoir bénéficier d'un congé temporaire, le cas échéant.

Tableau B-2

	• Retour à la chambre en zone froide[5] et dans sa bulle de vie; • Surveillance des symptômes pendant une période de 14 jours. <u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage.</u> • Isolement préventif à la chambre considérée comme une zone tiède en attente du résultat. ➢ Test de dépistage négatif : • Retour à la chambre en zone froide et dans sa bulle de vie; • Surveillance des symptômes pendant une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement[2] • Accueil en zone chaude dans la RI prévu par le mécanisme d'accès si déjà cas de COVID dans la RI <u>OU</u> • Accueil en zone chaude dans une zone tampon.	• Retour à la chambre en zone froide et dans sa bulle de vie; • Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours. <u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage</u> • Isolement préventif à la chambre considérée comme une zone tiède en attente du résultat. ➢ Test de dépistage négatif : • Poursuite de l'isolement préventif de 14 jours à la chambre considérée comme une zone tiède; • Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement[2] • Accueil en zone chaude dans la RI prévu par le mécanisme d'accès si déjà cas de COVID dans la RI <u>OU</u> • Accueil en zone chaude dans une zone tampon.	• Retour à la chambre en zone froide et dans sa bulle de vie; • Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours. <u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage</u> • Isolement préventif à la chambre considérée comme une zone tiède en attente du résultat. ➢ Test de dépistage négatif : • Poursuite de l'isolement préventif de 14 jours à la chambre considérée comme une zone tiède; • Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement[2] • Accueil en zone chaude dans la RI prévu par le mécanisme d'accès si déjà cas de COVID dans la RI <u>OU</u> • Accueil en zone chaude dans une zone tampon.

[1] Zone tiède : résident en transition, en provenance d'un autre milieu ou lors d'une admission où il doit être placé en isolement préventif de 14 jours. Le personnel doit porter l'ÉPI complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants) et le retirer au sortir de la chambre.
[2] Critères pour le rétablissement de la personne : Pour être considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aiguë 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).
[3] Zone chaude : Cas COVID-19 confirmés et le personnel doit porter l'ÉPI complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants).
[4] Zone tampon : Solution de dernier recours et est réservée aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique) ne permettent pas un isolement à la chambre ou lorsque l'ensemble du milieu de vie peut être infecté (milieu de vie de type familial). À l'arrivée en zone tampon, déterminer la zone tiède ou chaude, en fonction de sa condition clinique.
[5] Zone froide : résident sans COVID-19 et se référer aux directives ministérielles sur le port des ÉPI.

Tableau B-2

Tableau B-3

TRAJECTOIRE D'UN USAGER EN PROVENANCE DE LA COMMUNAUTÉ (DOMICILE, AUTRE RPA, RI-RTF, ETC.) VERS UNE RPA OU UNE RI DE TYPE APPARTEMENT SUPERVISÉ EN FONCTION DU PALIER D'ALERTE DE SA PROVENANCE				
Accueil et dépistage d'un résident en fonction du palier d'alerte et selon sa situation	Palier vert	Palier jaune	Palier orange	Palier rouge
Nouvelle intégration	<u>Nouveau usager ne présentant aucun symptôme :</u> • Aucun test de dépistage nécessaire; • Aucun isolement préventif; • Surveillance des symptômes pendant une période de 14 jours. <u>Nouveau usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage</u> ➢ Test de dépistage négatif : • Accueil dans son unité de la RPA ou de la RI de type appartement supervisé qui considéré comme une zone froide[1]; • Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif **et nouvel usager** : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement.[2] • <u>Si déjà des cas de COVID-19 confirmés dans le milieu de vie :</u> accueil dans la RPA ou la RI de type appartement supervisé en zone chaude[3] et isolement à son unité s'il est en mesure de suivre les conditions de son isolement OU Si l'usager n'est pas en mesure de suivre les conditions de son isolement : accueil en zone tampon[4] en zone chaude. • <u>Si aucun cas de cas de la COVID-19</u> dans la RPA ou la RI de type appartement supervisé : retarder l'accueil du résident après son rétablissement OU • Si cela est impossible, accueil en zone tampon en zone chaude.		<u>Nouveau usager ne présentant aucun symptôme compatible à la COVID-19 :</u> • Aucun test de dépistage nécessaire; • Accueil dans son unité de la RPA ou de la RI de type appartement supervisé qui est considérée comme une zone tiède et isolement préventif de 14 jours. Toutefois la prise de repas en salle à manger, les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie ou rendez-vous médical) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres résidents ou en respecter la distanciation de 2 mètres; • Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours. <u>Nouveau usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage</u> ➢ Test de dépistage négatif : isolement préventif de 14 jours; • Accueil dans son unité de la RPA ou de la RI de type appartement supervisé qui considéré comme une zone tiède; • Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement • <u>Si déjà des cas de COVID-19 confirmés dans le milieu de vie</u>, accueil dans la RPA ou la RI de type appartement supervisé en zone chaude et isolement à son unité s'il est en mesure de suivre les conditions de son isolement OU Si l'usager n'est pas en mesure de suivre les conditions de son isolement, accueil en zone tampon en zone chaude. • <u>Si aucun cas de cas de la COVID-19 dans le milieu de vie</u> : retarder l'accueil du résident après son rétablissement OU • Si cela est impossible, accueil en zone tampon en zone chaude.	
Retour après un séjour de plus de 24 heures à l'extérieur du milieu de vie	Sorties permises.		Limiter la fréquence des sorties.	Limiter la fréquence aux sorties essentielles.
	<u>Usager ne présentant aucun symptôme :</u> • Aucun test de dépistage nécessaire; • Retour à son unité considérée en zone froide et dans sa bulle de vie; • Surveillance des symptômes pendant une période de 14 jours. <u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage.</u> • Isolement préventif à son unité considérée comme une zone tiède[5] en attente du résultat.		<u>Usager ne présentant aucun symptôme :</u> ➢ Aucun test de dépistage nécessaire; ➢ Retour à son unité et dans sa bulle de vie; ➢ Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours. <u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage.</u> ➢ Isolement préventif à son unité considérée comme une zone tiède en attente du résultat.	<u>Usager ne présentant aucun symptôme compatible à la COVID-19 :</u> • Aucun test de dépistage nécessaire; • Accueil en zone tiède pour un isolement préventif de 14 jours à son unité. Toutefois la prise de repas en salle à manger, les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie ou rendez-vous médical) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres résidents ou en respecter la distanciation de 2 mètres. • Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours.

Tableau B-3

	• Test de dépistage négatif : • Son unité considérée en zone froid et retour dans sa bulle de vie. • Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement • Isolement à son unité considérée comme une zone chaude s'il est en mesure de suivre les conditions de son isolement OU • Si l'usager n'est pas en mesure de suivre les conditions de son isolement, zone tampon zone chaude.	➢ Test de dépistage négatif : ➢ Son unité considérée en zone froide et retour dans sa bulle de vie. ➢ Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement ➢ Isolement à son unité considérée comme une zone chaude s'il est en mesure de suivre les conditions de son isolement OU ➢ Si l'usager n'est pas en mesure de suivre les conditions de son isolement, zone tampon zone chaude.	<u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage</u> • Isolement préventif à son unité considérée comme une zone tiède en attente du résultat. ➢ Test de dépistage négatif : • Poursuite de l'isolement préventif de 14 jours dans son unité. • Toutefois la prise de repas en salle à manger, les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie ou rendez-vous médical) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres résidents ou en respecter la distanciation de 2 mètres • Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement • Isolement à son unité considérée comme une zone chaude s'il est en mesure de suivre les conditions de son isolement OU • Si l'usager n'est pas en mesure de suivre les conditions de son isolement, zone tampon zone chaude.

[1] Zone froide : résident sans COVID-19 et se référer aux directives ministérielles sur le port des ÉPI.

[2] Critères pour le rétablissement de la personne : Pour être considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aiguë 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).

[3] Zone chaude : Cas COVID-19 confirmés et le personnel doit porter l'ÉPI complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants).

[4] Zone tampon : Solution de dernier recours et est réservée aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique) ne permettent pas un isolement à la chambre ou lorsque l'ensemble du milieu de vie peut être infecté (milieu de vie de type familial). À l'arrivée en zone tampon, déterminer la zone tiède ou chaude, en fonction de sa condition clinique.

[5] Zone tiède : résident en transition, en provenance d'un autre milieu ou lors d'une admission où il doit être placé en isolement préventif de 14 jours. Le personnel doit porter l'ÉPI complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants) et le retirer au sortir de la chambre.

Tableau B-4

<table>
<tr><th colspan="6">TRAJECTOIRE D'UN USAGER ADULTE EN PROVENANCE DE LA COMMUNAUTÉ (DOMICILE, RPA, AUTRE RI-RTF, RAC, URCI, INTERNAT OU D'UN FOYER DE GROUPE, ETC.)
VERS UNE RTF, UNE RIMA, UNE RAC, UNE URCI, UN INTERNAT OU UN FOYER DE GROUPE EN FONCTION DU PALIER D'ALERTE DE SA PROVENANCE</th></tr>
<tr><td>Accueil et dépistage d'un usager en fonction du palier d'alerte et selon sa situation</td><td>Palier vert</td><td>Palier jaune</td><td>Palier orange</td><td colspan="2">Palier rouge</td></tr>
<tr><td>Nouvelle intégration</td><td colspan="2"><u>Usager ne présentant aucun symptôme :</u>
• Aucun test de dépistage nécessaire;
• Aucun isolement préventif 14 jours;
• Surveillance des symptômes pendant une période de 14 jours.

<u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage</u>

➢ Test de dépistage négatif : isolement préventif de 14 jours
• Accueil dans son milieu de vie considéré comme une zone tiède[1].
• Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours.

➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement[2]
• Accueil en zone tampon[3] en zone chaude[4];
OU
• Si le responsable/gestionnaire donne son accord et qu'il est en mesure d'offrir une zone (chambre) prévue à cette fin, qu'il possède l'ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées, l'usager pourrait intégrer ce milieu.</td><td colspan="3"><u>Usager ne présentant aucun des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage</u>

➢ Test de dépistage négatif : isolement préventif de 14 jours
• Accueil dans son milieu de vie.
• Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours.

<u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage</u>

➢ Test de dépistage négatif : isolement préventif de 14 jours
• Accueil dans son milieu de vie considéré comme une zone tiède;
• Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours.

➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement
• Accueil en zone tampon en zone chaude;
OU
• Si le responsable/gestionnaire donne son accord et qu'il est en mesure d'offrir une zone (chambre) prévue à cette fin, qu'il possède l'ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées, l'usager pourrait intégrer ce milieu.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Retour après un séjour de plus de 24 heures à l'extérieur du milieu de vie (congé temporaire dans la communauté)</td><td>Sorties permises.</td><td>Limiter la fréquence aux sorties essentielles

et selon une évaluation du risque en concertation avec la PCI de l'établissement.</td><td colspan="2">Sortie 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).

et selon une évaluation du risque en concertation avec la PCI de l'établissement.</td></tr>
<tr><td><u>Usager ne présentant aucun symptôme :</u>
➢ Aucun test de dépistage nécessaire;
➢ Aucun isolement préventif 14 jours;
➢ Surveillance des symptômes pendant une période de 14 jours.</td><td><u>Usager ne présentant aucun symptôme :</u>
• Aucun test de dépistage nécessaire;
• Aucun isolement préventif 14 jours.</td><td><u>Usager ne présentant aucun symptôme et où on retrouve dans le milieu de vie aucune personne présentant des facteurs de vulnérabilité à la COVID-19</u></td><td><u>Usager ne présentant aucun symptôme et où on retrouve dans le milieu de vie des personnes présentant des facteurs de vulnérabilité à la COVID-19</u></td></tr>
</table>

Tableau B-4

	<u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage</u> ➢ Isolement préventif à la chambre considérée comme une zone tiède en attente du résultat. ➢ Test de dépistage négatif : ➢ Retour dans son milieu de vie considéré comme une zone froide[5]. ➢ Surveillance des symptômes pendant une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement; ➢ Accueil en zone tampon en zone chaude; OU ➢ Si le responsable/gestionnaire donne son accord et qu'il est en mesure d'offrir une zone (chambre) prévue à cette fin, qu'il possède l'ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées, l'usager pourrait intégrer ce milieu.	• Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours. Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage • Isolement préventif à la chambre considérée comme une zone tiède en attente du résultat. ➢ Test de dépistage négatif : ➢ Retour dans son milieu de vie considéré comme une zone tiède. • Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement • Accueil en zone tampon en zone chaude. OU • Si le responsable/gestionnaire donne son accord et qu'il est en mesure d'offrir une zone (chambre) prévue à cette fin, qu'il possède l'ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées, l'usager pourrait intégrer ce milieu.	• Aucun test de dépistage nécessaire. • Retour à la chambre en zone froide et dans sa bulle de vie. • Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours.	• Aucun test de dépistage nécessaire. • Accueil en zone tiède pour un isolement préventif de 14 jours à la chambre considérée comme une zone tiède. • Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours.
			<u>Usager présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 : Faire test de dépistage.</u> • Isolement préventif à la chambre considérée comme une zone tiède en attente du résultat. ➢ Test de dépistage négatif : • Isolement préventif de 14 jours à la chambre considérée comme une zone tiède; • Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement • Accueil en zone tampon en zone chaude; OU • Si le responsable/gestionnaire donne son accord et qu'il est en mesure d'offrir une zone (chambre) prévue à cette fin, qu'il possède l'ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées, l'usager pourrait intégrer ce milieu.	

[1] Zone tiède : résident en transition, en provenance d'un autre milieu ou lors d'une admission où il doit être placé en isolement préventif de 14 jours. Le personnel doit porter l'ÉPI complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants) et le retirer au sortir de la chambre.
[2] Critères pour le rétablissement de la personne : Pour être considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aiguë 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).
[3] Zone tampon : Solution de dernier recours et est réservée aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique) ne permettent pas un isolement à la chambre ou lorsque l'ensemble du milieu de vie peut être infecté (milieu de vie de type familial). À l'arrivée en zone tampon, déterminer la zone tiède ou chaude, en fonction de sa condition clinique.
[4] Zone chaude : Cas COVID-19 confirmés et le personnel doit porter l'ÉPI complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants).
[5] Zone froide : résident sans COVID-19 et se référer aux directives ministérielles sur le port des ÉPI.

Tableau B-5

TRAJECTOIRE D'UN JEUNE EN PROVENANCE DE LA COMMUNAUTÉ (DOMICILE, AUTRE RI-RTF, RAC, URCI, INTERNAT OU FOYER DE GROUPE) VERS UNE RI-RTF, UNE RAC, UNE URCI, UN INTERNAT OU UN FOYER DE GROUPE HÉBERGEANT LA CLIENTÈLE JEUNESSE (PLACEMENTS EN VERTU DE LA LPJ/LSSSS) OU UN MILIEU DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE JEUNESSE				
Intégration et dépistage d'un usager en fonction du palier d'alerte et selon sa situation	Palier vert	Palier jaune	Palier orange	Palier rouge
Nouvelle intégration	<u>Jeune ne présentant aucun symptôme compatible et n'ayant pas été en contact étroit dans les 14 derniers jours avec une personne testée positif :</u> • Aucun test de dépistage nécessaire; • Intégration en zone froide[1] dans le milieu hébergeant la clientèle jeunesse; • Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours OU • L'isolement devrait être considéré par l'établissement s'il y a présence de personnes présentant des facteurs de vulnérabilité à la COVID-19 dans le milieu; • Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours. <u>Jeune ne présentant aucun symptôme compatible, mais ayant été en contact étroit dans les 14 derniers jours avec une personne testée positive:</u> Avant l'intégration, l'établissement devra valider si un test a été fait lors de l'identification des contacts étroits. ➢ Test de dépistage négatif : • Évaluation clinique d'un professionnel en PCI et suivre les recommandations de l'établissement; • Isolement préventif de 14 jours; • Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement[2] • L'établissement décidera quel est l'hébergement approprié, car si le responsable/gestionnaire donne son accord et qu'il est en mesure d'offrir une zone chaude[3] (chambre) prévue à cette fin, qu'il possède l'ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées, le jeune pourrait intégrer cette ressource même si le milieu est froid.			
	<u>Jeune présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 :</u> Avant l'intégration, l'établissement devra valider si un test a été fait lors de l'identification des contacts étroits. ➢ Test de dépistage négatif : • Évaluation clinique d'un professionnel en PCI et suivre les recommandations de l'établissement; • Surveillance accrue des symptômes pendant une période de 14 jours. ➢ Test de dépistage positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement • L'établissement décidera quel est l'hébergement approprié, car si le responsable/gestionnaire donne son accord et qu'il est en mesure d'offrir une zone chaude (chambre) prévue à cette fin, qu'il possède l'ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées, le jeune pourrait intégrer cette ressource même si le milieu est froid.			

Tableau B-5

Retour après une sortie/séjour à l'extérieur du milieu de vie (ex. : contact d'une journée parent-enfant sans coucher, école, garderie, contact parent-enfant avec coucher, travail, activités socio-professionnelles, etc.)	<u>Jeune ne présentant aucun symptôme compatible et n'ayant pas été en contact étroit avec une personne testée positif :</u> • Aucun test de dépistage nécessaire; • Réintégration en zone froide dans le milieu de vie; • Surveillance accrue si apparition de symptômes. <u>Jeune ne présentant aucun symptôme compatible à la COVID-19, mais ayant été en contact étroit avec une personne testée positif :</u> • Aviser l'établissement de la situation; • Si un test de dépistage doit être fait, demander l'approbation du titulaire de l'autorité parentale et placer le jeune en isolement préventif pendant l'attente du résultat. ➢ Test de dépistage négatif : • Évaluation clinique d'un professionnel en PCI et suivre les recommandations de l'établissement; • Surveillance accrue si apparition de symptômes. ➢ Test de dépistage est positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement • Isolement en zone chaude (chambre) et la ressource doit posséder l'ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées; • Isolement de l'ensemble de la ressource; • Si la ressource n'est pas en mesure d'appliquer les mesures énumérées, l'établissement devra déplacer le jeune vers une zone tampon[4] chaude. <u>Jeune présentant des symptômes compatibles à la COVID-19 :</u> Aviser l'établissement de la situation. • SI un test de dépistage doit être fait, demander l'approbation du titulaire de l'autorité parentale et placer le jeune en isolement préventif pendant l'attente du résultat. ➢ Test de dépistage est négatif : • Évaluation clinique d'un professionnel en PCI et suivre les recommandations de l'établissement; • Surveillance accrue si apparition de symptômes. ➢ Test de dépistage est positif : durée de l'isolement selon les critères de rétablissement • Isolement en zone chaude (chambre) et la ressource doit posséder l'ÉPI requis, la formation et les compétences qui y sont associées; • Isolement de l'ensemble de la ressource; • Si la ressource n'est pas en mesure d'appliquer les mesures énumérées, l'établissement devra déplacer le jeune vers une zone tampon en zone chaude.

[1] Zone froide : résident sans COVID-19 et se référer aux directives ministérielles sur le port des ÉPI.
[2] Critères pour le rétablissement de la personne : Pour être considéré comme rétabli, il est acceptable d'appliquer le critère de 10 jours après le début de la maladie aiguë 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 résolution des symptômes depuis au moins 24 heures (excluant la toux, l'anosmie et l'agueusie résiduelles).
[3] Zone chaude : Cas COVID-19 confirmés et le personnel doit porter l'ÉPI complet (protection oculaire, masque de procédure, blouse et gants).
[4] Zone tampon : Solution de dernier recours et est réservée aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique) ne permettent pas un isolement à la chambre ou lorsque l'ensemble du milieu de vie peut être infecté (milieu de vie de type familial). À l'arrivée en zone tampon, déterminer la zone tiède ou chaude, en fonction de sa condition clinique.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

La sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 12 décembre 2020

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

Mesdames,
Messieurs,

Le réseau de la santé et de services sociaux se prépare dès maintenant pour la vaccination de la COVID-19. Il s'agit de notre priorité à tous. Avec la recrudescence des éclosions des dernières semaines, la vaccination des populations à risque de complications prend toute son importance. Nous sommes conscients de l'ampleur du défi que cela représente, mais nous avons confiance en notre capacité de répondre aux attentes de la population québécoise.

Le premier vaccin a été approuvé le 9 décembre 2020 et nous souhaitons partager avec vous les informations relatives à la campagne de vaccination. Veuillez prendre note qu'un document de soutien sera partagé à vos équipes dans les prochains jours. Par ailleurs, les répondants de vos établissements recevront d'autres convocations pour la Table des répondants logistiques qui sera très active dans les prochaines semaines.

Disponibilités des vaccins

Le premier vaccin disponible est celui de la compagnie Pfizer. Un test à blanc (« dry run »), où la logistique de transport, de réception, de manipulation de la caisse contenant les plateaux de fioles vides a pu être mise à l'épreuve, a été effectué. Dès la semaine prochaine, deux sites pilotes recevront les premiers plateaux de vaccins, soit l'équivalent de cinq plateaux et de 4 875 doses, ce qui nous permettra de valider la logistique nécessaire. Les sites identifiés sont le Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Centre gériatrique Maimonides Donald Berman du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS Centre--Ouest de-l'Île-de-Montréal) et le Centre d'hébergement Saint-Antoine du Centre intégré universitaire de la Capitale-Nationale (CIUSSS de la Capitale-Nationale).

… 2

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

Dès la semaine suivante, ce sont plus de vingt sites qui seront en action pour débuter la vaccination. Il est prévu que nous recevions 49 725 doses pour la période du 21 et 28 décembre. Des quantités plus importantes de doses sont attendues plus tard tout comme l'arrivée de vaccins concurrents, dont Moderna.

Organisation de la vaccination

Les contraintes liées à la faible quantité de vaccin combinées aux particularités techniques du vaccin de Pfizer imposent des défis de logistique importants. Des approches individuelles ont donc été faites pour identifier les premiers sites.

Nous vous proposerons des stratégies adaptées au fur et à mesure de l'évolution des modalités de vaccination et de l'arrivée de nouveaux vaccins.

Par ailleurs, le modèle *Point of distribution* pour la vaccination de masse sera adapté et nous nous inspirerons des expériences vécues dans les contextes de vaccination de masse de la grippe AH1N1 et de la récente expérience de la vaccination influenza en contexte de pandémie de COVID-19 pour vous proposer des modèles adaptés dès que possible.

Se préparer

1. Nous vous communiquerons l'ordonnancement des travailleurs de la santé afin de vous soutenir dans la planification des premières rondes de vaccination. Dès sa réception, vous pourrez les membres de votre personnel en fonction des corps d'emploi identifiés.
2. Dès que possible, nous vous invitons à faire l'inventaire des ressources vaccinatrices « usuelles » qui pourraient être mises à contribution rapidement. Dans un second temps, voire en fonction de l'arrêté ministériel, vous pourrez faire la liste des employés correspondant au regroupement 1, qui pourraient être mis à contribution.
3. Dès que plus de vaccins seront disponibles, de nouvelles orientations vous seront acheminées.

Clientèles prioritaires et ordonnancement de vaccination

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), le Comité sur l'immunisation du Québec a formulé un avis préliminaire sur la priorisation des groupes à cibler dans le cadre d'une campagne d'immunisation.

En fonction de l'arrivée graduelle de vaccins au Canada et des contraintes logistiques imposées par les fournisseurs, nous devons optimiser la vaccination dans le respect de ces priorités :

- Les personnes vulnérables et en grande perte d'autonomie qui résident dans les CHSLD ou dans les ressources intermédiaires et de type familial.

- Les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux en contact avec des usagers.
- Les personnes autonomes ou en perte d'autonomie qui vivent en résidence privée pour aînés ou dans certains milieux fermés hébergeant des personnes âgées.
- Les communautés isolées et éloignées.
- Les personnes âgées de 80 ans ou plus.
- Les personnes âgées de 70 à 79 ans.
- Les personnes âgées de 60 à 69 ans.
- Les personnes adultes de moins de 60 ans qui ont une maladie chronique ou un problème de santé augmentant le risque de complications de la COVID-19.
- Les adultes de moins de 60 ans sans maladies chroniques ou problèmes de santé augmentant le risque de complications, mais qui assurent des services essentiels et qui sont en contact avec des usagers.
- Le reste de la population adulte.

La vaccination des enfants (moins de 16 ans) et des femmes enceintes sera déterminée en fonction d'études à venir sur la sécurité et l'efficacité des vaccins chez ces personnes.

Pour plus de détails sur les critères utilisés pour la priorisation des personnes à vacciner, le document : Avis préliminaire sur les groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec peut être consulté.

Nouveaux intervenants autorisés à vacciner

Le 3 décembre dernier, le MSSS a diffusé l'arrêté ministériel 2020-099 permettant à certains professionnels et étudiants d'administrer un vaccin contre l'influenza ou contre la COVID-19. Cet arrêté ministériel élargit le bassin des personnes autorisées à administrer ces vaccins, sous certaines conditions, et ce, pendant la période de l'état d'urgence sanitaire. Il cible des professionnels et des catégories d'étudiants inscrits dans un programme d'études dont le diplôme permet l'accession au permis d'exercice de certaines professions règlementées.

Les professionnels hors réseau intéressés à s'impliquer sont invités à s'inscrire sur le site Je Contribue et à cocher la case Vaccination . Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux peuvent avoir recours dès maintenant à ce nouveau bassin de main-d'œuvre selon leurs besoins. Ces intervenants devront préalablement recevoir une formation approuvée par le MSSS.

Main d'œuvre

Vous avez récemment reçu une communication de la part de Mme Josée Doyon, sous-ministre adjointe à la Direction générale de la gestion de la main d'œuvre, concernant vos plans de main d'œuvre. Les renseignements concernant les sites de vaccination et la main d'œuvre à planifier vous seront transmis dans les prochains jours.

… 4

Pour toutes questions additionnelles à ce sujet, vous pouvez communiquer avec monsieur Charles Madet, coordonnateur professionnel, à la Direction de l'attraction de la main-d'œuvre, à l'adresse charles.madet@msss.gouv.qc.ca.

Formation

Une formation sur la vaccination contre la COVID-19 est en cours de développement et sera rendue disponible sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial dès le mardi 15 décembre 2020. La formation sera accessible au lien suivant : https://fcp.rtss.qc.ca/course/view.php?id=9806.

Selon son rôle (responsable de site, vaccinateur d'expérience, nouveau vaccinateur, etc.), l'intervenant sera appelé à suivre certaines formations parmi celles-ci :

1. Vaccination contre la COVID-19
   Objectif : Réaliser les tâches essentielles à la vaccination contre la COVID-19, selon les normes attendues au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) afin de protéger la population dans un contexte de pandémie mondiale ;

2. Gestion des vaccins
   Objectif : Réaliser les tâches essentielles à la gestion des vaccins selon les normes attendues en assurant un approvisionnement efficient et la qualité des vaccins à administrer ;

3. Formation de base en immunisation
   Objectifs : Connaître les notions de base du PIQ, utiliser efficacement le PIQ et appliquer les principes de base en vaccination dans le cadre de mises en situation cliniques.

Les modules obligatoires seront précisés à même la page de la formation sur l'ENA provincial lors de sa mise en disponibilité le 15 décembre. Notez bien que, afin de répondre rapidement et efficacement à la demande de formation, les capsules déposées sur l'ENA seront mises à jour régulièrement. Cela n'affectera toutefois pas les achèvements.

En ce qui a trait à la gestion des accès à l'ENA pour les intervenants concernés (incluant les nouvelles embauches), la majorité pourra se connecter automatiquement avec le code « Windows » individuel (authentification LDAP fédérée). Pour les CIUSSS et/ou CISSS qui n'auraient pas encore complété la migration de leurs annuaires (AD/LDAP) ou la distribution des comptes, il sera nécessaire de prévoir les accès par le biais de fichiers CSV. Compte tenu de l'envergure du déploiement, les ressources dédiées au soutien technique des apprenants pourraient être davantage sollicitées.

Soutien en ressources informationnelles

Le Système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI) est aussi en adaptation (volets gestion des produits immunisants et Registre de vaccination du Québec) pour soutenir l'ensemble des activités de cette campagne de vaccination.

… 5

Inscriptions au Registre de vaccination du Québec

Toute vaccination, qu'elle soit couverte ou non par le régime public, doit obligatoirement être saisie au registre de vaccination. Le délai de saisie pour le vaccin contre la COVID-19 est réduit à 24 heures, en priorisant la saisie en simultanée. Les aide-mémoires et les guides de saisie ont été ajoutés sur vos plateformes habituelles de formation. Il est important que les règles de saisie pour la COVID-19 soient respectées afin d'avoir le meilleur calcul de couverture vaccinale possible.

Communications et outils

Afin de soutenir le réseau, les professionnels de la santé et d'informer la population, plusieurs outils sont en développement et seront en constante évolution.

Un document de soutien logistique aux établissements et un questions-réponses pour les professionnels seront disponibles dans les prochains jours afin de vous soutenir sur la campagne de vaccination en cours.

Le Protocole d'immunisation du Québec sera également mis à jour pour intégrer le protocole du vaccin contre la COVID-19.

Prévenir la transmission des infections dans votre milieu de travail

Le début de la vaccination ne signifie pas la fin des mesures sanitaires. Plusieurs mois seront nécessaires pour immuniser une part suffisamment importante de la population. Les professionnels de la santé doivent faire partie intégrante de la prévention de la transmission des infections respiratoires dans leur milieu de travail en rappelant les règles de prévention pour tout patient se présentant dans vos milieux. Les autres mesures préventives, tels l'hygiène des mains, l'hygiène respiratoire, la distanciation physique et le port du masque doivent aussi être réitérées. Vous pouvez consulter ce lien pour plus d'information.

Votre engagement et votre collaboration contribueront à l'atteinte des objectifs poursuivis et favoriseront le mieux-être de la population québécoise. Pour toutes questions, vous pouvez écrire à l'adresse suivante : logistique-vaccin-covid@msss.gouv.qc.ca

Espérant ces renseignements utiles et vous remerciant de l'excellente collaboration que vous offrez, nous vous prions de recevoir, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La sous-ministre,

pour

Dominique Savoie

c. c. Présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics du RSSS
Directeurs de santé publiques régionaux
Responsables logistiques du RSSS

N/Réf. : 20-MS-10006-57

Émission :	16-11-2020	Mise à jour :	15-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-008.REV1

Catégorie(s) : ✓ Dépistage

Cibles et modalités d'accès au dépistage

Remplace la directive DGAUMIP-008

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 :**	Présidentes-directrices générales, présidents-directeurs généraux, directrices générales et directeurs généraux des établissements publics de santé et de services sociaux – 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 :	Directives ci-dessous

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 :	15-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-008.REV1

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 24 heures pour les personnes symptomatiques ou ayant été en contact étroit et prolongé avec un cas confirmé;
  - Moins de 48 heures dans les autres situations.
- Dans le but de respecter ces délais, les établissements doivent établir conjointement avec les laboratoires la fréquence et l'horaire optimal de livraison des échantillons, afin d'assurer un traitement et une transmission rapide des résultats[1].

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 sites de prélèvement;
  - 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/

[1] Des modalités particulières pourraient s'appliquer pour les régions éloignées.

Émission :	16-11-2020	Mise à jour :	15-12-2020

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 les personnes qui vivent à la même adresse (s'applique aussi aux enfants en garde partagée), 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, à proximité du lieu de travail
- Une communication des résultats :
  - En moins de 24 heures pour les travailleurs de la santé et des services sociaux et les personnes vivant à la même adresse qui sont symptomatiques (M3, M7) ainsi que pour les travailleurs dépistés dans un contexte d'éclosion (M5);
  - En moins de 36 heures pour les travailleurs de la santé et des services sociaux dans le cadre d'un dépistage systématique (M17) ou dans le contexte du passage d'une région à forte endémicité vers une région à faible endémicité (M20);
  - En moins de 48 heures dans les autres situations.
- 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 (p.ex. : 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;
  - Nunavik.
- 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.

Émission :	16-11-2020	Mise à jour :	15-12-2020

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).

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 tout ajustement relativement 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 :	15-12-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-012

Catégorie(s) :
- ✓ Première ligne
- ✓ GMF

Revenus reportés pour le personnel infirmier et les pharmaciens d'établissement en GMF

Première diffusion

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) – Direction générale adjointe de l'accès, des services proximité et des effectifs médicaux (DGAASPEM)**
Destinataires :	Présidentes-directrices générales, présidents-directeurs généraux, directrices générales et directeurs généraux des établissements publics de santé et de services sociaux – 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. La mesure proposée concerne les revenus reportés dans les groupes de médecine de famille (GMF), conformément à la Circulaire 2017-008.
Mesures à implanter :	Les établissements sont autorisés à ne pas reporter à l'année suivante les revenus correspondants aux heures non travaillées par les infirmières cliniciennes et les pharmaciens d'établissement en GMF, pour l'année financière 2020-2021.

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 :	N/A

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 :	15-12-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-012

Directive

La Circulaire 2017-008, concernant les rôles et responsabilités des centres intégrés dans la gestion et le suivi du Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (Programme GMF), stipule que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) autorise l'inscription de revenus reportés, et ce, pour l'année financière suivante seulement. Le MSSS tient compte des revenus reportés enregistrés au moment d'établir le financement de l'année subséquente pour les deux postes budgétaires suivants : le financement pour le personnel infirmier en GMF et le financement pour les services d'un pharmacien en GMF. Ces revenus reportés doivent servir uniquement aux fins pour lesquels ils sont prévus dans le Programme GMF.

Cependant, en raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 et de l'augmentation de cas d'infection au Québec, les soins et les services offerts ont dû être adaptés pour tenir compte de ce contexte exceptionnel. Cette situation s'est souvent traduite par une réduction de l'offre de service de certains milieux de première ligne et par une réaffectation des ressources professionnelles vers d'autres secteurs d'activité, en fonction des priorités ministérielles.

Puisque la Circulaire 2017-008 ne peut être appliquée dans de telles circonstances, le MSSS autorise les établissements à ne pas reporter à l'année suivante les revenus correspondant aux heures non travaillées par le personnel infirmier en GMF en 2020-2021.

Émission :	16-12-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-019

Catégorie(s) :

- ✓ Milieux de vie
- ✓ Milieux d'hébergement
- ✓ Milieux de soins
- ✓ Période des fêtes
- ✓ Sorties et visites

Directive sur les mesures applicables aux différents milieux de vie et de soins (CHSLD, RI-RTF, RPA, RAC, URCI, internat, foyer de groupe ou milieux de réadaptation en déficience physique, santé physique et modérée pour adulte) pour la période du 17 décembre 2020 au 11 janvier 2021 incluant la période des fêtes

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)**
Destinataires :	- CISSS et CIUSSS • Toutes les directions des programmes-services • Directeurs de la qualité • Répondants RI-RTF des établissements - Hôpital de réadaptation Villa Médica - Hôpital Marie-Clarac - Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James - Associations et organismes représentatifs de RI-RTF - Directeurs généraux des CHSLD PC et PNC - Association des établissements privés conventionnés (AEPC) - Association des établissements de 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 :	Compte tenu de la situation épidémiologique au Québec et afin de limiter la propagation de la COVID-19, il est recommandé de maintenir l'accès à un nombre restreint de personnes dans des milieux de vie où sont hébergées ou confiées des personnes vulnérables, et ce, à tous les paliers d'alerte. Considérant les annonces du premier ministre et du gouvernement concernant les consignes pour la période des fêtes adressées à la population générale, vous trouverez les mesures à appliquer dans les tableaux ci-joints pour les usagers des différents milieux de vie et de soins pour adultes (CHSLD, RI-RTF, RPA, RAC, URCI, internat, foyer de groupe, les milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou réadaptation modérée).

	Sont exclus de la présente directive, les RI-RTF jeunesse accueillant une clientèle non vulnérable à la COVID-19. Pour les autres milieux de vie, milieux de soins ou d'hébergement (par exemple, pour les 18 ans et moins : RI-RTF jeunesse accueillant des usagers non vulnérables à la COVID, RAC, URCI, internat, foyer de groupe et les milieux de réadaptation en déficience physique et CRJDA ainsi que pour toute clientèle dans les RHD, CRD et dans certains milieux communautaires), veuillez vous référer à la directive DGPPFC-033.
Mesures à implanter :	**Réitérer que :** - Les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) doivent s'appliquer en tout temps dans les différents milieux de vie, et ce, selon les directives en vigueur : • Distanciation physique de 2 mètres; • Hygiène des mains; • Disponibilité des ÉPI nécessaires; • Port du masque médical en tout temps. - Les directives pour les visites pour les soins palliatifs continuent de s'appliquer. - Un accompagnement des personnes qui accèdent au milieu de vie est nécessaire afin de valider l'absence de critères d'exclusion liés à la COVID-19. Les critères d'exclusion sont les suivants : • personnes infectées par la COVID-19 ayant reçu un résultat positif ou confirmé par lien épidémiologique et qui ne sont pas considérées comme rétablies; • personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles; • personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19; • personnes ayant eu un contact étroit avec un cas confirmé dans les 14 derniers jours; • personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par la santé publique; • personnes de retour d'un voyage à l'extérieur du Canada depuis 14 jours et moins. Ainsi, une personne présentant un de ces critères se verra refuser l'accès au milieu de vie. L'importance de s'assurer que les liens entre les personnes et leurs proches sont actualisés et intensifiés pendant la période des fêtes de façon virtuelle ou par le biais de contacts téléphoniques. La santé publique demande d'éviter les déplacements entre les régions. Les consignes pour le temps des fêtes destinées à la population générale dans le contexte de la COVID-19 sont disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca) ttps://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/consignes-temps-des-fetes-covid-19/. **Nouvelles mesures :** - Pendant la période des fêtes, il est demandé de tout mettre en œuvre pour favoriser une animation particulière du milieu de vie à la couleur des fêtes. Il est particulièrement important cette année de déployer des efforts additionnels pour créer une ambiance festive soit par de la musique, des repas thématiques, l'installation de décorations de Noël, etc. afin que les usagers puissent profiter de cette période de réjouissance. Il est important de respecter en tout temps les consignes de la santé publique et les mesures de PCI. Plus particulièrement, du 17 décembre 2020, et ce, jusqu'au 11 janvier 2021 minimalement, les milieux de vie devront mettre en place les mesures suivantes : - Les personnes proches aidantes qui seront accueillies dans les différents milieux de vie durant la période concernée doivent être particulièrement vigilantes afin de suivre les consignes de la population générale. - Seules les personnes proches aidantes connues du milieu de vie seront autorisées à accéder au milieu de vie. Ces personnes proches aidantes sont déjà familières avec les mesures PCI à respecter.

	- Favoriser la prise de rendez-vous auprès du milieu de vie pour faciliter l'accueil et l'accompagnement des personnes proches aidantes connues pour le respect des mesures PCI en tout temps selon les directives en vigueur. - Pour le palier d'alerte orange, les personnes proches aidantes provenant d'une autre région administrative ne pourront pas avoir accès aux milieux de vie du territoire concerné. - Pour le palier d'alerte rouge, seuls les déplacements de personnes proches aidantes entre territoires limitrophes et de même palier d'alerte seront acceptés. - Les mesures concernant les entrées et sorties sont prévues dans les tableaux en annexe et devront être appliquées en fonction du type de milieu et du palier d'alerte de la région. - Selon l'évolution situation épidémiologique au Québec, les présentes directives pourront être reconduites au-delà du 11 janvier 2021.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : Sans objet	
Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA) Direction générale des programmes aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)
Documents annexés :	- Feuillet d'information sur les mesures applicables s'adressant aux familles et personnes proches aidantes dont le proche réside dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou une ressource intermédiaire (RI) de 20 places et plus qui accueille des aînés, incluant le temps des fêtes - Feuillet d'information sur les mesures applicables s'adressant aux familles et personnes proches aidantes dont le proche réside dans une résidence privée pour aînés (RPA) incluant le temps des fêtes

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 DGPPFC,
Chantal Maltais

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

Émission :	16-12-2020	Mise à jour :	

ANNEXE 1 :

Mesures applicables dans tous/toutes :

- Les CHSLD;
- Les RI de 20 places et plus du programme-services SAPA.

Mesures	**Palier d'alerte 3 Orange**	**Palier d'alerte 4 Rouge**	**Usager en isolement préventif/Isolement ou milieu en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)**
Personnes proches aidantes (PPA)			
Accès à l'intérieur du milieu de vie dans la chambre ou dans une pièce dédiée[1]	**Permis** Maximum 2 PPA connues du milieu de vie par période de 24 heures	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux sans éclosion.
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
Sorties extérieures			
Sorties extérieures pour rassemblements	**Non permis** Aucune sortie extérieure pour des rassemblements Favoriser l'accueil de personnes proches aidantes connues dans les milieux.	**Non permis** Aucune sortie extérieure pour des rassemblements Favoriser l'accueil de personnes proches aidantes connues dans les milieux.	**Non permis** Aucune sortie extérieure pour des rassemblements Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux sans éclosion.
Congé temporaire dans la communauté habituelle	**Non permis** Sauf : en situation exceptionnelle pour préservation de l'intégrité et de la santé de la personne : • si essentiel pour l'usager et en respect de son plan d'intervention; • dans une zone du même niveau d'alerte; • chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint) et en mesure d'accueillir l'usager; • et selon une évaluation du risque en concertation avec la PCI de l'établissement. Dès maintenant, les responsables du CHSLD ou l'intervenant responsable du suivi professionnel de l'usager en RI doivent faire les démarches nécessaires pour :	**Non permis**	**Non permis**

[1] En RI seulement.

	• identifier les usagers qui envisagent de sortir; • donner les informations pertinentes concernant les conditions de sorties et de retour à l'usager; • réitérer à la personne qui accueille l'usager, les consignes qui s'appliquent à la population générale. Pour ce faire, référer la personne aux consignes disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca); • faire signer un contrat d'engagement moral par l'usager ou représentant légal et la personne qui accueille l'usager portant sur le respect des mesures PCI en tout temps : - Distanciation physique de 2 mètres[2]; - Hygiène des mains; - Port du masque médical. Au retour dans le milieu de vie : • Aucun test de dépistage nécessaire; • Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours. • Isolement préventif à la chambre de 14 jours.		

[2] Sauf si les contacts physiques sont requis pour assurer des soins essentiels à l'usager.

Émission :	16-12-2020	Mise à jour :	

ANNEXE 2 :

Mesures applicables dans tous/toutes : • les résidences privées pour aînés (RPA); • les RI de type appartement supervisé.			
Mesures	**Palier d'alerte 3** **Orange**	**Palier d'alerte 4** **Rouge**	**Usager en isolement préventif/Isolement ou milieu en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)**
Personnes proches aidantes (PPA)			
Accès à l'intérieur du milieu de vie dans la chambre ou dans une pièce dédiée[3]	**Permis** Maximum 2 PPA connues du milieu de vie par période de 24 heures	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux sans éclosion.
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
Résidents			
Activités à l'intérieur de la RPA	Les repas en salle à manger seront autorisés **seulement si** les mesures de prévention et de contrôle des infections sont appliquées de façon rigoureuse, dont la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents. Si cela n'est pas respecté, les repas à l'unité locative devront être privilégiés, sauf pour les RPA où l'exploitant partage son lieu de résidence avec les résidents. Seules les activités visant à prévenir le déconditionnement sont autorisées avec respect rigoureux des mesures de prévention et de contrôle des infections, dont la distanciation physique de 2 mètres entre les résidences et l'absence de partage d'objets. Les activités exercées selon l'application du concept de bulle sont suspendues durant cette période.	Les repas en salle à manger seront autorisés **seulement si** les mesures de prévention et de contrôle des infections sont appliquées de façon rigoureuse, dont la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents. Si cela n'est pas respecté, les repas à l'unité locative devront être privilégiés, sauf pour les RPA où l'exploitant partage son lieu de résidence avec les résidents. Seules les activités visant à prévenir le déconditionnement sont autorisées avec respect rigoureux des mesures de prévention et de contrôle des infections, dont la distanciation physique de 2 mètres entre les résidences et l'absence de partage d'objets. Les activités exercées selon l'application du concept de bulle sont suspendues durant cette période.	Seuls les repas à l'unité locative sont autorisés **Non permis :** Activités de groupe
Sorties extérieures			
Sorties extérieures pour des rassemblements	**Non permis** Les sorties pour des rassemblements à l'extérieur sont non permises. Toutefois, les personnes seules peuvent se greffer à une autre bulle familiale (**une seule bulle et toujours la même**), sauf pour les résidents d'une unité de soins.	**Non permis** Les sorties pour des rassemblements à l'extérieur sont non permises. Toutefois, les personnes seules peuvent se greffer à une autre bulle familiale (**une seule bulle et toujours la même**), sauf pour les résidents d'une unité de soins.	**Non permis** Aucune sortie extérieure pour des rassemblements

[3] En RI seulement

	Il est recommandé de : • identifier les résidents vivant seuls qui envisagent de sortir; • donner les informations pertinentes concernant les conditions de sorties et de retour; • sensibiliser la personne qui accueille le résident aux consignes qui s'appliquent à la population générale. Pour ce faire, référer la personne aux consignes disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca); • faire signer un contrat d'engagement moral par le résident et la personne qui accueille le résident portant sur le respect des mesures PCI en tout temps : - Distanciation physique de 2 mètres[4]; - Hygiène des mains; - Port du masque médical. Au retour dans le milieu de vie : • Aucun test de dépistage nécessaire; • Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours; • Isolement volontaire à l'unité locative pour une période de 7 jours, et ce, afin d'éviter les contacts avec les autres résidents. Pour tous les résidents, les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres résidents ou en respectant la distanciation de 2 mètres.	Il est recommandé de : • identifier les résidents vivant seuls qui envisagent de sortir; • donner les informations pertinentes concernant les conditions de sorties et de retour; • sensibiliser la personne qui accueille le résident aux consignes qui s'appliquent à la population générale. Pour ce faire, référer la personne aux consignes disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca); • faire signer un contrat d'engagement moral par le résident et la personne qui accueille le résident portant sur le respect des mesures PCI en tout temps : - Distanciation physique de 2 mètres[5]; - Hygiène des mains; - Port du masque médical. Au retour dans le milieu de vie : • Aucun test de dépistage nécessaire; • Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours; • Isolement volontaire à l'unité locative pour une période de 7 jours, et ce, afin d'éviter les contacts avec les autres résidents. Pour tous les résidents, les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres résidents ou en respectant la distanciation de 2 mètres.	Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux sans éclosion.

[4] Sauf si les contacts physiques sont requis pour assurer des soins essentiels à l'usager.
[5] Sauf si les contacts physiques sont requis pour assurer des soins essentiels à l'usager.

Émission :	16-12-2020	Mise à jour :	

ANNEXE 3 :

Mesures applicables dans tous/toutes : • les RI de 19 places et moins du programme-services SAPA; • les RI adultes des autres programmes-services, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; • les RAC, URCI, internat ou foyer de groupe pour la clientèle adulte ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID -19; ▪ tous les milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou de réadaptation modérée pour adultes.			
Mesures	**Palier d'alerte 3** **Orange**	**Palier d'alerte 4** **Rouge**	**Usager en isolement préventif/Isolement ou milieu en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)**
Personnes proches aidantes (PPA)			
Accès à l'intérieur du milieu de vie dans la chambre ou dans une pièce dédiée[6]	**Permis** Maximum 2 PPA connues du milieu de vie par période de 24 heures	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux.
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.
Sorties extérieures			
Sorties extérieures pour des rassemblements	**Non permis** Aucune sortie extérieure pour des rassemblements Favoriser l'accueil de personnes proches aidantes connues dans les milieux. Les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres usagers ou en respectant la distanciation de 2 mètres.	**Non permis** Aucune sortie extérieure pour des rassemblements Favoriser l'accueil de personnes proches aidantes connues dans les milieux. Les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres usagers ou en respectant la distanciation de 2 mètres.	**Non permis** Aucune sortie extérieure pour des rassemblements Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux sans éclosion.
Congé temporaire dans la communauté habituelle	**Non permis**	**Non permis**	**Non permis**

[6] En RI seulement

	Sauf : en situation exceptionnelle pour préservation de l'intégrité et de la santé[7] de la personne : • si essentiel pour l'usager et en respect de son plan d'intervention; • dans une zone de même niveau d'alerte; • chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint) et en mesure d'accueillir l'usager; • et selon une évaluation du risque en concertation avec la PCI de l'établissement. Dès maintenant, les responsables du milieu ou l'intervenant responsable du suivi professionnel de l'usager en RI doivent faire les démarches nécessaires pour : • identifier les usagers qui envisagent de sortir; • donner les informations pertinentes concernant les conditions de sorties et de retour à l'usager; • réitérer à la personne qui accueille l'usager, les consignes qui s'appliquent à la population générale. Pour ce faire, référer la personne aux consignes disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca); • faire signer un contrat d'engagement moral par l'usager ou représentant légal et la personne qui accueille l'usager portant sur le respect des mesures PCI en tout temps : - Distanciation physique de 2 mètres[8]; - Hygiène des mains; - Port du masque médical. Au retour dans le milieu de vie : • Aucun test de dépistage nécessaire; • Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours. • Isolement préventif à la chambre de 14 jours.		

[7] La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (définition de l'Organisation mondiale de la Santé).
[8] Sauf si les contacts physiques sont requis pour assurer des soins essentiels à l'usager.

ANNEXE 4 :

Mesures applicables aux : • RTF et RIMA adultes (cellule familiale); • RTF et RIMA, ayant ou pas des usagers vulnérables à la COVID-19 ; • RI adultes, n'ayant pas d'usagers vulnérables à la COVID -19; • RAC, URCI, internat ou foyer de groupe pour la clientèle adulte, n'ayant pas d'usagers vulnérables à la COVID -19.			
Mesures	**Palier d'alerte 3** **Orange**	**Palier d'alerte 4** **Rouge**	**Usager en isolement préventif/Isolement ou milieu en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)**
Personnes proches aidantes (PPA)			
Accès à l'intérieur du milieu de vie dans la chambre ou dans une pièce dédiée[9]	**Permis** Maximum 2 PPA connues du milieu de vie par période de 24 heures	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux sans éclosion.
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
Sorties extérieures			
Sorties extérieures pour des rassemblements	Les usagers ainsi que les responsables des ressources sont fortement invités à suivre les consignes destinées à la population générale. Pour ce faire, référer les résidents aux consignes disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca). Toutefois les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie ou rendez-vous médical) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres usagers ou en respecter la distanciation de 2 mètres, sauf pour les RTF. Si la capacité des lieux est insuffisante pour assurer le respect des mesures PCI, notamment, la distanciation physique de 2 mètres entre les personnes et l'usager, privilégier les rassemblements hors du milieu. Dès maintenant, les responsables du milieu ou l'intervenant responsable du suivi professionnel de l'usager en RI-RTF doivent faire les démarches nécessaires pour : • identifier les usagers qui envisagent de sortir;	**Non permis** Les sorties pour des rassemblements à l'extérieur sont non permises. Les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres usagers ou en respectant la distanciation de 2 mètres.	**Non permis** Les sorties pour des rassemblements à l'extérieur sont non permises. Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux sans éclosion.

[9] En RI seulement. En RTF, une pièce dédiée peut être un salon ou une salle à manger.

	• donner les informations pertinentes concernant les conditions de sorties et de retour à l'usager; • réitérer à la personne qui accueille l'usager, les consignes qui s'appliquent à la population générale. Pour ce faire, référer la personne aux consignes disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca) et le respect des mesures PCI en tout temps : - Distanciation physique de 2 mètres[10]; - Hygiène des mains; - Port du masque médical. • faire signer un contrat d'engagement moral par l'usager ou représentant légal et la personne qui accueille l'usager portant sur le respect des mesures PCI en tout temps : - Distanciation physique de 2 mètres[11]; - Hygiène des mains; - Port du masque médical. Au retour dans le milieu de vie : • Aucun test de dépistage nécessaire; • Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours. • Isolement préventif à la chambre de 7 jours et si plusieurs usagers dans la même chambre, il faut éviter la cohabitation, le cas échéant.		
Congé temporaire dans la communauté habituelle	**Sorties non recommandées** Sauf : en situation exceptionnelle pour préservation de l'intégrité et de la santé de la personne : • si essentiel pour l'usager et en respect de son plan d'intervention; • dans une zone du même niveau d'alerte; • chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint) et en mesure d'accueillir l'usager; • et selon une évaluation du risque en concertation avec la PCI de l'établissement. Dès maintenant, les responsables du milieu ou l'intervenant responsable du suivi professionnel de l'usager en RI-RTF doivent faire les démarches nécessaires pour : • identifier les usagers qui envisagent de sortir; • donner les informations pertinentes concernant les conditions de sorties et de retour à l'usager; • réitérer à la personne qui accueille l'usager, les consignes qui s'appliquent à la population générale. Pour ce faire, référer la personne aux consignes disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca);	**Non permis**	**Non permis**

[10] Sauf si les contacts physiques sont requis pour assurer des soins essentiels à l'usager.
[11] Sauf si les contacts physiques sont requis pour assurer des soins essentiels à l'usager.

	• faire signer un contrat d'engagement moral par l'usager ou représentant légal et la personne qui accueille l'usager portant sur le respect des mesures PCI en tout temps : - Distanciation physique de 2 mètres[12]; - Hygiène des mains; - Port du masque médical. Au retour dans le milieu de vie : • Aucun test de dépistage nécessaire; • Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours. • Isolement préventif à la chambre de 7 jours.		

[12] Sauf si les contacts physiques sont requis pour assurer des soins essentiels à l'usager.

Émission :	16-12-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-033

Catégorie(s) :

- ✓ Milieux de vie
- ✓ Milieux d'hébergement
- ✓ Milieux de soins
- ✓ Période des fêtes
- ✓ Sorties et visites

Directive sur les mesures applicables aux différents milieux de vie, de soins ou d'hébergement pour la période des fêtes du 24 au 27 décembre 2020 (centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, RI-RTF jeunesse, RAC et URCI jeunesse, internat et foyer de groupe jeunesse ou milieux de réadaptation en déficience physique jeunesse, ressources d'hébergement en dépendance, centre de réadaptation en dépendance et autres ressources communautaires)

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)**

Destinataires :	Tous les établissements du RSSS • Directeurs programme jeunesse • Directeurs de la protection de la jeunesse • Directeurs services sociaux généraux • Directeurs Santé mentale, dépendance itinérance • Directeurs déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme • Directeurs de la qualité; • Répondants RI-RTF Ressources d'hébergement communautaires ou privées en santé mentale (Centre de crise) en dépendance (RHD) ou autres ressources d'hébergement communautaires

Émission :	16-12-2020	Mise à jour :	

Directive	
Objet :	Compte tenu de la situation épidémiologique au Québec et afin de limiter la propagation de la COVID-19, il est recommandé de maintenir l'accès à un nombre restreint de personnes dans des milieux de vie, milieux de soins ou d'hébergement où sont hébergées ou confiées des personnes vulnérables et ce, à tous les paliers d'alerte. Considérant les annonces du premier ministre et du gouvernement concernant les consignes pour la période des fêtes, vous trouverez deux nouvelles mesures à appliquer dans les milieux de vie, milieux de soins ou d'hébergement suivants : • Centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation; • Ressources d'hébergement communautaires en santé mentale (Centre de crise); • Ressources d'hébergement privées ou communautaires en dépendance (RHD); • Centre de réadaptation en dépendance (CRD); • Autres ressources d'hébergement communautaires, si applicable; • RI-RTF jeunesse; • Ressources à assistance continue (RAC), unités de réadaptation comportementale intensive (URCI), internats, foyers de groupe des programmes en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (18 ans et moins); • Centres de réadaptation en déficience physique (18 ans et moins).
Mesures à implanter :	**Réitérer que :** Les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) doivent s'appliquer en tout temps dans les différents milieux de vie, et ce, selon les directives en vigueur. L'importance de s'assurer que les liens entre les personnes et leurs proches sont actualisés pendant la période des fêtes de façon virtuelle ou par le biais de contacts téléphoniques; Un accompagnement des personnes qui accèdent au milieu de vie est nécessaire afin de valider l'absence de critères d'exclusion en lien avec les symptômes liés à la COVID-19. Les contacts ordonnés par la Cour du Québec ou la Cour supérieure continuent de s'appliquer conformément à l'arrêté ministériel 2020-032 et selon les modalités possibles prévues par l'algorithme décisionnel applicable. Les consignes pour le temps des fêtes destinées à la population générale dans le contexte de la COVID-19 sont disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca) **Deux nouvelles mesures :** En cette période des fêtes, il est demandé de tout mettre en œuvre pour favoriser dès maintenant, et ce, tout au long du mois de décembre, une animation particulière du milieu de vie aux couleurs des fêtes. De privilégier les sorties à l'extérieur du milieu de vie ou d'hébergement aux visites à l'intérieur de ces milieux, à tous les paliers d'alerte.

Émission :	16-12-2020	Mise à jour :	

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	• Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires dssgac@msss.gouv.qc.ca • Direction générale adjointe des services de santé mentale, dépendance et itinérance Faqinfocovid19@msss.gouv.qc.ca • Direction générale adjointe des services à la famille, à l'enfance et à la jeunesse : dgasfej@ssss.gouv.qc.ca • Direction des programmes en déficience en trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique : dpditsa@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	Annexe 1 : *Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte (directive applicable aux milieux d'hébergement en dépendance et itinérance)* Annexe 2 : *Gradation des mesures dans certains milieux de vie jeunesse fonction des paliers d'alerte*

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 :	16-12-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-033

Directive

La présente directive fait suite aux annonces du premier ministre et du gouvernement concernant la période des fêtes pour tous les Québécoises et les Québécois : www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/consignes-temps-des-fetes-covid-19/

Pour la période du 24 au 27 décembre 2020, nous recommandons, pour les milieux suivants :

- Centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation;
- Ressources d'hébergement communautaires en santé mentale (Centre de crise);
- Ressources d'hébergement privées ou communautaires en dépendance (RHD);
- Centre de réadaptation en dépendance (CRD);
- Autres ressources d'hébergement communautaires, si applicable;
- RI-RTF jeunesse;
- Ressources à assistance continue (RAC), unités de réadaptation comportementale intensive (URCI), internats, foyers de groupe des programmes en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (18 ans et moins);
- Centres de réadaptation en déficience physique (18 ans et moins).

Les sorties avec les proches de l'usager doivent être privilégiées aux visites dans le milieu de vie ou d'hébergement. Ces sorties ou visites devront être faites conformément au contexte clinique de l'usager, en respectant les règles de prévention et contrôle des infections (PCI) en vigueur et les mesures applicables au palier d'alerte de la région concernée.

Les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) suivantes devront par ailleurs être respectées en tout temps :

- port du masque médical;
- distanciation physique de 2 mètres;
- hygiène des mains.

Autres dispositions :

- Dans la mesure du possible, privilégier que la sortie ou visite avec leur proche se réalise à l'intérieur de la région administrative où réside l'usager du milieu de vie/d'hébergement, pour éviter les déplacements interrégionaux, puisque ceux-ci sont non recommandés;
- La sortie ou visite ne sera pas possible advenant qu'une personne réponde à ces critères que ce soit l'usager ou une personne de sa bulle familiale:
    - personnes infectées par la COVID-19 ayant reçu un résultat positif ou confirmé par lien épidémiologique et qui ne sont pas considérées comme rétablies;
    - personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles;
    - personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19;
    - personnes ayant eu un contact étroit avec un cas confirmé dans les 14 derniers jours;
    - personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par la santé publique;
    - personnes de retour d'un voyage à l'extérieur du Canada dans moins de 14 jours.

- Un accompagnement des personnes qui accèdent au milieu de vie, milieu de soins ou d'hébergement est nécessaire afin de valider l'absence de critères d'exclusion en lien avec les symptômes liés à la COVID-19 détaillés au paragraphe précédent. Ainsi, toute personne présentant un de ces critères se verra refuser l'accès au milieu de vie, d'hébergement ou de soins.
- L'importance de s'assurer que les liens entre les usagers et leurs proches sont maintenus pendant la période des fêtes de façon virtuelle ou par le biais de contacts téléphoniques;
- Respecter les consignes de la Santé publique applicables à la population générale pour la période des fêtes.

Nouvelles mesures :

En cette période des fêtes, il est demandé de tout mettre en œuvre pour favoriser dès maintenant, et ce, tout au long du mois de décembre, une animation particulière du milieu de vie, milieu de soins ou d'hébergement à la couleur des fêtes. Il est particulièrement important cette année de déployer des efforts additionnels pour créer une ambiance festive soit par une programmation ou des activités spéciales, de la musique, des repas thématiques, l'installation de décorations de Noël, etc. afin que les usagers puissent profiter de cette période de réjouissance.

Privilégier les sorties à l'extérieur du milieu de vie ou d'hébergement aux visites à l'intérieur de ces milieux, à tous les paliers d'alerte.

Outre les dispositions de la période du 24 au 27 décembre 2020, les trajectoires ou directives applicables à chacun de ces milieux demeurent effectives selon les modalités usuelles. À cet effet, vous référer aux directives ci-dessous :

Émission :	16-12-2020	Mise à jour :	

Directives :

- Toutes les directives du programme Jeunes en difficulté: https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/sujets/jeunes-en-difficulte
- Pour les services dépendance et en itinérance, veuillez vous référer à l'Annexe 1 : *Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte (directive applicable aux milieux d'hébergement en dépendance et itinérance)*
- Pour les services en santé mentale, veuillez vous référer, lorsqu'applicable, à l'Annexe 1 : *Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte (directive applicable aux milieux d'hébergement en dépendance et itinérance)*
- Pour les directives applicables aux RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ / LSSSS, veuillez-vous référer à la directive : DGAPA-001.REV1, tableau E; https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgapa-001-rev1_tableau-e.pdf
- Pour les ressources à assistance continue (RAC), unités de réadaptation comportementale intensive (URCI), internats, foyers de groupe des programmes en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (18 ans et moins) et les Centres de réadaptation en déficience physique (18 ans et moins), veuillez-vous référer à l'Annexe 2. *Gradation des mesures dans certains milieux de vie jeunesse fonction des paliers d'alerte*
- Pour les autres milieux de vie, veuillez vous référer à la directive DGAPA-01

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

Directives générales applicables aux lieux d'hébergement
Unités internes des centres de réadaptation en dépendance, ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance ou aux personnes en situation d'itinérance, ressources d'hébergement communautaires pour femmes violentées ou en difficulté, pour hommes en difficulté et pour les jeunes

	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 d'hébergement)
Accès au milieu (visites et sorties) : le nombre de nouveaux visiteurs peut être modulé en fonction de la capacité d'accueil et du contexte particulier du milieu d'hébergement (nombre de cas infectés ou employés absents).					
Personnes proches aidantes qui apportent une aide ou un soutien significatif (PPA)[1]					
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 + 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 à la fois dans le milieu d'hébergement*, fortement recommandé que les PPA soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distance physique de 2 mètres	Permis maximum 6 personnes à la fois dans le milieu d'hébergement*, 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
Sur le terrain du milieu d'hébergement	Permis maximum 10 personnes à la fois**, fortement recommandé que les PPA soient en provenance de maximum 3 ménages	Permis maximum 10 personnes à la fois**, fortement recommandé que les visiteurs soient en provenance d'un maximum de 3 ménages	Permis maximum 6 personnes à la fois**	Permis 1 PPA à la fois. Coordination nécessaire par la ressource	Isolement préventif ou isolement : Non permis Si 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 Si éclosion, non permis sauf si autorisation de l'équipe PCI (unité ou étage distinct)

[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

* : Le nombre total de personnes qui peuvent visiter le milieu d'hébergement simultanément, inclus à la fois les PPA et les visiteurs.
** : Le nombre de personnes maximum fait référence au nombre total incluant l'usager concerné, les personnes proches aidantes et les visiteurs.

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

Directives générales applicables aux lieux d'hébergement

Unités internes des centres de réadaptation en dépendance, ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance ou aux personnes en situation d'itinérance, ressources d'hébergement communautaires pour femmes violentées ou en difficulté, pour hommes en difficulté et pour les jeunes

	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 d'hébergement)
Visiteurs[2]					
À l'intérieur du milieu, dans la chambre	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	Non permis	Non permis sauf si autorisation de l'équipe PCI
À l'intérieur du milieu, dans les espaces communs (ex : salon, salle à manger, etc.)	Permis maximum 6 personnes à la fois dans le milieu d'hébergement*, fortement recommandé que ces visiteurs soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres.	Permis maximum 6 personnes à la fois dans le milieu d'hébergement*, fortement recommandé que ces visiteurs soient en provenance de maximum 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres.	Permis maximum 2 visiteurs à la fois. Coordination nécessaire par la ressource	Non permis	Non permis
Sur le terrain du milieu d'hébergement	Permis maximum 10 personnes à la fois**, fortement recommandé que les visiteurs soient en provenance d'un maximum de 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Permis maximum 10 personnes à la fois**, fortement recommandé que les visiteurs soient en provenance d'un maximum de 3 ménages, en respectant la distanciation physique de 2 mètres	Permis maximum 6 personnes à la fois*, si aucune circulation à l'intérieur du milieu d'hébergement n'est requise pour y accéder	Non permis	Non permis
Accompagner l'usager à l'extérieur du terrain (ex. marche)	Permis	Permis	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/l'intervention à distance sinon ajuster la fréquence selon les besoins signalés	Favoriser la consultation/l'intervention à distance sinon services essentiels seulement	Favoriser la consultation/l'intervention à distance sinon services essentiels seulement
Bénévoles	Permis	Permis	Services essentiels seulement et application rigoureuse des mesures PCI	Services essentiels seulement et application rigoureuse des mesures PCI	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

[2] **Visiteur** : 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.

* : Le nombre total de personnes qui peuvent visiter le milieu d'hébergement simultanément, inclus à la fois les PPA et les visiteurs.
** : Le nombre de personnes maximum fait référence au nombre total incluant l'usager concerné, les personnes proches aidantes et les visiteurs.

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

Directives générales applicables aux lieux d'hébergement
Unités internes des centres de réadaptation en dépendance, ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance ou aux personnes en situation d'itinérance, ressources d'hébergement communautaires pour femmes violentées ou en difficulté, pour hommes en difficulté et pour les jeunes

	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 d'hébergement)**
Visites de vigie PCI	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis
Visites des équipes responsables de la certification des RHD	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 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
Visites d'évaluation de la conformité effectuées par Agrément Canada	Permis	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Usagers/personnes hébergées					
Repas à la salle à manger	Permis	Permis	Permis en réduisant le nombre d'usagers/personnes hébergées en même temps, augmenter les heures de repas ou appliquer le principe de bulle, si possible.	Permis, si concept de bulle applicable et respect de la distanciation physique de 2 mètres.	
Repas à la chambre	Non recommandé (sauf si condition clinique particulière de l'usager/personne hébergée)	Non recommandé (sauf si condition clinique particulière de l'usager/personne hébergée)	Non recommandé (sauf si condition clinique particulière de l'usager/personne hébergée)	Recommandé, si concept de bulle non applicable	Nécessaire, si concept de bulle non applicable
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 seulement si concept de bulle applicable	Non permis

* : Le nombre total de personnes qui peuvent visiter le milieu d'hébergement simultanément, inclus à la fois les PPA et les visiteurs.
** : Le nombre de personnes maximum fait référence au nombre total incluant l'usager concerné, les personnes proches aidantes et les visiteurs.

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

Directives générales applicables aux lieux d'hébergement Unités internes des centres de réadaptation en dépendance, ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance ou aux personnes en situation d'itinérance, ressources d'hébergement communautaires pour femmes violentées ou en difficulté, pour hommes en difficulté et pour les jeunes					
	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 d'hébergement)**
Activités de réinsertion socio-professionnelles (école, stages, travail, centre de jour, etc.)	Permis	Permis	Permis	Non permis, sauf pour l'usager/ personne hébergée qui occupe un emploi dans les services essentiels	Non permis
Sorties extérieures (restaurant, pharmacie, etc.)	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager/personne hébergée	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager/personne hébergée	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager/personne hébergée	Privilégier la livraison ou sortie uniquement pour les services essentiels	Non permis
Marches extérieures	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager/personne hébergée	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager/personne hébergée	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager/personne hébergée	Permis sur le terrain et à l'extérieur du terrain avec supervision seulement	Permis, uniquement sur le terrain
Sorties temporaires	Permis	Permis	Non recommandé	Non permis	Non permis
Personnel/remplaçants/stagiaires[3]					
Personnel/remplaçant/stagiaires dédié au milieu d'hébergement	Recommandé	Recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire	Obligatoire
Changement de vêtement avant et après chaque quart de travail	Recommandé	Recommandé	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

NOTE :

L'application de certaines mesures peut comporter des enjeux pour les personnes en situation d'itinérance et nécessiter de la souplesse quant à leur application, notamment en ce qui a trait aux marches extérieures et aux sorties temporaires.

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

- Les facteurs de vulnérabilité à la COVID-19 des personnes d'un même milieu d'hébergement;
- L'organisation de services du milieu d'hébergement (milieu d'hébergement 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.

* : Le nombre total de personnes qui peuvent visiter le milieu d'hébergement simultanément, inclus à la fois les PPA et les visiteurs.
** : Le nombre de personnes maximum fait référence au nombre total incluant l'usager concerné, les personnes proches aidantes et les visiteurs.

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

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

ANNEXE 2

Directives applicables aux usagers de moins de 18 ans pour les ressources à assistance continue (RAC), unités de réadaptation comportementale intensive (URCI), internats, foyers de groupe des programmes en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme et les Centres de réadaptation en déficience physique

	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
Personnes proches aidantes (PPA) [2](ou toute autre personne en contexte d'ordonnance)					
Visites à l'intérieur du milieu dans la chambre de l'usager	Permis Maximum 2 PPA à la fois	Permis Maximum 2 PPA à la fois	Permis Maximum 1 PPA à la fois. Ajuster la fréquence en compensant par d'autres moyens (ex. : téléphonique ou virtuel)	Permis Maximum 1 PPA à la fois pour apporter son aide ou son soutien au jeune, dans sa chambre ou dans une pièce dédiée.	Permis Maximum 1 PPA 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	Permis	Permis	Permis	Permis Maximum 1 PPA 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. 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] 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.

Pour les PPA 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 certains milieux de vie jeunesse fonction des paliers d'alerte

	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	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	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 par d'autres moyens (ex. : téléphonique).	Maximum 1 PPA à la fois. Ajuster la fréquence en compensant 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), visites de vigie de la qualité du milieu de vie (MSSS) 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	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.

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

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
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);

[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.

- 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 :	19-12-2020	Mise à jour :	-

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-005

Catégorie(s) :
- ✓ Vaccination COVID-19
- ✓ Milieux de vie
- ✓ Personnes proches aidantes

Directive sur la priorisation des travailleurs de la santé pour les rendez-vous de vaccination COVID-19 et des personnes proches aidantes dans les CHSLD

Nouvelle directive

Expéditeur :	Direction générale de la santé publique (DGSP)

Destinataires :	- PDG des établissements - DG des établissements privés conventionnés - Directeurs régionaux de santé publique du RSSS - Directeurs des services professionnels du RSSS

Directive	
Objet :	Dans le contexte de la mise en fonction des sites de vaccination au courant de la semaine du 21 décembre 2020, la présente vise à fournir des orientations provinciales sur les travailleurs de la santé à cibler pour les plages de rendez-vous, vu les quantités limitées de vaccins disponibles pour l'instant.

Principe :	Prémisses :
	• Le vaccin vise à protéger la personne qui le reçoit.
	• La priorisation est basée sur la criticité du secteur ou des ressources :
	  • Secteur critique dont les services ne peuvent être suspendus;
	  • En l'absence de ce corps d'emploi, la qualité des soins et services offerts à l'usager ou le fonctionnement du milieu de vie sont compromis;
	  • Rareté des ressources humaines;
	  • Secteur COVID où le roulement de personnel est à éviter.

Mesures à implanter :	✓ Des modalités particulières doivent être mises en place afin de s'assurer que tous les travailleurs ciblés puissent avoir accès au vaccin même s'ils ne sont pas des employés du CISSS ou du CIUSSS de qui relève directement le site de vaccination.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes :	
Direction ou service ressource :	Direction générale de la santé publique santepubliquequebec@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Annexe 1 Volet CHSLD et en RI-RTF SAPA ✓ Annexe 2 Volet hospitalier et 1ère ligne ✓ Annexe 3 Volet Soutien à domicile ✓ Annexe 4 Volet Résidences privées pour aînées (RPA)

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
Le sous-ministre adjoint,
Horacio Arruda

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

Émission :	19-12-2020	Mise à jour :	-

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle **DGSP-005**

Directive

Directive sur la priorisation des travailleurs de la santé pour les rendez-vous de vaccination COVID-19 et des proches aidants dans les CHSLD

Priorisation des travailleurs de la santé

Dans le contexte de la mise en fonction des sites de vaccination au courant de la semaine du 21 décembre 2020, la présente correspondance vise à fournir des orientations provinciales sur les travailleurs de la santé à cibler pour les plages de rendez-vous, vu les quantités limitées de vaccins disponibles pour l'instant. Conformément à la définition adoptée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), les travailleurs de la santé à prioriser sont ceux :

- qui donne des soins;
- qui sont en contact étroit avec les usagers;
- dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers;
- qui ont un impact sur le fonctionnement de l'organisation des soins et des services (criticité du corps d'emploi).

La première priorité est la vaccination du personnel des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et des ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF) qui accueillent des aînés, incluant la main d'œuvre indépendante ainsi que la main d'œuvre provenant d'organisme partenaire tel que la Croix-Rouge Canadienne décrit à l'annexe 1. Le personnel des CHSLD publics, privés conventionnés et privés non conventionnés est inclus dans cette priorisation. À noter que le personnel œuvrant dans les RI-RTF n'a pas de nomenclature standardisée des titres d'emploi. Il est donc demandé d'établir la priorisation en évaluant les tâches de l'employé qui sont assimilables à celles des titres d'emploi des salariés du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) prévus à la liste (par exemple : « aide à la personne âgée en RI » vers le titre d'emploi de préposé aux bénéficiaires du RSSS).

La deuxième priorité pour les rendez-vous est les travailleurs en soins aigus de première ou deuxième ligne tels que décrits à l'annexe 2. Les catégories n'ont pas besoin d'être suivies dans l'ordre de haut en bas de la liste en fonction des réalités locales, mais les rendez-vous doivent respecter les critères énoncés à la première page et viser l'atteinte des objectifs de maintien du fonctionnement du système de santé.

La troisième priorité est les travailleurs de la santé à l'emploi d'un CISSS ou CIUSSS qui offrent des services de soutien à domicile pour la clientèle de plus de 70 ans incluant la main d'œuvre du Programme d'allocation directe-Chèque emploi-service ainsi que la main d'œuvre provenant d'organisme partenaire tels que les entreprises d'économie sociale en aide à domicile. Sont également concernés, les travailleurs à l'emploi des résidences privées pour aînées, en respectant toujours les critères mentionnés ci-haut. Se référer aux annexes 3 et 4 pour plus de détails.

Les autres travailleurs de la santé et des services sociaux qui travaillent avec des clientèles spécifiques seront considérés dans la catégorie des travailleurs essentiels de moins de 60 ans.

Avoir eu un diagnostic de COVID-19 n'est pas une contre-indication à la vaccination, cela étant dit, il est recommandé que les personnes qui n'ont pas eu de diagnostic confirmé de COVID-19 dans les trois derniers mois soient priorisées devant ceux ayant fait une infection récente, puisque les cas récents de COVID-19 acquièrent généralement une immunité du moins pour une période de trois mois. Il n'est pas recommandé d'exiger un test négatif pour vacciner un travailleur de la santé.

L'ensemble de ces catégories comprend quelques centaines de milliers de travailleurs donc devrait prendre quelques mois à couvrir. Nous suivrons la situation de près et des consignes d'élargissements afin de couvrir un plus grand nombre de travailleurs seront acheminées lorsque pertinent et selon les allocations de vaccins.

Personnes proches aidantes dans les CHSLD

Les personnes proches aidantes qui apportent un soutien régulier à un résident hébergé en CHSLD pourront se voir offrir le vaccin pour la COVID-19 lorsque les activités de vaccination seront réalisées sur place. La dame de compagnie est considérée comme une personne proche aidante si elle apporte un soutien. Ces personnes doivent remplir les critères suivants :

- Âgées de 70 ans et plus;
- Présence 3 jours par semaine ou plus en soutien à leur proche en CHSLD;
- 1 seule personne par résident du CHSLD;
- Selon l'accord des gestionnaires du CHSLD vu le rôle essentiel auprès des résidents.

Les proches aidants ne répondant pas à ces critères pourront se faire vacciner en fonction des priorités établies pour la population générale (ex : par groupes d'âge).

Annexe 1 : Volet CHSLD et en RI-RTF SAPA

Définition retenue pour les travailleurs de la santé :

- Toute personne qui donne des soins;

ET /ou

- Qui est en contact étroit avec les usagers;

OU

- Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Prémisses :

- Le vaccin vise à protéger la personne qui le reçoit.
- La priorisation est basée sur la criticité du secteur ou des ressources :
  - Secteur critique dont les services ne peuvent être suspendus;
  - En l'absence de ce corps d'emploi, la qualité des soins et services offerts à l'usager ou le fonctionnement du milieu de vie sont compromis;
  - Rareté des ressources humaines;
  - Secteur COVID où le roulement de personnel est à éviter.

La priorisation présentée a été effectuée selon le titre d'emploi et est basée sur la rareté des ressources humaines ou selon le risque de rupture de services relié à l'absence de ressources humaines ainsi que selon les contacts étroits avec la clientèle.

Secteurs par ordre de priorité selon la criticité	Titres d'emploi
Bloc 1	Regroupement des titres d'emploi de préposé, préposée aux bénéficiaires ou ASSS; Regroupement des titres d'emploi d'infirmier ou d'infirmière (d'infirmier clinicien ou d'infirmière clinicienne et d'infirmier praticien ou d'infirmière praticienne; (incluant main d'œuvre indépendante); Personne proche aidante (selon la définition ci-haut); Aides de service, incluant les prestataires de services externes tels que la Croix rouge, ambulance St-Jean; Inhalothérapeute; Préposés à la buanderie; Préposés ou préposée à l'entretien ménager (travaux légers); Pharmaciens ou ATP; Médecins.
Bloc 2	Physiothérapeute; Ergothérapeute; Thérapeute en réadaptation physique ou assistant en réadaptation; Hygiéniste dentaire; Dentistes; Kinésiologue; Psychoéducateur; Éducateurs spécialisés; Orthophoniste-Audiologistes; Travailleurs sociaux et techniciens en travail social; Psychologue; Technicien diététique; Préposé aux services alimentaires ou cuisinier ou aide-cuisinier; Technicien en loisirs.

Annexe 2 : Volet hospitalier et 1re ligne

Définition retenue pour les travailleurs de la santé :

- Toute personne qui donne des soins;

ET/ou

- Qui est en contact étroit avec les usagers;

OU

- Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Prémisses :

- Le vaccin vise à protéger la personne qui le reçoit.
- La priorisation est basée sur la criticité du secteur ou des ressources :
  - Secteur critique dont les services ne peuvent être suspendus;
  - Secteur dont le personnel détient une formation complexe et avancée;
  - Rareté des ressources humaines (ex : inhalothérapeutes, md spécialiste particulièrement en région, etc.);
  - Secteur COVID où le roulement de personnel est à éviter.

La priorisation présentée a été effectuée selon le titre d'emploi et est basée sur la rareté des ressources humaines ou selon le risque de rupture de services relié à l'absence de ressources humaines ainsi que selon les contacts étroits avec la clientèle.

Cet exercice tient compte de la priorisation des patients et du personnel en CHSLD établi par la santé publique. Dans l'éventualité d'un manque de vaccin, il est recommandé d'effectuer une priorisation régionale en visant dans un premier temps les régions avec une épidémiologie plus importante.

Secteurs par ordre de priorité selon la criticité	**Titres d'emploi (doivent répondre aux critères énoncés à la page précédente)**	
Unité COVID intra et extra-hospitalier Personnel **actuellement** délesté en zone rouge parmi les titres d'emploi suivants	<u>Liste non exhaustive des personnes actuellement déployées vers les zones rouges:</u> Infirmières et infirmières auxiliaires Préposés aux bénéficiaires Médecins et résidents Personnel de GMF, première ligne, CLSC Personnel du SAD Aides de service Entretien ménager Technologues en réadaptation physique Psychoéducateurs Physiothérapeutes	(suite) Audiologistes Orthophonistes Technologues médicaux Ergothérapeutes Nutritionnistes Personnel administratif Kinésithérapeutes Technicien de loisir Assistant en réadaptation
Soins intensifs (incluant cardiaque)	Préposés aux bénéficiaires, inhalothérapeutes, infirmières et infirmières auxiliaires, médecins et résidents, entretien ménager	
Bloc opératoire	Préposés aux bénéficiaires, inhalothérapeutes, infirmières et infirmières auxiliaires, médecins et résidents, perfusionnistes, entretien ménager	
Hémodialyse	Préposés aux bénéficiaires, infirmières et infirmières auxiliaires, médecins et résidents, entretien ménager	
Urgence	Préposés aux bénéficiaires, inhalothérapeutes, infirmières et infirmières auxiliaires, médecins et résidents, entretien ménager, paramédicaux et premiers répondants élargis	
Cancérologie spécialisée	Préposés aux bénéficiaires, inhalothérapeutes, infirmières et infirmières auxiliaires, médecins et résidents, entretien ménager	
Obstétrique - néonatalogie	Préposés aux bénéficiaires, infirmières et infirmières auxiliaires, médecins et résidents, entretien ménager	
Hémodynamie	Préposés aux bénéficiaires, inhalothérapeutes, infirmières et infirmières auxiliaires, médecins et résidents, perfusionnistes, technologues en radiologie, entretien ménager	
Angio-radiologie (thrombectomie)	Préposés aux bénéficiaires, inhalothérapeutes, infirmières et infirmières auxiliaires, médecins et résidents, technologues en radiologie, entretien ménager	
Endoscopie	Préposés aux bénéficiaires, inhalothérapeutes, infirmières et infirmières auxiliaires, médecins et résidents, entretien ménager	
CDÉ et CDD	Infirmières et infirmières auxiliaires, médecins et résidents, entretien ménager	

Émission :	19-12-2020	Mise à jour :	-

Secteurs par ordre de priorité selon la criticité	Titres d'emploi (doivent répondre aux critères énoncés à la page précédente)		
Imagerie, médecine nucléaire	Technologues en radiologie, infirmières et infirmières auxiliaires, médecins et résidents, entretien ménager		
Autres unités de soins régulières : pédiatrie, médecine, chirurgie	Préposés aux bénéficiaires, inhalothérapeutes, infirmières et infirmières auxiliaires, médecins et résidents, autres professionnels de la santé (ergothérapeutes, etc.), entretien ménager		
Soins palliatifs et de fin de vie	Préposés aux bénéficiaires, inhalothérapeutes, infirmières et infirmières auxiliaires, médecins et résidents, entretien ménager		
Activités ambulatoires et GMF	Inhalothérapeutes, infirmières et infirmières auxiliaires, médecins et résidents, autres professionnels de la santé (physiothérapeutes, etc.), entretien ménager		
Laboratoire et Pharmacie	Techniciens de laboratoire, pharmaciens, assistants techniques en pharmacie, médecins et résidents ou chercheurs		
Personnel des sites de vaccination COVID-19	Infirmières et infirmières auxiliaires, autres vaccinateurs, médecins et résidents, entretien ménager, personnel administratif		
Services préhospitaliers d'urgence	Ambulanciers ou techniciens		
Personnel de soutien	Stagiaires	1ers répondants Répartiteurs d'urgence	Personnel administratif

Annexe 3 : Volet Soutien à domicile

Définition retenue pour les travailleurs de la santé :

- Toute personne qui donne des soins;

ET/ou

- Qui est en contact étroit avec les usagers;

OU

- Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Prémisses :

- Le vaccin vise à protéger la personne qui le reçoit.
- La priorisation est basée sur la criticité du secteur ou des ressources :
  - Secteur critique dont les services ne peuvent être suspendus;
  - En l'absence de ce corps d'emploi, la qualité des soins et services offerts à l'usager ainsi que sa sécurité sont compromis;
  - Rareté des ressources humaines.

La priorisation présentée a été effectuée selon le titre d'emploi et est basée sur la rareté des ressources humaines ou selon le risque de rupture de services relié à l'absence de ressources humaines ainsi que selon les contacts étroits avec la clientèle.

Secteurs par ordre de priorité selon la criticité	Titres d'emploi
Bloc 1	Regroupement des titres ASSS ou de préposé; Regroupement des titres d'emploi d'infirmier ou d'infirmière (d'infirmier clinicien ou d'infirmière clinicienne et d'infirmier praticien ou d'infirmière praticienne; (incluant main d'œuvre indépendante); Travailleurs sociaux et techniciens en travail social; Ergothérapeute; Physiothérapeute; Thérapeute en réadaptation physique ou assistant en réadaptation; Inhalothérapeute; Médecins.
Bloc 2	Kinésiologue; Psychoéducateur; Éducateurs spécialisés; Orthophoniste-Audiologistes; Psychologue.

Annexe 4 : Volet Résidences privées pour aînées (RPA)

Définition retenue pour les travailleurs de la santé :

- Toute personne qui donne des soins;

ET/ou

- Qui est en contact étroit avec les usagers;

OU

- Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.

Prémisses :

Cette priorisation concerne les travailleurs à l'emploi d'une RPA.

- Le vaccin vise à protéger la personne qui le reçoit;
- La priorisation est basée sur la criticité du secteur ou des ressources :
  - Secteur critique dont les services ne peuvent être suspendus;
  - En l'absence de ce corps d'emploi, la qualité des soins et services offerts à l'usager ou le fonctionnement du milieu de vie sont compromis ;
  - Rareté des ressources humaines.

La priorisation présentée a été effectuée selon le titre d'emploi et est basée sur la rareté des ressources humaines ou selon le risque de rupture de services relié à l'absence de ressources humaines ainsi que selon les contacts étroits avec la clientèle.

Secteurs par ordre de priorité selon la criticité	Titres d'emploi
Bloc 1	Regroupement des titres d'emploi de préposé, préposée aux bénéficiaires ou ASSS; Regroupement des titres d'emploi d'infirmier ou d'infirmière (d'infirmier clinicien ou d'infirmière clinicienne et d'infirmier praticien ou d'infirmière praticienne; (incluant main d'œuvre indépendante); Aides de service, incluant les prestataires de services externes tels que la Croix rouge, ambulance St-Jean; Préposés ou préposée à l'entretien ménager (travaux légers); Technicien en loisirs; Préposé aux services alimentaires ou cuisinier ou aide-cuisinier.

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	22-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-017.REV2

Catégorie(s) :

- ✓ Jeunes en difficulté
- ✓ Contact
- ✓ Visite
- ✓ Sortie
- ✓ Algorithme

Algorithme décisionnel concernant les contacts et visites d'un jeune hébergé

Remplace la directive DGPPFC-017.REV1 émise le 17 novembre 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 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. Des modifications mineures ont été apportées au document. L'ajout est surligné en jaune.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
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-017.REV2

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

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	22-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle **DGPPFC-017.REV2**

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 2020-032 du 5 mai 2020 (https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM_numero_2020-032.pdf?1588767838)

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;**

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	22-12-2020

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.;
    - vulnérabilité de l'usager concernant la complication à la COVID-19;
    - 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).

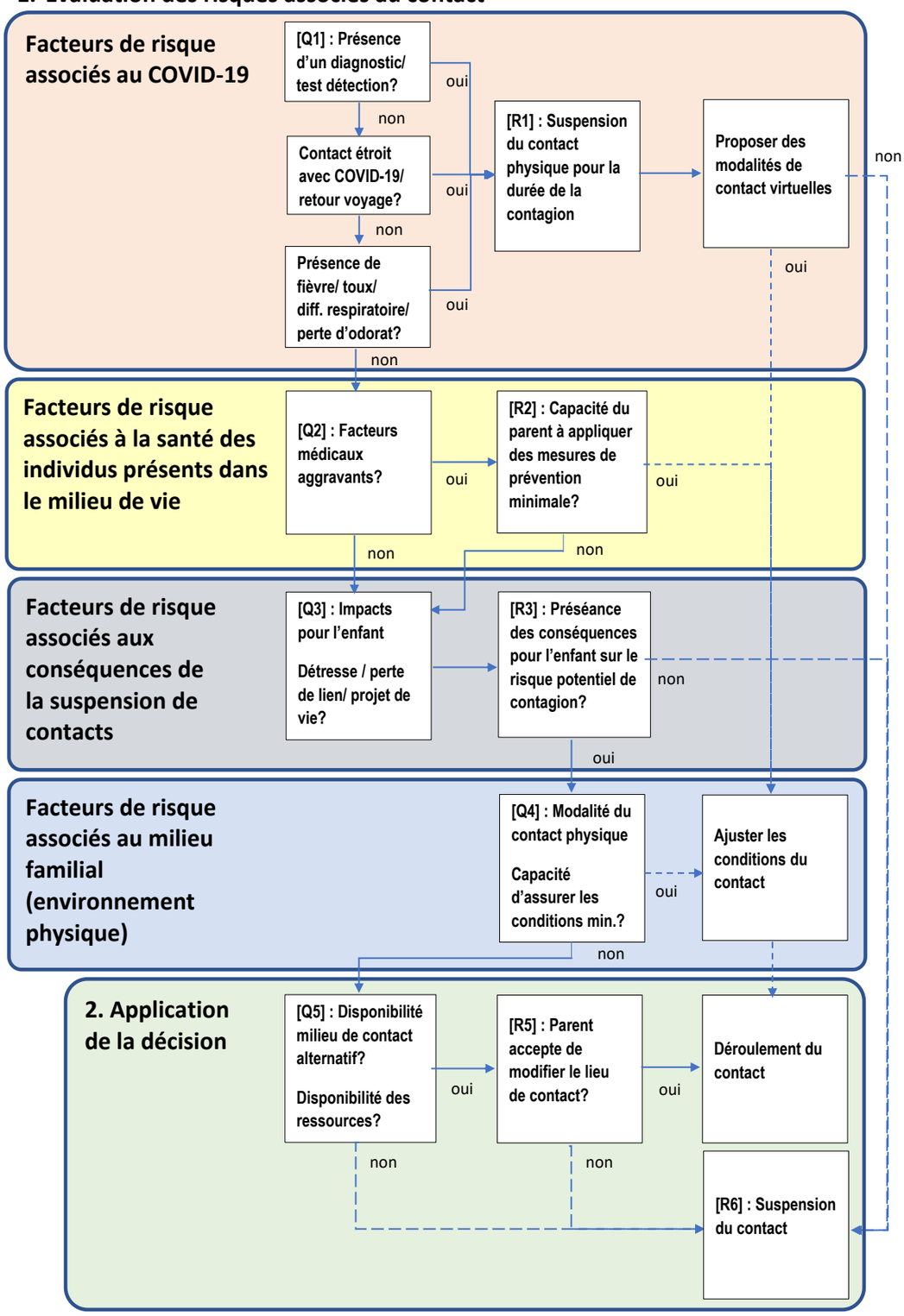
3. aucun facteur de risque identifié

Le contact se maintient, selon l'entente avec la personne désignée.

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	22-12-2020

ALGORITHME DÉCISIONNEL

1. Évaluation des risques associés au contact



20-210-290W

Québec

Santé et Services sociaux Québec

Fiche descriptive – Équipe médicale d'intervention (ÉMI) en milieu de vie pour aînés (MVA)

Directive : version RSSS 10-11-2020
mise à jour : 22-12-2020

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. L'ÉMI est déployée sur place le temps de trouver des effectifs médicaux (médecins/IPSPL) pour prendre la relève.

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.

Émission :	30-11-2020	Mise à jour :	05-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle

DGAPA-017 REV.2

Catégorie(s) :

- ✓ Milieux de vie
- ✓ Services médicaux
- ✓ Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- ✓ Résidences privées pour aînés (RPA)
- ✓ Ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF)
- ✓ Soutien à domicile

Directives sur la couverture médicale dans les milieux de vie pour aînés (CHSLD, RI-RTF, RPA) en contexte de la pandémie de la COVID-19

Remplace la directive émise le 23 décembre 2020 (DGAPA-017.REV1)

Expéditeur :	**Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)**
Destinataires :	- Tous les établissements publics du RSSS : • 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 de 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 MVA du Québec. Par ailleurs, la réaffectation médicale, essentielle au maintien des activités dans plusieurs milieux pendant la première vague, ne peut assurer à elle seule la pérennité de la couverture médicale en 2e vague. Par conséquent, afin d'améliorer la qualité des services médicaux des MVA pour les résidents et leurs proches, de consolider la gouvernance des CHSLD, d'assurer la couverture en effectifs médicaux et la prise en charge médicale des résidents ainsi que de renforcer le soutien aux équipes médicales sur place dans les MVA ou aux équipes déployées, diverses mesures doivent être mises en place. Elles seront également accompagnées de documents afférents pour faciliter leurs applications.

Mesures à implanter :	✓ Implanter et avoir recours à l'équipe médicale de type ÉMI [médecins/infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL)] afin de renforcer les équipes médicales de base des MVA lors d'éclosion et de prodiguer des soins médicaux soutenus dans les milieux de vie. ✓ Assurer en CHSLD une saine gestion opérationnelle et favoriser une agilité dans la prise de décision ayant un impact sur la qualité des soins, des services et du bien-être des résidents en mettant en place la cogestion médico-clinico-administrative qui s'actualise par le gestionnaire identifié comme responsable du CHSLD et un médecin cogestionnaire. ✓ Mettre en place le *Guide de délestage et de réorganisation des services médicaux en CHSLD selon les niveaux d'alerte des établissements*. Ce guide vise à développer et à préserver l'offre de services médicaux dispensés aux personnes vulnérables en CHSLD afin de leur offrir des soins et des services sécuritaires. Il vise également à orienter les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans l'identification des activités à maintenir, à réduire, à adapter ou à cesser, en fonction du palier d'alerte des établissements et des CHSLD publics et privés conventionnés. ✓ Promouvoir la mise en place de l'utilisation du *Guide pour la prise en charge médicale des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19*. Ce guide s'adresse à tout professionnel du réseau de la santé et des services sociaux ayant un rôle à jouer dans la prise en charge médicale des résidents en CHSLD publics et privés conventionnés (ex. : médecins déjà actifs dans les CHSLD ou ceux réaffectés dans ces milieux ainsi qu'aux IPSPL). Le MSSS invite également les médecins impliqués dans la gestion des CHSLD (ex. : cogestionnaires) et les gestionnaires responsables à s'approprier le contenu du guide.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : N/A	
Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA) Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)
Documents annexés :	Directives : • Fiche descriptive – Équipe médicale d'intervention (ÉMI) en milieu de vie pour aînés (MVA); • Fiche descriptive – Cogestion en centre d'hébergement de soins de longue durée; • Guide de délestage et de réorganisation des services médicaux en CHSLD selon les niveaux d'alerte des établissements. • Guide pour la prise en charge médicale des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Documents afférents : • Milieux de vie et aide à l'organisation de la couverture médicale selon les variables suivantes : vulnérabilité des usagers et disponibilité des services sur places; • Résumé – Milieux de vie pour aînés et aide à l'organisation de la couverture médicale selon les variables suivantes : vulnérabilité des usagers et disponibilité des services sur place; • Algorithme CHSLD pour assurer la couverture des services médicaux lors d'une éclosion de COVID-19; • Algorithme RPA pour assurer la couverture des services médicaux lors d'une éclosion de COVID-19; • Algorithme RI-RTF pour assurer la couverture des services médicaux lors d'une éclosion de COVID-19.

Émission :	30-11-2020

Mise à jour :	05-02-2021

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
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Santé et Services sociaux Québec

Fiche descriptive – Cogestion en centre d'hébergement de soins de longue durée

Directive : version RSSS 22-12-2020

Description :

La cogestion est une approche moderne intégrée par laquelle le processus réflexif et la prise de décision sont partagés entre deux individus ayant des expertises différentes, mais hautement complémentaires. Les cogestionnaires appartiennent habituellement à deux directions (clinique et administrative) distinctes. Elle s'inscrit dans une culture organisationnelle innovante et trouve sa pertinence et sa légitimité sur le long terme, pour l'amélioration continue du système et des soins et des services aux usagers.

Objectifs de la cogestion :

La cogestion médico-clinico-administrative a généralement pour objectif d'assurer une saine gestion opérationnelle, de favoriser une agilité dans la prise de décision ayant un impact sur la qualité des soins, des services et du bien-être des résidents. Cette dernière assure également une réponse ajustée selon l'évolution des besoins.

Dans un contexte de crise :

La cogestion permet de gagner de la vélocité pour des prises de décisions rapides lorsque l'urgence de la situation l'exige et les délais indus peuvent avoir des impacts délétères pour la santé, le bien-être et la vie des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Composition de la cogestion :

Elle s'actualise à travers deux personnes, soit le gestionnaire identifié comme responsable du CHSLD et un médecin cogestionnaire dudit CHSLD. Les chefs d'unité et les autres médecins du CHSLD peuvent aussi être appelés à collaborer.

Fonctionnement :

La cogestion se décline en deux niveaux de gouverne. L'une est à l'échelle du CHSLD et implique les cogestionnaires ci-avant identifiés. L'autre concerne soit le territoire du centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) ou celui d'un ou plusieurs réseaux locaux de services. Celle-ci vient en soutien aux cogestionnaires locaux des installations, entre autres, pour communiquer des directives, coordonner des ressources médicales ou assurer une escalade des enjeux vécus sur le terrain à la haute direction de l'établissement. « Le niveau territorial implique également deux cogestionnaires soit un directeur de l'hébergement ou un directeur adjoint au Programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et un médecin cogestionnaire des services médicaux en hébergement qui assurent la cogestion de plusieurs CHSLD sur un territoire donné. » Il peut notamment s'agir du chef médical des services d'hébergement ou d'un directeur des services professionnels (DSP) adjoint.

Lorsqu'il y a éclosion, la cellule de crise locale pour la gestion des éclosions est activée. Les cogestionnaires du CHSLD participent à cette cellule de crise et assurent le leadership en ce qui a trait aux décisions médico-clinico-administratives.

Responsabilités partagées des cogestionnaires locaux (installation, CHSLD) et des cogestionnaires territoriaux (CISSS et CIUSSS ou sous-territoire) :

1. S'assurer de la qualité des services médicaux et de 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 de prévention et de contrôle des infections (PCI) sont appliquées rigoureusement;
3. S'assurer d'une cohérence et d'un équilibre dans le déploiement de l'offre de services médicaux, en respect de l'approche milieu de vie préconisée en CHSLD. Il s'agit de conciliation des approches "milieu de soins/milieu de vie";
4. Mettre en œuvre les directives, orientations, cadres de référence et meilleures pratiques dans les CHSLD en assurant le maintien du lien essentiel entre les résidents, leur famille et les personnes proches aidantes (PPA);
5. Soutenir les équipes en place, notamment la cellule de crise.

Responsabilités spécifiques du médecin cogestionnaire :

- En collaboration avec les instances concernées telles que le médecin responsable de l'hébergement au niveau régional/territorial, aider à la coordination des effectifs médicaux afin d'assurer les services aux usagers du CHSLD (ex. : communiquer les besoins d'effectifs, réaliser la liste de garde);
- Participer à des communications régulières avec le médecin responsable des services médicaux en hébergement pour sa région afin d'assurer une circulation bidirectionnelle des informations entre le CISSS et le CIUSSS ainsi que les médecins du CHSLD;
- Participation au mécanisme de concertation prévu (ex. : rencontres locales régulières avec le coordonnateur des soins (ex. : chef d'unité) pour assurer une cohérence médico-clinico-administrative dans la prise de décisions administratives pouvant avoir un impact sur les soins et les services (notamment, le matériel et l'équipement médical);
- Guider les médecins réguliers et dépanneurs moins familiers avec la pratique en soins de longue durée;
- Implication dans des projets spéciaux ou autres projets impliquant des aspects cliniques du centre comme la télémédecine, le projet Optimisation des pratiques, des usages, des soins et des services-OPUS, la diminution des transferts hospitaliers non requis, etc.;
- Poursuivre ses activités cliniques en adéquation avec les besoins.

Prérequis :

- Assignation des deux cogestionnaires à un CHSLD;
- Utilisation des approches cliniques et de gestion suivante : approche collaborative, gestion des risques, approche centrée sur la personne, approche gériatrique;
- Autonomie décisionnelle des cogestionnaires en CHSLD favorisant une agilité et une efficacité de la cogestion;
- Mécanisme permettant d'escalader les difficultés non résolues aux cogestionnaires régionaux/territoriaux, soit le directeur de l'hébergement ou le directeur adjoint SAPA ainsi qu'un médecin responsable des services médicaux en hébergement sur le territoire;
- Canaux de communication clairement établis et engagement ferme des directions clés, notamment SAPA, DSP et la Direction des soins infirmiers (DSI) pour un soutien lorsque requis. Le médecin responsable des services médicaux en hébergement devant avoir un accès direct à la DSP;
- Disponibilité de toutes les directions concernées pouvant être appelées à collaborer à la cogestion, surtout en contexte d'éclosion, dont la direction des services multidisciplinaires, la direction des services techniques, la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques et la direction régionale de santé publique;
- Concertation avec la DSI, laquelle, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, est responsable de la qualité des pratiques professionnelles pour les intervenants suivants : préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires et infirmières et responsables de la PCI dans l'établissement.

Avantages :

- Une gouverne des CHSLD publics et privés conventionnés renforcée;
- Une gestion de proximité plus efficiente et respectueuse des besoins des résidents, des familles ainsi que des PPA;

- Une prise de décision rapide et concertée selon les responsabilités inhérentes à chacun, soit administrative ou clinique;
- Une communication fluide et une agilité d'action;
- Une cohésion entre l'approche milieu de vie et milieu de soins tenant compte du contexte de vulnérabilité des usagers;
- Un regard médical complémentaire et en soutien aux autres intervenants.

Indicateurs :

- Nombre de médecins cogestionnaires sur le nombre de CHSLD
- Plan d'action déposé incluant :
  - Mécanisme de coordination, concertation et communication mis en place (rencontres, cahier de communication, etc.) et fréquence d'utilisation;
  - Évolution et ajustement desdits mécanismes lors d'éclosion (ex. : constitution et fonctionnement de la cellule de crise).

Contexte :

Depuis le début de la pandémie, des éclosions se sont déclarées dans plusieurs milieux de vie pour aînés, dont les CHSLD. Comme les personnes y étant hébergées représentent une clientèle plus vulnérable à la COVID-19, des soins aigus ont dû leur être prodigués sur place. Ce contexte a mis à l'épreuve la conciliation entre l'approche des milieux de vie habituellement déployée dans ces centres d'hébergement et l'approche de soins que l'on retrouve généralement en unité de courte durée.

Cette nouvelle réalité a exigé des gestionnaires responsables de ces milieux de vie de s'adapter rapidement aux besoins des résidents, dont la santé est habituellement précaire et pour laquelle un transfert vers un autre milieu ou un centre hospitalier peut représenter un risque à la santé significatif, pour ne pas dire fatal. Par conséquent, les médecins traitants en CHSLD, les équipes de soins et le personnel de soutien ont rapidement été sollicités et ont dû offrir des soins actifs de longue durée.

De plus, l'évolution rapide de la situation lors d'éclosions exige des prises de décisions cliniques et opérationnelles pratiquement immédiates, nécessitant des connaissances du milieu de vie CHSLD, des ressources humaines, matérielles et financières, ainsi que des connaissances médicales. Ces décisions s'appuient sur la gestion du risque dont les variables peuvent impacter la santé et la vie d'un, de plusieurs ou de l'ensemble des résidents du milieu de vie ainsi que celles du personnel.

Cette situation a impliqué une gestion médicale plus importante nécessitant des interventions rapides et une vigie des symptômes plus soutenue afin d'assurer le monitorage de l'évolution des éclosions avec les experts PCI et d'orienter les décisions quant au dépistage.

Dans ce contexte, considérant les différents enjeux pour la santé et la vie des résidents, le médecin s'avère un cogestionnaire incontournable.

Bien que la cogestion soit incarnée par deux personnes décisionnelles compétentes, la qualité des décisions prises par cette dyade dépend de la qualité de concertation et de communication avec les acteurs clés intervenants dans les CHSLD. La consultation et la concertation avec les infirmières et les équipes de soins, les experts de la PCI, les équipes de soutien technique (entretien salubrité, approvisionnement, etc.) font aussi partie des facteurs de réussite.

Par ailleurs, pour s'assurer de la pertinence des décisions prises, il est nécessaire de connaître les besoins des usagers, du personnel ainsi que de la situation clinique et pandémique. Pour ce faire, le personnel en place, dont les infirmières ayant une expertise et des connaissances des soins en CHSLD doivent être impliquées.

Un autre facteur de réussite consiste à bien naviguer et maintenir l'équilibre dans un milieu où coexistent deux approches : milieu de vie et milieu de soins. À la suite d'un rapport de la Commission de la santé et des services sociaux portant sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD soulignant les tensions entre les milieux de soins et le milieu de vie. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a été mandaté afin de documenter la situation et de proposer des pistes de solutions. Ainsi, selon une récente publication de l'INESSS intitulée *Conciliation du milieu de soin et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue duré*e, les auteures de cette publication identifient les principales tensions et les moyens potentiels pour favoriser l'équilibre. Le modèle de cogestion constitue une pierre angulaire pour créer l'équilibre recherché.

En contexte d'éclosion, l'approche de soins doit s'imposer pour répondre aux besoins de soins de santé aigus des usagers. Lors du retour à la normale, les approches habituelles ont préséance.

Quatre grands principaux regroupements de tensions, soit les tensions associées à :

1. La réponse aux besoins d'intégrité physique et de bien-être émotionnel;
2. La prise en compte de l'individualisation dans un contexte de collectivité;
3. Les relations interpersonnelles;
4. L'organisation des soins et services.

Les moyens proposés par type de tension :

La réponse aux besoins d'intégrité physique et de bien-être émotionnel :

- Gestion des risques;
- Approche centrée sur la personne;
- Prise de décision partagée.

La prise en compte de l'individualisation dans un contexte de collectivité :

- Regroupement en micro-milieu de clientèles semblables dans une unité (*principe de bulle[i]).

Les relations interpersonnelles :

- Approche de promotion de la santé et du bien-être pour tous les acteurs du milieu;
- Implication et soutien des proches;
- Stratégies de communication;
- Assignation stable du personnel aux résidents.

L'organisation des soins et services :

- Personnel en quantité suffisante;
- Routine de travail flexible;
- Redéfinition des rôles et tâches des divers intervenants;
- Communication d'information clinique et organisationnelle.

Le médecin en cogestion en CHSLD a une approche de soins de longue durée en milieu de vie. Ce médecin a une expertise avec la clientèle vulnérable des CHSLD et comprend la coexistence du milieu de vie et les soins. Son approche est en fonction des bons soins au bon moment au meilleur endroit pour l'usager en fonction de sa volonté, de sa condition et de son contexte particulier.

Documents consultés

- Guide COVID de la communauté de pratique pour les médecins en CHSLD;
- Guide de Préparation et gestion COVID-19 : Top 10 + Checklists : Check List (Comité directeur de la communauté de pratique);
- INESSS (2020) *Conciliation du milieu de soin et du milieu de vie en centre d'hébergement et de sons de longue durée;*
- MSSS (2018) Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-12W.pdf;
- Revue de la littérature ciblée : La cogestion médico-administrative au Québec : définitions et enjeux de mise en œuvre (HEC). https://polesante.hec.ca/wp-content/uploads/2012/10/Langley-octobre-2011-La-cogestion-medico-administrative-formaliser-le-leadership-au-pluriel.pdf;
- Trousse de préparation aux éclosions et Trousse de gestion d'éclosion de la DRSP de Montréal (DRSP et équipe élargie du comité de coordination récent).

[i] Concept de bulle sociale : le concept de bulle sociale consiste en un regroupement de 10 ou 12 personnes maximum au sein duquel il y a un assouplissement de certaines mesures, dont celle de la distanciation physique. Le groupe de résidents doit toujours être le même lors des activités et bénéficier des services fournis par la même équipe d'intervenants.

Santé et Services sociaux Québec

GUIDE DE DÉLESTAGE ET DE RÉORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX EN CHSLD SELON LES NIVEAUX D'ALERTE DES ÉTABLISSEMENTS[1]

Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA) et Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)

Sommaire extrait des plans de délestage et de réorganisation des services validés auprès des directions cliniques sous la responsabilité de la DGAPA.

(LA PRÉSENTE VERSION EST PRÉLIMINAIRE ET NE VISE QUE LES CHSLD PUBLIC**S** ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS. UNE VERSION FUTURE PRÉSENTERA L'ENSEMBLE DES MILIEUX DE VIE)

- Ce guide vise à développer et préserver l'offre des services médicaux dispensés aux **personnes vulnérables**[1][2] en CHSLD afin de leur fournir des soins et services sécuritaires. En période de pandémie, il apparait nécessaire de prioriser les activités médicales habituellement offertes, tant sur le plan de l'organisation des services que du délestage d'activités.
- Ce guide vise à orienter les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans l'identification des activités à maintenir, réduire, adapter ou cesser, en fonction du **niveau d'alerte des établissements**[2] et des CHSLD publics et privés conventionnés et non nécessairement en fonction des paliers d'alerte communautaires promulgués par les directions régionales de santé publique.
- Le délestage et la réorganisation des soins et services médicaux doivent servir à la réaffectation des médecins et IPS vers les CHSLD prioritaires.
- Les activités à délester ou à conserver indiquées dans le présent guide ne représentent que des suggestions (et non des obligations formelles) à chacun des niveaux d'alerte et lors d'éclosion en CHSLD, les GMF, les cliniques médicales ainsi que les cliniciens rattachés au SAD d'un CI(U)SSS ou d'un de ses sous-territoires ne sont pas tenus de mettre en place l'ensemble de ces recommandations si la situation ne l'exige pas.

---

[1] Le niveau d'alerte des établissements est différent des paliers d'alerte communautaires promulgués par les directions régionales de santé publique. Bien qu'ils soient interreliés, le niveau d'alerte est davantage axé sur la réalité de l'établissement Attention, la distinction entre « NIVEAU » d'alerte et « PALIER » d'alerte est à clarifier. Ce dernier est édicté par la santé publique en fonction du degré de transmission communautaire (https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/). Tandis que le « NIVEAU » d'alerte est en fonction de la situation dans une installation donnée et du délestage conséquent. Le « NIVEAU » d'alerte nous parait davantage pertinent pour orienter les actions à prendre selon les variables suivantes : utilisations des lits hospitaliers, cibles de lits COVID répartition régionale et interrégionale, capacité RH, etc.

[1] [2] Critères de vulnérabilité :

- 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 ce selon l'avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique, page 4 : 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).

Dans le texte qui suit, trois tableaux sont présentés :

1. Le premier est une mise en contexte comprenant la description des niveaux d'alerte des établissements ainsi que quelques caractéristiques de chacun pouvant avoir une influence sur les services médicaux en CHSLD.
2. Le deuxième tableau présente l'organisation des services médicaux à actualiser selon les niveaux d'alerte de l'établissement.
3. Le troisième, sans être exhaustif, résume les principales activités cliniques médicales à délester ou à conserver, toujours selon les niveaux d'alerte de l'établissement.

Dans les trois tableaux, une colonne présente également la conduite médicale dans un CHSLD en éclosion.

Principe général : La pratique médicale en CHSLD est définie dans le Guide sur la pratique médicale en soins de longue durée (cmq.org)

Principales règles cliniques :

- Approche personnalisée et de gestion de risque.
- Approche centrée sur les besoins et la condition de santé de l'usager.
- Priorisation des activités basée sur la vulnérabilité des usagers.
- Vigilance : assurer une vigie sur les personnes ayant connu une diminution de leurs services en raison du délestage.

Directives :

- Même en situation de délestage en installation, maintenir la couverture médicale par les médecins traitants et IPS en CHSLD.
- Optimiser l'offre de soins le plus possible en CHLSD pour éviter les hospitalisations non nécessaires.
- Advenant la nécessité de rehausser les effectifs médicaux, vous référer au coordonnateur de la réaffectation médicale qui pourra consulter la plateforme Reaffect MD (donne un portrait des effectifs médicaux disponibles pour un territoire donné).
- Les médecins et IPS ayant une connaissance et une expérience auprès des personnes aînées vulnérables devraient être prioritairement assignés aux gardes ou mécanismes prévus dans la couverture des CHSLD.
- Assigner aux CHSLD, des médecins et IPS lors d'éclosion en s'assurant de ne pas doubler les services, mais de voir à une collaboration, support et assistance au médecin/IPS le plus familier avec l'usager.
- Adapter la modalité de consultation et d'intervention en fonction de la situation clinique du patient.
- Statuer sur ou valider le niveau de soins (niveau d'intervention médicale) pour chacun des résidents sous sa responsabilité.
- Réviser le profil médicamenteux de chaque résident sous sa responsabilité et préconiser des alternatives pharmacologiques qui simplifient les soins, si cliniquement possibles, en concordance avec les effectifs en place (ex. : formulation médicamenteuse die plutôt que QID voie PO plutôt que IV, etc.). S'allier le support du pharmacien si nécessaire.

Rappel de règles de santé publique en vigueur lorsqu'un médecin/IPS couvre plusieurs sites :

En tout temps, le respect de la distanciation physique doit être rigoureusement observé et la fréquentation des lieux communs du milieu, tels le poste infirmier, la salle à café, la cafétéria, etc. doivent être évités le plus possible. Lors de l'évaluation des usagers, différer les examens physiques non essentiels et limiter, si possible, les contacts prolongés (> 10-15 minutes cumulées) avec un même résident).

- Dans le cas où un médecin/IPS couvre plusieurs CHSLD, dont un est en éclosion :
  - Si possible, éviter les visites de milieux froids et chauds dans la même journée.
  - Le site en éclosion devrait être visité après les sites froids.
  - Si des résidents COVID + présentent des besoins urgents, la séquence peut être brisée :
    - Si le médecin/IPS doit avoir une pratique dans différents milieux (chauds/froids) il favorise le présentiel dans les sites chauds et la téléconsultation dans les sites froids en tenant compte des situations cliniques.
    - De façon exceptionnelle, si cela est indiqué cliniquement et qu'aucune autre ressource médicale n'est disponible, le médecin/IPS pourra visiter un milieu chaud et un milieu froid la même journée dans la mesure où des équipements (EPI) sont disponibles et utilisés selon les règles de la santé publique.

Pour une meilleure compréhension, les termes suivants, utilisés dans les tableaux, méritent d'être clarifiés :

- **Services médicaux de routine ou réguliers** : toute activité médicale dont le report n'entraine pas de préjudices.
- **Services médicaux essentiels :** activités médicales dont le report pourrait entrainer un préjudice au résident.
- **Services médicaux urgents :** besoins aigus, changement clinique significatif par rapport à l'état de base du résident, état décompensé, pour lesquels le report de l'intervention médicale entraine de facto un préjudice au résident.

Pour une bonne utilisation des tableaux qui suivent, dès qu'il y a éclosion dans le territoire, vous référer à la fois au niveau d'alerte et à la cinquième colonne « CHSLD en éclosion ».

TABLEAU 1 : Ce tableau présente les différents niveaux d'alerte des établissements. Deux variables influencent davantage et permettent de mieux illustrés les caractéristiques du niveau d'alerte pouvant avoir une influence sur les services médicaux.

Niveaux d'alerte de l'établissement	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	CHSLD en éclosion
DESCRIPTION	La distinction entre « NIVEAU » d'alerte et « PALIER » d'alerte est essentielle. Ce dernier est édicté par la santé publique en fonction du degré de transmission communautaire (https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/). Tandis que le « NIVEAU » d'alerte est en fonction de la situation dans une installation donnée et du délestage conséquent. Le « NIVEAU » d'alerte nous parait plus pertinent pour orienter les actions à prendre selon les variables suivantes : utilisations des lits hospitaliers, cibles de lits COVID répartition régionale et interrégionale, capacité RH, etc.				
CARACTÉRISTIQUES DU CONTEXTE	**Transmission communautaire limitée** **Peu ou pas d'éclosion dans les CHSLD** • Peu/pas d'éclosions et cas suspectés qui demeurent contrôlés. • Offre de services médicaux en équilibre avec la demande dans tout le réseau.	**Circulation active du virus, mais situation en contrôle** **Quelques CHSLD ont des éclosions** **Peu de médecins traitants et IPS ont des résidents dans plus du CHSLD pour aînés en éclosion** • Offre de services médicaux en équilibre avec la demande dans les CHSLD. • Offre de services médicaux régulière dans tous les CHSLD sans éclosion et intensification des services dans les CHSLD en éclosion. • Réaffectation possible des ressources médicales et professionnelles en fonction des besoins de certains CHSLD.	**Circulation active du virus, situation en contrôle, mais progression des cas communautaires et le nombre de CHSLD en éclosion progresse** **Certains médecins traitants et IPS ont des résidents dans plus d'un milieu de vie pour aînés en éclosion** • Offre de services médicaux en équilibre avec la demande dans les CHSLD. • Offre de services médicaux régulière dans tous les CHSLD sans éclosion et intensification des services dans les CHSLD en éclosion. • Réaffectation des ressources médicales et professionnelles en fonction des besoins des CHSLD en éclosion.	**Circulation active du virus avec dépassement de la capacité des milieux hospitaliers, des équipes SAD et des gardes médicales** **Plusieurs médecins traitants et IPS ont des clients dans plus d'un CHSLD pour aînés en éclosion** • Offre de services médicaux régulière diminuée à l'essentiel dans tous les CHSLD sans éclosion et intensification massives des services médicaux dans les CHSLD en éclosion. • Les ressources médicales et professionnelles sont réaffectées massivement dans les milieux de vie pour aînés selon les besoins.	**Éclosion déclarée : au moins 2 cas nosocomiaux dans la ressource** **En éclosion, de nouvelles activités associées à l'état clinique de la clientèle génèrent une augmentation importante des activités** Approche préventive, cas suspectés déclarés. Services médicaux requis pour : de nombreux usagers dont l'état s'est détérioré en raison de la COVID-19 ou déconditionnement ou maladies chroniques – comorbidités décompensées. Usagers ayant une nouvelle condition clinique. Usagers répondant nouvellement aux critères de soins palliatifs ou de fin de vie. Les mesures PCI sont appliquées dans le CHSLD, les zones chaudes et froides sont établies.

TABLEAU 2 : Dans ce tableau, l'organisation des services médicaux en CHSLD est présentée en fonction du niveau d'alerte. Il s'agit ici des moyens mis en place pour assurer la couverture médicale, l'accès à un médecin ou à une IPS. L'organisation clinique sera détaillée au tableau 3.

ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX CHSLD - COUVERTURE					
Niveaux d'alerte de l'établissement	**Niveau d'alerte 1**	**Niveau d'alerte 2**	**Niveau d'alerte 3**	**Niveau d'alerte 4**	**CHSLD en éclosion (5)**
GOUVERNANCE					
COGESTION EN CHSLD					
ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX (STRUCTURES ET MOYENS)	• Maintenir les activités médicales régulières en présentiel et de téléconsultation dans les CHSLD • Les médecins/IPS planifient un délestage potentiel. • Anticiper un allègement potentiel de la médication en cas d'éclosion. • Assurer une garde 24/7 pour tous les CHSLD du territoire. • Avoir établi les mécanismes et trajectoires de communication pour contacter les médecins/IPS exerçant en CHSLD en situation d'éclosion. • Avoir nommé un médecin cogestionnaire dans chacun des CHSLD. • S'assurer que le DRMG et le DSP soient représentés dans la cellule de crise régionale. • Avoir identifié une banque de médecins/IPS disponibles en renfort dans les CHSLD.	• Maintenir les activités médicales régulières dans les CHSLD (unités froides). • Intensifier les activités médicales dans les CHSLD (zones froides et tièdes : surveillance étroite des symptômes, prévention du déconditionnement, etc.). • En zone chaude (voir colonne 5). • Rendre disponible la téléconsultation. • Assurer une garde 24/7 pour tous les CHSLD du territoire. • Utiliser les mécanismes et trajectoires de communication pour contacter les médecins/IPS exerçant en CHSLD, si besoin. • Impliquer le médecin cogestionnaire de chacun des CHSLD en éclosion dans les cellules de crises locales (CHSLD). • S'assurer que le DRMG et le DSP soient représentés dans la cellule de crise régionale.	• Intensifier les activités médicales dans les CHSLD (zones froides et tièdes : surveillance étroite des symptômes, prévention du déconditionnement, etc.). • En zone chaude (voir colonne 5). • Rendre disponible la téléconsultation. • Assurer une garde 24/7 pour tous les CHSLD du territoire. • Utiliser les mécanismes et trajectoires de communication pour contacter les médecins/IPS exerçant en CHSLD – intensification des communications. • Impliquer le médecin cogestionnaire de chacun des CHSLD en éclosion dans les cellules de crises locales (CHSLD). • Le DRMG et le DSP ou leurs représentants sont impliqués activement à la cellule de crise régionale	• Intensifier les activités médicales dans les CHSLD (zones froide et tièdes : surveillance étroite des symptômes, interprétation des résultats du dépistage, prévention du déconditionnement, etc.). • En zone chaude (voir colonne 5). • Rendre disponible la téléconsultation. • Assurer une garde 24/7 pour tous les CHSLD du territoire. • Utiliser les mécanismes et trajectoires de communication pour contacter les médecins/IPS exercant en CHSLD – intensification des communications. • Impliquer le médecin cogestionnaire de chacun des CHSLD en éclosion dans les cellules de crises locales (CHSLD). • Le DRMG et le DSP sont impliqués. activement dans la cellule de crise régionale.	• Intensifier les activités de par le médecin/IPS traitant zones chaudes, tièdes et zones froides). • Rendre disponible la téléconsultation. • Assurer une garde 24/7 pour résidents du CHSLD en éclosion. • Médecin cogestionnaire actif et impliqué dans la cellule de crise du CHSLD en éclosion qui bénéficie des mécanismes et trajectoires de communication fluides déjà établis – intensification des communications. • Bénéficier d'une banque de médecins/IPS disponibles en renfort. • Avoir une ÉMI sur place au besoin[3].

[3] Le CHSLD peut accueillir une même ÉMI pendant 3 à 4 semaines.

	• Avoir identifié les médecins intéressés pour les ÉMI.	• Solliciter au besoin la banque de médecins/IPS disponibles. • Former au moins une ÉMI, effectuer le recrutement pour une équipe en disponibilité (ÉMI). • Selon la demande du DRMG et DSP (via réaffectation)– déploiement d'une ou de plusieurs ÉMI selon le besoin de soutien aux équipes en place.	• Solliciter au besoin la banque de médecins IPS disponibles. • Bénéficier d'une banque de médecins/IPS. • Selon la demande du DRMG et DSP (via réaffectation) – déploiement d'une ou de plusieurs ÉMI selon le besoin de soutien aux équipes en place.	• Solliciter au besoin la banque de médecins/IPS disponibles. • Bénéficier d'une banque de médecins/IPS. • Selon la demande du DRMG et DSP(via réaffectation) – déploiement d'une ou de plusieurs ÉMI selon le besoin de soutien aux équipes en place.	

TABLEAU 3 : Ce tableau présente les principes et directives qui sont à considérer dans le délestage des activités

ACTIVITÉS MÉDICALES ET DÉLESTAGE					
Niveaux d'alerte de l'établissement	**Niveau d'alerte 1**	**Niveau d'alerte 2**	**Niveau d'alerte 3**	**Niveau d'alerte 4**	**CHSLD en éclosion**
CHSLD	**Il est recommandé que les médecins et IPS qui œuvrent en CHSLD publics et privés conventionnés délestent certaines activités de routine ou régulières en fonction du niveau d'alerte. Il est donc requis de prioriser les activités afin de répondre aux besoins des résidents**				
DÉLESTAGE D'ACTIVITÉS	• Prise en charge conditions aiguës et des conditions chroniques décompensées et en priorité. • Prise en charge des conditions chroniques à risque de se détériorer (approche anticipative). • Suivi des conditions chroniques stables.	• Prise en charge conditions aiguës et des conditions chroniques décompensées et en priorité. • Prise en charge des conditions chroniques qui sont à risque de se détériorer (approche anticipative).	• Prise en charge conditions aiguës et des conditions chroniques décompensées et en priorité.	• Prise en charge conditions aiguës et des conditions chroniques décompensées et en priorité.	• Prise en charge uniquement conditions aiguës et des conditions chroniques décompensées et en priorité.
	• Maintien des activités de routine. • Admissions, évaluation globale, rencontres interdisciplinaires4 non urgentes planifiées, suivis non urgents de condition chronique.	• Maintien des activités de routine en anticipant les prescriptions et interventions sur plus long terme en prévision d'une escalade de niveau. • Rencontres interdisciplinaires non urgentes peuvent être maintenues. • Révision prescriptions contexte COVID (éviter les prescriptions exigeantes pour le personnel de soins) • Repérage des personnes aînées le plus vulnérables à la COVID si éclosion5	• Éviter les activités non essentielles. • Rendre disponible la téléconsultation • Maintenir les évaluations médicales d'admission. • Assurer vigie des milieux. • Avoir complété pour chaque résident sous sa responsabilité la révision des prescriptions contexte COVID.	• Aucune activité de routine • Rendre disponible la téléconsultation. • Réponse appropriée à toute situation urgente. • Révision prescription contexte COVID Élagage du profil pharmacologique – révision du BCM en collaboration avec le pharmacien.	• Aucune activité de routine. • Déploiement médical sur place pour les unités chaudes sur un modèle s'approchant de la courte durée. • Pour les services médicaux essentiels ou urgents, limiter si possible les contacts prolongés (> 10-15 minutes cumulées).

[4] Les rencontres interdisciplinaires (virtuelles ou ne présentiel selon la situation) impliquent la participation de l'usager ou son représentant et les proches

[5] Voir à la priorisation en fonction des profils ISO-SMAF – 11, 13, 14 : très vulnérables à protéger, déjà confinés au lit et une attention particulière devrait être apportée aux usagers au profil 7, 8, 9, 10, 12 qui peuvent déambuler et être vecteurs de la COVID-19.

Santé et Services sociaux Québec

Milieux de vie et aide à l'organisation de la couverture médicale selon les variables suivantes : vulnérabilité des usagers et disponibilité des services sur places.

L'objectif de ce document est de faire un portrait des milieux de vie et de la vulnérabilité des usagers s'y retrouvant. Cette vulnérabilité est définie selon l'état de l'usager et les moyens disponibles sur place pour assurer les soins en cas d'éclosion de COVID-19, de déconditionnement ou de détérioration de l'état de santé pour toutes conditions aiguës.

Ici, un usager vulnérable est une personne dont la condition peut se détériorer et se compliquer rapidement s'il contracte la COVID. Cet usager présente une perte d'autonomie sévère et plusieurs maladies chroniques et conditions de santé concomitantes.

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 qui est assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. (Se référer à la page 4 de l'avis sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique de l'INSPQ 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).

Le présent document se veut un outil d'aide à la priorisation des milieux de vie pour la couverture médicale. Il demeure que la priorisation doit être faite en fonction des besoins identifiés par le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) — centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou par les différents moyens mis en place (ex. : cogestion) et non en fonction d'un type de milieu de vie.

À noter que bien que ce document soit l'un des livrables du sous-comité des services médicaux en milieux de vie pour aînés, celui-ci comprend les usagers adultes vivant dans ces milieux de vie pour aînés.

Le tableau indique aussi la présence d'infirmières sur place. L'infirmière sur place assure des soins et une liaison avec la couverture médicale. Un code de couleur a été assigné pour le potentiel de liaison 24/7 entre le personnel infirmier sur place et le médecin.

	Infirmière sur place 24/7
	Infirmière sur place sur différents quarts de travail rarement la nuit, mais présence de personnel d'assistance.
	Aucune infirmière sur place, responsable de ressource ou personnel avec peu de formation (RCR, secourisme) puis possibilité de personnel du SAD assigné à certains résidents.

CHSLD

Description :

- Il y a 3 types de CHSLD : public, privé conventionné et privé.
- Certains CHSLD peuvent être annexés (même édifice) à un centre hospitalier, c'est-à-dire quelques lits de mission CHSLD dans un milieu hospitalier.
- Certains CHSLD disposent de places pour de l'hébergement temporaire pour du répit ou transitoire pour un usager en attente d'une place dans un autre CHSLD, à noter que certains CHSLD ont des lits de réadaptation et des unités de soins post-aigus.
- Le nombre de lits varie de **9 à 446 places/lits.**
- Tous les CHSLD doivent assurer la présence d'au moins une infirmière sur chaque quart de travail (jour, soir, nuit).
- La gestion des CHSLD publics est sous la responsabilité des CISSS et des CIUSSS et la dispensation des soins et services est assurée par le personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Du côté des CHSLD privés conventionnés et privés, le personnel est lié aux propriétaires ou groupes du CHSLD et la gestion du personnel de même que l'organisation du travail sont sous la responsabilité de ces partenaires privés. Dans certaines situations exceptionnelles ou prévues dans un contrat, un établissement peut fournir du personnel pour opérer des places achetées.

Pour les CHSLD publics : les équipements disponibles sur place de même que l'expertise clinique peuvent limiter les soins aigus pouvant être réalisés dans un CHSLD. **ATTENTION :** Il y a une grande variabilité d'un CHSLD à l'autre concernant le type de soins aigus pouvant être exécutés sur place. Par conséquent, des vérifications doivent être faites auprès des équipes de soin du CHSLD pour connaitre la disponibilité des équipements : oxygène sur place, équipement pour soins de fin de vie, soins de plaies complexes, prélèvements/injections, antibio intraveineux ou intramusculaire, sous-cutanée, défibrillateur, appareil BiPAP ou CPAP (à l'individu ou au CHSLD).

- Liaison avec la pharmacie : Le CHSLD public a une entente avec une pharmacie d'établissement ou une pharmacie 24/7 en entente avec l'établissement (couverture Rx des soins palliatifs possible).

Pour les CHSLD privés conventionnés et privés : équipements disponibles très variables. La trajectoire entre les centres hospitaliers et les CHSLD privés peut varier :

- Liaison avec la pharmacie plus compliquée dans certains cas.
- Il est courant que des chambres soient occupées par plus d'une personne (pour réunir un couple ou pour une raison clinique [ex. gestion de l'anxiété] ou d'infrastructure).

Milieux de vie	Nombre de places	Clientèles	Services sur places	Type de personnel sur place	Personne que le médecin peut contacter sur place	Collaboration avec le personnel du CI(U)SSS hors CHSLD	Lien administratif avec l'établissement et lien clinique	Facteurs à considérer pour analyse de risque
CHSLD public	5 à 446 lits	• En majorité des résidents ayant des profils ISO-SMAF de 10 à 14; • Majoritairement des aînés ayant une perte d'autonomie importante et en plus faible proportion des adultes ayant une DP ou une DI; • Chez le résident : présence de maladies chroniques et de conditions gériatriques concomitantes ou de maladies dégénératives ou de déficiences entrainant des limitations physiques ou intellectuelles importantes; • Clientèle à risque élevé de déconditionnement.	Gite et couvert. AVD et services d'assistance personnelle (aide aux AVQ, à la mobilité, à la communication, etc.). Soins et services infirmiers 24/7. Autres services professionnels (nutrition, réadaptation, psychosociaux, loisirs, etc.). Possibilité de places pour : Soins palliatifs et de fin de vie Hébergement temporaire (répit) Particularité COVID Hébergement d'un usager COVID positif pour qui le milieu habituel	**Infirmières et équipe de soins (infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires)** Diététistes-nutritionnistes et techniciennes en diététiques. Professionnels et techniciens en réadaptation, services psychosociaux et de loisirs, pastorale (ergothérapeute, physiothérapeute, TRP, travailleurs sociaux, Techniciens en loisirs, éducateurs, animateur de pastorale, etc.). Aides de services et bénévoles (selon le palier d'alerte en vigueur).[1]	Infirmière 24/7 dans l'installation.	Pour certains services professionnels non couverts (services médicaux, services pharmaceutiques) ou pour du soutien clinique pour des cas complexes (ex. : services d'inhalothérapie, techniques de soins complexes, maladies rares pour lesquelles le personnel sur place ne possède pas d'expertise).	Hébergement public, personnel provient du réseau	**Présence de résidents avec :** • Troubles neurocognitifs majeurs; • SCPD; • Soins palliatifs; • Fin de vie; • Présence de résidents dans l'incapacité de comprendre et de respecter les consignes sanitaires liées à la COVID. **Possibilité de :** • Chambre multi; • Environnement ne permettant pas l'isolement; • Usagers orphelins; • Unité prothétique.

1 palier d'alerte en vigueur, voir tableau de gradation des mesures : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/gradation-des-mesures-selon-les-milieux-de-vie-et-d-hebergement/

			ne peut temporairement plus répondre à ses besoins.	Personnel des services alimentaires (cuisiniers et préposés). Préposés à l'hygiène et à la salubrité. La nuit, possibilité d'une infirmière pour 100 ou 200 usagers. Personnel de services techniques (plomberie, réparation de lits, etc.). Personnel des services de buanderie.				
CHSLD privé conventionné	20 à 344 lits	• En majorité des profils ISO-SMAF 10 et plus; • Aînés et adultes ayant DP ou DI; • Chez l'usager : présence de maladies chroniques et conditions gériatriques concomitantes; • Présence d'usagers dans l'incapacité de comprendre et de respecter les consignes sanitaires liées à la COVID • Clientèle à risque élevé de déconditionnement.	Gite et couvert AVD AVQ. Soins et services infirmiers 24/7 Autres services professionnels. Possibilité de places en : Soins palliatifs et de fin de vie Hébergement temporaire – (répit).	Infirmières, équipe de soins, professionnels et techniciens en réadaptation et services sociaux et de loisirs, pastorale, etc. Aides de services et bénévoles (selon le palier d'alerte en vigueur). La nuit, possibilité d'une infirmière pour 100 ou 200 usagers. Personnel de services techniques (plomberie, réparation de lits, etc.) Personnel des services de buanderie.	Infirmière 24/7 dans l'installation.	Pour certains services professionnels non couverts (services médicaux, services pharmaceutiques) ou pour du soutien clinique pour des cas complexes (ex. : services d'inhalothérapie, techniques de soins complexes, maladies rares pour lesquelles le personnel sur place ne possède pas d'expertise).	Hébergement privé, subvention publique, personnel lié à l'employeur privé.	**Présence de résidents avec :** • Troubles neurocognitifs majeurs; • SCPD; • Soins palliatifs; • Fin de vie. **Possibilité de :** • Chambre multi; • Environnement ne permettant pas l'isolement; • Usagers orphelins; • Unité prothétique.
CHSLD privé	20 à 256 lits	• En majorité des profils ISO-SMAF 10 et plus; • Aînés et adultes ayant DP ou DI. • Chez le résident : présence de maladies chroniques et conditions gériatriques concomitantes. • Présence de résidents dans l'incapacité de comprendre et de respecter les consignes sanitaires liées à la COVID. • Clientèle à risque élevé de déconditionnement.	Gite et couvert. AVD AVQ. Soins et services infirmiers 24/7. Autres services professionnels. Possibilité de places en : Soins palliatifs et de fin de vie. Possibilité de places en : Hébergement temporaire – places achetées (répit).	Infirmières, équipe de soins et professionnels et techniciens en réadaptation et services sociaux et de loisirs, pastorale, etc. Personnel de services techniques (plomberie, réparation de lits, etc.). Personnel des services de buanderie. Aides de services et bénévoles (selon le palier d'alerte en vigueur). La nuit, possibilité d'une infirmière pour 100 ou 200 usagers.	Infirmières 24/7 dans l'installation.	Pour certains services professionnels non couverts (services médicaux, services pharmaceutiques) ou pour du soutien clinique pour des cas complexes (ex. : services d'inhalothérapie, techniques de soins complexes, maladieS rareS pour lesquelles le personnel sur place ne possède pas d'expertise).	Hébergement privé, aucune subvention, personnel lié à l'employeur privé.	**Présence de résidents avec :** • Troubles neurocognitifs majeurs; • SCPD; • Soins palliatifs; • Fin de vie. **Possibilité de :** • Chambre multi; • Environnement ne permettant pas l'isolement; • Unité prothétique; • Usagers orphelins.

Ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF)

Les RI et RTF sont des partenaires liés par une entente particulière avec les CISSS et CIUSSS. **Les CISSS et CIUSSS confient les usagers à des responsables de ressources RI RTF.**
L'approche de ces ressources est de maintenir l'usager dans sa communauté et de favoriser son intégration et sa participation sociale.
Les usagers sont donc encouragés à faire leurs visites chez leur médecin en cas de problème de santé. Ils seront donc encouragés à aller au dépistage, consulter le médecin, etc. comme tous citoyens autonomes vivant à domicile. Cependant, les usagers en RI-RTF sont habituellement dépendants pour se déplacer, tout comme ceux qui doivent recevoir leurs soins et services à domicile. Ils devraient donc pouvoir recevoir leurs soins et services médicaux dans leur milieu de vie, sauf si le déplacement vers la clinique ne comporte pas de risque pour l'usager et ses proches.
Le CISSS et CIUSSS ont la responsabilité clinique, soit celle de rendre les services cliniques ou professionnels requis par la condition de l'usager confié à la ressource. Cette dernière a la responsabilité d'offrir les services de soutien ou d'assistance en fonction de la condition de l'usager qui sont déterminés par le CISSS ou CIUSSS.
La ressource et son représentant associatif ont une responsabilité administrative et d'octroi de certains services selon le besoin de soutien et le requis de services déterminé par le CISSS et CIUSSS.
Dans les RI et les RTF, il est possible d'avoir des usagers recevant des services d'un seul programme-services spécifique ou de rencontrer une mixité de clientèle DP, DI, TSA, Santé mentale et SAPA.
Il est fortement recommandé que les places en RI et RTF soient des chambres individuelles, mais il existe des chambres pour 2 personnes (raison : couple – fratrie, clinique [ex. gestion anxiété] ou infrastructure).

Description : RI

- Il y a une variabilité entre les RI.
- Le nombre de lits varie de **4 à plus de 100 places**.
- Les soins infirmiers sont habituellement assurés par le SAD (selon les ententes). Il peut arriver qu'une RI ait à son emploi du personnel infirmier. Cependant, celui-ci ne prodigue pas nécessairement de soins professionnels. Il peut avoir un rôle de gestionnaire ou coordonnateur. Il peut s'agir d'infirmière auxiliaire. Une vérification est requise auprès de ce personnel pour vérifier quelles responsabilités et fonctions sont attendues de leur part (ex. activités réglementées comme l'administration de médicaments).
- Le personnel infirmier du SAD visite les usagers ayant besoin de soins et demeure sur place pour la durée de l'évaluation ou du soin à prodiguer selon le plan de traitement en cours.
- Les équipements sur places pour prodiguer des soins aigus en situation d'urgence : impossible d'offrir des soins aigus, à moins d'avoir SIAD dans sa région (fait partie des services de SAD).
- Défibrillateur possible, mais très rare (les responsables des ressources et leur personnel ne sont pas dans l'obligation d'avoir un cours de PAB ou PDSB, mais ils doivent avoir une formation RCR et carte de secourisme général à jour. Les membres du personnel peuvent avoir eu, ou recevoir une formation, par un professionnel en vertu des articles 39.7 et 39.8 du Code des professionnels (administration des médicaments et soins invasifs).
- Liaison avec la pharmacie communautaire– client régulier.
- Pas de concentrateur d'oxygène, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin.
- Clientèle très vulnérable, ayant des profils Iso-SMAF de 6 à 12. Dans certaines RI on peut retrouver plusieurs usagers ayant des profils 12 et exceptionnellement 13 et 14.
- Il peut y avoir des places RI dans des RPA (sans nécessairement être dans une unité spécifique identifiée RI (dispersé une porte-une porte), ce qu'on appelle milieux mixtes. Ces places RI répondent aux mêmes critères que les RI décrites dans les sections du tableau ci-dessous.
- Certains RI ont des unités de type prothétique (errance).
- Il peut aussi y avoir des places RI pour des services de répit pour la clientèle du SAD, par entente avec le CIUSSS-CISSS.

Description RTF

- Idem que RI.
- Un maximum de 9 usagers peut être confié à une RTF dont le ou les responsables partagent leur lieu de vie principal.
- Clientèle en RTF : usagers ayant un profil ISO-SMAF de 6 à 12. Certaines RTF peuvent accueillir des usagers dont le profil ISO-SMAF est inférieur. Habituellement pas de personnel autre que l'exploitant.
- La seule formation obligatoire pour le personnel des ressources est le RCR et secourisme général, mais les employés assurent les tâches similaires à celles d'un ASSS ou d'un PAB, ou d'un aide de services. Certains membres du personnel peuvent avoir une formation pour les activités règlementées (administration des médicaments et soins invasifs).

Milieux de vie	Nombre de places	Clientèles	Services sur place	Type de personnel sur place	Personne que le médecin peut contacter sur place	Collaboration avec le personnel du CI (U) SSS	Lien administratif avec l'établissement et lien clinique	Facteurs à considérer pour analyse de risque
RI accueillant des usagers vulnérables à la COVID-19.	4 à plus de 100 places.	• Usagers de profils ISO-SMAF 6 à 12; • Aînés en perte d'autonomie, adultes ayant DP ou DI, personnes avec problématiques de santé mentale, etc.;	Gîte, couvert. AVD et services d'assistance personnelle (aide aux AVQ, soutien ou assistance à de nouveaux apprentissages, favoriser l'intégration dans la	Responsable de la ressource et ses employés qui rendent les services de soutien ou d'assistance directement aux usagers.	Responsable de la ressource ou responsable sur place.	Les professionnels du SAD sont responsables du suivi des usagers inscrits.	Hébergement public dans un milieu de vie privé, partenaire du réseau, lié par une entente	**Présence de résidents avec** : • Troubles neurocognitifs majeurs; • SCPD; • Soins palliatifs; • Fin de vie.

		• Chez l'usager : peut y avoir présence de maladies chroniques et conditions gériatriques concomitantes ou de maladies dégénératives ou de déficiences entrainant des limitations physiques ou intellectuelles importantes; • Présence possible d'usagers dans l'incapacité de comprendre et de respecter les consignes sanitaires liées à la COVID; • Clientèle à risque élevé de déconditionnement.	communauté en y accompagnant l'usager, sont des services attendus d'une RI et de son personnel). Soins et services professionnels assurés par les équipes de SAD : soins infirmiers, nutrition, ergothérapie, services psychosociaux, physiothérapie, psychoéducation/éducation spécialisée, etc.	Les soins et services professionnels sont assurés par les équipes de SAD des établissements, en fonction des besoins des usagers. Les professionnels du SAD **ne sont pas sur place en tout temps**, mais se rendent à la RI lorsque des services sont dispensés spécifiquement à un usager. Dans une RI de 180 places SAPA par exemple, il peut y avoir une ou plus d'une infirmière dédiée à ces derniers. Leur bureau pourrait être situé dans la RI pour une plus grande efficience. Ces professionnels ont un lien d'emploi avec le CIUSSS-CIUSSS ou encore, avec une agence à qui cet établissement public a confié les services professionnels.	Pour RI de 180 places. L'infirmière a un bureau sur place (jour, quelques fois de soir, rarement la nuit). Attention : Des infirmières auxiliaires peuvent être en poste à titre de gestionnaire responsable des soins infirmiers. Les soins infirmiers sont plutôt assurés par le SAD.		particulière, sur le plan administratif c'est l'établissement qui détermine les services de soutien ou d'assistance à rendre à chacun des usagers confiés. L'usager est inscrit et non admis.	**Possibilité de :** • Environnement ne permettant pas l'isolement; • Unité prothétique; • Usagers orphelins. Dans les RI 180 + il y a présence infirmière de jour. Il peut y en avoir de soir aussi, mais cela est rare. Si la présence d'infirmière sur 2 quarts de travail par jour est requise pour les usagers, il y en aura voire même de nuit. Ces dernières sont toujours à l'emploi de l'établissement (ou d'une agence en vertu de l'article 108 de la LSSSS. Particularités COVID : Aide et soutien relié à la gestion des éclosions assurée par les équipes SAD.
RI accueillant des usagers (moins) vulnérables à la COVID-19.	4 à plus de 100 places.	• En majorité des profils ISO-SMAF 6 à 12 • Aînés en perte d'autonomie et adultes ayant DP ou DI, problématique de santé mentale; • Chez l'usager : peut y avoir présence de maladies chroniques et conditions gériatriques concomitantes ou de maladies dégénératives ou de déficiences entrainant des limitations physiques ou intellectuelles importantes; • Présence possible d'usagers dans l'incapacité de comprendre et de respecter les consignes liées à la COVID.	Gîte, couvert et les services de soutien ou d'assistance. AVD et AVQ (soutien ou assistance de nouveaux apprentissages, favoriser l'intégration dans la communauté en y accompagnant l'usager, sont des services attendus d'une RI et de son personnel.) Soins et services professionnels assurés par les équipes de SAD : soins infirmiers, nutrition, ergothérapie, services psychosociaux, physiothérapie, psychoéducation/éducation spécialisée, etc.	Responsable de la ressource et ses employés qui rendent les services de soutien ou d'assistance directement aux usagers. Les soins et services professionnels sont assurés par les équipes de SAD des établissements, en fonction des besoins des usagers. Les professionnels du SAD **ne sont pas sur place en tout temps**, mais se rendent à la RI lorsque des services sont dispensés spécifiquement à un usager.	Responsable de la ressource ou responsable sur place. Attention : Des infirmières auxiliaires peuvent être en poste à titre de gestionnaire responsable des soins infirmiers. Les soins infirmiers sont plutôt assurés par le SAD.	Les professionnels du SAD sont responsables du suivi des usagers inscrits.	Hébergement public dans un milieu de vie privé, partenaire du réseau, lié par une entente particulière, sur le plan administratif l'établissement qui détermine les services de soutien ou d'assistance à rendre à chacun des usagers confiés	**Présence de résidents avec :** • Troubles neurocognitifs majeurs • SCPD **Possibilité de :** • Environnement ne permettant pas l'isolement • Usagers orphelins Aide et soutien relié à la gestion des éclosions assurée par les équipes SAD Dans les RI 180 + il y a présence infirmière de jour. Rarement, il peut y en avoir de soir. Si la présence d'infirmière sur 2 quarts de travail par jour est requise pour les usagers, il y en aura, voire même de nuit, mais ces dernières sont toujours à l'emploi de l'établissement (ou d'une agence en vertu de l'article 108 de la LSSSS

RTF : par définition la RTF peut accueillir un maximum de 9 personnes dans le lieu principal de résidence du ou des responsables.	9 et moins	• En majorité des usagers avec des profils ISO-SMAF 6 à 12 • Chez l'usager : présence de maladie chronique, trouble cognitif; • Errance et SCPD possible; • Clientèle à risque élevé de déconditionnement	Gîte, couvert et les services de soutien ou d'assistance. AVD et AVQ (soutien ou assistance de nouveaux apprentissages, favoriser l'intégration dans la communauté en y accompagnant l'usager, sont des services attendus d'une RTF et de son personnel.). Soins et services professionnels assurés par les équipes de SAD : soins infirmiers, nutrition, ergothérapie, services psychosociaux, physiothérapie, psychoéducation/éducation spécialisée, etc.	Responsable de la ressource et ses employés qui rendent les services de soutien ou d'assistance directement aux usagers. Les services professionnels sont assurés par les équipes SAD des établissements, en fonction des besoins des usagers. Les professionnels du SAD **ne sont pas sur place en tout temps**, mais se rendent à la RI lorsque des services sont dispensés spécifiquement à un usager.	Responsable de la ressource ou responsable sur place.	Les professionnels du SAD sont responsables du suivi des usagers inscrits.	Hébergement public dans un milieu de vie privé, partenaire du réseau, lié par une entente particulière, sur le plan administratif l'établissement détermine les services de soutien ou d'assistance à rendre à chacun des usagers confiés.	**Présence de résidents avec :** • Troubles neurocognitifs **Possibilité de :** • Environnement ne permettant pas l'isolement; • SCPD; • Usagers orphelins. Aide et soutien relié à la gestion des éclosions assurée par les équipes SAD.

Résidences privées pour aînés

Les RPA sont entièrement privées et agissent à titre de partenaires des CISSS et CIUSSS.
Pour qu'une résidence soit reconnue comme une RPA, l'exploitant doit obtenir un certificat de conformité délivré par le CISSS ou le CIUSSS du territoire concerné en vertu du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés.
Une entente concernant les modalités de dispensation des services offerts par la RPA et le CISSS ou le CIUSSS doit être conclue.
Le Règlement est sous la responsabilité du MSSS.

Le nombre d'unités locatives d'une RPA est très variable; allant de 1 à plus de 1 300 unités locatives.
La RPA est considérée comme le domicile de la personne. Ce sont des personnes âgées de plus de 65 ans. L'exploitant agit comme locateur et fournisseur de services et un bail est conclu avec la personne âgée.
Les personnes qui y vivent ont fait le choix d'y vivre. La RPA est considérée comme le domicile de la personne.

Elles accueillent principalement des personnes âgées de plus de 65 ans, au moyen d'un bail, sans passer par le mécanisme d'accès à l'hébergement. L'autonomie des personnes qui y vivent est très variable, allant de la pleine autonomie à des pertes d'autonomie plus importantes, peu importe le profil ISO-SMAF. Cette mixité peut exister à l'intérieur d'une même résidence.

Le personnel sur place est à l'emploi de la RPA, donc de l'employeur privé. Il y a 4 catégories de RPA. Ces catégories sont déterminées en fonction de l'offre de services de la RPA. La RPA est responsable de son offre de services. Seule la catégorie 4 offre des services infirmiers (avec ou sans unités de soins). La possibilité de donner des soins aigus sur place par ce personnel est faible. L'environnement physique n'est souvent pas adapté pour des soins aigus sur place. Dans les résidences de catégorie 4, il peut y avoir des personnes très autonomes, des personnes semi-autonomes nécessitant peu de soins ou de services d'assistance personnelle et des personnes moins autonomes ayant besoin de soins ou de services de façon plus soutenue (ex. : surveillance constante). Si présence d'unités de soins, celle-ci est souvent réservée que pour un nombre restreint de résidents.
Pour l'ensemble des RPA, toutes catégories confondues, les équipes SAD des CISSS et CIUSSS peuvent offrir des services aux personnes qui y habitent. Donc, des infirmières peuvent être sur place pendant la durée de l'évaluation d'un usager ou du soin.
Selon le choix de la personne âgée vivant en RPA, tout comme chaque citoyen, elle peut demander des soins palliatifs ou de fin de vie à son domicile. Ces soins sont offerts par les équipes de SAD.
Les personnes en RPA ne sont pas toutes connues des services de SAD.

Les équipements sur places pour prodiguer des soins aigus en situation d'urgence :
• Défibrillateur possible, mais rare. Les personnes responsables sont tenues d'assurer la surveillance, dont l'une est dans l'obligation d'avoir complété une formation RCR et secourisme général.
• Pas de concentrateur d'oxygène, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin.
• Pharmacien communautaire (lié au client).

Il existe quelques résidences privées spécialisées, par exemple, auprès d'usagers atteints d'un trouble neurocognitif majeur et d'errance (unité prothétique).

Il peut y avoir des places RI dans des RPA (sans nécessairement être dans une unité spécifique identifiée RI). Ces places RI répondent aux mêmes critères que les RI décrites dans les sections du tableau ci-dessus.
Il peut aussi y avoir des places RI pour du répit ou de la convalescence par entente avec le CIUSSS-CISSS.

Pour ces résidences spécialisées et ces places RI, les besoins des usagers peuvent différer de la clientèle attendue en RPA ».

Catégories de RPA	Nombre d'unités	Exigences minimales de personnel sur place dans la RPA en tout temps
Catégorie 1 RPA avec services de base (location de chambre ou de logement, sécurité, loisirs, repas, aide domestique, excepté distribution de médicaments)	49 unités et moins	1 surveillant, bénévole (selon le palier d'alerte en vigueur), locataire surveillant ou résident*
	De 50 à 99 unités	1 surveillant, bénévole (selon le palier d'alerte en vigueur), locataire surveillant ou résident*
	De 100 à 199 unités	1 surveillant ou 2 bénévoles (selon le palier d'alerte en vigueur), locataire surveillant ou résident*
	200 unités et plus	2 surveillants ou 3 bénévoles (selon le palier d'alerte en vigueur), locataires surveillants ou résidents*

Catégorie 2 RPA avec services de base et de distribution des médicaments	9 unités et moins	1 surveillant*
	De 10 à 199 unités	1 surveillant*
	200 unités et plus	2 surveillants*
Catégorie 3 RPA avec services de base et services d'assistance personnelle (incluant l'administration des médicaments)	9 unités et moins	1 surveillant*
	De 10 à 99 unités	1 préposé
	De 100 à 199 unités	1 surveillant* et 1 préposé
	200 unités et plus	2 surveillants* et 1 préposé
Catégorie 4 RPA avec services de base, services d'assistance personnelle et soins infirmiers La présence de services de soins infirmiers dans la RPA ne signifie pas qu'il y a présence d'infirmière sur place. La plupart des RPA de catégorie 4 ont des infirmières auxiliaires sur place, mais pas sur tous les quarts de travail et parfois seulement pour quelques heures. Certaines n'ont que des préposés.	49 unités et moins	1 préposé
	De 50 à 99 unités	2 préposés
	De 100 à 199 unités	3 préposés
	200 unités et plus	4 préposés

Le surveillant est une personne qui doit connaître le plan de sécurité incendie et être capable de l'appliquer et qui a complété avec succès les formations suivantes : réanimation cardiorespiratoire, secourisme général et principe de déplacement sécuritaire des personnes. Ils doivent s'assurer de maintenir à jour leurs connaissances.

Milieux de vie		• **Clientèles**	**Services sur place**	**Type de personnel sur place**	**Personne que le médecin peut contacter sur place**	**Collaboration avec le personnel du CI (U) SSS**	**Lien administratif avec l'établissement et lien clinique**	**Facteurs à considérer pour analyse de risque**
RPA catégorie 4	1 à plus de 1 300 unités locatives.	• Majoritairement des personnes âgées de 65 ans et plus. • Les personnes qui y vivent peuvent être très autonomes, semi-autonomes ou présenter une perte d'autonomie plus importante (pas de critères, toute personne peut faire le choix d'habiter dans une RPA de catégorie 4 même si pas de besoins spécifiques). • Certains nécessitent des soins ou des services de façon plus soutenue (ex. : surveillance constante). • Il peut y avoir une proportion plus ou moins importante de résidents avec des problématiques de santé variées, telles que des maladies chroniques et des	Services de base (voir tableau des catégories ci-dessus). Services d'assistance personnelle (aide à l'hygiène, à l'habillage, à l'alimentation, administration des médicaments, etc.). Soins infirmiers : souvent limités à l'administration des médicaments et aux soins invasifs par des infirmières auxiliaires. Les infirmières, lorsque présentes, assurent	Préposés. Infirmières auxiliaires. Infirmière (rare). Exploitant ou responsable de la RPA. Les professionnels du SAD **seront sur place uniquement lorsqu'ils dispensent des services** spécifiquement à un usager.	Usager si autonome ou personne proche aidante. Préposé de la RPA. Infirmière auxiliaire de la RPA (souvent présente uniquement de jour, certaines RPA ont des inf. aux.sur tous les quarts).	Personnel du CLSC (équipes SAD), pour les usagers recevant des services SAD. Plusieurs résidents ne reçoivent aucun service du SAD.	Milieu privé. Intervenants responsables de la certification. Intervenants du SAD qui viennent dispenser des services. Entente avec le CISSS ou le CIUSSS qui détermine notamment les modalités de communication lors d'un dépassement de l'offre de services ou lors d'une éclosion.	**Attention : présence de certains résidents très vulnérables.** Possibilité de résidents avec troubles cognitifs; Unité prothétique possible; Allers et venues des résidents dans la communauté; Aires communes; Résidents sans médecins de famille;

		maladies neurodégénératives ainsi que des profils ISO-SMAF de 6 et plus. • Tous les résidents ne sont pas connus du SAD. Les profils Iso-SMAF ne sont donc pas connus pour tous. • Unité prothétique possible.	généralement des tâches de gestion. Parfois présence d'une unité de soins fermée. Lorsque des services dépassant l'offre de services de la RPA sont requis, une demande de services SAD doit être faite au CLSC. Les services professionnels requis sont assurés par les équipes SAD des établissements, à la suite d'une demande de services du résident.		L'infirmière peut être présente de jour (rare) de soir et de nuit (très rare). Responsable ou exploitant de la RPA.		Mesure COVID : Mise en place par les CISSS et CIUSSS d'un moyen de communication obligatoire pour toutes les RPA.	Présence possible d'usagers dans l'incapacité de comprendre et de respecter les consignes sanitaires liées à la COVID; Possibilité d'environnement ne permettant pas l'isolement; Aide et soutien des équipes SAD pour la gestion des éclosions et l'application des mesures PCI par le personnel; Prise en charge des usagers COVID + par les équipes SAD au besoin.
RPA de catégorie 3	1 à plus de 1 300 unités locatives.	• Majoritairement des personnes âgées de 65 ans et plus. • Les personnes qui y vivent peuvent être très autonomes, semi-autonomes ou présenter une perte d'autonomie plus importante (pas de critères, toute personne peut faire le choix d'habiter dans une RPA de catégorie 3 même si pas de besoins spécifiques). • Il peut y avoir une proportion plus ou moins importante de résidents avec des problématiques de santé variées, telles que des maladies chroniques et des maladies neurodégénératives ainsi que des profils ISO-SMAF de 6 et plus. • Tous les résidents ne sont pas connus du SAD. Les profils ISO-SMAF ne sont donc pas connus pour tous.	Services de base (voir tableau des catégories ci-dessus). Services d'assistance personnelle (aide à l'hygiène, à l'habillage, à l'alimentation, administration des médicaments, etc.). Lorsque les services requis dépassent l'offre de services de la RPA, une demande de services SAD doit être faite au CLSC. Les services professionnels requis sont assurés par les équipes SAD des établissements, à la suite d'une demande de services du résident.	Préposé de la RPA. Surveillant membre du personnel. Dans de très rares cas, il peut y avoir infirmières auxiliaires pour l'administration des médicaments. Exploitant ou responsable de la RPA (surtout dans petites RPA, exploitant souvent sur place). Les professionnels du SAD **seront sur place uniquement lorsqu'ils dispensent des services** spécifiquement à un usager.	Usager si autonome ou personne proche aidante. Préposé de la RPA ou surveillant. Responsable ou exploitant de la RPA.	Personnel du CLSC (équipe SAD), pour les usagers recevant des services SAD. Plusieurs résidents ne reçoivent aucun service du SAD.	Milieu privé. Intervenants responsables de la certification. Entente avec le CISSS ou le CIUSSS qui détermine notamment les modalités de communication lors d'un dépassement de l'offre de services ou lors d'une éclosion. Mesure COVID : Mise en place par les CISSS et CIUSSS d'un moyen de communication obligatoire pour toutes les RPA.	**Attention : présence de certains résidents très vulnérables.** Les RPA de catégorie 3 peuvent nécessiter plus de soutien que celles de catégorie 4 car il n'y a que des préposés sur place. Possibilité de résidents avec troubles cognitifs. Aires communes; Allers et venues des résidents dans la communauté; Résidents sans médecins de famille; Présence possible d'usagers dans l'incapacité de comprendre et de respecter les consignes sanitaires liées à la COVID; Possibilité d'environnement ne permettant pas l'isolement; Aide et soutien des équipes SAD pour la gestion des éclosions et l'application des mesures PCI par le personnel; Prise en charge des usagers COVID + par les équipes SAD au besoin.

RPA de catégorie 1 et 2 (pour résidents autonomes)	1 à plus de 1 300 unités locatives.	• Les personnes qui y vivent sont généralement autonomes, mais il n'est pas rare d'y trouver des personnes avec des pertes d'autonomie plus importantes et qui reçoivent des services d'aide à domicile dispensés par le CLSC ou par un autre prestataire de services pour soutenir leur autonomie. • Problématiques de santé variées, mais principalement maladies chroniques, certains pourraient avoir une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. Possibilité d'y trouver une clientèle présentant des troubles cognitifs légers. Interdiction d'accueillir une personne avec des troubles cognitifs demandant une surveillance constante dans une RPA de catégorie 1 et 2 (mais un résident peut développer des troubles cognitifs alors qu'il habite déjà la RPA).	Services de base (voir tableau des catégories ci-dessus). Catégorie 2 seulement : service de distribution des médicaments. Les services d'assistance personnelle sont déterminés par les équipes SAD des établissements, à la suite d'une demande de services du résident. Ces services peuvent être dispensés par les équipes SAD ou par des prestataires externes (ex. : entreprise d'économie sociale en aide à domicile [EESAD]). Les soins et services professionnels requis sont assurés par les équipes SAD à la suite d'une demande de services du résident.	Préposé à l'entretien ménager, équipe du service alimentaire. Exploitant ou responsable de la RPA. Surveillant, bénévole ou résident surveillant. Les professionnels du SAD, ASSS et préposés d'aide à domicile **seront sur place uniquement lorsqu'ils dispensent des services** spécifiquement à un usager.	Usager ou son proche aidant. Exploitant ou responsable de la RPA. Surveillant, bénévole ou résident surveillant.	Personnel du CLSC (équipes SAD), pour les usagers recevant des services SAD. Plusieurs résidents ne reçoivent aucun service du SAD.	Milieu privé. Intervenants responsables de la certification. Entente avec le CISSS ou le CIUSSS qui détermine notamment les modalités de communication lors d'un dépassement de l'offre de services ou lors d'une éclosion. Mesure COVID : Mise en place par les CISSS et CIUSSS d'un moyen de communication obligatoire pour toutes les RPA.	Présence de résidents autonomes et semi-autonomes; Aires communes; Plus de sorties dans la communauté; Résidents sans médecins de famille; Exception : certaines RPA n'ont pas de surveillant présent sur place (OBNL géré par conseil d'administration : surveillant = membre du CA); Aide et soutien relié à la gestion des éclosions assurée par les équipes SAD.

Autres types de milieux de vie ou de soins

Milieu de vie ou de soins	Nombre de places	Clientèles	Services sur place	Type de personnel sur place	Personne que le médecin peut contacter sur place	Collaboration avec le personnel du CI (U) SSS	Lien administratif avec l'établissement et lien clinique	Facteurs à considérer pour analyse de risque
Maison soins palliatifs	1MSP plus de 20 places 33 MSP de 20 places et moins	• Clientèle en fin de vie avec maladies oncologiques, maladies chroniques, maladies dégénératives terminales	Soins infirmiers et médicaux Services professionnels Bénévolat - activité d'entretien et soins d'assistance Services d'assistance	Équipe de base (infirmière, PAB md, pharmacien, TS) Équipe interdisciplinaire présente et variable selon le nombre d'usagers Bénévoles - intervenants spirituels- entretien ménager - personnel cuisine et à l'accueil Selon besoin physio-ergo et psychologue.	Infirmières sur place 24 h /7 Garde médicale 24 h/7 [2]	Soutien d'une infirmière du SAD selon le besoin.[3]	Entente de service avec le CISSS ou CIUSSS Intervenant contact des CISSS/ CIUSSS pour les MSP.	Les MSP doivent demeurer en zone froide. Si la COVID-19 se développe après admission - risque de contamination des équipes - le confinement des employés met à risque le plan d'effectifs. Trajectoire pour usage COVID-19 + • En vague 1 il y a eu deux MSP qui ont fermé; • Toute nouvelle admission en isolement; • Isolement à la chambre en attendant résultat et selon stade maladie; • Transfert en CH possible.
Communautés religieuses	5 et plus	• Usagers dont les profils peuvent être de 1 à 14 (niveau d'autonomie très variable); • Certains usagers de très grand âge; • Sœurs qui font partie de la communauté en grande partie; • Clientèles ayant des problématiques diverses : perte d'autonomie, incapacités physiques, intellectuelles, trouble du spectre de l'autisme ou, troubles de santé mentale, maladies chroniques, fin de vie, problème de santé nécessitant des soins aigus, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers.	Gite et couvert Aide aux AVD, services d'assistance personnelle (incluant AVQ). Soins infirmiers complets. Les autres services professionnels requis sont assurés par les équipes SAD des établissements, à la suite d'une demande de services du résident.	Infirmières 24h/24, équipe de soins.	Infirmières Responsable de la communauté Personnel de soins (religieuse sur place) ou civil	Personnel du CLSC (équipes SAD), pour les usagers recevant des services SAD.	Hébergement à statut particulier.	Présence de résidents avec : • Troubles cognitifs; • SCPD. Milieu qui ressemble à un CHSLD. **Attention : présence de certains résidents très vulnérables.** Attention : il y a des communautés réservées qu'aux religieuses et d'autres qui accueillent des civils. Présence d'usagers dans l'incapacité de comprendre et de respecter les consignes liées à la COVID.

[2] Si médecin de garde est COVID + et risque de bris de service, une demande d'exception peut être faite au MSSS pour affecter un médecin en situation de COVID jusqu'à 3 mois. Réponse rapide du MSSS dans ce contexte

[3] Une entente avec le CISSS/CIUSSS peut être conclue pour assurer le suivi des usagers ayant besoin de services professionnels spécifiques (ex. : ergothérapie). Ces services sont assurés par les équipes SAD »

Zones tampons - sites non traditionnels (SNT) et sites traditionnels (ST)

La zone tampon est une solution de dernier recours et est réservée aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique, incapacité de suivre les consignes) ne permettent pas un isolement à la chambre, et que, l'ensemble du milieu de vie peut être infecté (ex. milieu de vie de type familial).
On doit retrouver dans les zones tampons une zone chaude et une zone tiède. Dans les zones tampons, l'usager peut être considéré admis ou inscrit selon le type de zone.
Ces zones tampons peuvent être situées dans un site non traditionnel (SNT) ou un site traditionnel réaménagé (ST).

- Pour plus de détails, vous pouvez consulter la directive à ce sujet disponible à l'adresse suivante : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgapa-015.pdf

La couverture médicale est nécessaire selon le profil d'usager s'y trouvant. Le choix du site est aussi conditionnel aux besoins en soins et en soutien technique de l'usager.

Différents types de zones tampons :

- Zones tampons de type soins et services où les usagers sont admis : il s'agit d'une ressource transitoire qui offre l'ensemble des services de santé et d'assistance requis par l'usager.
- Zones tampons de type communautaire où la clientèle est inscrite (clientèle RPA, domicile…) est une ressource offrant les services non professionnels (ex. repas, ménage) et certains services professionnels de base. La pharmacie communautaire peut desservir les usagers de cette zone.

Les déclinaisons peuvent être multiples par exemple :

- Zone tampon de type communautaire (sans soins sur places). Type hôtellerie (zone froide ou tiède, chaude avec usagers asymptomatiques) pas d'infirmière sur place.
- Zone tampon avec soins et services. Infirmière sur le site.
- Possibilité d'une unité pour errance (zone tiède – zone chaude) (impossible de retourner dans leur milieu de vie).
- Zone tampon avec soins et services - Type avec unité de soins (lourde perte d'autonomie), infirmière sur le site.

Zones tampons (SNT ou ST)	Nombre de places	Clientèles	Services sur place	Type de personnel sur place	Personne que le médecin peut contacter sur place	Collaboration avec le personnel du CI (U) SSS	Lien administratif avec l'établissement et lien clinique	Facteurs à considérer pour analyse de risque
Zone tampon communautaire (sans soins sur places) **Type hôtellerie (zone froide ou tiède, chaude avec usagers asymptomatiques)**	1 et plus	• Usagers autonomes ou ayant besoin seulement gîtes et couverts; • Ne nécessite pas de soins ni surveillance; • Usagers comprennent les mesures d'isolement, possibilité d'isoler à la chambre;	Gite et couvert; Stimulation.	PAB TS Auxiliaire	Responsable de la zone tampon.	Personnel du CI (U) SSS – mission SAD	Hébergement pour isolement à statut particulier COVID	Besoins d'aide à la médication possible Réaction et adaptation au transfert minime
Zone tampon – avec soins sur places **Possibilité d'une unité pour errance (zone tiède – zone chaude) (impossible de retourner dans leur milieu de vie)**	1 et plus	Usagers ne sont pas en mesure de comprendre les mesures d'isolement, possibilité d'isoler à la chambre Usagers ambulants (errance) Nécessitent de la surveillance ainsi que soutien à leur autonomie pour AVD AVQ, Prévention du déconditionnement Besoins de soins de santé	Gite et couvert Stimulation Surveillance Assistance au AVD et AVQ Assistance à la médication	Infirmière PAB TS Inf Auxiliaire, TES, TS	Infirmière	Personnel du CI (U) SSS – mission SAD	Hébergement pour isolement à statut particulier COVID	Besoins d'aide à la médication Présence de résidents avec : • Troubles cognitifs • SCPD Réaction et adaptation au transfert plus difficile – désorientation

Zone tampon - Type avec unité de soins (lourde perte d'autonomie)	1 et pus	Type unité de soins Usagers avec profils ISO-SMAF 6 à 14 Problématiques de santé variées, mais principalement maladies chroniques, certains pourraient avoir une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. Prévention du déconditionnement	Gite et couvert Stimulation Surveillance Assistance au AVD et AVQ (et à la mobilité, à la communication, etc.) Assistance à la médication Soins actifs	Infirmières, inf. auxil. PAB, TS	Infirmière	Personnel du CI (U) SSS – mission SAD	Hébergement pour isolement et soins à statut particulier COVID	Plateaux techniques nécessaires Possibilité d'être annexé à un milieu hospitalier ou CHSLD

Domicile							
Milieu	**Clientèles**	**Services sur place**	**Type de personnel sur place**	**Personne que le médecin peut contacter sur place**	**Collaboration du CI (U) SSS avec les partenaires**	**Lien administratif avec l'établissement et lien clinique**	**Facteurs à considérer pour analyse de risque**
Domicile : **Maison privée** **Maison de ville** **Condo** **Logement locatif privé ou communautaire (ex. HLM, OBNL-H)**	Toute personne ayant des incapacités temporaires ou permanentes qui doit recevoir à son domicile une partie ou la totalité de ses soins. Clientèles de tous les âges et ayant des problématiques diverses : perte d'autonomie, déficience physique, intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme ou, troubles de santé mentale, maladies chroniques, fin de vie, problème de santé nécessitant des soins aigus. Certains pouvant avoir une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers Les usagers ont des profils ISO-SMAF de 1-14	Les services d'aide à domicile requis sont déterminés par les équipes SAD, à la suite d'une demande de services de l'usager. Ces services peuvent être dispensés par les équipes SAD ou par des prestataires externes (ex. : EESAD, organisme communautaire, travailleur engagé de gré à gré par la modalité AD/CES). Les soins et services professionnels requis sont assurés par les équipes SAD à la suite d'une demande de services de l'usager.	Les professionnels du SAD, ASSS et préposés d'aide à domicile **seront sur place uniquement lorsqu'ils dispensent des services** spécifiquement à un usager.	Usager ou personne proche aidante L'intervenant pivot assigné au dossier de l'usager peut être contacté.	Collaboration avec les prestataires externes de services : EESAD Travailleurs engagés de gré à gré par la modalité AD/CES Organismes communautaires Centres de jour Collaboration avec les pharmacies communautaires et GMF	Entente de collaboration avec les prestataires externes pour la dispensation de services pour le compte de l'établissement	Priorisés en fonction des besoins identifiés à la suite de l'évaluation effectuée par les équipes de SAD. **Attention : présence de certains résidents très vulnérables à domicile** Usagers sans médecin de famille Le niveau de priorité est établi selon le jugement clinique, urgence de la situation, maintien à domicile compromis, facteurs de risques, fragilité, réseau social immédiat, etc. ainsi que des indicateurs de la perte d'autonomie et du niveau de soutien Parmi les usagers, prioriser dans l'ordre : Usagers aux profils 14 à 10 Usagers aux profils 8, 7, 5 Usagers aux profils 9, 6, 4 Usagers au profil 3 et Usager aux profils 1-2 Vérifier la présence de facteurs de vulnérabilité dans OEMC (maladies chroniques, etc.) * document de référence Les personnes résidant dans les quartiers défavorisés (indice de défavorisation sociale et matérielle) pourraient être plus à risque, ainsi que les usagers demeurant dans les édifices d'habitation à loyers modiques (HLM) : aires communes : entrées communes, ascenseurs, etc.

	Présence de conditions stables ou instables. Présence de clientèles à risque de déconditionnement						Les équipes SAD vont couvrir les milieux d'éclosion (ex. : HLM ou OBNL-H) au besoin. En général, les équipes SAD assurent la prise en charge des usagers COVID +. Sinon, aide et soutien des équipes SAD pour l'application des mesures PCI par le personnel provenant des EESAD qui dispensent des services aux usagers COVID + Le RSSS est responsable de fournir les ÉPI aux prestataires externes.

ANNEXE : **Profils du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle par groupe (ISO-SMAF)**

GROUPE 1 **Atteinte aux tâches domestiques**	GROUPE 2 **Atteinte motrice prédominante**	GROUPE 3 **Atteinte mentale prédominante**	GROUPE 4 **Atteinte mixte + mentale aide à la mobilité**	GROUPE 5 **Atteinte mixte + mentale alité et dépendant AVQ**
Profil ISO-SMAF 1 **AVQ**: difficulté : entretien de la personne et la fonction vésicale **Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur et utiliser les escaliers **Comm :** sans particularité **FM :** très légers problèmes de mémoire **AVD** : stimulation ou surveillance : entretien de la maison et les courses. Difficulté : repas, transport et budget.	Profil ISO-SMAF 4 **AVQ** : difficulté, stimulation ou aide partielle : se laver ou entretenir sa personne **Mob :** difficultés : marcher à l'intérieur surveillance : circuler et à l'extérieur aide : utiliser les escaliers **Comm :** sans particularité **FM :** légers problèmes de mémoire des faits récents **AVD** : aide : entretien de la maison, repas, course, lessive. Difficulté avec le téléphone et les médicaments. Aide pour les transactions complexes (budget). Accompagnement pour le transport.	Profil ISO-SMAF 5 **AVQ**: stimulation : se laver et entretien de la personne, difficulté pour les autres items **Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur **Comm :** sans particularité **FM:** problèmes de mémoire des faits récents et d'orientation à l'occasion, lenteur de compréhension et problèmes de jugement **AVD** : aide complète : entretien de la maison, repas, course, lessive. Aide : téléphone, médicaments, budget. Accompagnement pour le transport	Profil ISO-SMAF 11 **AVQ**: aide partielle pour se nourrir, aide partielle ou totale : se laver ou s'habiller. Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente mais continence au niveau fécal. Surveillance ou aide pour les toilettes **Mob :** aide : transferts, marche, fauteuil roulant. N'utilise plus les escaliers **Comm :** diminution : vision, audition langage **FM :** atteinte modérée de toutes les fonctions, surtout jugement. Peu de problèmes de comportement ou problèmes mineurs **AVD**: aide complète. Aide pour le transport	Profil ISO-SMAF 13 **AVQ**: aide partielle pour se nourrir, aide totale : laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence totale (vésicale et intestinale) et n'utilise plus les toilettes **Mob :** aide pour les transferts ou grabataire, ne marche plus et utilise un fauteuil roulant **Comm :** diminution : vision, audition et langage **FM :** atteinte modérée, jugement est le plus atteint. Troubles de comportement mineurs **AVD** : aide complète, aide pour le transport ou ambulance
Profil ISO-SMAF 2 **AVQ** : difficulté : entretien de la personne **Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur ou utiliser les escaliers **Comm :** sans particularité **FM :** très légers problèmes de mémoire **AVD** : aide : entretien de la maison, préparer les repas, faire les courses. Aide totale pour la lessive. Surveillance ou stimulation : transport et budget.	Profil ISO-SMAF 6 **AVQ**: stimulation ou surveillance : se laver et entretien de la personne. Difficulté ou stimulation dans les autres items **Mob :** aide ou surveillance : circuler à l'extérieur, difficulté à marcher à l'intérieur et n'utilise plus l'escalier **Comm :** difficulté à voir et à entendre **FM :** problèmes de mémoire des faits récents, difficultés à évaluer les situations, conseils pour prendre des décisions. Désorientation occasionnelle dans temps et espace **AVD** : aide totale. Supervision: téléphone et transport	Profil ISO-SMAF 7 **AVQ**: aide : se laver, entretenir sa personne, stimulation, aide pour s'habiller. Surveillance ou stimulation pour autres items **Mob :** difficulté : utiliser les escaliers et surveillance : circuler à l'extérieur **Comm :** un peu d'atteinte à la vision et à l'audition **FM :** atteinte modérée : mémoire, orientation, compréhension et particulièrement jugement. Présence de troubles de comportements mineurs **AVD** : aide totale. Aide partielle pour le transport.	Profil ISO-SMAF 12 **AVQ**: stimulation pour se nourrir, aide partielle ou totale : laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire + fécale fréquente ou totale. Aide pour toilettes ou ne l'utilise plus. **Mob :** surveillance ou aide occasionnelle : marcher à l'intérieur et à l'extérieur et n'utilise plus les escaliers **Comm :** diminution : audition et langage mais exprime sa pensée **FM** : atteintes graves, troubles de comportement importants **AVD** : aide totale. Aide transport	Profil ISO-SMAF 14 **AVQ** : aide totale : se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne. Incontinence totale (vésicale et intestinale) **Mob :** grabataire, fauteuil gériatrique ou civière pour les déplacements **Comm :** fonctions très affectées. Communique besoins primaires ou ne communique plus **FM :** déficits cognitifs très sévères, problèmes de comportement sont inexistants ou mineurs comme des jérémiades **AVD** : aide totale
Profil ISO-SMAF 3 **AVQ**: difficulté : se laver ou entretien de la personne **Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur ou utiliser les escaliers **Comm :** sans particularité **FM :** légers problèmes de mémoire et conseils pour la prise de décision **AVD** : aide totale : entretien de la maison, repas, lessive et prise de médicaments. Aide : courses et budget. Supervision : téléphone et transport	Profil ISO-SMAF 9 **AVQ**: difficulté, stimulation à se nourrir. Aide : se laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente, incontinence fécale occasionnelle. Surveillance ou aide : utiliser la toilette **Mob :** aide : transferts et marche, circuler à l'extérieur. Difficulté ou aide : fauteuil roulant n'utilise plus les escaliers. **Comm :** difficultés **FM :** légers problèmes de mémoire et d'orientation à l'occasion. Lenteur de compréhension Problèmes de jugement. **AVD**: aide totale. Aide partielle téléphone et transport.	Profil ISO-SMAF 8 **AVQ**: aide : se laver, entretenir sa personne, l'habillement **Mob :** surveillance : marche, aide pour circuler à l'extérieur, et n'utilise pas les escaliers **Comm :** voir et entendre diminués **FM :** atteinte modérée de toutes les fonctions. Jugement le plus affecté. Troubles de comportement nécessitant un encadrement journalier **AVD** : aide totale sauf pour le transport : aide partielle.		
		Profil ISO-SMAF 10 **AVQ**: stimulation pour se nourrir, aide ou aide totale : se laver, entretenir sa personne, s'habiller. Incontinence urinaire ou routine et surveillance pour les toilettes **Mob :** surveillance : marcher et utiliser les escaliers. Aide : circuler à l'extérieur **Comm :** difficulté, défaut langage **FM :** toutes fonctions sont gravement atteintes, troubles comportements importants qui nécessitent une surveillance plus intensive **AVD** : aide totale. N'utilise plus le téléphone et aide pour le transport.			

Ce sont les caractéristiques les plus fréquentes retrouvées dans chaque profil. Notez bien que dans ce tableau les profils ne sont pas en ordre de numéros de profils, ils sont regroupés par leur prédominance clinique.

Définitions

AVQ : **Activités de la vie quotidienne**
Mob : **Mobilité**
Comm : **Communication**
FM : **Fonctions mentales**
AVD : **Activités de la vie domestique**

Atteinte mixte : atteinte motrice + atteinte mentale

Source : Dubuc, N. ; Delli-Colli, N. (2004), version révisée 2011

Pour plus d'information :
Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
Téléphone : 819-821-5122
Courriel : info@expertise-sante.com

Santé et Services sociaux Québec

RÉSUMÉ — Milieux de vie pour aînés et aide à l'organisation de la couverture médicale selon les variables suivantes : vulnérabilité des usagers et disponibilités des services sur place[1].

Le présent document est un résumé d'une version plus complète sur le continuum de milieux de vie pour aînés et ses spécificités. Il s'adresse aux gestionnaires et intervenants du secteur des services médicaux qui seront appelés à prendre des décisions sur la couverture médicale et les trajectoires ou à intervenir en milieux de vie pour aînés. Cette synthèse pourra être utile aux fins d'organisation des services médicaux en adéquation avec les besoins des aînés et la disponibilité du personnel sur place. Le document présente en détail les différents types de milieux de vie pour aînés, soit le nombre de places, les caractéristiques de la clientèle qui y vit, les services offerts, le personnel qui est sur place, la personne que le médecin peut contacter, le personnel du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) y intervenant le cas échéant, le lien administratif et clinique avec l'établissement ainsi que les facteurs à considérer pour l'analyse du risque en lien avec la vulnérabilité des aînés et la réalité du milieu. Voici un tableau résumant le contenu du document :

Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

- Il existe 3 types de CHSLD : public, privé conventionné et privé. Le CHSLD public compte sur du personnel provenant du réseau. Les CHSLD privés conventionnés et privés ont leur propre personnel (employeur privé). Tous les CHSLD doivent avoir au moins une infirmière 24 h sur 24.
- Le nombre de lits est très variable d'un CHSLD à l'autre, soit de 9 à 446 lits. Il est courant que des chambres soient occupées par plus d'une personne [pour réunir un couple ou pour une raison clinique (ex. : gestion de l'anxiété) ou pour une question d'infrastructure].
- Les usagers sont en grande perte d'autonomie : profils système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF) 10 à 14.
- Pour les CHSLD publics : les équipements disponibles sur place de même que l'expertise clinique peuvent limiter les soins aigus pouvant y être réalisés. Il existe une grande variabilité d'un CHSLD à l'autre concernant le type de soins aigus pouvant y être exécutés. Par conséquent, des vérifications doivent être faites auprès des équipes de soins du CHSLD pour connaître la disponibilité des équipements : O_2 sur place, équipement pour soins de fin de vie, soins de plaies complexes, prélèvements et injections, antibiotiques intraveineux ou intramusculaires, sous-cutanées, défibrillateur, appareil BiPAP ou CPAP (à l'individu ou au CHSLD).
- La liaison avec la pharmacie est présente : Le CHSLD public a une entente avec une pharmacie d'établissement ou une pharmacie 24 h sur 24 en entente avec l'établissement (couverture Rx des soins palliatifs possible).
- Pour les CHSLD privés conventionnés et privés : les équipements disponibles sont très variables. La trajectoire entre les centres hospitaliers et les CHSLD privés peut varier.
- La liaison avec la pharmacie est plus compliquée dans certains cas.

Ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF)[1]

- Les RI et les RTF sont des partenaires liés par une entente particulière avec les CISSS et les CIUSSS. Les CISSS et les CIUSSS confient les usagers à des responsables de ressources RI ou RTF. L'approche de ces ressources est de maintenir l'usager dans sa communauté et de favoriser son intégration et sa participation sociale. Les usagers sont donc encouragés à se rendre chez leur médecin en cas de problème de santé.
- Le nombre de lits varie de 4 à plus de 100 places/lits.
- Clientèle très vulnérable, ayant des profils ISO-SMAF de 6 à 12. Dans certaines RI, on peut retrouver plusieurs usagers ayant des profils 12 et exceptionnellement 13 et 14.
- Les soins infirmiers sont habituellement assurés par les soins à domicile (SAD). Lesquels demeurent sur place pendant la durée de son évaluation ou du soin à prodiguer, selon le plan de traitement en cours. Il peut arriver qu'une RI ait à son emploi du personnel infirmier. Cependant, celui-ci ne prodigue pas nécessairement de soins professionnels. Il peut avoir un rôle de gestionnaire ou de coordonnateur. Il peut s'agir d'infirmière auxiliaire. Une vérification est requise auprès de ce personnel pour vérifier quelles responsabilités et fonctions sont attendues de leur part (ex. : activités réglementées comme l'administration de médicaments).
- La seule formation obligatoire pour le personnel de ces ressources est la réanimation cardiorespiratoire (RCR) et le secourisme général. Les employés assurent des tâches similaires à celles d'un auxiliaire aux services de santé et sociaux, d'un préposé aux bénéficiaires (PAB) ou d'une aide de services. Certains membres du personnel peuvent avoir une formation pour les activités réglementées (administration des médicaments et soins invasifs).
- Les équipements sur place pour prodiguer des soins aigus en urgence : il n'est pas possible d'avoir des soins aigus, à moins d'avoir des soins palliatifs et intensifs à domicile (SIAD) dans sa région (fait partie des services SAD). Défibrillateur possible, mais très rare (les responsables des ressources et leur personnel ne sont pas dans l'obligation d'avoir un cours de PAB ou un cours de principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires, mais ils doivent avoir une formation RCR et carte de secourisme). Pas de concentrateur d'O_2, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin.

[1] À noter que bien que ce document soit l'un des livrables du sous-comité des services médicaux en milieux de vie pour aînés, celui-ci comprend les usagers adultes vivant dans ces milieux de vie pour aînés

- La liaison avec la pharmacie communautaire — client régulier de sa pharmacie de quartier.
- Description RTF : Idem que RI. Un maximum de 9 usagers peut être confié à une RTF dont le ou les responsables partagent leur lieu de vie principal. Clientèle en RTF : usagers ayant un profil ISO-SMAF de 6 à 12. Certains milieux RTF peuvent accueillir des usagers, dont le profil ISO-SMAF est inférieur. Habituellement, pas de personnel autre que l'exploitant.

Résidences privées pour aînés (RPA)

- Les RPA sont entièrement privées et agissent à titre de partenaires des CISSS et des CIUSSS. Pour qu'une résidence soit reconnue comme une RPA, l'exploitant doit obtenir un certificat de conformité délivré par le CISSS ou le CIUSSS du territoire concerné en vertu du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés. Une entente concernant les modalités de dispensation des services offerts par la RPA et le CISSS ou le CIUSSS doit être conclue. Le Règlement est sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- La RPA est considérée comme le domicile de la personne. Ce sont des personnes âgées de plus de 65 ans autonomes ou semi-autonomes. L'exploitant agit comme locateur et fournisseur de services et un bail est conclu avec la personne âgée. Il peut y avoir des personnes très autonomes, des personnes semi-autonomes nécessitant peu de soins ou de services d'assistance personnelle et des personnes moins autonomes ayant besoin de soins ou de services de façon plus soutenue (ex. : surveillance constante). Cette mixité peut exister à l'intérieur d'une même résidence.
- Le personnel sur place est à l'emploi de la RPA, donc de l'employeur privé. Il y a 4 catégories de RPA. Ces catégories sont déterminées en fonction de l'offre de services de la RPA (et non sur un profil de besoins de la personne). La RPA est responsable de son offre de services, mais n'est pas responsable de répondre aux besoins des résidents. Seule la catégorie 4 offre des services infirmiers (avec ou sans unité de soins). Même dans cette catégorie de RPA, on y retrouve tous les profils d'autonomie.
- La possibilité de donner des soins aigus sur place par ce personnel est faible. L'environnement physique n'est souvent pas adapté pour des soins aigus sur place, même dans les RPA de catégorie 4. S'il y a présence d'unités de soins, celle-ci est souvent réservée que pour un nombre restreint de résidents.
- Les équipes SAD des CISSS et des CIUSSS peuvent offrir des services aux personnes qui habitent en RPA. Donc, des infirmières du SAD peuvent être sur place pendant la durée de l'évaluation d'un usager ou du soin. Selon le choix de la personne âgée en RPA, tout comme chaque citoyen, elle peut demander des soins palliatifs ou de fin de vie à son domicile. Ces soins sont offerts par les équipes SAD. Les infirmières et infirmiers auxiliaires de RPA peuvent également donner des soins selon l'offre de services de la RPA.
- À noter que les personnes en RPA ne sont pas toutes connues des services de SAD.
- Le nombre d'unités locatives d'une RPA est très variable; allant de 1 à plus de 1 300 unités locatives.
- Les équipements sur places pour prodiguer des soins aigus en urgence :
    - Défibrillateur possible, mais rare. Les personnes responsables d'assurer la surveillance ont l'obligation d'avoir complété une formation RCR et secourisme général;
    - Pas de concentrateur d'O_2, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin;
    - Pharmacien communautaire lié à la personne (sa pharmacie de quartier).
- Il existe quelques résidences privées spécialisées auprès d'usagers atteints d'une maladie neurodégénérative et faisant de l'errance (unité prothétique).

Maison de soins palliatifs

- Dans la province : 1 maison de soins palliatifs de plus de 20 places et 33 de 20 places et moins.
- Infirmières sur place 24 h/7 jours.
- Garde médicale 24 h/7 jours.

Communauté religieuse

- Usagers dont les profils peuvent varier de 1 à 14 (niveau d'autonomie très variable).
- Infirmières possibles sur place (de la résidence ou du SAD) et une responsable de la communauté.
- Personnel de soins (religieuse sur place) ou civil.

Zone tampon — site non traditionnel et site traditionnel adapté (créé en contexte de COVID-19)

- La zone tampon est une solution de dernier recours et est réservée aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique, incapacité de suivre les consignes) ne permettent pas un isolement à la chambre et que l'ensemble du milieu de vie peut être infecté (ex. : milieu de vie de type familial). On doit retrouver dans les zones tampons, une zone chaude et une zone tiède. Dans les zones tampons, l'usager peut être considéré admis ou inscrit selon le type de zone.
- Ces zones tampons peuvent être situées dans un site non traditionnel ou un site traditionnel réaménagé.
- Pour plus de détails, vous pouvez consulter la directive à ce sujet disponible à l'adresse suivante : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgapa-015.pdf.
- La couverture médicale est nécessaire selon le profil d'usager s'y trouvant. Le choix du site est aussi conditionnel aux besoins en soins et en soutien technique de l'usager.

Différents types de zones tampons

1. **Zones tampons de type soins et services où les usagers sont admis : il s'agit d'une ressource transitoire qui offre l'ensemble des services de santé et d'assistance requis par l'usager.**
2. **Zones tampons de type communautaire où la clientèle est inscrite (clientèle RPA, domicile, etc.) : il s'agit d'une ressource offrant des services non professionnels (ex. : repas, ménage) et certains services de base professionnels. La pharmacie communautaire peut desservir les usagers de cette zone.**

Les déclinaisons peuvent être multiples par exemple :

- Zone tampon de type communautaire (sans soin sur place). Type hôtellerie (zone froide ou tiède, chaude avec usagers asymptomatiques) pas d'infirmière sur place.
- Zone tampon avec soins et services. Infirmière sur le site.
- Possibilité d'une unité pour errance (zone tiède — zone chaude) (impossible de retourner dans leur milieu de vie).
- Zone tampon avec soins et services — type avec unité de soins (lourde perte d'autonomie), infirmière sur le site.

Domicile

- Ce qui est considéré comme le domicile : maison privée, maison de ville, condo, logement locatif privé ou communautaire (ex. : habitation à loyer modéré, organisme à but non lucratif-habitation) et, comme vu précédemment, les RPA.
- Un peu plus de 10 % des 65 ans et plus sont desservis par le SAD. Il s'agit d'une clientèle de tous les âges et ayant des problématiques diverses : perte d'autonomie, déficience physique, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, troubles de santé mentale, maladies chroniques, soins palliatifs, fin de vie ou problème de santé nécessitant des soins aigus. Certains ayant plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers.
- Les soins et services professionnels requis sont assurés par les équipes SAD à la suite d'une demande de services de l'usager. Certains services (ex. : l'entretien ménager, services d'assistance personnelle) peuvent être offerts par des prestataires externes [ex. : entreprises d'économie sociale d'aide à domicile, organisme communautaire, travailleur engagé de gré à gré par la modalité allocation directe/chèque emploi service (AD/CES)].
- Les usagers ont des profils ISO-SMAF de 1 à 14.
- Présence de conditions stables ou instables.
- Présence de clientèle à risque de déconditionnement.

ANNEXE : **Profils du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle par groupe (ISO-SMAF)**

GROUPE 1 **Atteinte aux tâches domestiques**	GROUPE 2 **Atteinte motrice prédominante**	GROUPE 3 **Atteinte mentale prédominante**	GROUPE 4 **Atteinte mixte + mentale aide à la mobilité**	GROUPE 5 **Atteinte mixte + mentale alité et dépendant AVQ**
Profil ISO-SMAF 1 **AVQ**: difficulté : entretien de la personne et la fonction vésicale **Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur et utiliser les escaliers **Comm :** sans particularité **FM :** très légers problèmes de mémoire **AVD** : stimulation ou surveillance : entretien de la maison et les courses. Difficulté : repas, transport et budget.	Profil ISO-SMAF 4 **AVQ** : difficulté, stimulation ou aide partielle : se laver ou entretenir sa personne **Mob :** difficultés : marcher à l'intérieur surveillance : circuler et à l'extérieur aide : utiliser les escaliers **Comm :** sans particularité **FM :** légers problèmes de mémoire des faits récents **AVD** : aide : entretien de la maison, repas, course, lessive. Difficulté avec le téléphone et les médicaments. Aide pour les transactions complexes (budget). Accompagnement pour le transport.	Profil ISO-SMAF 5 **AVQ**: stimulation : se laver et entretien de la personne, difficulté pour les autres items **Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur **Comm :** sans particularité **FM:** problèmes de mémoire des faits récents et d'orientation à l'occasion, lenteur de compréhension et problèmes de jugement **AVD** : aide complète : entretien de la maison, repas, course, lessive. Aide : téléphone, médicaments, budget. Accompagnement pour le transport	Profil ISO-SMAF 11 **AVQ**: aide partielle pour se nourrir, aide partielle ou totale : se laver ou s'habiller. Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente mais continence au niveau fécal. Surveillance ou aide pour les toilettes **Mob :** aide : transferts, marche, fauteuil roulant. N'utilise plus les escaliers **Comm :** diminution : vision, audition langage **FM :** atteinte modérée de toutes les fonctions, surtout jugement. Peu de problèmes de comportement ou problèmes mineurs **AVD**: aide complète. Aide pour le transport	Profil ISO-SMAF 13 **AVQ**: aide partielle pour se nourrir, aide totale : laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence totale (vésicale et intestinale) et n'utilise plus les toilettes **Mob :** aide pour les transferts ou grabataire, ne marche plus et utilise un fauteuil roulant **Comm :** diminution : vision, audition et langage **FM :** atteinte modérée, jugement est le plus atteint. Troubles de comportement mineurs **AVD** : aide complète, aide pour le transport ou ambulance
Profil ISO-SMAF 2 **AVQ** : difficulté : entretien de la personne **Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur ou utiliser les escaliers **Comm :** sans particularité **FM :** très légers problèmes de mémoire **AVD** : aide : entretien de la maison, préparer les repas, faire les courses. Aide totale pour la lessive. Surveillance ou stimulation : transport et budget.	Profil ISO-SMAF 6 **AVQ**: stimulation ou surveillance : se laver et entretien de la personne. Difficulté ou stimulation dans les autres items **Mob :** aide ou surveillance : circuler à l'extérieur, difficulté à marcher à l'intérieur et n'utilise plus l'escalier **Comm :** difficulté à voir et à entendre **FM :** problèmes de mémoire des faits récents, difficultés à évaluer les situations, conseils pour prendre des décisions. Désorientation occasionnelle dans temps et espace **AVD** : aide totale. Supervision: téléphone et transport	Profil ISO-SMAF 7 **AVQ**: aide : se laver, entretenir sa personne, stimulation, aide pour s'habiller. Surveillance ou stimulation pour autres items **Mob :** difficulté : utiliser les escaliers et surveillance : circuler à l'extérieur **Comm :** un peu d'atteinte à la vision et à l'audition **FM :** atteinte modérée : mémoire, orientation, compréhension et particulièrement jugement. Présence de troubles de comportements mineurs **AVD** : aide totale. Aide partielle pour le transport.	Profil ISO-SMAF 12 **AVQ**: stimulation pour se nourrir, aide partielle ou totale : laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire + fécale fréquente ou totale. Aide pour toilettes ou ne l'utilise plus. **Mob :** surveillance ou aide occasionnelle : marcher à l'intérieur et à l'extérieur et n'utilise plus les escaliers **Comm :** diminution : audition et langage mais exprime sa pensée **FM** : atteintes graves, troubles de comportement importants **AVD** : aide totale. Aide transport	Profil ISO-SMAF 14 **AVQ** : aide totale : se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne. Incontinence totale (vésicale et intestinale) **Mob :** grabataire, fauteuil gériatrique ou civière pour les déplacements **Comm :** fonctions très affectées. Communique besoins primaires ou ne communique plus **FM :** déficits cognitifs très sévères, problèmes de comportement sont inexistants ou mineurs comme des jérémiades **AVD** : aide totale
Profil ISO-SMAF 3 **AVQ**: difficulté : se laver ou entretien de la personne **Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur ou utiliser les escaliers **Comm :** sans particularité **FM :** légers problèmes de mémoire et conseils pour la prise de décision **AVD** : aide totale : entretien de la maison, repas, lessive et prise de médicaments. Aide : courses et budget. Supervision : téléphone et transport	Profil ISO-SMAF 9 **AVQ**: difficulté, stimulation à se nourrir. Aide : se laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente, incontinence fécale occasionnelle. Surveillance ou aide : utiliser la toilette **Mob :** aide : transferts et marche, circuler à l'extérieur. Difficulté ou aide : fauteuil roulant n'utilise plus les escaliers. **Comm :** difficultés **FM :** légers problèmes de mémoire et d'orientation à l'occasion. Lenteur de compréhension Problèmes de jugement. **AVD**: aide totale. Aide partielle téléphone et transport.	Profil ISO-SMAF 8 **AVQ**: aide : se laver, entretenir sa personne, l'habillement **Mob :** surveillance : marche, aide pour circuler à l'extérieur, et n'utilise pas les escaliers **Comm :** voir et entendre diminués **FM :** atteinte modérée de toutes les fonctions. Jugement le plus affecté. Troubles de comportement nécessitant un encadrement journalier **AVD** : aide totale sauf pour le transport : aide partielle.	**Ce sont les caractéristiques les plus fréquentes retrouvées dans chaque profil. Notez bien que dans ce tableau les profils ne sont pas en ordre de numéros de profils, ils sont regroupés par leur prédominance clinique.**	
		Profil ISO-SMAF 10 **AVQ**: stimulation pour se nourrir, aide ou aide totale : se laver, entretenir sa personne, s'habiller. Incontinence urinaire ou routine et surveillance pour les toilettes **Mob :** surveillance : marcher et utiliser les escaliers. Aide : circuler à l'extérieur **Comm :** difficulté, défaut langage **FM :** toutes fonctions sont gravement atteintes, troubles comportements importants qui nécessitent une surveillance plus intensive **AVD** : aide totale. N'utilise plus le téléphone et aide pour le transport.			

Définitions

AVQ : Activités de la vie quotidienne
Mob : Mobilité
Comm : Communication
FM : Fonctions mentales
AVD : Activités de la vie domestique

Atteinte mixte : atteinte motrice + atteinte mentale

Source : Dubuc, N. ; Delli-Colli, N. (2004), version révisée 2011

Pour plus d'information :
Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
Téléphone : 819-821-5122
Courriel : info@expertise-sante.com

Santé et Services sociaux Québec

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.

CHSLD

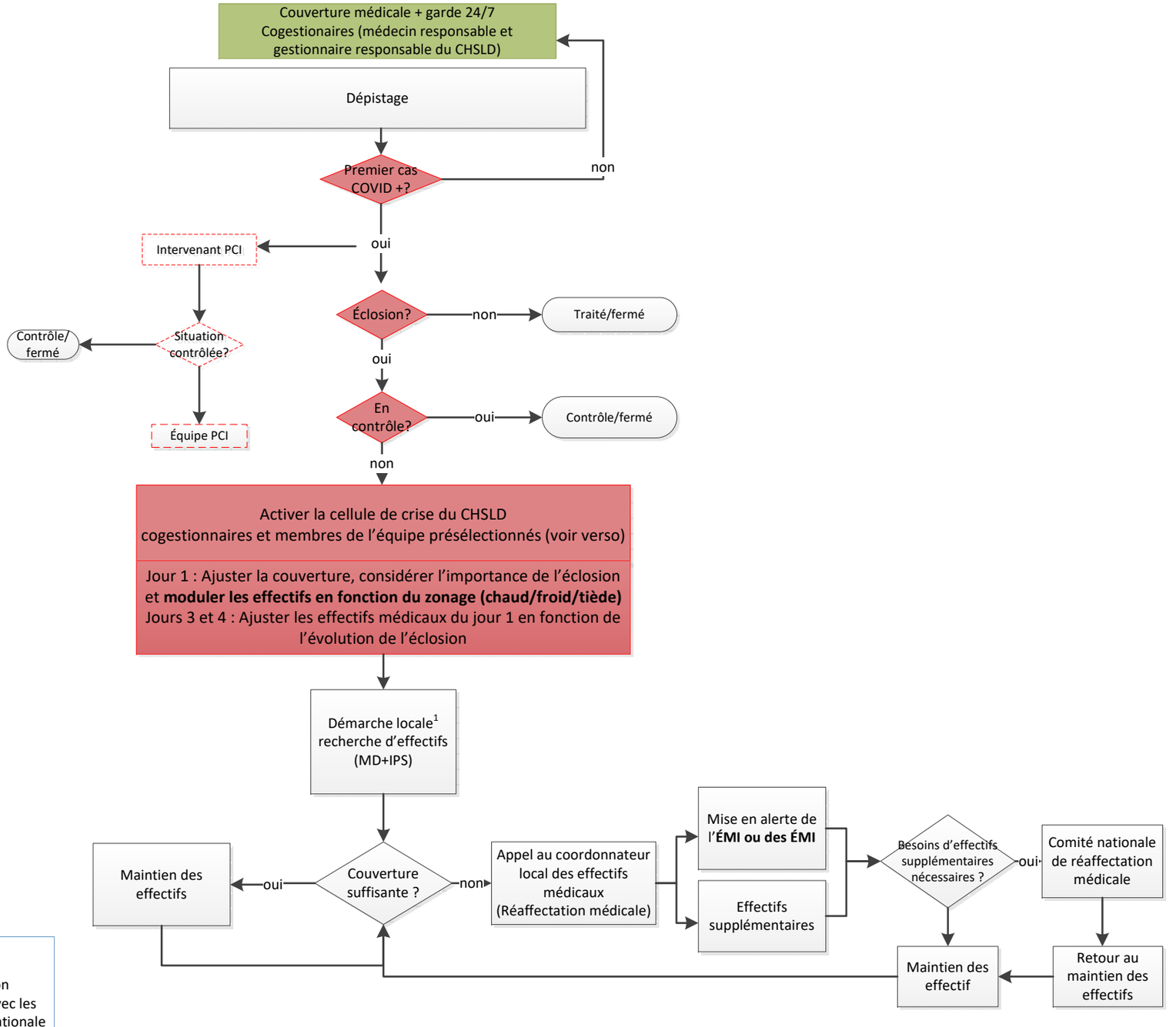
Équipes médicales impliquées

Équipe de base

Équipe locale élargie

Plan de contingence local suggéré

Recours effectifs médicaux additionnels



[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

Version RSSS 21-12-2020

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 :
La cogestion médico-clinico-administrative a généralement pour objectif d'assurer une saine gestion opérationnelle, de favoriser une agilité dans la prise de décision ayant un impact sur la qualité des soins, des services et du bien-être des résidents. Cette dernière assure également une réponse ajustée selon l'évolution des besoins.

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.

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.

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. Poursuivre ses activités cliniques en adéquation avec les besoins;
8. 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.

Bien que ce document soit l'un des livrables du sous-comité des services médicaux en milieux de vie pour aînés, celui-ci inclut également les usagers adultes vivant dans ces milieux de vie pour aînés (MVA).

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 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 régionale de la 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 décision 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 le DSP 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. L'ÉMI est déployée sur place le temps de trouver des effectifs médicaux (médecins/IPSPL) pour prendre la relève.

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);
   a. Contacter l'équipe de soins ou autres professionnels concernés;
   b. Prendre connaissance des lieux;
   c. 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.

Santé et Services sociaux Québec

Algorithme RPA pour assurer la couverture des services médicaux lors d'une éclosion de COVID-19

L'algorithme Résidences privées pour ainés (RPA) a pour but d'illustrer les étapes des actions à réaliser pour assurer une couverture en services médicaux dans une RPA 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 RPA toutes catégories confondues.

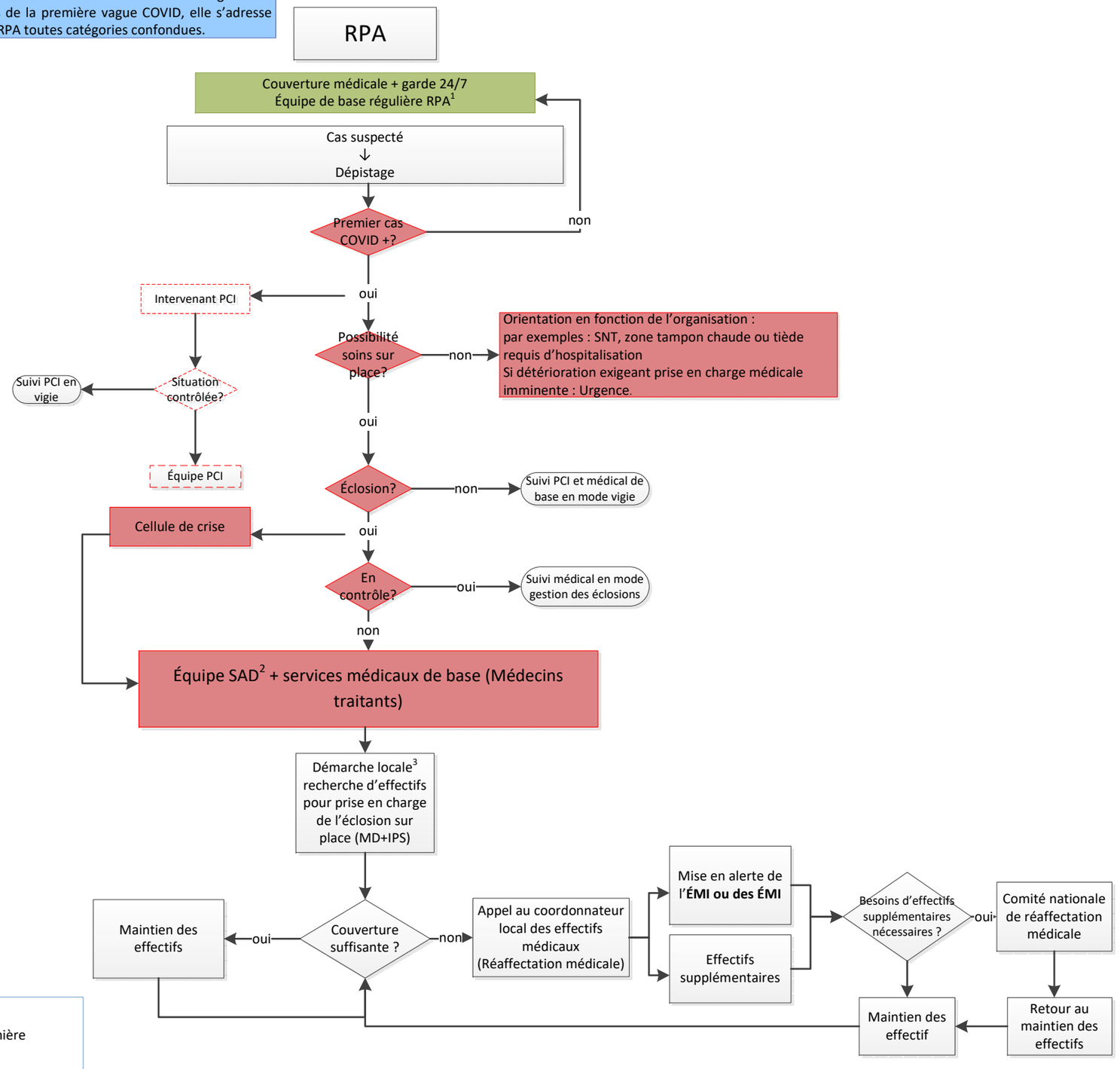
Équipes médicales impliquées

Équipe de base

Équipe locale élargie

Plan de contingence local suggéré

Recours effectifs médicaux additionnels



[1] Infirmière en RPA sur place (si catégorie 4)

[2] Possibilité du répondant pivot, idem qu'en RPA (infirmière ou autre intervenant)

[3] 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.

Version RSSS 21-12-2020

Les résidences privées pour aînés (RPA)

Description:
Les RPA sont entièrement privées et agissent à titre de partenaires des CISSS et CIUSSS. Pour qu'une résidence soit reconnue comme une RPA, l'exploitant doit obtenir un certificat de conformité délivré par le CISSS ou le CIUSSS du territoire concerné en vertu du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés. Une entente concernant les modalités de dispensation des services offerts par la RPA et le CISSS ou le CIUSSS doit être conclue. Le Règlement est sous la responsabilité du MSSS.

La RPA est considérée comme le domicile de la personne. Ce sont des personnes âgées de plus de 65 ans. L'exploitant agit comme locateur et fournisseur de services et un bail est conclu avec la personne âgée. Il peut y avoir des personnes très autonomes, des personnes semi-autonomes nécessitant peu de soins ou de services d'assistance personnelle et des personnes moins autonomes ayant besoin de soins ou de services de façon plus soutenue
(ex. : surveillance constante).

Le personnel sur place est à l'emploi de la RPA, donc de l'employeur privé. Il y a 4 catégories de RPA. Ces catégories sont déterminées en fonction de l'offre de services de la RPA. La RPA est responsable de son offre de services. Seule la catégorie 4 offre des services infirmiers (avec ou sans unités de soins). Même dans cette catégorie de RPA, on y retrouve tous les profils d'autonomie.

Pour l'ensemble des RPA, toutes catégories confondues, les équipes SAD des CISSS et CIUSSS peuvent offrir des services aux personnes qui y habitent. Donc, des infirmières peuvent être sur place pendant la durée de l'évaluation d'un usager ou du soin. Selon le choix de la personne âgée vivant en RPA, tout comme chaque citoyen, elle peut demander des soins palliatifs ou de fin de vie à son domicile. Ces soins sont offerts par les équipes des SAD.

Les personnes en RPA ne sont pas toutes connues des SAD.

La possibilité de donner des soins aigus sur place par ce personnel est faible. L'environnement physique n'est souvent pas adapté pour des soins aigus sur place.

Le nombre d'unités locatives d'une RPA est très variable; allant de 1 à plus de 1 300 unités locatives.

Les équipements sur places pour prodiguer des soins aigus en urgence:

- Défibrillateur possible. Les personnes responsables d'assurer la surveillance ont l'obligation d'avoir complété une formation RCR et secourisme général;
- Pas de concentrateur d'oxygène, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin.

Pharmacien communautaire lié à la personne (sa pharmacie de quartier)

Les équipements de protection individuelle doivent être disponibles.

Il existe quelques résidences privées spécialisées auprès d'usagers atteints d'un trouble neurocognitif sévère et faisait de l'errance (unité prothétique).

Des places RI peuvent exister en RPA.

Pour ces résidences spécialisées et ces places RI, les besoins des usagers peuvent différer de la clientèle attendue en RPA.

Bien que ce document soit l'un des livrables du sous-comité des services médicaux en milieux de vie pour aînés, celui-ci inclut également les usagers adultes vivant dans ces milieux de vie pour aînés (MVA).

Couverture médicale

Description :
Les effectifs médicaux pour les personnes âgées en RPA sont assurés d'abord par le médecin de famille auprès duquel elles sont inscrites. À noter que la majorité des personnes habitant en RPA sont autonomes et en mesure de se déplacer pour aller consulter leur médecin de famille.

Dans la situation où le médecin de famille pratique en GMF n'est pas disponible, il est possible qu'un médecin remplaçant du GMF soit rejoint.

En dehors des heures de bureau, la garde médicale 24/7 est assurée pour les personnes qui y sont inscrites. En cas de nécessité et bris de service, la garde 24/7 (garde SAD) est aussi disponible de jour pour celles-ci.

Dans certaines régions, une garde médicale RPA (24/7 uniquement pour les Catégories 3 et 4 a été mise en place lors de la première vague) pour répondre aux demandes lors d'une détérioration clinique du résident.

Dans le cas de la clientèle orpheline, la personne sera invitée à s'inscrire au Guichet d'accès à un médecin de famille.

L'infirmière du SAD pourrait décider, selon certains critères, d'inscrire une personne vulnérable ayant un médecin de famille à la garde 24/7.

Lors de cas COVID+, l'infirmière pivot RPA réfère les services médicaux requis à la situation clinique.

Garde médicale de première ligne (évolution de la garde RPA dans certaines régions) est aussi une mesure de disponibilité d'effectifs médicaux dans certaines régions.

La disponibilité des médecins peut être de différents types, en cabinet, en présence à domicile ou en téléconsultation.

Cellule de crise régionale

Description :
La cellule de crise régionale a été mise en place par certains établissements. Elle est composée d'intervenants-clés au sein de l'établissement. En situation extrême, comme une pandémie et, à plus forte raison, lors d'une éclosion, elle constitue un outil de fonctionnement indispensable.

À noter que certains établissements ont mis en place une cellule de crise à l'échelle régionale en soutien aux cellules locales. Sa composition peut être, par exemple : directeur SAPA adjoint ou directeur de l'hébergement, Médecin-chef adjoint de l'hébergement, Chef ou conseillère-cadre en Prévention et contrôle des infections (PCI), un microbiologiste attitré MVA, un expert biosécurité, chef de la PCI, directions des servies techniques au besoin (Hygiène et salubrité et maintenance immeuble), un chef en soins infirmiers.

Elle est surtout mise à contribution pour aider des éclosions dans les CHSLD mais dans le cas d'éclosion en RPA, celle-ci peut aussi aider à la gestion de la crise.

L'équipe PCI (Prévention contrôle des infections)

Description :
L'équipe PCI est une équipe interpellée lors d'éclosion.

(Voir Guide de gestion des éclosions – MSSS (inédit pour l'instant)). 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 direction régionale de la santé publique, un chef PCI, un microbiologiste attitré MVA, expert en biosécurité.

Tâches:
Elle est responsable d'appliquer les directives du Guide de gestion des éclosions.

Elle apporte une expertise dans les contextes plus complexes (éclosions complexes, qui ne se résorbent pas, etc.).

- Viens en appui à la cellule de crise;
- Va sur les lieux de l'éclosion et analyse les lieux;
- Vérifie le matériel et l'équipement de protection;
- Recommande la mise en place des mesures de gestion d'éclosion (hygiène, salubrité et prévention et contrôle des infections);
- Aménage les espaces pour prévenir la propagation;
- Fais la logistique de circulation du personnel;
- etc.

À noter la distinction claire entre l'équipe ÉMI et l'Équipe PCI est:

L'ÉMI est une équipe de médecins/IPS 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.

ÉMI : équipe médicale d'intervention

Description :
L'ÉMI est une équipe médicale (médecins/IPSPL) pour prodiguer des soins médicaux dans les milieux de vie en éclosion. Elle est en renfort aux médecins réaffectés dans ce milieu et d'autres médecins dans des équipes déployées tel que le médecin microbiologiste de l'équipe PCI ainsi que les gardes médicales normalement interpellées.

Composition :
2-3 médecins/IPSPL en disponibilité[1] (pré alerte). Au moins un des membres de l'ÉMI doit être familier[2] avec la clientèle aînée.

Fonctionnement :
Prête à être déployée à 24/48 heures d'avis dans Milieu de vie pour aînés (MVA) en éclosion. Équipe fixe en déploiement une semaine à la fois dans une MVA en éclosion. L'ÉMI est déployée sur place le temps de trouver des effectifs médicaux (médecins/IPSPL) pour prendre la relève.

L'équipe se place en pré alerte sur avis des coordonnateurs locaux des effectifs médicaux sous recommandation du DSP ou du DRMG. Cette pré alerte survient dès l'annonce d'une éclosion jugée difficile à contrôler.

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 (ou niveau d'alerte 3 et 4 de l'établissement), une équipe devrait toujours être en disponibilité minimalement.

L'ÉMI se retire lorsque les équipes de base (services médicaux de base et l'équipe SAD) sur place suffisent à nouveau pour répondre aux besoins médicaux des résidents et que leur sécurité et intégrité sont assurés.

Plusieurs ÉMI pourraient intervenir en même temps sur différentes unités ou différents quarts de travail.

Le leadership est assuré par la cellule de crise en collaboration avec l'infirmière responsable des soins dans cette RI-RTF et l'ÉMI, si besoin.

Conditions d'application des ÉMI :
- Milieu de vie peut permettre des soins sur place (unité) avec personnel requis (interne et externe);
- Cette analyse de l'environnement physique et humain doit être faite au préalable du déploiement des ÉMI (ex. Cellule de crise régionale ou subrégionale).

Tâches :
- 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);
- Prendre connaissance des lieux;
- Prendre connaissance des besoins en soutien des équipes impliquées;
- Réaliser toutes tâches médicales attendues.

[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'effectifs experts, le pairage ou le mentorat avec les équipes en place ou un médecin expert en assistance en téléconsultation est une alternative possible.

Santé et Services sociaux Québec

Algorithme RI-RTF pour assurer la couverture des services médicaux lors d'une éclosion de COVID-19

L'algorithme Ressource intermédiaires (RI) et Ressources de type familial (RTF) a pour but d'illustrer les étapes des actions à réaliser pour assurer une couverture en services médicaux dans une RI/RTF 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 RPA toutes catégories confondues.

RI-RTF

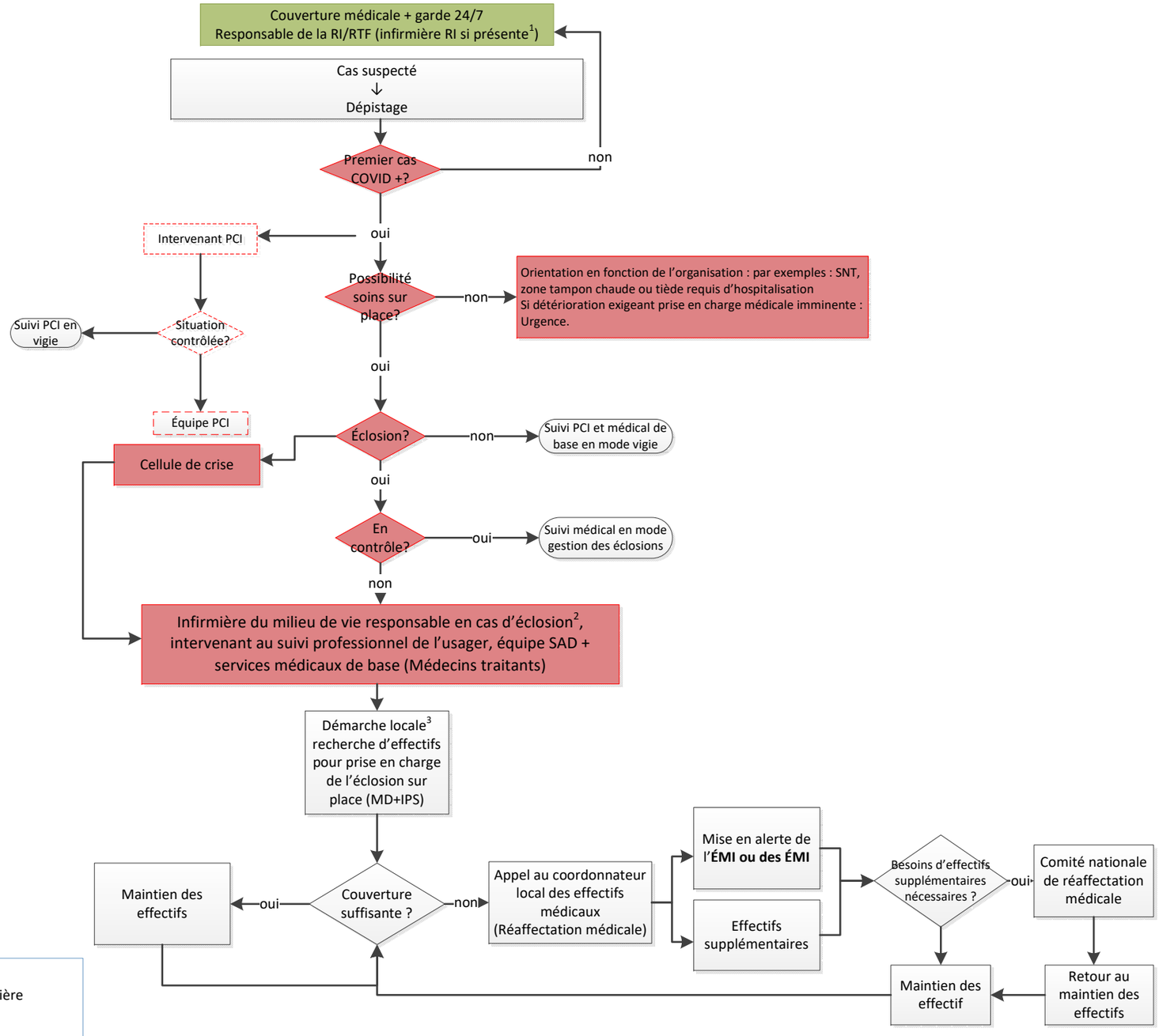
Équipes médicales impliquées

Équipe de base

Équipe locale élargie

Plan de contingence local suggéré

Recours effectifs médicaux additionnels



[1] Infirmière en RI sur place (très rare)

[2] Possibilité du répondant pivot, idem qu'en RPA (infirmière ou autre intervenant)

[3] 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

Version RSSS 21-12-2020

Ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familiale (RTF)

Description :
Les RI et RTF sont des partenaires liés par une entente particulière avec les CISSS et CIUSSS. Les CISSS et CIUSSS confient les usagers à des responsables de RI ou de RTF. L'approche de ces ressources est de maintenir l'usager dans sa communauté et de favoriser son intégration et sa participation sociale. Les usagers sont donc encouragés à se rendre chez leur médecin en cas de problème de santé.

Le nombre de lits varie de 4 à plus de 100 places/ lits.

Clientèle très vulnérable, ayant des profils du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF) de 6 à 12. Dans certaines RI, on peut retrouver plusieurs usagers ayant des profils 12 et exceptionnellement 13 et 14.

Les soins infirmiers sont habituellement assurés par le SAD. Lesquels demeurent sur place pendant la durée de son évaluation ou du soin à prodiguer, selon le plan de traitement en cours. Il peut arriver qu'une RI ait à son emploi du personnel infirmier. Cependant, celui-ci ne prodigue pas nécessairement de soins professionnels. Il peut avoir un rôle de gestionnaire ou coordonnateur. Il peut s'agir d'une infirmière auxiliaire. Une vérification est requise auprès de ce personnel pour vérifier quelles responsabilités et fonctions sont attendues de leur part (ex. activités réglementées comme l'administration de médicaments).

La seule formation obligatoire pour le personnel de ces ressources est le RCR et secourisme général. Les employés assurent des tâches similaires à celles d'un ASSS ou d'un PAB, ou d'un aide de services. Certains membres du personnel, peuvent avoir une formation pour les activités règlementées (administration des médicaments et soins invasifs).

Les équipements sur places pour prodiguer des soins aigus en urgence : pas possible d'avoir des soins aigus, à moins d'avoir SIAD dans sa région (fais partie des services SAD). Défibrillateur possible, mais très rare (les responsables des ressources et leur personnel ne sont pas dans l'obligation d'avoir un cours de PAB ou PDSB, mais ils doivent avoir une formation RCR et carte de secourisme) pas de concentrateur d'oxygène, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin.

Liaison avec la pharmacie communautaire – client régulier de sa pharmacie de quartier.

Description RTF
Idem que RI

Un maximum de 9 usagers peut être confié à une RTF dont le ou les responsables partagent leur lieu de résidence principale. Clientèle en RTF : usagers ayant un profil ISO-SMAF de 6 à 12. Certains milieux RTF peut accueil des usagers dont le profil ISO-SMAF inférieur. Habituellement pas de personnel outre que l'exploitant

Bien que ce document soit l'un des livrables du sous-comité des services médicaux en milieux de vie pour aînés, celui-ci inclut également les usagers adultes vivant dans ces milieux de vie pour aînés (MVA).

Couverture médicale

Description :
Les effectifs médicaux pour les personnes âgées en RI-RTF est assurée d'abord par le médecin de famille auprès duquel elles sont inscrites. À noter qu'un bon nombre de personnes habitant en RI-RTF sont suffisamment autonomes et en mesure de se déplacer pour aller consulter son médecin de famille, parfois seul ou accompagnés par un proche ou la ressource.

Dans la situation où le médecin de famille pratique en GMF n'est pas disponible, il est possible qu'un médecin remplaçant du GMF soit rejoint.

En dehors des heures de bureau, la garde médicale 24/7 est assurée pour les personnes qui y sont inscrites. En cas de nécessité et bris de service, la garde 24/7 (garde SAD) est aussi disponible de jour pour celles-ci.

Dans certaines régions, une garde médicale RPA couvrant également les RI et RTF a été mise en place pour répondre aux demandes lors d'une détérioration clinique d'une personne.

Dans le cas de la clientèle orpheline, le responsable de la RI-RTF doit informer l'intervenant du SAD afin d'effectuer les démarches pour l'inscrire au Guichet d'accès à un médecin de famille.

L'infirmière du SAD en collaboration avec le responsable de la ressource pourrait, selon certains critères, décider d'inscrire une personne vulnérable ayant un médecin de famille à la garde 24/7.

Lors de cas COVID+, le responsable de la RI-RTF avise l'intervenant assigné au dossier de l'usager.

Garde médicale de première ligne (évolution de la garde RPA dans certaines régions) est aussi une mesure de disponibilité d'effectifs médicaux dans certaines régions. Celles-ci couvrent les RI-RTF.

La disponibilité des médecins de garde peut être accessible selon différentes modalités, en cabinet, en présence à domicile ou en téléconsultation.

Cellule de crise régionale

Description :
La cellule de crise régionale a été mise en place par certains établissements. Elle est composée d'intervenants-clés au sein de l'établissement. En situation extrême, comme une pandémie et, à plus forte raison, une éclosion, elle constitue un outil de fonctionnement indispensable.

À noter que certains établissements ont mis en place une cellule de crise à l'échelle régionale en soutien aux cellules locales de CHSLD. Sa composition peut être la suivante : directeur SAPA adjoint ou directeur de l'hébergement, Médecin-chef adjoint de l'hébergement, un gestionnaire responsable de la Prévention et contrôle des infections (PCI), un microbiologiste attitré MVA, un expert biosécurité, chef ou conseillère-cadre de la PCI, directeurs des services techniques, au besoin (Hygiène et salubrité et maintenance immeuble), un chef soins infirmiers.

Elle est surtout mise à contribution pour les CHSLD, mais dans le cas d'éclosion en RI-RTF, celle-ci peut aussi aider à la gestion de la crise.

L'équipe PCI (prévention contrôle des infections)

Description :
L'équipe PCI est une équipe interpellée lors d'éclosion.
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 direction régionale de la santé publique, une infirmière spécialisée en PCI, un microbiologiste attitré MVA, expert en biosécurité.

Tâches:
Elle est responsable d'appliquer les directives du Guide de gestion des éclosions.

Elle apporte une expertise dans les contextes plus complexes (éclosions complexes qui ne se résorbent pas, etc.).
- Viens en appui à la cellule de crise;
- Va sur les lieux de l'éclosion et analyse les lieux;
- Vérifie le matériel et l'équipement de protection;
- Recommande la mise en place des mesures de gestion d'éclosion (hygiène, salubrité et prévention et contrôle des infections);
- Aménage les espaces pour prévenir la propagation;
- Fais la logistique de circulation du personnel;
- etc.

À noter la distinction claire entre l'équipe ÉMI et l'équipe PCI est:

L'ÉMI est une équipe de médecins/Infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (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.

ÉMI : équipe médicale d'intervention

Description :
L'ÉMI est une équipe médicale (médecins et IPSPL) pour prodiguer des soins médicaux dans les milieux de vie en éclosion. Elle est en renfort aux médecins réaffectés dans ce milieu et d'autres médecins dans des équipes déployées tel que le médecin microbiologiste de l'équipe PCI ainsi que les gardes médicales normalement interpellées.

Composition :
2-3 médecins/IPSPL en disponibilité[1] (pré alerte). Au moins un des membres de l'ÉMI doit être familier[2] avec la clientèle aînée.

Fonctionnement :
Prête à être déployée à 24/48 heures d'avis dans un MVA en éclosion. Équipe fixe en déploiement une semaine à la fois dans une MVA en éclosion. L'ÉMI est déployée sur place le temps de trouver des effectifs médicaux (médecins/IPSPL) pour prendre la relève.

L'équipe se place en pré alerte sur avis des coordonnateurs locaux des effectifs médicaux sous recommandation du DSP ou du DRMG. Cette pré alerte survient dès l'annonce d'une éclosion jugée difficile à contrôler.

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 (ou niveau d'alerte 3 et 4 de l'établissement), une équipe devrait toujours être en disponibilité minimalement.

L'ÉMI se retire lorsque les équipes de base (services médicaux de base et l'équipe SAD) sur place suffisent à nouveau pour répondre aux besoins médicaux des résidents et que leur sécurité et intégrité sont assurés.

Plusieurs ÉMI pourraient intervenir en même temps sur différentes unités ou différents quarts de travail.

Leadership est assuré par la cellule de crise en collaboration avec l'infirmière responsable des soins dans cette RI-RTF et l'ÉMI, si besoin.

Conditions d'application des ÉMI :
- Le milieu de vie peut permettre des soins sur place (unité) avec personnel requis (interne et externe);
- Cette analyse de l'environnement physique et humain doit être faite au préalable du déploiement des ÉMI (ex. Cellule de crise régionale ou subrégionale).

Tâches :
- 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);
- Prendre connaissance des lieux;
- Prendre connaissance des besoins en soutien des équipes impliquées;
- Réaliser toutes tâches médicales attendues.

[1] 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'effectifs experts, le pairage ou le mentorat avec les équipes en place ou un médecin expert en assistance en téléconsultation est une alternative possible.

[2] Cette disponibilité est possible par un plan de remplacement rapide ou une planification des tâches permettant de se libérer rapidement.

Émission :	16-12-2020	Mise à jour :	23-12-20

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-019

Catégorie(s) : ✓ Milieux de vie

Directive sur les mesures applicables aux différents milieux de vie et de soins (CHSLD, RI-RTF, RPA, RAC, URCI, internat, foyer de groupe ou milieux de réadaptation en déficience physique, santé physique et modérée pour adulte) pour la période du 17 décembre 2020 au 11 janvier 2021 incluant la période des fêtes

Remplace la directive émise le 16 décembre 2020 (DGAPA-019)

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

Destinataires :	- CISSS et CIUSSS
	  • Toutes les directions des programmes-services
	  • Directeurs de la qualité
	  • Répondants RI-RTF des établissements
	- Hôpital de réadaptation Villa Médica
	- Hôpital Marie-Clarac
	- Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
	- Associations et organismes représentatifs de RI-RTF
	- Directeurs généraux des CHSLD PC et PNC
	- Association des établissements privés conventionnés (AEPC)
	- Association des établissements de 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 :	Compte tenu de la situation épidémiologique au Québec et afin de limiter la propagation de la COVID-19, il est recommandé de maintenir l'accès à un nombre restreint de personnes dans des milieux de vie où sont hébergées ou confiées des personnes vulnérables, et ce, à tous les paliers d'alerte. Considérant les annonces du premier ministre et du gouvernement concernant les consignes pour la période des fêtes adressées à la population générale, vous trouverez les mesures à appliquer dans les tableaux ci-joints pour les usagers des différents milieux de vie et de soins pour adultes (CHSLD, RI-RTF, RPA, RAC, URCI, internat, foyer de groupe, les milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou réadaptation modérée). Sont exclus de la présente directive, les RI-RTF jeunesse accueillant une clientèle non vulnérable à la COVID-19.

	Pour les autres milieux de vie, milieux de soins ou d'hébergement (par exemple, pour les 18 ans et moins : RI-RTF jeunesse accueillant des usagers non vulnérables à la COVID, RAC, URCI, internat, foyer de groupe et les milieux de réadaptation en déficience physique et CRJDA ainsi que pour toute clientèle dans les RHD, CRD et dans certains milieux communautaires), veuillez vous référer à la directive DGPPFC-033.
Mesures à implanter :	**Réitérer que :** - Les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) doivent s'appliquer en tout temps dans les différents milieux de vie, et ce, selon les directives en vigueur : • Distanciation physique de 2 mètres; • Hygiène des mains; • Disponibilité des ÉPI nécessaires; • Port du masque médical en tout temps. - Les directives pour les visites pour les soins palliatifs continuent de s'appliquer. - Un accompagnement des personnes qui accèdent au milieu de vie est nécessaire afin de valider l'absence de critères d'exclusion liés à la COVID-19. Les critères d'exclusion sont les suivants : – personnes infectées par la COVID-19 ayant reçu un résultat positif ou confirmé par lien épidémiologique et qui ne sont pas considérées comme rétablies; – personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles; – personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19; – personnes ayant eu un contact étroit avec un cas confirmé dans les 14 derniers jours; – personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par la santé publique; – personnes de retour d'un voyage à l'extérieur du Canada depuis 14 jours et moins. Ainsi, une personne présentant un de ces critères se verra refuser l'accès au milieu de vie. L'importance de s'assurer que les liens entre les personnes et leurs proches sont actualisés et intensifiés pendant la période des fêtes de façon virtuelle ou par le biais de contacts téléphoniques. La santé publique demande d'éviter les déplacements entre les régions. Les consignes pour le temps des fêtes destinées à la population générale dans le contexte de la COVID-19 sont disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca) ttps://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/consignes-temps-des-fetes-covid-19/. **Nouvelles mesures :** - Pendant la période des fêtes, il est demandé de tout mettre en œuvre pour favoriser une animation particulière du milieu de vie à la couleur des fêtes. Il est particulièrement important cette année de déployer des efforts additionnels pour créer une ambiance festive soit par de la musique, des repas thématiques, l'installation de décorations de Noël, etc. afin que les usagers puissent profiter de cette période de réjouissance. Il est important de respecter en tout temps les consignes de la santé publique et les mesures de PCI. Plus particulièrement, du 17 décembre 2020, et ce, jusqu'au 11 janvier 2021 minimalement, les milieux de vie devront mettre en place les mesures suivantes : - Les personnes proches aidantes qui seront accueillies dans les différents milieux de vie durant la période concernée doivent être particulièrement vigilantes afin de suivre les consignes de la population générale. - Seules les personnes proches aidantes connues du milieu de vie seront autorisées à accéder au milieu de vie. Ces personnes proches aidantes sont déjà familières avec les mesures PCI à respecter. - Favoriser la prise de rendez-vous auprès du milieu de vie pour faciliter l'accueil et l'accompagnement des personnes proches aidantes connues pour le respect des mesures PCI en tout temps selon les directives en vigueur.

	- La présente directive n'impose pas un nombre maximum de personnes proches aidantes connues par usager pouvant avoir accès au milieu de vie. Toutefois, rappelons que la directive des personnes proches aidantes et des visiteurs (DGAPA-012) permet une **mesure d'exception** afin de restreindre l'accès à un nombre limité de personnes proches aidantes **seulement lorsque certains milieux de vie rencontrent des difficultés dans la gestion des accès et sorties, de même que pour le respect des mesures PCI.** Dans ces situations, les milieux concernés peuvent demander aux résidents d'identifier quelques personnes proches aidantes selon les consignes spécifiques par paliers d'alerte afin de limiter les risques de propagation du virus. - Pour le palier d'alerte orange, les personnes proches aidantes provenant d'une autre région administrative ne pourront pas avoir accès aux milieux de vie du territoire concerné. - Pour le palier d'alerte rouge, seuls les déplacements de personnes proches aidantes entre territoires limitrophes et de même palier d'alerte seront acceptés. - Les mesures concernant les entrées et sorties sont prévues dans les tableaux en annexe et devront être appliquées en fonction du type de milieu et du palier d'alerte de la région. - Selon l'évolution situation épidémiologique au Québec, les présentes directives pourront être reconduites au-delà du 11 janvier 2021. - La présente directive a préséance sur les autres directives en vigueur lorsque les mêmes mesures y sont abordées (ex. : directive sur les trajectoires ou autres directives concernant les milieux de vie).

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : Sans objet	
Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA) Direction générale des programmes aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)
Documents annexés :	- Feuillet d'information sur les mesures applicables s'adressant aux familles et personnes proches aidantes dont le proche réside dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou une ressource intermédiaire (RI) de 20 places et plus qui accueille des aînés, incluant le temps des fêtes - Feuillet d'information sur les mesures applicables s'adressant aux familles et personnes proches aidantes dont le proche réside dans une résidence privée pour aînés (RPA) incluant le temps des fêtes

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 DGPPFC,
Chantal Maltais

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

Émission :	16-12-2020	Mise à jour :	23-12-20

ANNEXE 1 :

Mesures applicables dans tous/toutes : • les CHSLD; • les RI de 20 places et plus du programme-services SAPA.			
Mesures	**Palier d'alerte 3 Orange**	**Palier d'alerte 4 Rouge**	**Usager en isolement préventif/Isolement ou milieu en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)**
Personnes proches aidantes (PPA)			
Accès à l'intérieur du milieu de vie dans la chambre ou dans une pièce dédiée[1]	**Permis** Maximum 2 PPA connues du milieu de vie par période de 24 heures	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux sans éclosion.
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
Sorties extérieures			
Sorties extérieures pour rassemblements	**Non permis** Aucune sortie extérieure pour des rassemblements Favoriser l'accueil de personnes proches aidantes connues dans les milieux.	**Non permis** Aucune sortie extérieure pour des rassemblements Favoriser l'accueil de personnes proches aidantes connues dans les milieux.	**Non permis** Aucune sortie extérieure pour des rassemblements Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux sans éclosion.
Congé temporaire dans la communauté habituelle	**Non permis** Sauf : en situation exceptionnelle pour préservation de l'intégrité et de la santé de la personne : • si essentiel pour l'usager et en respect de son plan d'intervention; • dans une zone du même niveau d'alerte; • chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint) et en mesure d'accueillir l'usager; • et selon une évaluation du risque en concertation avec la PCI de l'établissement. Dès maintenant, les responsables du CHSLD ou l'intervenant responsable du suivi professionnel de l'usager en RI doivent faire les démarches nécessaires pour : • identifier les usagers qui envisagent de sortir;	**Non permis**	**Non permis**

[1] En RI seulement.

	• donner les informations pertinentes concernant les conditions de sorties et de retour à l'usager; • réitérer à la personne qui accueille l'usager, les consignes qui s'appliquent à la population générale. Pour ce faire, référer la personne aux consignes disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca); • faire signer un contrat d'engagement moral par l'usager ou représentant légal et la personne qui accueille l'usager portant sur le respect des mesures PCI en tout temps : - Distanciation physique de 2 mètres[2]; - Hygiène des mains; - Port du masque médical. Au retour dans le milieu de vie : • Aucun test de dépistage nécessaire; • Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours. • Isolement préventif à la chambre de 14 jours.		

[2] Sauf si les contacts physiques sont requis pour assurer des soins essentiels à l'usager.

Émission :	16-12-2020	Mise à jour :	23-12-20

ANNEXE 2 :

Mesures applicables dans tous/toutes : • les résidences privées pour aînés (RPA); • les RI de type appartement supervisé.			
Mesures	**Palier d'alerte 3 Orange**	**Palier d'alerte 4 Rouge**	**Usager en isolement préventif/Isolement ou milieu en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)**
Personnes proches aidantes (PPA)			
Accès à l'intérieur du milieu de vie dans la chambre ou dans une pièce dédiée[3]	**Permis** Maximum 2 PPA connues du milieu de vie par période de 24 heures	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux sans éclosion.
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
Résidents			
Activités à l'intérieur de la RPA	Les repas en salle à manger seront autorisés **seulement si** les mesures de prévention et de contrôle des infections sont appliquées de façon rigoureuse, dont la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents. Si cela n'est pas respecté, les repas à l'unité locative devront être privilégiés, sauf pour les RPA où l'exploitant partage son lieu de résidence avec les résidents. Seules les activités visant à prévenir le déconditionnement sont autorisées avec respect rigoureux des mesures de prévention et de contrôle des infections, dont la distanciation physique de 2 mètres entre les résidences et l'absence de partage d'objets. Les activités exercées selon l'application du concept de bulle sont suspendues durant cette période.	Les repas en salle à manger seront autorisés **seulement si** les mesures de prévention et de contrôle des infections sont appliquées de façon rigoureuse, dont la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents. Si cela n'est pas respecté, les repas à l'unité locative devront être privilégiés, sauf pour les RPA où l'exploitant partage son lieu de résidence avec les résidents. Seules les activités visant à prévenir le déconditionnement sont autorisées avec respect rigoureux des mesures de prévention et de contrôle des infections, dont la distanciation physique de 2 mètres entre les résidences et l'absence de partage d'objets. Les activités exercées selon l'application du concept de bulle sont suspendues durant cette période.	Seuls les repas à l'unité locative sont autorisés **Non permis :** Activités de groupe
Sorties extérieures			
Sorties extérieures pour des rassemblements	**Non permis** Les sorties pour des rassemblements à l'extérieur sont non permises. Favoriser l'accueil de personnes proches aidantes connues dans les milieux. Toutefois, les personnes seules peuvent se greffer à une autre bulle familiale (**une seule bulle et toujours la même**), sauf pour les résidents d'une unité de soins.	**Non permis** Les sorties pour des rassemblements à l'extérieur sont non permises. Favoriser l'accueil de personnes proches aidantes connues dans les milieux.	**Non permis** Aucune sortie extérieure pour des rassemblements Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux sans éclosion.

[3] En RI seulement

	Il est recommandé de : • identifier les résidents vivant seuls qui envisagent de sortir; • donner les informations pertinentes concernant les conditions de sorties et de retour; • sensibiliser la personne qui accueille le résident aux consignes qui s'appliquent à la population générale. Pour ce faire, référer la personne aux consignes disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca); • faire signer un contrat d'engagement moral par le résident et la personne qui accueille le résident portant sur le respect des mesures PCI en tout temps : - Distanciation physique de 2 mètres[4]; - Hygiène des mains; - Port du masque médical. Au retour dans le milieu de vie : • Aucun test de dépistage nécessaire; • Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours; • Isolement obligatoire à l'unité locative pour une période de 7 jours, et ce, afin d'éviter les contacts avec les autres résidents. Ceci implique notamment la prise de repas à son unité locative, l'absence de participation à des activités et la livraison des biens essentiels (par exemple, épicerie, pharmacie) directement à l'unité locative. Seules les sorties pour des rendez-vous médicaux essentiels et les marches extérieures seront permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres résidents ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres.	Toutefois, les personnes seules peuvent se greffer à une autre bulle familiale (**une seule bulle et toujours la même**), sauf pour les résidents d'une unité de soins. Il est recommandé de : • identifier les résidents vivant seuls qui envisagent de sortir; • donner les informations pertinentes concernant les conditions de sorties et de retour; • sensibiliser la personne qui accueille le résident aux consignes qui s'appliquent à la population générale. Pour ce faire, référer la personne aux consignes disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca); • faire signer un contrat d'engagement moral par le résident et la personne qui accueille le résident portant sur le respect des mesures PCI en tout temps : - Distanciation physique de 2 mètres[5]; - Hygiène des mains; - Port du masque médical. Au retour dans le milieu de vie : • Aucun test de dépistage nécessaire; • Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours; • Isolement obligatoire à l'unité locative pour une période de 7 jours, et ce, afin d'éviter les contacts avec les autres résidents. Ceci implique notamment la prise de repas à son unité locative, l'absence de participation à des activités et la livraison des biens essentiels (par exemple, épicerie, pharmacie) directement à l'unité locative. Seules les sorties pour des rendez-vous médicaux essentiels et les marches extérieures seront permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres résidents ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres.	

[4] Sauf si les contacts physiques sont requis pour assurer des soins essentiels à l'usager.
[5] Sauf si les contacts physiques sont requis pour assurer des soins essentiels à l'usager.

Émission :	16-12-2020	Mise à jour :	23-12-20

ANNEXE 3 :

Mesures applicables dans tous/toutes : • les RI de 19 places et moins du programme-services SAPA; • les RI adultes des autres programmes-services, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; • les RAC, URCI, internat ou foyer de groupe pour la clientèle adulte ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID -19; ▪ tous les milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou de réadaptation modérée pour adultes.			
Mesures	**Palier d'alerte 3** **Orange**	**Palier d'alerte 4** **Rouge**	**Usager en isolement préventif/Isolement ou milieu en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)**
Personnes proches aidantes (PPA)			
Accès à l'intérieur du milieu de vie dans la chambre ou dans une pièce dédiée[6]	**Permis** Maximum 2 PPA connues du milieu de vie par période de 24 heures	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux.
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.
Sorties extérieures			
Sorties extérieures pour des rassemblements	**Non permis** Aucune sortie extérieure pour des rassemblements Favoriser l'accueil de personnes proches aidantes connues dans les milieux. Les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres usagers ou en respectant la distanciation de 2 mètres.	**Non permis** Aucune sortie extérieure pour des rassemblements Favoriser l'accueil de personnes proches aidantes connues dans les milieux. Les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres usagers ou en respectant la distanciation de 2 mètres.	**Non permis** Aucune sortie extérieure pour des rassemblements Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux sans éclosion.
Congé temporaire dans la communauté habituelle	**Non permis**	**Non permis**	**Non permis**

[6] En RI seulement

	Sauf : en situation exceptionnelle pour préservation de l'intégrité et de la santé[7] de la personne : • si essentiel pour l'usager et en respect de son plan d'intervention; • dans une zone de même niveau d'alerte; • chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint) et en mesure d'accueillir l'usager; • et selon une évaluation du risque en concertation avec la PCI de l'établissement. Dès maintenant, les responsables du milieu ou l'intervenant responsable du suivi professionnel de l'usager en RI doivent faire les démarches nécessaires pour : • identifier les usagers qui envisagent de sortir; • donner les informations pertinentes concernant les conditions de sorties et de retour à l'usager; • réitérer à la personne qui accueille l'usager, les consignes qui s'appliquent à la population générale. Pour ce faire, référer la personne aux consignes disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca); • faire signer un contrat d'engagement moral par l'usager ou représentant légal et la personne qui accueille l'usager portant sur le respect des mesures PCI en tout temps : - Distanciation physique de 2 mètres[8]; - Hygiène des mains; - Port du masque médical. Au retour dans le milieu de vie : • Aucun test de dépistage nécessaire; • Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours. • Isolement préventif à la chambre de 14 jours.		

[7] La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (définition de l'Organisation mondiale de la Santé).
[8] Sauf si les contacts physiques sont requis pour assurer des soins essentiels à l'usager.

Émission :	16-12-2020	Mise à jour :	23-12-20

ANNEXE 4 :

Mesures applicables aux : • RTF et RIMA adultes (cellule familiale); • RTF et RIMA, ayant ou pas des usagers vulnérables à la COVID-19 ; • RI adultes, n'ayant pas d'usagers vulnérables à la COVID -19; • RAC, URCI, internat ou foyer de groupe pour la clientèle adulte, n'ayant pas d'usagers vulnérables à la COVID -19.			
Mesures	**Palier d'alerte 3** **Orange**	**Palier d'alerte 4** **Rouge**	**Usager en isolement préventif/Isolement ou milieu en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)**
Personnes proches aidantes (PPA)			
Accès à l'intérieur du milieu de vie dans la chambre ou dans une pièce dédiée[9]	**Permis** Maximum 2 PPA connues du milieu de vie par période de 24 heures	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux sans éclosion.
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
Sorties extérieures			
Sorties extérieures pour des rassemblements	Les usagers ainsi que les responsables des ressources sont fortement invités à suivre les consignes destinées à la population générale. Pour ce faire, référer les résidents aux consignes disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca). Toutefois les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie ou rendez-vous médical) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres usagers ou en respecter la distanciation de 2 mètres, sauf pour les RTF. Si la capacité des lieux est insuffisante pour assurer le respect des mesures PCI, notamment, la distanciation physique de 2 mètres entre les personnes et l'usager, privilégier les rassemblements hors du milieu. Dès maintenant, les responsables du milieu ou l'intervenant responsable du suivi professionnel de l'usager en RI-RTF doivent faire les démarches nécessaires pour : • identifier les usagers qui envisagent de sortir;	**Non permis** Les sorties pour des rassemblements à l'extérieur sont non permises. Les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres usagers ou en respectant la distanciation de 2 mètres.	**Non permis** Les sorties pour des rassemblements à l'extérieur sont non permises. Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux sans éclosion.

[9] En RI seulement. En RTF, une pièce dédiée peut être un salon ou une salle à manger.

	• donner les informations pertinentes concernant les conditions de sorties et de retour à l'usager; • réitérer à la personne qui accueille l'usager, les consignes qui s'appliquent à la population générale. Pour ce faire, référer la personne aux consignes disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca) et le respect des mesures PCI en tout temps : - Distanciation physique de 2 mètres[10]; - Hygiène des mains; - Port du masque médical. • faire signer un contrat d'engagement moral par l'usager ou représentant légal et la personne qui accueille l'usager portant sur le respect des mesures PCI en tout temps : - Distanciation physique de 2 mètres[11]; - Hygiène des mains; - Port du masque médical. Au retour dans le milieu de vie : • Aucun test de dépistage nécessaire; • Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours. • Isolement préventif à la chambre de 7 jours et si plusieurs usagers dans la même chambre, il faut éviter la cohabitation, le cas échéant.		
Congé temporaire dans la communauté habituelle	**Sorties non recommandées** Sauf : en situation exceptionnelle pour préservation de l'intégrité et de la santé de la personne : • si essentiel pour l'usager et en respect de son plan d'intervention; • dans une zone du même niveau d'alerte; • chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint) et en mesure d'accueillir l'usager; • et selon une évaluation du risque en concertation avec la PCI de l'établissement. Dès maintenant, les responsables du milieu ou l'intervenant responsable du suivi professionnel de l'usager en RI-RTF doivent faire les démarches nécessaires pour : • identifier les usagers qui envisagent de sortir; • donner les informations pertinentes concernant les conditions de sorties et de retour à l'usager; • réitérer à la personne qui accueille l'usager, les consignes qui s'appliquent à la population générale. Pour ce faire, référer la personne aux consignes disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec (quebec.ca);	**Non permis**	**Non permis**

[10] Sauf si les contacts physiques sont requis pour assurer des soins essentiels à l'usager.
[11] Sauf si les contacts physiques sont requis pour assurer des soins essentiels à l'usager.

	• faire signer un contrat d'engagement moral par l'usager ou représentant légal et la personne qui accueille l'usager portant sur le respect des mesures PCI en tout temps : - Distanciation physique de 2 mètres[12]; - Hygiène des mains; - Port du masque médical. Au retour dans le milieu de vie : • Aucun test de dépistage nécessaire; • Surveillance des symptômes pour une période de 14 jours. • Isolement préventif à la chambre de 7 jours.		

[12] Sauf si les contacts physiques sont requis pour assurer des soins essentiels à l'usager.

23 décembre 2020

FEUILLET D'INFORMATION SUR LES MESURES APPLICABLES S'ADRESSANT AUX FAMILLES ET PERSONNES PROCHES AIDANTES DONT LE PROCHE RÉSIDE DANS UNE RÉSIDENCE PRIVÉE POUR AÎNÉS (RPA), INCLUANT LE TEMPS DES FÊTES

Compte tenu de la situation épidémiologique au Québec et afin de limiter la propagation de la COVID-19, il est recommandé de maintenir l'accès à un nombre restreint de personnes dans des milieux de vie où on retrouve des personnes vulnérables, et ce, à tous les paliers d'alerte.

Les directives sont basées sur une période de référence entre le
17 décembre 2020 et le 11 janvier 2021 inclusivement.
Toutefois, selon l'évolution de la situation épidémiologique,
ces mesures pourraient être reconduites au-delà du 11 janvier 2021.

Les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) doivent s'appliquer en tout temps dans les différents milieux de vie :

- distanciation physique de 2 mètres en tout temps;
- lavage des mains;
- disponibilité des équipements de protection individuel (ÉPI) nécessaires;
- port du masque médical en tout temps ou du couvre-visage.

Pour faciliter la compréhension des consignes et leur application, voici les définitions d'une personne proche aidante et d'un visiteur :

La personne proche aidante est :

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 doit pouvoir accéder au milieu de vie de son proche, comme pour les personnes proches aidantes.

Plus spécifiquement pour la période des fêtes du 17 décembre 2020 au 11 janvier 2021, et ce, pour les paliers d'alerte orange et rouge et les milieux de vie en éclosion, seules les personnes proches aidantes connues du milieu de vie seront autorisées, c'est-à-dire les personnes proches aidantes qui sont déjà familières avec les mesures PCI à respecter.

Le visiteur est :

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.

CONSIGNES CONCERNANT LA PRÉSENCE PENDANT LE TEMPS DES FÊTES DES PERSONNES PROCHES AIDANTES DANS LES RPA

L'accès à la RPA pour les personnes proches aidantes en fonction des paliers d'alerte où est situé le milieu de vie en question. Les paliers d'alerte sont établis pour un territoire donné suivant les recommandations des autorités de santé publique qui font une analyse régulière de la situation en tenant compte de la situation épidémiologique, le contrôle de la transmission et la capacité du système de soins.

Pour connaître le palier d'alerte en vigueur, vous pouvez vous référer à l'adresse suivante : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/.

En plus des paliers d'alerte applicables, des mesures additionnelles sont prises lorsqu'une RPA est en éclosion ou lorsque la personne est en isolement.

Le nombre maximum de personnes proches aidantes connues par le milieu de vie et par résident est établi selon les situations suivantes :

RPA (palier orange)

- **Accès :** Maximum 2 PPA connues du milieu de vie par période de 24 heures
- **Sorties extérieures pour rassemblements :** Les sorties à l'extérieur sont non permises, puisque les personnes de 70 ans et plus, celles atteintes de maladies chroniques ou celles ayant un système immunitaire affaibli ou déficient ont une plus grande vulnérabilité à la COVID-19. À leur retour, ces personnes devront respecter certaines consignes, **dont l'isolement obligatoire à l'unité locative pour une période de 7 jours**, et ce, afin d'éviter les contacts avec les autres résidents. Ceci implique notamment, la prise de repas à son unité locative, aucune participation à des activités et la livraison des biens essentiels (par exemple, épicerie, pharmacie) à l'unité locative. Seules les sorties pour des rendez-vous médicaux essentiels et les marches extérieures seront permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres résidents ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres.

RPA (palier rouge)

- **Accès** : Maximum 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures
- **Sorties extérieures pour rassemblements** : Les sorties pour des rassemblements à l'extérieur sont non permises. Toutefois, les personnes seules peuvent se greffer à une autre bulle familiale (une seule bulle et toujours la même). À leur retour, ces personnes devront respecter certaines consignes, **dont l'isolement obligatoire à l'unité locative pour une période de 7 jours**, et ce, afin d'éviter les contacts avec les autres résidents. Ceci implique notamment, la prise de repas à son unité locative, aucune participation à des activités et la livraison des biens essentiels (par exemple, épicerie, pharmacie) à l'unité locative. Seules les sorties pour des rendez-vous médicaux essentiels et les marches extérieures seront permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres résidents ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres.

1. Consignes générales

- Un accompagnement des personnes qui accèdent à la RPA est nécessaire afin de valider l'absence de critères d'exclusion en lien avec les symptômes liés à la COVID-19. Les critères d'exclusion sont les suivants :
    - personnes infectées par la COVID-19 ayant reçu un résultat positif ou confirmé par lien épidémiologique et qui ne sont pas considérées comme rétablies;
    - personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles;
    - personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19;
    - personnes ayant eu un contact étroit avec un cas confirmé dans les 14 derniers jours;
    - personnes de retour d'un voyage à l'extérieur du Canada depuis 14 jours et moins;
    - personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par la santé publique.

Ainsi, une personne présentant un de ces critères se verra refuser l'accès au milieu de vie.

> La personne proche aidante qui ne respecte pas les consignes, malgré le fait qu'elle a reçu toute l'information et a été accompagné pour l'application des mesures de PCI, pourraient se voir retirer l'accès à la RPA.

Les liens entre les personnes et leurs proches doivent se poursuivre et s'intensifier pendant la période des fêtes de façon virtuelle ou par le biais de contacts téléphoniques.

Les consignes pour le temps des fêtes destinées à la population générale dans le contexte de la COVID-19 sont disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19.

Les personnes proches aidantes qui seront accueillis dans les RPA durant la période du 17 décembre au 11 janvier inclusivement doivent être particulièrement vigilants afin de suivre les consignes de la population générale. Ainsi, ils devront éviter les rassemblements pour ceux résidant en paliers orange.

Les visites sont permises pour les personnes proches aidantes et les visiteurs en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) dans tous les milieux de vie. Référez-vous aux directives en vigueur disponibles sur le site Web : https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/COVID-19-Directives_SPFV_2020-10-05.pdf.

2. Mesures spécifiques selon les paliers d'alerte dans une RPA sans éclosion

Pour la personne proche aidante :

- La prise de rendez-vous pourrait être demandée par le milieu de vie pour faciliter l'accueil et l'accompagnement pour le respect des mesures PCI en tout temps selon les directives en vigueur.
- Pour le palier d'alerte orange, les personnes proches aidantes provenant d'une autre région administrative ne pourront pas avoir accès aux milieux de vie du territoire concernée.
- Pour le palier d'alerte rouge, seuls les déplacements de personnes proches aidantes entre les territoires limitrophes et de même palier d'alerte seront acceptés.

Pour les résidents des paliers d'alerte orange et rouge :

- Les personnes seules peuvent se greffer à une autre bulle familiale (une seule bulle et toujours la même), sauf pour les résidents d'une unité de soins.
- Les repas en salle à manger seront autorisés seulement si les mesures de prévention et de contrôle des infections sont appliquées de façon rigoureuse, dont la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents. Si cela n'est pas respecté, les repas à l'unité locative devront être privilégiés.
- Seules activités visant à prévenir le déconditionnement sont autorisées avec respect rigoureux des mesures de prévention et de contrôle des infections, dont la distanciation physique de 2 mètres entre les résidences et l'absence de partage d'objets.

3. Mesures spécifiques dans une RPA en éclosion ou pour un résident en isolement

- Les personnes proches aidantes peuvent continuer d'accéder au milieu de vie, et ce, sous réserve du respect des conditions spécifiques à cet effet.

4**. La personne proche aidante doit respecter les consignes suivantes :**

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

- En tout temps, vous devez effectuer une autosurveillance des symptômes. Dès la moindre apparition de symptômes, vous ne devez pas vous présenter à la RPA (voir annexe pour connaître les symptômes).
- Si vous êtes soumis à un isolement ou si vous répondez à un des critères d'exclusion présentés précédemment, vous ne pouvez pas vous rendre dans une RPA.
- Si vous avez reçu un résultat positif à la COVID-19, vous pouvez vous rendre dans une RPA seulement lorsque vous serez considéré comme rétabli selon les critères reconnus et confirmé par la santé publique.
- La personne proche aidante ou le visiteur qui souhaite procéder à un test de dépistage peut le demander. En aucun cas, la RPA ne peut exiger à la personne proche aidante et au visiteur d'obtenir un test de dépistage négatif pour avoir accès au milieu de vie.

4.2. Concernant les mesures de prévention et de contrôles des infections (PCI) :

- Signer le registre des visiteurs afin d'être rapidement contacté par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et placé en isolement si cela est requis.
- Prendre connaissance des informations rendues disponibles sur la surveillance des symptômes, le lavage 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 dans la RPA ainsi qu'en entrant et en sortant de l'unité locative du résident, et de la zone chaude le cas échéant.
- Porter correctement un masque médical ou un couvre-visage dans la RPA et le porter pendant toute la durée de la visite. Le masque médical ne peut être utilisé pour une prochaine visite.
- Utiliser les équipements de protection individuelle de manière adéquate et selon les consignes en vigueur.
- Le respect de la distanciation physique de deux mètres doit s'effectuer en tout temps sans exception dans l'unité locative, mais également à l'intérieur de la RPA.
- Arriver avec des vêtements propres et changer de vêtements au retour à la maison et laver ces derniers (lavage régulier).

4.3. Concernant les déplacements à l'intérieur de la RPA :

- Respecter en tout temps la distance de deux mètres avec les résidents, les membres du personnel et les autres personnes proches aidantes.
- Ne pas entrer dans les réserves d'équipement.
- Quitter la chambre si des interventions médicales générant des aérosols sont réalisées et suivre les consignes du personnel quant au retour.
- Demander quelles sont les salles de bain que la personne proche aidante ou le visiteur peut utiliser et les précautions et consignes de salubrité à respecter. Par exemple, il n'est pas conseillé d'utiliser les salles de bain en zone chaude.

Vous êtes invités à consulter la page Web du site Québec.ca qui est destinée aux personnes proches aidantes : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/proches-aidants-en-contexte-de-pandemie-covid-19/.

Ce site regroupe de nombreuses informations, capsules vidéo et références pour vous soutenir dans votre rôle, vous aider à mieux comprendre et retenir les mesures de PCI à respecter lors des visites et répondre à certains de vos questionnements.

Vous avez des insatisfactions ou des désaccords dans l'interprétation et l'application des directives ministérielles :

- Un gestionnaire ou une personne est désigné au sein de la RPA et est responsable pour répondre aux questions et aux insatisfactions des personnes proches aidantes liées à l'interprétation et à l'application des directives ministérielles. Vous êtes invités à demander qui est cette personne désignée.
- Si des insatisfactions ou des désaccords persistent, vous pouvez contacter le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, conformément à la procédure d'examen des plaintes de l'établissement et en toute confidentialité.

RÉFÉRENCES UTILES

Personnes proches aidantes

- Personnes proches aidantes en contexte de pandémie : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/proches-aidants-en-contexte-de-pandemie-covid-19/
- Réponses aux questions sur le coronavirus (COVID-19) https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/reponses-questions-coronavirus-covid19/
- Info-Aidant : 1 855 852-7784 ou info-aidant@lappui.org

ANNEXE 1 : Grille pour l'autosurveillance des symptômes

SYMPTÔMES LIÉS À LA COVID-19

☐**Asymptomatique**

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

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

16 décembre 2020

FEUILLET D'INFORMATION SUR LES MESURES APPLICABLES S'ADRESSANT AUX FAMILLES ET PERSONNES PROCHES AIDANTES DONT LE PROCHE RÉSIDE DANS UN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD) OU UNE RESSOURCE INTERMÉDIAIRE (RI) DE 20 PLACES ET PLUS QUI ACCUEILLE DES AÎNÉS, INCLUANT LE TEMPS DE FÊTES

Compte tenu de la situation épidémiologique au Québec et afin de limiter la propagation de la COVID-19, il est recommandé de maintenir l'accès à un nombre restreint de personnes dans des milieux de vie où on retrouve des personnes vulnérables, et ce, à tous les paliers d'alerte.

Les directives sont basées sur une période de référence entre le
17 décembre 2020 et le 11 janvier 2021 inclusivement.
Toutefois, selon l'évolution de la situation épidémiologique,
ces mesures pourraient être reconduites au-delà du 11 janvier 2021.

Les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) doivent s'appliquer en tout temps dans les différents milieux de vie :

- distanciation physique de 2 mètres en tout temps;
- lavage des mains;
- disponibilité des équipements de protection individuel (ÉPI) nécessaires;
- port du masque médical en tout temps.

Pour faciliter la compréhension des consignes et leur application, voici les définitions d'une personne proche aidante et d'un visiteur :

La personne proche aidante est :

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 doit pouvoir accéder au milieu de vie de son proche, comme pour les personnes proches aidantes.

Plus spécifiquement pour la période des fêtes du 17 décembre 2020 au 11 janvier 2021, et ce, pour les paliers d'alerte orange et rouge et les milieux de vie en éclosion, seules les personnes proches aidantes connues du milieu de vie seront autorisées, c'est-à-dire les personnes proches aidantes qui sont déjà familières avec les mesures PCI à respecter.

Le visiteur est :

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.

CONSIGNES CONCERNANT LA PRÉSENCE PENDANT LE TEMPS DES FÊTES DES PERSONNES PROCHES AIDANTES DANS UN CHSLD OU UNE RESSOURCE INTERMÉDIAIRE (RI) DE 20 PLACES ET PLUS QUI ACCUEILLE DES AÎNÉS

L'accès au CHSLD ou à la RI de 20 places et plus qui accueille des aînés pour les personnes proches aidantes est modulé en fonction des paliers d'alerte où est situé le milieu de vie en question. Les paliers d'alerte sont établis pour un territoire donné suivant les recommandations des autorités de santé publique qui font une analyse régulière de la situation en tenant compte de la situation épidémiologique, le contrôle de la transmission et la capacité du système de soins.

Pour connaître le palier d'alerte en vigueur, vous pouvez vous référer à l'adresse suivante : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/.

En plus des paliers d'alerte applicables, des mesures additionnelles sont prises lorsqu'un CHSLD ou une RI de 20 places et plus qui accueille des aînés est en éclosion ou lorsque la personne est en isolement.

Le nombre maximum de personnes proches aidantes connues par le milieu de vie et par usager est établi selon les situations suivantes :

CHSLD ou RI 20 places et plus aînés (palier orange)	• **Accès** : Maximum 2 PPA connues du milieu de vie par période de 24 heures • **Sorties extérieures pour rassemblements**: Non permises – favoriser l'accueil de personnes proches aidantes dans les milieux
CHSLD ou RI 20 places et plus aînés (palier rouge)	• **Accès** : Maximum 1 PPA connue du milieu de vie par période de 24 heures • **Sorties extérieures pour rassemblements**: Non permises – favoriser l'accueil de personnes proches aidantes dans les milieux

1. Consignes générales

- Un accompagnement des personnes qui accèdent au CHSLD ou dans une RI de 20 places et plus qui accueille des aînés est nécessaire afin de valider l'absence de critères d'exclusion en lien avec les symptômes liés à la COVID-19. Les critères d'exclusion sont les suivants :
    - personnes infectées par la COVID-19 ayant reçu un résultat positif ou confirmé par lien épidémiologique et qui ne sont pas considérées comme rétablies;
    - personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles;
    - personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19;
    - personnes ayant eu un contact étroit avec un cas confirmé dans les 14 derniers jours;
    - personnes de retour d'un voyage à l'extérieur du Canada depuis 14 jours et moins;
    - personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par la santé publique.

Ainsi, une personne présentant un de ces critères se verra refuser l'accès au milieu de vie.

La personne proche aidante qui ne respecte pas les consignes, malgré le fait qu'elle a reçu toute l'information et a été accompagné pour l'application des mesures de PCI, pourraient se voir retirer l'accès au CHSLD ou à la RI de 20 places et plus qui accueille des aînés.

Les liens entre les personnes et leurs proches doivent se poursuivre et s'intensifier pendant la période des fêtes de façon virtuelle ou par le biais de contacts téléphoniques.

Les consignes pour le temps des fêtes destinées à la population générale dans le contexte de la COVID-19 sont disponibles à l'adresse suivante : Consignes pour le temps des fêtes dans le contexte de la COVID-19.

Les personnes proches aidantes qui seront accueillis dans un CHSLD ou dans une RI de 20 places et plus qui accueille des aînés durant la période du 17 décembre au 11 janvier inclusivement doivent être particulièrement vigilants afin de suivre les consignes de la population générale. Ainsi, ils devront éviter les rassemblements pour ceux résidant en palier orange.

Les visites sont permises pour les personnes proches aidantes et les visiteurs en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) dans tous les milieux de vie. Référez-vous aux directives en vigueur disponibles sur le site Web : https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/COVID-19-Directives_SPFV_2020-10-05.pdf.

2. Mesures spécifiques selon les paliers d'alerte dans un CHSLD ou dans une RI de 20 places et plus qui accueille des aînés sans éclosion

Pour la personne proche aidante :

- La prise de rendez-vous pourrait être demandée par le milieu de vie pour faciliter l'accueil et l'accompagnement pour le respect des mesures PCI en tout temps selon les directives en vigueur.

- Pour le palier d'alerte orange, les personnes proches aidantes provenant d'une autre région administrative ne pourront pas avoir accès aux milieux de vie du territoire concerné.
- Pour le palier d'alerte rouge, seuls les déplacements de personnes proches aidantes entre les territoires limitrophes et de même palier d'alerte seront acceptés.

3. Mesures spécifiques dans un CHSLD ou dans une RI de 20 places et plus qui accueille des aînés en éclosion ou pour un usager en isolement

- Les personnes proches aidantes peuvent continuer d'accéder au milieu de vie, et ce, sous réserve du respect des conditions spécifiques à cet effet.

4**. La personne proche aidante doit respecter les consignes suivantes :**

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

- En tout temps, vous devez effectuer une autosurveillance des symptômes. Dès la moindre apparition de symptômes, vous ne devez pas vous présenter dans un CHSLD ou dans une RI de 20 places et plus qui accueille des aînés (voir annexe pour connaître les symptômes).
- Si vous êtes soumis à un isolement ou si vous répondez à un des critères d'exclusion présentés précédemment, vous ne pouvez pas vous rendre dans un CHSLD ou dans une RI de 20 places et plus qui accueille des aînés.
- Si vous avez reçu un résultat positif à la COVID-19, vous pouvez vous rendre dans un CHSLD ou dans une RI de 20 places et plus qui accueille des aînés seulement lorsque vous serez considéré comme rétabli selon les critères reconnus et confirmé par la santé publique.
- La personne proche aidante qui souhaite procéder à un test de dépistage peut le demander. En aucun cas, un CHSLD ou une RI de 20 places et plus qui accueille des aînés ne peut exiger à la personne proche aidante d'obtenir un test de dépistage négatif pour avoir accès au milieu de vie.

4.2. Concernant les mesures de prévention et de contrôles des infections (PCI) :

- Signer le registre des visiteurs afin d'être rapidement contacté par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et placé en isolement si cela est requis.
- Prendre connaissance des informations rendues disponibles sur la surveillance des symptômes, le lavage 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 d'un CHSLD ou d'une RI de 20 places et plus qui accueille des aînés ainsi qu'en entrant et en sortant de la chambre d'un usager, et de la zone chaude le cas échéant.
- Porter correctement un masque médical dans le CHSLD ou dans la RI de 20 places et plus qui accueille des aînés et le porter pendant toute la durée de la visite. Le masque médical ne peut être utilisé pour une prochaine visite.
- Utiliser les équipements de protection individuelle de manière adéquate et selon les consignes en vigueur.
- Le respect de la distanciation physique de deux mètres doit s'effectuer en tout temps sans exception en CHSLD et en RI de 20 places et plus qui accueille des aînés surtout

si deux usagers demeurent dans la même chambre, mais également dans l'ensemble des milieux de vie.
- Arriver avec des vêtements propres et changer de vêtements au retour à la maison et laver ces derniers (lavage régulier).

4.3. Concernant les déplacements à l'intérieur du CHSLD et de la RI de 20 places et plus qui accueille des aînés :
- Respecter en tout temps la distance de deux mètres avec les usagers les membres du personnel et les autres personnes proches aidantes.
- Ne pas entrer dans les réserves d'équipement.
- Quitter la chambre si des interventions médicales générant des aérosols sont réalisées et suivre les consignes du personnel quant au retour.
- Demander quelles sont les salles de bain que la personne proche aidante peut utiliser et les précautions et consignes de salubrité à respecter. Par exemple, il n'est pas conseillé d'utiliser les salles de bain en zone chaude.

Vous êtes invités à consulter la page Web du site Québec.ca qui est destinée aux personnes proches aidantes : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/proches-aidants-en-contexte-de-pandemie-covid-19/.

Ce site regroupe de nombreuses informations, capsules vidéo et références pour vous soutenir dans votre rôle, vous aider à mieux comprendre et retenir les mesures de PCI à respecter lors des visites et répondre à certains de vos questionnements.

Vous avez des insatisfactions ou des désaccords dans l'interprétation et l'application des directives ministérielles :

- Un gestionnaire ou une personne est désigné au sein du CHSLD ou de la RI de 20 places et plus qui accueille des aînés et est responsable pour répondre aux questions et aux insatisfactions des personnes proches aidantes liées à l'interprétation et à l'application des directives ministérielles. Vous êtes invités à demander qui est cette personne désignée.
- Si des insatisfactions ou des désaccords persistent, vous pouvez contacter le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, conformément à la procédure d'examen des plaintes de l'établissement et en toute confidentialité.

RÉFÉRENCES UTILES

Personnes proches aidantes

- Personnes proches aidantes en contexte de pandémie : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/proches-aidants-en-contexte-de-pandemie-covid-19/
- Réponses aux questions sur le coronavirus (COVID-19) **:** https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/reponses-questions-coronavirus-covid19/
- Info-Aidant : 1 855 852-7784 ou info-aidant@lappui.org

ANNEXE 1 : Grille pour l'autosurveillance des symptômes

SYMPTÔMES LIÉS À LA COVID-19

☐**Asymptomatique**

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

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

Émission :	04-12-2020	Mise à jour :	23-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-009. REV1

Catégorie(s) :

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

Directive pour les agents de sécurité dans le contexte de la pandémie de COVID-19

Remplace la directive émise le 4 décembre 2020 (DGAPA-009)

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

Destinataires :	• CISSS et CIUSSS
	  - Directeurs SAPA
	  - Directeurs qualité, évaluation, performance et éthique
	  - Répondants ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF)
	• Exploitants des résidences privées pour aînés (RPA)
	• Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA)
	• Regroupement québécois des OBNL d'habitation (RQOH)
	• Société d'habitation du Québec (SHQ)
	• Établissements PC et PNC
	• Association des établissements longue durée privés du Québec (AELDPQ)
	• Association des établissements privés conventionnés (AEPC)
	• Associations de RI-RTF

Directive	
Objet :	Dans le contexte d'urgence sanitaire, différentes mesures visant à protéger la population sont mises en place. L'une d'elles consiste à contrôler les accès et les sorties dans les résidences privées pour aînés (RPA), dans les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans les organismes à but non lucratif (OBNL) d'habitation qui ne sont pas visés par la certification. Cette directive présente les mesures générales qui s'appliquent, ainsi que la stratégie d'intervention qui permet le déploiement d'agents de sécurité dans ces milieux.
Mesures à implanter :	Les mesures à implanter concernent : ✓ le contrôle des accès et des sorties dans un contexte de crise sanitaire COVID-19; ✓ le financement des agents de sécurité; ✓ le choix de l'agence de sécurité.

Émission :	04-12-2020	Mise à jour :	23-12-2020

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : Sans objet	
Direction ou service ressource :	**Direction du soutien à domicile**
Documents annexés :	S. O.

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 :	04-12-2020	Mise à jour :	23-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-009. REV1

Directive

Les consignes suivantes visent à soutenir les milieux qui rencontrent des difficultés dans le contrôle des accès et des sorties, par le déploiement d'agents de sécurité le jour et le soir, sept jours par semaine. Il est également possible d'assurer un contrôle la nuit, si la situation le requiert.

Consignes générales

- Le contrôle habituel des accès et des sorties est assumé par le milieu de vie, selon ses besoins et son contexte. Ainsi, seuls les besoins de contrôle des accès et des sorties en lien avec la gestion de crise sanitaire COVID sont concernés par la présente directive.
- Le centre intégré ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CISSS ou CIUSSS) est responsable d'identifier les milieux de vie de son territoire qui font face à des enjeux de contrôle des accès et des sorties, et pour lesquels le recours à des agents de sécurité s'avère nécessaire dans le contexte gestion de crise sanitaire COVID.
- Tout besoin actuel et futur de contrôle des accès et des sorties reliés à la gestion de crise sanitaire COVID doit ainsi être approuvé par le CISSS ou le CIUSSS.

Consignes en lien avec le financement et la reddition de comptes

- Lorsque les ententes avec les agences de sécurité sont conclues par le CISSS ou CIUSSS, le financement des agents de sécurité est assumé par le CISSS ou le CIUSSS, et ce, soit :
  - par le biais de sa reddition de comptes COVID au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS),
    ou
  - par le remboursement des frais COVID au milieu de vie, dans l'éventualité où ce dernier a préalablement obtenu du CISSS ou du CIUSSS l'approbation pour recourir aux agents de sécurité et en faire l'embauche lui-même.
- Tout nouveau besoin en agent de sécurité doit être pris en charge financièrement par le CISSS ou le CIUSSS et non par le milieu de vie, à moins d'entente entre le milieu de vie et le CISSS ou le CIUSSS.

- Dans la situation où l'entente avec les agences de sécurité est conclue par un établissement privé conventionné, conditionnellement à une approbation favorable par le CISSS ou le CIUSSS, le financement des agents de sécurité est alors assumé par l'établissement privé conventionné, par le biais de sa reddition de comptes COVID au MSSS.

- Un CISSS ou un CIUSSS peut contacter l'agence de sécurité de son choix. S'il n'est pas déjà en lien avec une telle agence, il peut se référer à la section suivante pour du soutien.

Choix d'une agence de sécurité

Afin de soutenir ces milieux, le MSSS et le ministère de la Sécurité publique (MSP) ont développé une stratégie d'intervention qui permet le déploiement d'agents de sécurité. Cette stratégie d'intervention comporte notamment les étapes suivantes :

- Les CISSS ou les CIUSSS recueillent l'information sur les milieux problématiques de leur territoire et transmettent les besoins de surveillance au MSSS à l'adresse suivante :
  - dgapa-covid-19@msss.gouv.qc.ca.
- Parmi les informations transmises doit se retrouver :
  - les coordonnées d'une seule personne-contact pour le CISSS ou le CIUSSS;
  - le type de milieu de vie, son nom et son adresse postale;
  - le nombre d'agents de sécurité nécessaires;
  - le besoin clairement défini (semaine/fin de semaine; jour/soir/nuit).
- Les informations reçues sont validées par le MSSS et transmises au MSP.

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

Rôle et responsabilité de l'agent de sécurité

- Les agents de sécurité déployés devront s'assurer du respect des consignes d'accès et de sorties des milieux concernés et feront un suivi à leur agence et au CISSS ou au CIUSSS concerné de l'évolution de la situation. Ces consignes leur sont confirmées par le CISSS ou le CIUSSS.
- Ils informeront leur agence et le CISSS ou le CIUSSS du non-respect par les résidents ou les responsables du milieu de vie des mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Les agents de sécurité devront connaître et respecter les mesures de prévention et de contrôle des infections, soit le port du masque de procédure ou du couvre-visage, l'hygiène des mains et la distanciation physique de deux mètres. À cet effet, des formations sont mises à la disposition des partenaires sur le site de l'ENA à l'adresse suivante : https://fcp-partenaires.ca/ concernant, notamment, l'hygiène des mains et le port des équipements de protection individuelle.
- Rappelons que la Loi sur la sécurité privée définit l'activité de gardiennage comme étant « la surveillance ou la protection de personnes, de biens ou de lieux principalement à des fins de prévention de la criminalité et de maintien de l'ordre ». En ce sens, les agents de sécurité peuvent contribuer à assurer le respect et l'application des consignes aux accès et aux sorties des milieux de vie qui rencontrent des difficultés afin de protéger les aînés et les personnes vulnérables. La seule présence d'un agent de sécurité est habituellement suffisante pour faire respecter les règles et dissuader les contrevenants potentiels. En l'absence de la collaboration d'individus visés par la présente stratégie, les agents de sécurité privés pourraient alors faire appel aux services des corps policiers.

Émission :	23-12-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGGMO-001

Catégorie(s) :

- ✓ Milieu de vie : Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), hébergement jeunes en difficulté, hébergement DITSA et hébergement DP
- ✓ Stabilisation de la main d'œuvre
- ✓ Registre de stabilisation

Directive sur la stabilisation de la main-d'œuvre des milieux de vie publics et privés conventionnés des établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Première diffusion

Expéditeur :	Direction générale de la gestion de la main d'œuvre (DGGMO)

Destinataires :	Établissements publics et privés conventionnés ayant plus d'un milieu de vie pour les clientèles des missions suivantes : • centre de protection de l'enfance et de la jeunesse • centre d'hébergement et de soins de longue durée • centre de réadaptation excluant les personnes ayant une dépendance • centre d'accueil ou un centre de services sociaux visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris Ci-après nommés « établissements visés » **uniquement pour les services qu'ils offrent aux usagers hébergés**

Directive	
Objet :	Le plan d'action de la deuxième vague prévoit un livrable visant à établir les principes directeurs encadrant la mobilité de main-d'œuvre afin de réduire le risque de transmission de la COVID-19 par le personnel dans les différents milieux de vie (action #17).
Principe :	Les principes directeurs servent de référence afin de guider les établissements publics et privés conventionnés visés dans l'élaboration de leur plan d'action lié à la gestion de la main-d'œuvre œuvrant dans des milieux de vie où il y a de l'hébergement en contexte de pandémie. Ces principes visent à encadrer la stabilisation du personnel entre les installations en considérant la présence de zones tièdes et chaudes. En ce qui a trait à la gestion de la mobilité à l'intérieur d'une même installation, entre les différentes zones (froides, tièdes et chaudes), elle doit s'appuyer sur les normes PCI applicables dans le milieu.
Mesures à implanter :	✓ Les mesures à prendre en prévention et en continu. ✓ Les mesures visant à stabiliser la main-d'œuvre dans un contexte d'urgence sanitaire. ✓ Les mesures visant à stabiliser la main-d'œuvre en présence de zones tièdes ou chaudes : • Lorsqu'un usager ou un employé est déclaré positif à la COVID-19 ou qu'une zone tiède est créée;

	• Lorsqu'il y a une augmentation importante des absences dans un milieu de vie qui génère un bris de service.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction de l'expérience employé**
Documents annexés :	Annexe 1 : Implantation des registres d'exception encadrant la mobilité de la main-d'œuvre dans les milieux de vie

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,
Josée Doyon

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

Émission :	23-12-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGGMO-001

Directive

Principes directeurs visant à stabiliser la main-d'œuvre

Les principes directeurs servent de référence afin de guider les établissements visés dans l'élaboration de leur plan d'action lié à la gestion de la main-d'œuvre œuvrant dans des milieux de vie où il y a de l'hébergement en contexte de pandémie[1]. Ces principes visent à encadrer la stabilisation du personnel entre les installations en considérant la présence de zones tièdes et chaudes. En ce qui a trait à la gestion de la mobilité à l'intérieur d'une même installation, entre les différentes zones (froides, tièdes et chaudes), elle doit s'appuyer sur les normes de prévention et de contrôle des infections (PCI) applicables dans le milieu.

En prévention

En continu :

- Poursuivre les travaux de rehaussement de postes et concevoir des horaires de travail pour stabiliser au maximum les employés dans le même milieu de vie dans le cadre des dispositions locales des conventions collectives.
- Prendre les moyens nécessaires pour s'assurer que tous les employés ont pris connaissance des normes de PCI applicables dans leurs milieux de travail et qu'ils ont suivi les formations en PCI pertinentes et disponibles sur l'environnement numérique d'apprentissage.

Phase 1 – Mesures visant à stabiliser la main-d'œuvre dans un contexte d'état d'urgence sanitaire

Dans le contexte d'état sanitaire causé par la COVID-19, l'établissement visé doit prendre les moyens de restreindre la mobilité des personnes salariées dans les milieux de vie visés.

Pour les milieux de vie des programmes DITSADP et jeunesse, s'il n'est pas possible de stabiliser tous les employés à temps partiel dans un seul milieu de vie sans engendrer de bris de service, les procédures doivent être adaptées pour limiter, dans la mesure du possible, la mobilité de ces employés à deux installations de type milieu de vie.

Phase 2 – Mesures visant à stabiliser la main-d'œuvre en présence de zones tièdes ou chaudes

Lorsqu'un usager ou un employé d'un milieu est déclaré positif à la COVID-19 ou qu'une zone tiède est créée, les mesures suivantes sont déployées :

- Activation du plan de préparation d'une éclosion et mise en place des équipes dédiées selon l'évaluation du risque effectuée avec l'équipe PCI et la Santé publique (le cas échéant).
- Ajustement des horaires et des procédures de remplacement afin que les employés travaillant à l'intérieur d'un même type de zone (chaude, tiède ou froide) soient en mesure de combler les absences imprévues.
- Déploiement du plan de délestage interne niveau 1 afin d'augmenter la disponibilité de main-d'œuvre nécessaire à la stabilisation de la main-d'œuvre dans le milieu.

[1] Les principes directeurs s'appliquent aux milieux publics et établissements privés conventionnés suivants : centres d'hébergement et de soins de longue durée, milieux d'hébergement jeunesse, ressources à assistance continue et milieux de réadaptation en santé ou en déficience physique lorsqu'il y a de l'hébergement dans ces milieux.

Parallèlement, les mesures PCI suivantes sont mises en place :

- Application des zones froides, tièdes et chaudes en considérant le nombre de cas confirmés.
- Port de l'ÉPI adéquat.
- Intervention des équipes d'intervention PCI de l'établissement (évaluation rapide et recommandations).
- Restriction de la circulation dans l'unité en éclosion au personnel requis pour les soins et les services.
- Lorsqu'il est nécessaire de faire circuler des membres du personnel, mise en place d'une vigie auprès de ces derniers pour repérer rapidement ceux qui présenteraient des symptômes de la COVID-19.
- Lorsqu'un membre du personnel doit se déplacer sur plusieurs unités dans l'installation, il débute, dans la mesure du possible, par les zones froides, suivies des zones tièdes et termine par les zones chaudes.

Lorsqu'il y a une augmentation importante des absences dans un milieu de vie qui génère un bris de service, appliquer ces actions, en respectant l'ordre suivant :

1. Déployer le plan de délestage interne niveau 2 et le plan de délestage intrarégional si applicable (régions 03, 06, 16).
2. Si les mesures précédentes ne suffisent pas, déplacer un employé d'une installation zone chaude à une autre installation zone chaude.
3. En dernier recours, si les mesures précédentes et l'utilisation du temps supplémentaire ne suffisent pas, déplacer un employé d'une installation zone froide à une installation zone chaude. Dans ce cas, le responsable PCI ou sa personne déléguée doit autoriser le déplacement et le registre de niveau 2 doit être rempli (voir annexe).
4. Dans un cas extrême, un employé peut être déplacé d'une zone chaude à une zone froide. La situation doit être documentée, le déplacement doit être autorisé par le PDG et le registre de niveau 3 doit être rempli (voir annexe). Lorsque cette mobilité est nécessaire, il est suggéré d'informer les instances syndicales locales afin d'expliquer les circonstances et les actions requises.
5. Appliquer les modalités de l'INSPQ dans le document *Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins (section 2)*, notamment pour les mesures de prévention à mettre en place pour les employés ayant travaillé avec des cas COVID-19 dans les 14 derniers jours et qui sont réaffectés dans une zone froide.

Autre mesure de prévention appliquée pour réduire les risques liés à la mobilité de la main-d'œuvre :

Pour l'employé ayant participé à la convergence interrégionale et qui est de retour dans sa région d'origine, il devra réaliser trois tests de dépistage selon la séquence suivante : 24 heures après son retour, au 5e et au 14e jour après le retour.

Documents de référence :

Arrêté ministériel numéro 2020-007 de la ministre de la Santé et des Services sociaux, du 21 mars 2020

GUIDE DE RÉFÉRENCE – Décroissance des mesures découlant de l'arrêté ministériel numéro 2020-007, 22 juillet 2020

COVID-19 : PLAN D'ACTION POUR UNE DEUXIÈME VAGUE, ministère de la Santé et des Services sociaux, août 2020

Directive ministérielle DGAPA-007, ministère de la Santé et des Services sociaux, du 28 octobre 2020

SRAS-CoV-2 – Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins, Institut national de santé publique du Québec, du 8 octobre 2020 – Version 2.2.

Émission :	23-12-2020	Mise à jour :	

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 : Implantation des registres d’exception encadrant la mobilité de la main-d’œuvre dans les milieux de vie

Émission :	23-12-2020	Mise à jour :	

Annexe 1 : Implantation des registres d'exception encadrant la mobilité de la main-d'œuvre dans les milieux de vie

Finalité poursuivie

En lien avec l'objectif de stabilisation des milieux de vie, la création des registres d'exception encadrant la mobilité vise à renforcer le processus d'autorisation du déplacement d'un employé d'une installation de type milieu de vie vers une autre installation de type milieu de vie afin :

- de s'assurer que tous les moyens ont été utilisés avant de recourir au déplacement;
- d'assurer une imputabilité sur les déplacements de la MO qui seront autorisés;
- d'assurer que toutes les mesures additionnelles sont appliquées;
- de mesurer l'évolution de la situation sur le nombre d'employés déplacés de milieu de vie (inter-milieux).

Moyens privilégiés afin d'assurer un contrôle sur le déplacement des employés entre deux installations de type milieu de vie

Implanter trois niveaux de registre visant à documenter les déplacements d'employés entre deux installations de type milieu de vie ayant un facteur de risque lié à la transmission justifiant ainsi un processus de contrôle supplémentaire.

Les titres d'emplois et les programmes cliniques visés sont les suivants :

Titres d'emploi :

- regroupement des titres d'emploi de préposé ou préposée aux bénéficiaires;
- regroupement des titres d'emploi d'infirmier ou d'infirmière;
- regroupement des titres d'emploi d'infirmier clinicien ou d'infirmière clinicienne et d'infirmier praticien ou d'infirmière praticienne;
- regroupement des titres d'emploi d'infirmier ou d'infirmière auxiliaire;
- préposé ou préposée à l'entretien ménager (travaux lourds) (6334);
- préposé ou préposée à l'entretien ménager (travaux légers) (6335);
- éducateur ou éducatrice (2691);
- auxiliaire aux services de santé et sociaux (3588);
- gardien ou gardienne de résidence (6349);
- agent ou agente d'intervention (3545);
- surveillant ou surveillante en établissement (6422);
- assistant ou assistante en réadaptation (3462);
- personnel provenant des prestataires de services et qui fournit une prestation de travail correspondant aux tâches des titres d'emploi mentionnés précédemment est également visé.

Programmes cliniques :

- CHSLD public
- CHLSD privé conventionné
- Milieux de vie DITSADP et jeunesse nécessitant un hébergement.

Conditions préalables

La stabilisation de la main-d'œuvre dans les milieux nécessite une harmonisation du processus décisionnel.

Séquence du processus visant à stabiliser les milieux de vie

Étape du processus de gestion des horaires et de remplacement visant à stabiliser les milieux de vie	Niveau d'autorisation	Niveau de registre
1- Production de l'horaire visant à stabiliser tous les employés disponibles*.	Processus régulier d'autorisation	Non applicable
2- Application du temps supplémentaire parmi les employés du milieu de vie.	Processus régulier d'autorisation	Non applicable
3- Réorganisation du travail et plan de contingence.	Chef de service	Non applicable
4- Processus de remplacement au cours de la période horaire à l'intérieur du milieu de vie.	Gestionnaire responsable du milieu de vie	Non applicable

Étape du processus de gestion des horaires et de remplacement visant à stabiliser les milieux de vie	Niveau d'autorisation	Niveau de registre
5- Décision de combler le remplacement par un déplacement d'un employé de même zone en provenance d'une autre installation de type milieu de vie.	Gestionnaire responsable du milieu de vie	Niveau 1
6- Décision de combler le remplacement par un déplacement d'un employé d'un milieu de vie impliquant un changement de zone de froide à tiède ou chaude.	Responsable PCI de l'établissement ou sa personne déléguée	Niveau 2
7- Décision de combler le remplacement par un déplacement d'un employé d'un milieu de vie impliquant un changement de zone de chaude ou tiède à froide.	PDG	Niveau 3

*Pour les milieux de vie des programmes DITSADP et jeunesse, s'il n'est pas possible de stabiliser tous les employés à temps partiel dans un seul milieu de vie sans engendrer de bris de service, les procédures doivent être adaptées pour limiter, à moins de risque de bris de service, la mobilité de ces employés à deux installations de type milieu de vie.

Registre niveau 1

Définition des indicateurs :

Par titre d'emploi et par mission pour les établissements visés :

- Nombre d'employés ayant travaillé dans une seule installation de type milieu de vie lors des 14 derniers jours.
- Nombre d'employés ayant travaillé dans deux installations de type milieu de vie et plus lors des 14 derniers jours.
- Pourcentage des employés ayant travaillé dans un seul milieu de vie lors de la période de 14 jours (indice de stabilité).

Objectif du registre :

- Générer un rapport pouvant mesurer, par mission et par titre d'emploi, le nombre d'employés ayant travaillé dans deux installations de type milieu de vie et plus pour une période de 14 jours.

Registre niveau 2

Définition des indicateurs :

Par titre d'emploi pour l'ensemble des installations de type milieu de vie de l'établissement visé :

- Nombre d'employés déplacés de leur milieu de vie attitré vers un autre milieu de vie nécessitant un changement de zone froide vers une zone chaude ou tiède et qui doit être autorisé par le responsable PCI pour une période de 14 jours.

Objectifs du registre :

- Générer un rapport pouvant mesurer, par mission et par titre d'emploi, le nombre de déplacements d'employés entre deux installations de type milieu de vie impliquant le passage d'une zone froide vers une zone chaude ou tiède et identifier les causes de ces déplacements.

Registre niveau 3

Définition des indicateurs :

Par titre d'emploi pour l'ensemble des installations de type milieu de vie de l'établissement :

- Nombre de déplacements de zone chaude ou tiède à zone froide qui doivent être autorisés par le PDG dans une période 14 jours.

Objectifs du registre :

- Générer un rapport pouvant mesurer, par mission et par titre d'emploi, le nombre de déplacements d'employés entre deux installations de type milieu de vie impliquant le passage d'une zone chaude ou tiède à une zone froide et identifier les causes de ces déplacements.

Émission :	23-12-2020	Mise à jour :	-

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-007

Catégorie(s) :
- ✓ Vaccination COVID-19
- ✓ Déclaration des manifestations cliniques inhabituelles (MCI)

Déclaration des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) graves survenant à la suite de la vaccination contre la COVID-19

Nouvelle directive

Expéditeur :	Direction générale de la santé publique (DGSP)

Destinataires :	- PDG des établissements - Directeurs des services professionnels des établissements

Directive	
Objet :	**Déclaration des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) graves survenant à la suite de la vaccination contre la COVID-19**
Principe :	Il est demandé à tous les professionnels de la santé habilités à poser un diagnostic ou à évaluer l'état de santé d'une personne de signaler à la Direction de santé publique (DSPublique) de la région dans les plus brefs délais les MCI graves survenant à la suite d'un vaccin contre la COVID-19 (7/7 jours). L'objectif est de rehausser la vigie des problématiques pouvant être reliées à la sécurité des vaccins et de permettre qu'une enquête épidémiologique puisse être débutée le plus rapidement possible le cas échéant.
Mesures à implanter :	✓ Déclarer les manifestations cliniques inhabituelles, temporellement associées à une vaccination et pour laquelle on soupçonne un lien avec le vaccin et qui aurait : o nécessité une consultation médicale ou une hospitalisation; o entraîné une incapacité permanente; o menacé la vie d'un patient (ex. : choc anaphylactique, anaphylaxie); o été suivi d'un décès. ✓ Pourront également être déclarées, les manifestations cliniques déjà connues si leur sévérité ou leur durée sont plus importantes que prévues

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction générale de la santé publique** **SantéPubliqueQuebec@msss.gouv.qc.ca**
Documents annexés :	✓ Formulaire de déclaration de manifestations cliniques inhabituelles après une vaccination AH-478_DT9434 (2019-06)

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

Original signé par
Le sous-ministre adjoint,
Horacio Arruda

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

Émission :	23-12-2020	Mise à jour :	-

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-007

Directive

Pour signaler une manifestation clinique inhabituelle (MCI), vous devez compléter le **plus précisément possible** les informations qui se retrouvent sur le formulaire *Déclaration de manifestations cliniques inhabituelles après une vaccination* et l'acheminer sans délai à la direction de santé publique de votre région par télécopie, courriel, etc.

Ne sont pas à déclarer : les réactions rapportées à la suite de l'administration d'un vaccin contre la COVID-19 dans le cadre des essais cliniques. Vous trouverez la liste des manifestations attendues et le risque attribuable au vaccin ou au placebo, dans le Protocole d'immunisation du Québec, dans la section *Vaccin COVID-19*.

Notez que la recommandation de poursuite de la vaccination, émise par la Direction de santé publique, ne sera pas acheminée au déclarant si la manifestation clinique est attendue, sauf pour celle ayant présenté une morbidité importante ou de longue durée.

De plus, selon l'avis du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) nommé « Critère de délai d'apparition des manifestations cliniques d'allure allergique suivant la vaccination pour lesquelles une consultation avec un spécialiste est recommandée avant la revaccination concernant la réaction allergique suivant la vaccination », il n'y a plus de contre-indication à la revaccination lorsqu'une réaction allergique ne répond pas à la définition d'anaphylaxie et survient dans un délai de 1 à 24 heures suivant la vaccination.

Votre collaboration est essentielle afin d'aider les autorités de santé publique provinciales, canadiennes et internationales à prendre les meilleures décisions afin de maximiser l'impact positif des vaccins sur la santé.

Santé et Services sociaux Québec

DT9434

DÉCLARATION DE MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES APRÈS UNE VACCINATION

Acheminer à la DSPublique de votre région

N° d'assurance maladie	
Nom et prénom de l'usager	
Date de naissance (Année / Mois / Jour)	Sexe ☐ M ☐ F
Adresse (numéro, rue)	
Ville	Code postal
Nom du parent	
Ind.rég. / Téléphone (résidence) / Ind. rég. / Téléphone (bureau) / N° de poste	

Date de vaccination	Année	Mois	Jour	À l'usage de la DSPublique	N° d'usager SI-PMI	N° d'id de la MCI SI-PMI	NIL d'IMPACT

CONSIGNES POUR REMPLIR LE RAPPORT DE MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES (MCI)

1- Signaler uniquement les manifestations cliniques survenues après l'administration d'un vaccin et qui ne peuvent être clairement attribuées à une ou des conditions coexistantes et tenir compte des définitions proposées. **Il n'est pas nécessaire d'établir une relation de cause à effet entre l'immunisation et les manifestations cliniques. La soumission d'un rapport ne met pas nécessairement en cause le vaccin.**

2- Les manifestations cliniques marquées d'un astérisque (*) doivent être diagnostiquées par un médecin.

3- Inscrire l'intervalle entre la vaccination et l'apparition de chacune des manifestations cliniques de même que leur durée (en minutes, heures ou jours).

4- Fournir au besoin tous les renseignements pertinents dans la section **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**, notamment : diagnostics du médecin, résultats des tests diagnostiques ou de laboratoire, traitements à l'hôpital et diagnostics au moment du congé lorsque la personne vaccinée a été hospitalisée à cause des manifestations cliniques rapportées. Si on le juge indiqué, des photocopies des dossiers originaux peuvent être soumises.

5- Fournir des renseignements pertinents sur les antécédents médicaux qui se rapportent aux manifestations cliniques signalées, par exemple : antécédents d'allergie, épisodes antérieurs ou maladies concomitantes.

6- Inscrire **tous les vaccins** administrés lors de la séance de vaccination même s'il s'agit d'une réaction locale.

1. VACCINS

Vaccin(s) administré(s)	Dose (1re, 2e, 3e, etc.)	Site	Voie	Quantité	Fabricant	Numéro de lot

2. MCI ANTÉRIEURES

Des MCI sont-elles survenues après l'administration de doses précédentes de l'un des produits immunisants indiqués ci-dessus (section 1)? *(cocher une seule réponse)*

☐ Non ☐ Oui (préciser à la section 8) ☐ Inconnu ☐ Ne s'applique pas (aucune dose antérieure)

3. ERREURS D'IMMUNISATION

Ces MCI sont-elles survenues à la suite d'une erreur d'immunisation? ☐ **Non** ☐ **Inconnu** ☐ **Oui**
(si Oui, cocher tout ce qui s'applique et préciser à la section 8)

☐ Vaccin donné en dehors des limites d'âge recommandées ☐ Produit périmé ☐ Mauvais vaccin administré

☐ Mauvaise voie d'administration ☐ Dose dépassait celle recommandée pour l'âge

☐ Autre, préciser : _____

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Antécédents médicaux (jusqu'à l'apparition des MCI) *(cocher tout ce qui s'applique et préciser à la section 8)*

☐ Médicament(s) pris en concomitance ☐ Problèmes de santé/allergies connus ☐ Maladie/lésion aiguë ☐ Inconnu

☐ Information non disponible ☐ Enceinte au moment de l'immunisation (inscrire dans les commentaires le nombre de semaines de gestation)

Nom de l'usager	N° de dossier

5. RÉPERCUSSIONS DES MCI, ÉVOLUTION ET NIVEAU DE SOINS OBTENUS

5a. Répercussions des MCI *(cocher une seule réponse)*

☐ Ne nuisent pas aux activités quotidiennes
☐ Nuisent aux activités mais n'empêchent pas les activités quotidiennes
☐ Empêchent les activités quotidiennes

5b. Évolution au moment du rapport *(préciser à la section 8)*

☐ Rétablissement complet
☐ Pas encore rétabli
☐ Invalidité/incapacité permanente
☐ Inconnu
☐ Décès, date (année, mois, jour) : |_____|_____|_____|
☐ Date du décès inconnue

5c. Plus haut niveau de soins obtenus *(cocher une seule réponse)*

☐ Inconnu ☐ Aucun ☐ Consultation téléphonique
☐ Consultation non urgente ☐ Consultation à l'urgence
☐ Hospitalisation (_____ jours) OU ☐ Prolongation de l'hospitalisation en cours (de _____ jours)

Date de l'admission (année, mois, jour) : |_____|_____|_____| Date du congé (année, mois, jour) : |_____|_____|_____|

5d. Traitement reçu

☐ Non ☐ Inconnu ☐ Oui *(préciser à la section 8, incluant les autotraitements)*

6. INFORMATION SUR LE DÉCLARANT

Lieu de travail : ☐ Clinique médicale/pharmacie ☐ CISSS/CIUSSS ☐ Info-Santé ☐ Autre, préciser : _____

Nom de l'installation : _____

Nom : _____ Téléphone : _____ , poste _____ Télécopieur : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____ Date (année, mois, jour) : |_____|_____|_____|

Signature : _____ ☐ M.D. ☐ Inf. ☐ Autre, préciser : _____ N° de permis : _____

Personne vaccinée informée d'un appel possible de la DSPublique : ☐ Oui ☐ Non

Coordonnées pour rejoindre la personne le plus facilement (téléphone et/ou courriel) : _____

7. SECTION A À D

Remplir toutes les sections comme approprié; pour chacune, cocher tous les signes/symptômes qui s'appliquent.
Les manifestations avec astérisque (*) devraient être diagnostiquées par un médecin. Sinon, fournir des renseignements suffisants pour appuyer les manifestations choisies. Utiliser la section 8 pour le détail clinique et les résultats des tests.

☐ **7a. Réaction locale au niveau ou près du site de vaccination**

Délai : _____ min. _____ hre _____ jrs entre l'immunisation et l'apparition du 1er symptôme ou signe

Durée : _____ min. _____ hre _____ jrs de l'apparition du 1er symptôme/signe à la disparition de tous les symptômes/signes

☐ Abcès infecté ☐ Abcès stérile ☐ Cellulite* ☐ Nodule ☐ Réaction s'étend au-delà de l'articulation la plus proche
☐ Lymphadénite ☐ Douleur, rougeur ou enflure pour 4 jours ou plus ☐ Autre

Pour toute réaction au site de vaccination, *cocher toutes les cases qui s'appliquent ci-dessous et préciser à la section 8* :

☐ Enflure ☐ Douleur ☐ Sensibilité ☐ Érythème ☐ Chaleur
☐ Induration ☐ Éruption ☐ Fluctuation palpable ☐ Drainage spontané/chirurgical ☐ Résultats microbiologiques
☐ Traînées lymphangitiques ☐ Adénopathie régionale ☐ Liquide démontré par imagerie (ex. : IRM,CT, échographie)
☐ Diamètre le plus grand de la réaction au point d'injection : _____ cm, site(s) de la réaction _____ (ex. BG, BD)

Nom de l'usager	N° de dossier

7. SECTION A À D (suite)

☐ 7b. Réaction allergique et autre MCI d'allure allergique

Délai : _____ min. _____ hre _____ jrs entre l'immunisation et l'apparition du 1er symptôme ou signe

Durée : _____ min. _____ hre _____ jrs de l'apparition du 1er symptôme/signe à la disparition de tous les symptômes/signes

Cocher une seule réponse : ☐ Anaphylaxie ☐ Syndrome oculorespiratoire (SOR) ☐ Autre MCI d'allure allergique

Peau/muqueuse	☐ **Généralisée** ☐ **Localisée (site) :** _____
	☐ Urticaire ☐ Érythème ☐ Prurit ☐ Autre éruption ☐ Bouffées vasomotrices (flushing) ☐ Sensation de picotements
	Angioedème : ☐ Langue ☐ Gorge ☐ Luette ☐ Larynx ☐ Lèvres ☐ Paupières ☐ Visage ☐ Membres ☐ Autre, préciser : _____
	Les yeux : ☐ Rougeur bilatérale ☐ Rougeur unilatérale ☐ Démangeaison
Cardiovasculaire	☐ Hypotension mesurée ☐ Temps de remplissage capillaire > 3 sec. ☐ Tachycardie ☐ ↓ ou perte de conscience ☐ Diminution ou absence du volume pulsatile central (pouls carotidien, brachial ou fémoral)
Respiratoire	☐ Éternuement ☐ Rhinorrhée ☐ Voix rauque ☐ Sensation de serrement de la gorge ☐ Stridor ☐ Toux sèche ☐ Tachypnée ☐ Respiration sifflante ☐ Tirage/rétraction ☐ Expiration laborieuse (grognement) ☐ Cyanose ☐ Mal de gorge ☐ Difficulté à avaler ☐ Difficulté à respirer ☐ Oppression thoracique ☐ Bronchospasme
Digestif	☐ Diarrhée ☐ Douleur abdominale ☐ Nausée ☐ Vomissement

☐ 7c. Manifestations neurologiques

Délai : _____ min. _____ hre _____ jrs entre l'immunisation et l'apparition du 1er symptôme ou signe

Durée : _____ min. _____ hre _____ jrs de l'apparition du 1er symptôme/signe à la disparition de tous les symptômes/signes

☐ **Méningite*** ☐ **Encéphalopathie/encéphalite*** ☐ **Syndrome de Guillain-Barré (SGB)*** ☐ **Paralysie de Bell***

☐ **Autre paralysie*** ☐ **Convulsions** ☐ **Anesthésie/paresthésie** (☐ Généralisée ☐ Localisée, site : _____)

☐ **Autre diagnostic neurologique*, préciser :** _____

☐ Diminution/altération de l'état de conscience ☐ Léthargie ☐ Engourdissement

☐ Signe(s) neurologique(s) en foyer ou à foyers multiples ☐ Fièvre (≥ 38,0 °C) ☐ Fourmillements

☐ Anomalie à l'EEG ☐ Anomalie à l'EMG ☐ Brûlure

☐ Anomalie histopathologique du cerveau/de la moelle épinière ☐ Anomalie à la neuroimagerie ☐ Picotement

☐ Changement de la personnalité pendant ≥ 24 heures ☐ Anomalie du LCR

☐ Autre, préciser : _____

☐ **Convulsions généralisées**
(préciser : ☐ Toniques ☐ Cloniques ☐ Tonico-cloniques ☐ Atoniques ☐ Épisode d'absence ☐ Myocloniques)

OU

☐ **Convulsions partielles**
Détails des convulsions :
☐ Perte de conscience soudaine ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
☐ Observées par un professionnel de la santé ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
☐ Antécédents de convulsions (préciser : ☐ Fébriles ☐ Afébriles ☐ Nature inconnue)

Nom de l'usager	N° de dossier

7. SECTION A À D (suite)

☐ **7d. Autres MCI**

Délai : _____ min. _____ hre _____ jrs entre l'immunisation et l'apparition du 1er symptôme ou signe

Durée : _____ min. _____ hre _____ jrs de l'apparition du 1er symptôme/signe à la disparition de tous les symptômes/signes

☐ **Épisode hypotonique-hyporéactif (âge < 2 ans) :** ☐ Flaccidité ☐ Pâleur/cyanose ☐ Baisse du niveau de conscience ou perte de conscience

☐ **Pleurs persistants** (pleurs constants et inchangés ≥ 3 heures)

☐ **Invagination intestinale***

☐ **Arthrite :** ☐ Rougeur articulaire ☐ Chaleur de l'articulation au toucher ☐ Douleur articulaire ☐ Gonflement articulaire ☐ Modification inflammatoire du liquide synovial

☐ **Parotidite*** (Enflure de la glande parotide avec douleur et/ou sensibilité)

☐ **Éruption :** ☐ Généralisée ☐ Localisée ailleurs qu'au site d'injection, site : _____

☐ **Thrombocytopénie* :** ☐ Numération plaquettaire < 150 x 10^9/L ☐ Éruptions pétéchiales ☐ Signes cliniques d'hémorragie

☐ **Vomissements sévères** (assez grave pour interférer avec les activités quotidiennes)

☐ **Diarrhée sévère** (assez grave pour interférer avec les activité quotidiennes)

☐ **Fièvre ≥ 38,0 °C** (si associée à une autre MCI ou si considérée grave ou inattendue) *(spécifier et fournir des détails dans la section 8)*

☐ **Autre(s) MCI graves ou inattendues non mentionnées dans ce formulaire** *(spécifier et fournir des détails dans la section 8)*

8. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Indiquer toute information pertinente dans cette section, en particulier la durée de l'incident et sa gravité, médications pertinentes, antécédents, etc. en précisant la date de mise à jour (année, mois, jour).

Nom de l'usager	N° de dossier

9. NOTES – RÉSERVÉ À LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Conduite – Signalement : ☐ Retenu et déclaration au fichier ESPRI ☐ Non retenu

☐ Aucun changement au calendrier vaccinal
☐ Prochaine immunisation en milieu contrôlé
☐ Référence à un spécialiste, préciser : _____
☐ Déterminer titre d'anticorps protecteurs
☐ Pas d'autres immunisations avec : _____ , préciser : _____
☐ Suivi actif de récidive après le prochain vaccin
☐ Autre, préciser : _____

Commentaires :

Nom	Titre professionnel / Préciser :	N° de permis
	☐ M.D. ☐ Inf. ☐ Autre	

Ind. rég.	Téléphone	N° de poste	Signature	Date (année, mois, jour)

10. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES APRÈS LA DÉCLARATION INITIALE

☐ Vaccin administré sans MCI suivant la vaccination
☐ Vaccin administré avec récidive de MCI suivant la vaccination
☐ Vaccin administré, autre MCI observée
☐ Vaccin administré sans information sur MCI suivant la vaccination
☐ Vaccin n'a pas été administré

Commentaires :

Nom	Titre professionnel / Préciser :	N° de permis
	☐ M.D. ☐ Inf. ☐ Autre	

Nom de l'installation	Signature	Date (année, mois, jour)

Émission :	10-06-2020	Mise à jour :	30-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-004

Catégorie(s) :
- ✓ Déclaration
- ✓ Décès
- ✓ Directions de santé publique
- ✓ COVID-19

Directive sur les déclarations des décès liés à la COVID-19 aux directions de santé publique régionales

Remplace la directive émise le 10 juin 2020 (non codifiée)

Expéditeur :	**Direction générale de la santé publique (DGSP)**
Destinataire :	- PDG et DG des établissements publics de santé et de services sociaux - Directeurs de santé publique des établissements publics du RSSS

Directive	
Objet :	Déclarations des décès liés à la COVID-19 aux directions de santé publique régionales
Mesures à implanter :	✓ Déclaration des décès liés à la COVID-19 via le formulaire électronique K-27

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource : Santé publique	**SantéPubliqueQuebec@msss.gouv.qc.ca**
Documents annexés :	✓ Annexe 1 – Guide de saisie Décès 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
Le sous-ministre adjoint
Horacio Arruda

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Émission :	10-06-2020	Mise à jour :	30-12-2020

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-004

Directive

Avec la deuxième vague de la COVID-19, un léger relâchement de la part de certains établissements dans les déclarations des décès liés à la COVID-19 aux directions de santé publique (DSPublique) régionales a été constaté.

Par conséquent, il s'avère pertinent de réitérer la directive émise le 10 juin dernier à l'effet que tous les décès liés à la COVID-19 ou suspectés de l'être doivent être déclarés dans la journée à la DSPublique du territoire de résidence de la personne décédée via le formulaire électronique (K-27). Les déclarations des décès par télécopieur doivent quant à eux cesser immédiatement.

L'objectif de cette procédure est de réduire les retards dans la déclaration des décès liés à la COVID-19, le tout afin de répondre aux besoins d'intervention, de protection et de vigie sanitaire de la pandémie. Il est à noter que cette procédure est destinée aux cas de COVID-19 confirmés ainsi que ceux suspectés. Pour plus de précisions quant aux décès à déclarer, veuillez consulter le guide de saisie qui se trouve en annexe. Enfin, précisons que la personne qui remplit le formulaire K-27 n'a pas à être l'auteur du certificat médical.

La déclaration aux DSPublique de cas COVID-19 décédés doit se faire obligatoirement par ce formulaire K27, lequel s'ajoute au bulletin SP-3, mais ne remplace pas l'envoi du SP-3. Ainsi, l'original du SP-3 (1re page) doit continuer à être complété et acheminé à l'Institut de la Statistique du Québec comme par le passé, selon les procédures et directives habituelles.

Veuillez noter que ces mêmes directives s'appliqueront pour le temps des Fêtes.

Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Direction général de santé publique et direction générale des technologies de l'information

FICHIER CORONAVIRUS

Guide de saisie_Décès_COVID-19

Pilote d'opération :

Thomas Bernatchez
Service des systèmes ministériels et support au développement
Direction des systèmes de santé et ministériels
Direction générale adjointe des licences et des systèmes d'information
Direction générale des technologies de l'information

Pilote d'orientation :

Stéphanie Jodoin et Christianne Beaudet
Direction de la vigie sanitaire
Direction générale adjointe de la protection de la santé publique, MSSS

Mise à jour du document :

2020-10-05

Québec

1. Objectifs du formulaire de déclaration d'un cas de COVID-19 décédé (K-27)

Dans le contexte actuel de la pandémie, tous les décès reliés à la COVID-19 ou suspectés de l'être, doivent être déclarés à la Direction de santé publique (DSPublique) de la région de résidence du défunt **IMMÉDIATEMENT** dans la journée du décès.

Le formulaire K-27 sert à la déclaration aux DSPublique de ces décès. Il remplace le FAX du SP-3 à la DSPublique, qui était utilisé jusqu'au 10 juin 2020 et dont la pratique doit cesser.

Le court délai exigé pour la déclaration est justifié pour des fins :

a. d'intervention :
   - le test post-mortem doit être effectué moins de 24 heures après la survenue du décès. Or, la décision incombe aux DSPublique;
   - Réduire les risques de transmission : recherche et isolement des contacts de la personne décédée avant son décès

b. de vigie :
   - le formulaire K-27 permet de connaitre le nombre de décès reliés à la COVID-19 en temps réel pour l'ensemble du Québec, pour permettre de suivre l'épidémiologique de la maladie au Québec et mettre en place de nouvelles directives ou orientations permettant de protéger la population le cas échéant.

Il est à noter que le formulaire K-27 ne remplace pas le SP-3, qui doit être complété et acheminé à l'ISQ comme par le passé, selon les procédures et directives habituelles.

2. Raison d'être du guide de saisie

Le but de ce document est de fournir les consignes de saisie du formulaire K-27. Ce formulaire doit être acheminé à la DSPublique de la région de résidence du défunt. Le présent guide est destiné à toute personne autorisée à déclarer des décès des cas COVID-19.

3. Consignes de saisie

Le formulaire K-27 doit être complété et acheminé à la DSPublique concernée pour les décès des personnes suivantes :

Les cas COVID-19 confirmés :

- par détection d'acides nucléiques du SARS-CoV-2 ou par lien épidémiologique (statut déterminé par la DSPublique régionale).

Les cas suspectés :

- Personne sous investigation (PSI)[1]
- Cas cliniques[2] et cas suspects[3].

[1] Définition de personne sous investigation (PSI) : voir annexe 3
[2] Définition du cas clinique : voir annexe3
[3] Définition de cas suspect : voir annexe 3

- Un cas est suspecté si le défunt présentait, avant son décès, des symptômes ou signes cliniques compatibles avec la COVID-19 sans aucune autre cause apparente :
  - Fièvre (plus de 38 °C) OU
  - Toux (récente ou chronique exacerbée) OU
  - Difficulté respiratoire OU
  - Anosmie d'apparition brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie.
  - Des signes radiologiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie; OU
  - Un syndrome de détresse respiratoire; OU
  - Un examen pathologique compatible. Par précaution et compte tenu des incertitudes scientifiques quant à la transmissibilité du SARS-CoV-2, en cas de doute, considérer le cas comme suspecté.

Vous devez compléter le Bulletin de décès (SP-3) avant de compléter le *formulaire K-27*.

Les astérisques rouges indiquent les champs qui doivent être obligatoirement complétés.

3.1 Informations sur le Bulletin de décès (SP-3)

Afin d'assurer la concordance des informations dans la déclaration des décès, **il est important d'indiquer le numéro du Bulletin de décès SP-3** (situé dans le bas à gauche) dans formulaire K-27.

3.2 Lieu du décès

Trois informations sont à saisir concernant le lieu du décès :

- Pour les décès survenant dans une installation du réseau de la santé et des services sociaux ou dans un milieu de vie (incluant les RPA et les RI-RTF) :
  - Nom de l'installation/établissement où a eu lieu le décès :
    Inscrire le nom complet de l'établissement/installation.
    Par exemple, CHSLD Saint-Jude; un menu déroulant apparaîtra à la saisie des premières lettres.
    Si vous ne trouvez pas le nom dans ce menu déroulant, après vérification de l'orthographe, saisir le nom au complet.
  - Code d'installation :
    Inscrire le code d'établissement si disponible. Par exemple : 51233977
  - Adresse de l'endroit où a eu lieu le décès:
    Inscrire l'adresse complète de l'installation (établissement).
    Par exemple, 4410, boulevard Saint-Martin O, Laval, Québec, H7T 1C3. Le code postal doit obligatoirement être inscrit.
- Pour les décès survenant à domicile :
  - Nom de l'installation où a eu lieu le décès :
    Inscrire « domicile »
  - Code d'installation :
    Laisser vide
  - Adresse de l'endroit où a eu lieu de décès:
    Inscrire l'adresse complète, incluant obligatoirement le code postal

3.3 Identification de la personne décédée

- Saisir le numéro d'assurance maladie
- Inscrire obligatoirement le nom de famille ainsi que le prénom usuel du défunt
- Entrer la date de naissance (AAAA-MM-JJ)
- Inscrire l'adresse de résidence du défunt

3.4 Certificat de décès

- Indiquer obligatoirement la date du décès
- Indiquer le sexe de la personne décédée
- Inscrire la cause du décès : COVID-19 confirmé ou COVID-19 suspecté (**les définitions se trouvent dans la section 3. Consignes de saisies).**
- Indiquer s'il s'agit d'une mort violente (accident, suicide, homicide).
- Commentaires pour la DSPublique :
  Inscrire tout commentaire que vous jugez pertinent aux fins des interventions de santé publiques.
  Pour un cas suspecté : inclure les motifs justifiant la suspicion de COVID-19, tels que le tableau clinique, la nature du lien épidémiologique avec un cas confirmé ou tout autre élément circonstanciel que vous jugez pertinent à l'enquête épidémiologique (ex. milieu en éclosion)
- Inscrire le nom de famille et le prénom de l'auteur du certificat médical.
- Saisir son numéro de téléphone où l'auteur du certificat médical peut être rejoint facilement
- Préciser le numéro de pratique du permis d'exercice de l'auteur du certificat médical.

3.5 Vos informations (informations de la personne qui complète le formulaire K-27, celle-ci peut différer de l'auteur du certificat médical)

- Inscrire votre nom de famille et votre prénom (de la personne qui complète le *formulaire K-27*).
- Saisir le numéro de téléphone où l'on peut vous rejoindre facilement.
- Sélectionner la DSPublique qui recevra le *formulaire K-27*. Il doit s'agir de la DSPublique de la région de résidence de la personne décédée.
- Appuyer sur **Envoyer à la Direction de santé publique.**
- Vous recevrez une attestation d'envoi pour confirmer l'envoi du K-27. Celui-ci peut être enregistré et sauvegardé pour vos dossiers.

4. Modifier la Direction de santé publique[4]

On rappelle que le décès doit être déclaré à la région de résidence du défunt.
Lorsqu'une erreur survient et que le décès est déclaré à une mauvaise DSPublique, celle-ci a maintenant la capacité de modifier la DSPublique.
Pour ce faire, dans l'onglet déroulant, il faut sélectionner la DSPublique de résidence du défunt et ensuite appuyer sur le bouton **Modifier la DSPublique**.
Un message de confirmation apparaitra. Sélectionnez oui pour terminer l'envoi ou non pour l'annuler.

N.B. Une fois l'envoi complété, les informations de ce formulaire K-27 ne sera plus accessible à la DSPublique qui a reçu la première déclaration.

[4] Voir annexe 2

Il est à noter que seules les DSPubliques ont la capacité de procéder à cette modification.

ANNEXE 1- FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'UN CAS DE COVID-19 DÉCÉDÉ (K-27)

Formulaire de déclaration de cas COVID-19 décédé

Procédure de transmission du SP-3

Ce formulaire de cas COVID-19 décédé ne remplace pas le bulletin des décès (SP-3). Ainsi, vous devez obligatoirement compléter le SP-3 et le faire parvenir par la poste à l'ISQ.

Consultez notre guide de saisie.

Information sur le bulletin SP-3

Numéro du bulletin (situé en bas à gauche) ⓘ *

3

Lieu du décès

1. Nom de l'installation où a eu lieu le décès

2. Code d'installation

3. Adresse de l'endroit où a eu lieu le décès
(no, rue, municipalité, province ou pays)

Code postal *

Format : A1A1A1

Identification de la personne décédée

(inscrire le nom de famille et le(s) prénom(s) selon l'acte de naissance)

6. No d'assurance maladie

Format : AAAA12345678

4. Nom de famille *

5. Prénom usuel *

7. Date de naissance

Format : AAAA-MM-JJ

14. Adresse du domicile de la personne décédée

No	Rue	Municipalité, Province ou Pays	Code postal

Format : A1A1A1

Certification médicale du décès

19. Date du décès *

Format : AAAA-MM-JJ

20. Sexe *

- ○ **Masculin**
- ○ **Féminin**
- ○ **Indéterminé**

22. Cause du décès *

22. Cause du décès *

○ **COVID-19 confirmé**

○ **COVID-19 suspecté**

26. S'agit-il d'une mort violente (Accident, Suicide, homicide)

○ **Oui**

○ **Non**

Commentaires pour la direction de la santé publique

Pour un cas suspecté, prière d'inclure les motifs justifiant votre suspicion de la COVID-19. Ceux-ci peuvent inclure le tableau clinique, la nature du lieu épidémiologique avec un cas confirmé ou tout autre élément circonstanciel que vous jugez pertinent à l'enquête épidémiologique (ex : milieu en éclosion).

30. Nom de famille et prénom usuel de l'auteur de la certification médicale *

No de téléphone où l'auteur peut être rejoint *

29. Qualité de l'auteur de la certification médicale *

○ **Médecin**

○ **Infirmier/infirmière**

○ **Coroner**

○ **Autre, précisez**

35. Numéro de permis *

Numéro du dossier médical *

Vos informations

Nom de famille *

Prénom *

Numéro de téléphone *

Direction de santé publique à informer *

Veuillez choisir une direction de santé publique

Je ne suis pas un robot

reCAPTCHA

Confidentialité - Conditions

Envoyer à la direction de santé publique

Québec

Nous joindre

Nous joindre

Pour toute question concernant le formulaire en ligne de déclaration des cas covid décédé, veuillez contacter:

Téléphone

Téléphone (région de Québec) : (418) 683-AIDE (2433)
Téléphone (sans frais) : 1 877 826-AIDE (2433)

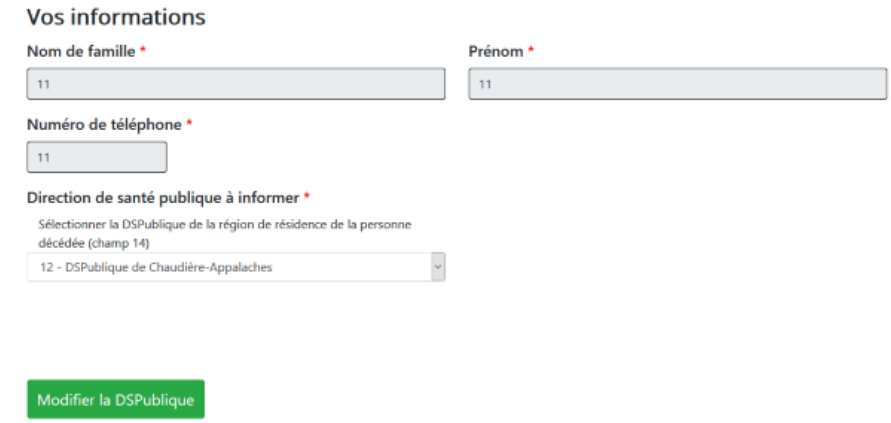
Courriel

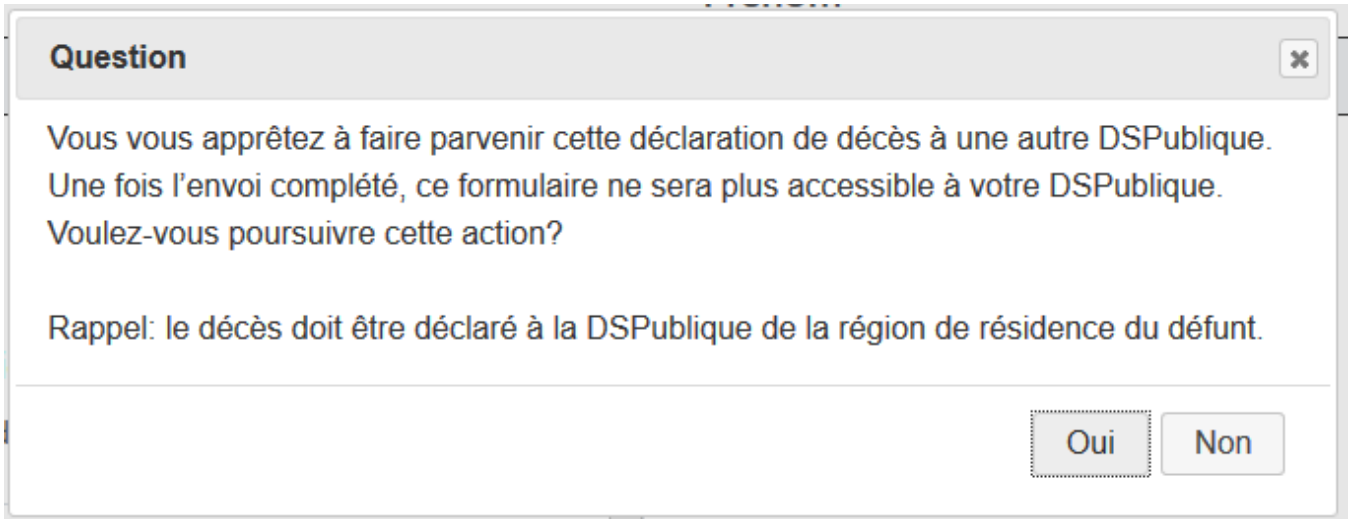
Par courriel :
00_sog_centre_de_services@ssss.gouv.qc.ca

Santé et Services sociaux Québec

© Gouvernement du Québec, 2020

ANNEXE 2- MODIFIER LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE





ANNEXE 3- DÉFINITIONS DES CAS CLINIQUES, CAS SUSPECTS ET PERSONNES SOUS INVESTIGATION

Il est à noter que les définitions ci-dessous s'appliquent aux personnes vivantes.

Cas clinique[5]

Diagnostic basé sur les symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 sans aucune autre cause apparente.

Cas suspect[6]

Cette définition s'applique aux contacts symptomatiques à risque élevé et modéré de cas qui ne rencontrent pas les critères d'un cas confirmé par lien épidémiologique et qui présentent les symptômes suivants :
Symptômes du groupe A : Un des suivants :

- Fièvre (> 38 °C) OU
- Toux récente ou toux chronique exacerbée OU
- Difficulté respiratoire OU
- Anosmie d'apparition brutale sans congestion nasale avec ou sans agueusie. OU

Symptômes du groupe B : Au moins 2 symptômes parmi les suivants :

- Un symptôme général : douleurs musculaires, céphalée, fatigue intense ou importante perte d'appétit.
- Mal de gorge.
- Diarrhée

Personne sous investigations (PSI)[7]

Personne symptomatique ayant eu la recommandation de subir un test diagnostic, dans l'attente du résultat.

[5] Source : MSSS, https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/definition-nosologique-COVID-19-020-04-08.pdf, consulté le 24 juillet 2020

[6] Source : INSPQ, Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires (https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2902-gestion-cas-contacts-communaute-covid19.pdf), consulté le 24 juillet 2020

[7] Source : INSPQ, Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires (https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2902-gestion-cas-contacts-communaute-covid19.pdf), consulté le 24 juillet 2020

Émission :	30-12-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-008

Catégorie(s) :
- ✓ Déclaration
- ✓ Dépistage
- ✓ COVID-19

Directive sur la déclaration obligatoire de tous les cas de COVID-19

Nouvelle directive

Expéditeur :	Direction générale de la santé publique (DGSP)

Destinataire :	Aux directeurs des laboratoires privés Secteur/Unité responsable de son application

Directive	
Objet :	Déclaration obligatoire de tous les cas de COVID-19 dans les meilleurs délais.
Principe :	Déclaration obligatoire de tous les cas de COVID-19 par l'ensemble des laboratoires au Québec privés ou publics
Mesures à implanter :	✓ Déclaration obligatoire de tous les cas de COVID-19 dans les meilleurs délais

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**SantéPubliqueQuebec@msss.gouv.qc.ca**
Documents annexés :	

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
Horacio Arruda

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Émission :	30-12-2020	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-008

Directive

La présente est pour vous rappeler qu'étant donné la pandémie de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), la déclaration de tous les cas de COVID-19 doit être considérée comme obligatoire par l'ensemble des laboratoires au Québec, qu'ils soient publics ou privés. Celle-ci doit être effectuée au directeur de santé publique de la région de résidence de la personne testée le plus rapidement possible, soit le jour même. Le lien pour accéder aux coordonnées des directeurs de santé publique et un outil web de recherche sur les territoires sociosanitaires officiels du Québec (disponible pour les laboratoires publics seulement) sont accessibles sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le respect de cette directive ministérielle est primordial, car elle permet à chacune des directions régionales de santé publique du Québec d'avoir un portrait juste de la situation épidémiologique dans leur région, et d'intervenir rapidement auprès des cas et de leurs contacts ce qui contribue à la lutte à la COVID-19.

Des directions de santé publique régionales ont signalé au MSSS que certains laboratoires privés ne respectaient pas cette obligation, ou accusaient des délais quant à la divulgation des cas de COVID-19, et nous souhaitons que cette situation soit corrigée le plus rapidement possible.

La déclaration des cas est demandée en vertu de l'enquête épidémiologique nationale actuellement en cours, mesure dictée par la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2, chapitre XL, section II, article 116, alinéa 3).

De plus, il est également important de transmettre à notre mandataire, l'Infocentre de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), les fichiers Excel présentant les résultats des tests de SARS-CoV-2 (positifs et négatifs), pour midi chaque jour, à l'adresse : covid-19.laboratoires@inspq.qc.ca.

Québec

22-210-17W