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

ANNEXE 3

DIRECTIVES COVID-19 DU MSSS • JANVIER 2021

Votre gouvernement

Québec

Émission :	07-01-2021	Mise à jour :	-

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-009

Catégorie(s) :
- ✓ Vaccin COVID-19
- ✓ Campagne de vaccination COVID-19

Directive sur l'utilisation des doses du vaccin contre la COVID-19

Nouvelle directive

Expéditeur :	Destinataires :
Direction générale de la santé publique (DGSP)	PDG des établissements Directeurs des services professionnels des établissements

Directive	
Objet :	Utilisation des doses de vaccin dans le cadre de la campagne de vaccination contre la COVID-19.
Mesures à implanter :	Tous les vaccins reçus et ceux qui le seront au Québec au cours des prochaines semaines seront utilisés de manière à immuniser le plus grand nombre de personnes possible auprès des groupes prioritaires. Ainsi, il n'est donc plus nécessaire de conserver la 2e dose en réserve.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : non applicable	
Direction ou service ressource :	**Direction générale de la santé publique (DGSP)** logistique-vaccin-covid@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Avis du Comité sur l'immunisation du Québec sur la stratégie de vaccination contre la COVID-19 : report de la 2e dose en contexte de pénurie

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 :	07-01-2021	Mise à jour :	-

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-009

Directive

Dans le contexte de la campagne vaccination contre la COVID-19, la présente vise à fournir une orientation sur l'utilisation des doses de vaccin.

Cette directive annonce un changement dans la stratégie de distribution et d'utilisation des vaccins contre la COVID-19. Dorénavant, tous les vaccins reçus et ceux qui le seront au Québec au cours des prochaines semaines seront utilisés de manière à immuniser le plus grand nombre de personnes possible auprès des groupes prioritaires. Cette mesure a pour objectif d'accélérer la vaccination des personnes vulnérables, dans le contexte actuel de propagation très élevée de la COVID-19 sur le territoire québécois.

Cette décision s'inscrit à la suite d'une recommandation formulée par le Comité sur l'immunisation du Québec de l'Institut national de santé publique du Québec. Selon cette recommandation, il n'est donc plus nécessaire de conserver la 2^{e} dose en réserve.

Soulignons que l'efficacité de la première dose, 14 jours après son administration, est de plus de 90% pour les deux vaccins (Pfizer et Moderna). La seconde demeure importante, permettant surtout d'assurer la protection à long terme. Elle devra être administrée dans les délais prescrits par la Santé publique afin de s'assurer d'une couverture vaccinale maximale. Les rendez-vous des personnes ayant déjà reçu une première dose et visant l'administration de leur 2^{e} dose, seront ajustés en conséquence.

Émission :	2020-12-18	Mise à jour :	2020-01-07

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-013

Catégorie(s) :
- ✓ Urgences
- ✓ Préhospitalier
- ✓ Transferts

Transfert des patients entre les services préhospitaliers d'urgence et les salles d'urgence

Remplace les directives émises le 7 avril 2020

Expéditeur :	Destinataires :
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) - Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accueil clinique (DGAPUAC)	Tous les établissements publics (CISSS, CIUSSS, établissements non fusionnés) – Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG); – Directeurs des services professionnels (DSP); – DMR des établissements.

Directive	
Objet :	L'objectif de ces directives est d'assurer la prise en charge sécuritaire des patients entre les services préhospitaliers d'urgence (SPU) et les salles d'urgence, et ce, dans le contexte actuel de responsabilité partagée entre les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) et le personnel de l'urgence lors de l'arrivée du patient dans le centre hospitalier. Il s'agit également d'assurer un transfert efficient des patients aux points de transition, notamment en ce qui a trait à la prévention des infections dans un contexte pandémique. Cette présente directive constitue un rappel de la lettre envoyée le 7 avril 2020 (ci-jointe).
Mesures à implanter :	1. S'assurer d'aviser les intervenants du préhospitalier de toute modification aux accès à la salle d'urgence. 2. S'assurer que les trajectoires pour la clientèle suspectée ou confirmée de la COVID-19 soient connues des intervenants du préhospitalier. Un préavis à la salle d'urgence (10-10) sera effectué par les TAP pour tous les cas instables, suspectés ou confirmés de maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI). 3. Assurer, dans la mesure du possible, lorsque le véhicule ambulancier arrive au centre hospitalier, une prise en charge immédiate du patient par le personnel de l'urgence. On ne doit pas utiliser le véhicule ambulancier comme air d'attente, pré ou post triage. 4. Prendre en charge le patient instable transporté dès l'arrivée de celui-ci, par une équipe du centre hospitalier avec l'équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié afin de réduire les délais et minimiser les risques infectieux. 5. Ne pas procéder au triage des patients dans le module de soins de l'ambulance, peu importe leur condition. En tout temps, le principe de la distanciation physique doit être respecté. Seul un rapport verbal sera donné et aucune documentation ne sera remise au centre hospitalier. L'inscription du patient doit être effectuée par le personnel désigné du centre hospitalier receveur en collaboration avec le TAP, afin de libérer le plus rapidement possible les TAP. 6. Prévoir une zone de transfert de patient sur un fauteuil roulant ou une civière de l'urgence à proximité du triage, afin de diminuer au maximum les déplacements dans l'urgence des TAP, particulièrement pour les patients COVID-19 confirmés ou suspectés. 7. Interdire aux TAP de se déplacer entre les départements des centres hospitaliers, sauf pour la clientèle obstétricale et les transferts interétablissements dûment autorisés. 8. Permettre les transferts interétablissements d'urgence à urgence, selon les besoins cliniques comme les cas d'appartenance (selon les nouvelles normes) nécessitant une hospitalisation, avant d'obtenir le résultat de dépistage COVID-19.

	9. Le patient devra être en zone tiède au centre hospitalier receveur et le personnel accompagnant le patient en transport utilisera l'ÉPI approprié en fonction du contexte clinique. 10. Mettre à la disposition des TAP une aire de décontamination et une station de désinfection, le tout, à proximité immédiate du point de transfert des patients pour effectuer le nettoyage des équipements. Cette station de nettoyage doit être couverte et chauffée (sur le principe des cliniques de dépistage mobiles) et inclure un lavabo et du savon. Ces aires doivent être aménagées en collaboration avec les partenaires des SPU. 11. Fournir les équipements de protection pour les entreprises ambulancières selon les directives transmises précédemment; 12. S'assurer d'installer un abri temporaire chauffé susceptible d'accueillir les véhicules ambulanciers lors de l'arrivée au centre hospitalier, afin de veiller au confort des patients, si l'accès aux installations usuelles n'est pas possible. 13. Fournir aux entreprises ambulancières tout document en lien avec les consignes du centre hospitalier en ce qui a trait aux trajectoires intrahospitalières; 14. S'assurer que l'accessibilité au transfert des données cliniques, notamment les données du moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA), puisse être effectuée malgré les contraintes reliées au changement de trajectoire intrahospitalière; 15. Voir à l'application des pratiques de transfert identifiées dans ces directives et d'en assurer la diffusion aux parties prenantes impliquées dans le transfert de patients, et ce, dans un objectif d'optimiser le parcours-patients lors de la prise en charge hospitalière.

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accueil clinique**
Document annexé :	Lettre adressée aux PDG le 7 avril 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

Bureau du sous-ministre

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 7 avril 2020

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

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

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, nous souhaitons vous informer des nouvelles lignes directrices, en date du 7 avril 2020, concernant les pratiques de transfert des patients entre les services préhospitaliers d'urgence et les salles d'urgence, dans le contexte de la pandémie COVID-19. Ces lignes directrices font suite aux travaux du **sous-comité de travail urgence et préhospitalier,** et sont appuyées par le Comité directeur clinique COVID-19.

L'objectif de ces directives est d'assurer la prise en charge sécuritaire des usagers entre les services préhospitaliers d'urgence (SPU) et les salles d'urgence, et ce, dans le contexte actuel de responsabilité partagée entre les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) et le personnel de l'urgence lors de l'arrivée de l'usager dans le centre hospitalier.

Par conséquent, il est demandé à tous les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) de mettre en application les directives suivantes :

1. Les établissements doivent s'assurer d'aviser les intervenants du préhospitalier de toute modification aux accès à la salle d'urgence.
2. La réorientation vers une autre installation doit comporter une évaluation préalable du patient par le personnel du centre hospitalier.
3. Dans tous les cas suspectés ou confirmés de maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI), peu importe la stabilité de l'usager, les TAP doivent effectuer un préavis à la salle d'urgence (10-10).

... 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

4. Dans la mesure du possible, lorsque le véhicule ambulancier arrive au centre hospitalier, une prise en charge immédiate du patient doit être effectuée.
5. Le triage de tous les usagers, peu importe leur condition, doit se faire dans un endroit désigné. Il ne doit pas se faire dans le module de soins de l'ambulance. En tout temps, le principe de la distanciation physique doit être respecté. À cet effet, le matériel utilisé dans la mobilisation de l'usager (exemple : civière, fauteuil roulant, etc.) doit être disponible pour le transfert immédiat. Seul un rapport verbal sera donné et aucune documentation ne sera remise au centre hospitalier. L'inscription de l'usager doit être effectuée par le personnel désigné du centre hospitalier receveur.
6. Les TAP ne doivent pas procéder à un changement de leurs équipements de protection individuels (ÉPI) lors de la prise en charge par les centres hospitaliers receveurs.
7. Afin de réduire les délais, lors de l'arrivée d'un cas instable, un membre du personnel hospitalier avec ÉPI, doit guider les TAP vers la zone appropriée dans le centre hospitalier.
8. Les TAP ne doivent pas se déplacer inutilement entre les départements ou sur les étages des centres hospitaliers sauf pour les transports interétablissements.
9. Une aire de décontamination et une station de désinfection doivent être mises à la disposition des TAP, le tout, à proximité immédiate du point de transfert des patients. Le nettoyage des équipements doit également être effectué. Cette station de nettoyage doit être couverte et chauffée (sur le principe des cliniques de dépistage mobile) et inclure, un lavabo et du savon. Ces aires doivent être aménagées en collaboration avec les partenaires des SPU.

Enfin, rappelons qu'il est de la responsabilité des CISSS et CIUSSS de :

1. Fournir les équipements de protections pour les entreprises ambulancières;
2. S'assurer que l'accessibilité au transfert des données cliniques, notamment les données du moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA), puisse être effectué malgré les contraintes reliées au changement de trajectoire intrahospitalière;
3. Voir à l'application des pratiques de transferts identifiées dans cette lettre et d'en assurer la diffusion aux parties prenantes impliquées dans le transfert de patients.

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

... 3

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

Le sous-ministre,

Yvan Gendron

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

N/Réf. : 20-MS-02502-52

Émission :	09-11-2020	Mise à jour :	11-01-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-013.REV1

Catégorie(s) :

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

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

Remplace directive émise le 9 novembre 2020 (DGAPA-013)

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

Directive	
Objet :	En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 dans le monde et de l'augmentation de cas d'infection au Québec, les soins et les services offerts doivent être adaptés pour tenir compte de ce contexte exceptionnel. Les mesures proposées pour les ressources intermédiaires (RI) et aux ressources de type familial (RTF) tiennent compte de la situation épidémiologique qui prévaut au Québec en date de la présente mise à jour. Ces mesures pourraient être resserrées si une recrudescence de la maladie survenait au Québec. La diffusion de ces directives permet de transmettre de nouvelles informations et des consignes pour les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF) qui accueillent des personnes du programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), santé mentale (SM), dépendance ou ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du

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

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : Les directives suivantes sont complémentaires aux directives s'appliquant à la population en général. 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 des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial** guichetRIRTF@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	Aucun

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

msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Natalie Rosebush

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-013.REV1

Directive

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

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

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

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

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

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

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

La pandémie de la COVID-19 et les diverses consignes socio-sanitaires continuent de soulever plusieurs questions en lien avec le quotidien et les activités des usagers confiés en RI-RTF ainsi qu'avec les ententes collectives et nationales.

Étant donné le lien juridique de prestataire de services qui unit les ressources et les établissements de santé et de services sociaux, ceux-ci doivent collaborer afin d'assurer la continuité des services aux usagers en respect des lois, des règlements, des directives de santé publique et des pratiques reconnues. Ainsi, le présent document

vise à communiquer des consignes et des renseignements importants et nécessaires pour assurer la protection des personnes hébergées en RI-RTF et toute autre personne résidant dans le même milieu de vie. Le tout, en favorisant le retour à une vie le plus normale possible à l'intérieur des balises émises par la Direction générale de la santé publique.

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

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

État d'urgence sanitaire

Le gouvernement du Québec a adopté un décret d'état d'urgence sanitaire le 13 mars 2020, duquel découlent des mesures exceptionnelles pour protéger la santé de la population québécoise, notamment pour les **personnes qui présentent les facteurs de vulnérabilités concernant la complication à la COVID-19** suivants:

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

La prévention et contrôle des infections dans le milieu de vie

Étant donné que certaines clientèles confiées en RI-RTF sont plus à risque de développer des complications, l'établissement et les RI-RTF doivent s'assurer que les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) sont respectées par tous. À cet effet, une formation de « champions » PCI est offerte en priorité à certaines ressources ciblées. Les balises quant aux ressources visées, aux critères pour déterminer les personnes à être formées, de même que d'autres informations pertinentes en lien avec le déploiement de cette formation ont déjà été transmises aux établissements.

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

- S'assurer quotidiennement de la surveillance active de la fièvre et de l'apparition de signes et symptômes typiques et atypiques gériatriques chez l'usager (voir annexe 1);
- Adapter les moyens de communication aux caractéristiques de chaque clientèle;
- Faire respecter, par l'ensemble des personnes présentes dans la RI-RTF, par différents moyens de communication adaptés, les mesures de base applicables dans le milieu de vie en prévention et contrôle des infections (PCI), par exemple :
  - Afficher les consignes concernant le port du masque médical;
  - Afficher les indications pour les visiteurs, les personnes proches aidantes, les nouveaux employés et les bénévoles, en fonction du palier d'alerte du territoire concerné;
  - Prévoir l'accueil des visiteurs, des personnes proches aidantes, des nouveaux employés et des bénévoles notamment pour superviser l'application des mesures de PCI requises;
  - Prévoir des stations d'hygiène des mains à l'entrée et dans les entrées des aires communes, exemple salle à manger, de la ressource.

Les usagers doivent notamment :

- Se laver les mains souvent à l'eau tiède courante et au savon ou utiliser un désinfectant à base d'alcool ayant une concentration de 60 % et plus. Dans tous les cas, le temps de friction doit être au moins de 20 secondes;
- Se couvrir la bouche et le nez avec un mouchoir en papier ou le pli du coude ou de l'épaule afin de réduire la propagation des germes en cas de toux ou d'éternuement;
- Jeter un mouchoir en papier dès que possible après son utilisation et faire une hygiène des mains par la suite;
- Pour les RI de plus de 10 places :
  - Respecter les mesures de distanciation physique de deux mètres en tout temps entre les usagers, entre les employés/remplaçants et entre les employés/remplaçants et les usagers et toutes autres personnes présentes dans la ressource;
  - Respecter le concept de bulle, lorsqu'applicable (voir également l'annexe 6).
- Éviter de circuler d'une zone à l'autre, lorsqu'applicable;
- Porter l'équipement requis en fonction de la présence ou non, d'un usager en isolement préventif ou en isolement. Précision : le port du masque médical n'est pas requis pour les responsables de RI et de RTF qui partagent le même milieu de vie que les usagers même lors de services de soutien ou d'assistance à rendre à moins de deux mètres de l'usager, à moins que l'usager soit en isolement préventif ou en isolement: https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19
- Éviter le contact direct pour les salutations, comme les poignées de main ou les accolades;

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

- Rappeler à l'usager, l'obligation de porter le couvre-visage lorsqu'il fait une sortie pour se rendre dans un lieu public fermé (voir lien ci-bas) :

https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/

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

  https://www.inspq.qc.ca/publications/3042-questionnaire-symptomes-covid19
- Mettre en place un mécanisme sécuritaire pour les livraisons, impliquant notamment qu'elles ne soient pas remises directement aux usagers, quelle qu'en soit la provenance, afin de limiter la possibilité d'introduire le coronavirus dans les RI-RTF;

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

  https://www.mapaq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/Avis_publicite/COVID19-Questions-reponsesMAPAQ.pdf
- Prévoir les modalités pour la circulation fluide des informations entre le personnel/remplaçants de la ressource, le cas échéant;
- Mettre en place des employés dédiés à une seule zone ou une seule ressource afin d'éviter qu'ils se déplacent d'une zone à l'autre notamment, dans les zones tièdes ou chaudes (voir l'arrêté ministériel 2020-038 et la section « Déplacement de la main-d'œuvre » à la page 6);
- Identifier une infirmière de référence pour les RI-RTF dans les milieux de vie spécifiques aux personnes qui présentent les facteurs de vulnérabilités concernant la complication à la COVID-19;
- Augmenter les mesures de prévention entre les différentes personnes qui offrent les services, à moins que cela ne soit essentiel à la prestation des soins et des services, tel que le déplacement d'un usager nécessitant deux personnes;
- Limiter le nombre de personnes pouvant utiliser l'ascenseur en même temps le cas échéant, en fonction de la taille de celui-ci et de manière à maintenir un minimum de deux mètres entre les occupants. Afficher ce nombre de manière visible à l'entrée de l'ascenseur.
- Assurer l'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés après chaque utilisation et des lieux physiques, par exemple les appareils de mesure de la tension artérielle, les boutons d'ascenseurs, les poignées de porte, etc. Ainsi, les surfaces fréquemment touchées dans les aires communes et les salles de bain communes doivent être nettoyées et désinfectées plusieurs fois par jour, au minimum aux 2 à 4 heures;

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

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

- Dispenser les formations, notamment celles concernant la PCI pour les RI-RTF, leurs employés et leurs remplaçants :
  - Faire la promotion de capsules d'information sur l'hygiène des mains et l'utilisation de l'équipement de protection individuelle ou dispenser la formation :
    - Voici le lien pour la formation qui porte sur l'hygiène des mains : https://fcp.rtss.qc.ca/local/html-courses/hygiene/story.html
    - Voici celui pour la formation portant sur l'utilisation de l'équipement de protection personnel, d'une durée de 10 minutes : https://vimeo.com/399025696
  - Rendre accessible le programme de formation sommaire, disponible sur l'environnement numérique d'apprentissage provincial (ENA), visant à soutenir le personnel en affectation temporaire dans un milieu de vie pour aînés, élaboré avec la collaboration du professeur Philippe Voyer de l'Université Laval;
- Consulter au besoin:
  - Les répondants RI-RTF de l'établissement avec lequel vous êtes en entente;
  - Le champion PCI de la ressource, si applicable;
  - La ligne spéciale COVID-19 (1 877 644-4545) pour tout questionnement sur la COVID-19 (autre que PCI) et l'outil d'autoévaluation;
  - Les informations à jour sur le site officiel du Gouvernement du Québec à partir du lien suivant :

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

Suivi clinique

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

À cet égard, les représentants de l'établissement doivent respecter les consignes de prévention et de contrôle des infections (voir annexe 4 - Mesures de protection individuelle à appliquer par les représentants de l'établissement lors de visites dans les RI-RTF (vigie ou autres visites prévues dans le cadre des responsabilités de l'établissement).

Visites

Se référer aux directives en vigueur à ce sujet.

L'accueil et l'accompagnement des visiteurs, des personnes proches aidantes, du personnel ou autres personnes ayant accès à la ressource sont nécessaires 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 depuis 14 jours et moins;
- personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par une autorité de santé publique.

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

Peu importe le programme-services ou la présence d'éclosion ou non, les visites qui sont nécessaires à des fins humanitaires ou pour obtenir des soins ou des services requis par l'état de santé de l'usager sont autorisées. Lors de ces visites, la personne effectuant une visite auprès d'un usager qui est suspecté ou infecté par la COVID-19 ou qui est sur un étage où se trouvent des personnes infectées, doit porter l'équipement de protection individuelle complet (protection oculaire, masque médical, blouse et gants) dès son entrée dans la chambre de l'usager.

Vous trouverez des directives particulières pour les personnes proches aidantes, à partir du lien suivant : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/proches-aidants-en-contexte-de-pandemie-covid-19/Pour les ressources associées aux tableaux A et B, elles doivent tenir obligatoirement un registre pour la gestion des entrées et des sorties pour le personnel régulier afin de faciliter la recherche de contacts en cas d'éclosion, entre le personnel et les usagers. De plus, pour les visiteurs, les personnes proches aidantes, le personnel non régulier du milieu offrant des soins et des services, le personnel embauché par la famille ou les bénévoles, ce registre est également obligatoire et doit de plus, inclure les coordonnées de la personne afin que celle-ci puisse rapidement être contactée par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et placée en isolement préventif si cela est requis. Les ressources ayant plusieurs portes d'accès doivent identifier une ou deux portes par lesquelles les visiteurs peuvent circuler et s'assurer que les autres portes sont fermées.

Un registre doit toutefois être disposé à chaque porte d'accès utilisée par les usagers.

Activités et services offerts par la ressource

- 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 annexe 6).
- 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 exercices d'évacuation sont suspendus jusqu'à nouvel ordre. Toutefois, des mesures sont à mettre en place. Pour ce faire, vous référez au document « Mesures supplémentaires à mettre en place » 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.

- 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.

Sorties des usagers

Se référer aux directives en vigueur à ce sujet.

Rappelons que la nécessité ou non de superviser ou d'accompagner l'usager lors d'une sortie est déterminée à l'Instrument de détermination et de classification de chaque usager ou, si cela est justifié, se référer au jugement clinique du professionnel de l'établissement responsable du suivi de l'usager. Évidemment pour une sortie sans supervision, la personne doit être consciente du risque encouru associé à la contamination communautaire de la COVID-19. Elle doit aussi être en mesure de respecter les directives de la santé publique, notamment l'hygiène des mains, le port du couvre-visage ou du masque médical et la distanciation physique de deux mètres.

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

Retour de sortie

En plus de se référer aux directives en vigueur à ce sujet, il est recommandé de favoriser, lors du retour de la personne, à la suite d'une sortie ou d'un séjour de courte ou de longue durée si celle-ci est permise :

- l'hygiène des mains systématique;
- le changement de vêtements, 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 lavage des appareils électroniques (cellulaire, tablette, etc.) avec des lingettes désinfectantes;
- la poursuite de la surveillance active de l'apparition de symptômes reliés à la COVID-19 : fièvre et d'autres symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers au moins une fois par jour pendant 14 jours;
- en cas d'apparition de symptômes, un appel doit être fait à l'établissement.

Voir aussi les directives « Utilisation des tests selon les paliers d'alerte » diffusées par le MSSS.

Remplaçants et employés embauchés par les RI-RTF

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

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

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

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

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

Suivre les recommandations produites par l'INSPQ sur :

- L'isolement et la levée de l'isolement des travailleurs de la santé en lien avec la COVID-19 :

  https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19

- L'évaluation du niveau de risque d'exposition des travailleurs de la santé lors de soins à un cas confirmé :

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

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

Déplacement de la main-d'œuvre

L'arrêté ministériel 2020-038 traite notamment de la mobilité du prestataire de services (voir définition à l'annexe 5) ou de son personnel entre des zones distinctes, plus spécifiquement entre deux milieux de travail distincts. Le prestataire de services est toute personne qui fournit notamment à une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial, dans le cadre d'un contrat de services, incluant un contrat de location de personnel, une prestation de services. Cet arrêté précise principalement qu'une personne qui œuvre dans une zone chaude ne peut œuvrer dans une zone froide. Conséquemment, à partir du moment où une personne a œuvré en zone chaude, elle ne peut plus retourner rendre des services aux usagers en zone froide.

Ce principe s'applique autant entre les différentes ressources d'un même responsable que d'une zone à l'autre dans une même ressource. Dès qu'un prestataire de services, entre en zone chaude, l'interdiction de retourner en zone froide s'applique, et ce, pour toute la durée de l'arrêté.

Pour les RI-RTF et les établissements, un formulaire est disponible (voir l'annexe 5) afin d'obtenir la déclaration d'un employé ou d'un remplaçant compétent, relativement à son travail dans les quatorze jours précédents son affectation. La ressource doit donc faire remplir cette déclaration, avant d'utiliser les services d'un remplaçant compétent ou l'embauche d'un nouvel employé qui est ciblé pour travailler en zone froide. Le même formulaire doit être utilisé pour le personnel provenant d'une agence. Une collaboration et un arrimage efficient sont donc essentiels entre l'établissement et la ressource pour s'assurer du respect des consignes relativement aux zones. Notons qu'une personne prestataire de services pourrait œuvrer dans deux zones chaudes, mais ne peut œuvrer dans des zones chaudes et froides.

Il est recommandé, dans la mesure du possible, de ne pas déplacer vers les zones chaudes les personnes salariées de l'établissement pour ensuite les remplacer par du personnel provenant d'agences en zone froide. Dans un tel cas, il est recommandé de valider au préalable l'historique de travail du prestataire de services pour s'assurer que la personne puisse y travailler en toute conformité avec l'arrêté.

Placement / Déplacement / Réintégration

Même en temps de crise, les obligations de chacune des parties, notamment prévues dans les ententes collectives et nationales, demeurent celles applicables et doivent gouverner les actions de tous. Ainsi, le refus de placement demeure une situation exceptionnelle et la présente pandémie n'est pas un motif permettant de

justifier un refus systématique. Les circonstances actuelles requièrent de la flexibilité de toutes les parties et c'est le sens qu'il faut donner aux mots utilisés. L'établissement doit considérer, dans son analyse, le fait que les signataires à l'entente de même que de toute personne qui réside dans la résidence principale d'une ressource, présentent des facteurs de vulnérabilités concernant la complication à la COVID-19 (facteurs édictés en page 2, dans la section « État d'urgence sanitaire » du présent document).

Nous souhaitons que les parties agissent dans le meilleur intérêt de tous et sommes convaincus que la collaboration et la communication sont primordiales dans ce contexte de pandémie.

Dans le cas d'une réintégration, une évaluation du risque associé aux conditions dans lesquelles s'est déroulé le séjour de l'usager dans la communauté est toujours requise et les mesures préventives doivent être adaptées à la situation, le cas échéant.

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

Les répits et les placements intermittents dans les RI-RTF

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

Soins palliatifs et de fin de vie

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/

Règlement sur la classification des services offerts par une RI-RTF

Révision annuelle de la classification en période de pandémie de la COVID-19

Bien qu'en vertu du Règlement sur la classification, l'Instrument doit être révisé par l'établissement au moins une fois par année (ou au moins tous les six mois pour les usagers de 2 ans et moins). Il revient à l'établissement, en cette période pendant laquelle toutes les activités de l'établissement sont centrées sur les actions prioritaires en lien avec la pandémie de la COVID-19, de revoir ses priorités en délestant certaines activités non urgentes. La révision annuelle de la classification pourrait être une activité que l'établissement fait le choix de délester lorsqu'il juge qu'il n'y a pas de changement dans la condition de l'usager nécessitant une modification aux services devant être offerts par la ressource ou aux précisions reliées à ces services.

En conséquence, l'établissement doit s'assurer qu'au moment prévu de la révision annuelle, il n'y a pas de changement significatif à la condition de l'usager impliquant une révision de l'Instrument. À cet effet, une vérification devra être réalisée auprès de l'intervenant au suivi professionnel de l'usager.

Complétion de l'Instrument lors d'un nouveau placement

Le Règlement prévoit que l'Instrument doit être complété et remit à la RI-RTF dans le mois suivant le placement pour les adultes. La rétribution quotidienne, associée au niveau de services ainsi déterminés, sera applicable à compter du 61e jour de placement. Il est donc requis de déterminer à la RI-RTF les services à rendre pour un nouveau placement, mais l'établissement pourrait repousser cette tâche jusqu'à la 60e journée suivant l'arrivée de l'usager si, compte tenu de la situation actuelle, il n'est pas en mesure de respecter le délai prévu au Règlement étant donné la situation actuelle.

Bien entendu, compte tenu de la distanciation recommandée par la santé publique, l'exercice de la complétion de cet Instrument peut se faire par téléphone ou par toute autre alternative technologique, selon l'évaluation du risque fait conjointement par l'établissement et la ressource afin de recueillir les informations essentielles provenant de la ressource.

Complétion de l'Instrument lors d'un changement de condition

Le Règlement prévoit une révision de l'Instrument lors d'un changement de condition de l'usager nécessitant une modification aux services devant être offerts par la ressource à cet usager. Cette révision exige peu de temps aux participants, puisqu'elle laisse au jugement clinique de l'intervenant, la possibilité de revoir seulement les descripteurs concernés (souvent trois ou quatre des 17 descripteurs) et non l'ensemble de l'Instrument et elle assure ainsi une prestation de services sécuritaire de la part de la ressource et bien adaptée à la nouvelle condition de l'usager (à la suite d'un AVC, ou d'une hospitalisation par exemple). Évidemment, cet exercice peut aussi se faire par téléphone ou par toute autre alternative technologique.

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

1. Mettre les mesures de précautions additionnelles en place;
2. Aviser immédiatement l'établissement;
3. Informer l'établissement du niveau de soins, si connu;
4. L'établissement avise les proches ou le représentant légal, public ou privé, de la situation de l'usager;
5. Lorsqu'un isolement devient requis, il est attendu qu'un échange au préalable soit réalisé avec l'établissement, sur les différentes possibilités associées à l'environnement physique et à l'organisation de services, qui permettraient d'assurer la sécurité et la protection des usagers qui leur sont confiés. La chambre de l'usager pourra être considérée comme une zone tiède ou chaude (tout dépendant de la situation).

   Lorsque l'un ou l'autre des responsables, l'un des membres de sa famille et/ou l'usager sont suspectés, en investigation ou confirmé à la COVID-19. La personne demeurera dans la RI-RTF si :

   - La personne est autonome pour s'occuper d'elle-même et est en mesure de se conformer aux directives et qu'elle :
     - vit seule dans son appartement supervisé et peut s'y isoler (repas à l'appartement);
     - vit dans une chambre individuelle et peut s'y isoler (repas à la chambre); avec un accès à une salle de bain exclusive;
     - vit avec d'autres personnes, mais a une chambre individuelle et peut s'y isoler (repas à la chambre avec un accès à une salle de bain exclusive).

- Advenant que la personne n'ait pas accès à une salle de bain exclusive, c'est-à-dire que la salle de bain est partagée avec une ou plusieurs personnes, il est possible de maintenir cette personne en isolement dans la RI-RTF en appliquant les mesures suivantes :
    - la personne sous investigation doit se déplacer entre sa chambre et la salle de bain en portant un masque médical;
    - l'hygiène des mains doit être pratiquée avant de sortir de la chambre et tout de suite après avoir utilisé la toilette;
    - la poignée de la porte, la chasse d'eau et le robinet doivent être désinfectés après l'utilisation de la toilette;
    - le recours à une chaise d'aisance dans la chambre individuelle de la personne pourrait être possible, si l'autonomie de la personne le permet et que la désinfection est assurée.

6. Toute décision dans l'application des mesures d'isolement doit tenir compte des caractéristiques de la personne, de sa situation psychosociale et de son environnement (incluant les autres personnes qui y résident, dont les responsables de la RI-RTF). Bien que le bien-être collectif prime sur celui individuel en cette période de pandémie, l'intégrité psychologique et physique de la personne isolée doit également être préservée, afin de prévenir un risque de désorganisation de celle-ci. À cet effet, il est souhaitable d'encourager, autant que possible, la participation de la personne présentant, notamment un trouble de la santé mentale, dans la recherche de compromis entre ses besoins et les directives de la santé publique à l'égard de la prévention de la propagation de la COVID-19. D'autres personnes, par exemple présentant un trouble neurocognitif majeur, nécessitent la mise en place de mesures additionnelles assurant la préservation de leur intégrité psychologique et physique (voir annexe 2).

7. Toutefois, l'établissement demandera un transfert vers un milieu de confinement (nommé zone chaude ou zone tiède selon les modalités mises en place dans les établissements), situé dans un lieu préalablement déterminé, pour toute la durée de la période de confinement, malgré la mise en place de mesures adaptées à ces clientèles, si une de ces conditions n'est pas rencontrée :
    - la personne n'est pas autonome pour s'occuper d'elle;
    - la personne n'est pas en mesure de se conformer de façon stricte aux consignes d'isolement à la chambre (par exemple, en présence de troubles neurocognitifs ou d'un trouble d'opposition);
    - le personnel n'a pas accès à des équipements de protection individuelle (ÉPI) pour offrir les services en toute sécurité.

Si transfert vers zone tampon ou de soins spécialisés :

Privilégier le transport adapté en premier lieu, si des équipements de protection sont disponibles pour le transporteur. Dans la négative ou si la condition de la personne se dégrade, utiliser un transport ambulancier et les informer du statut de l'usager, si connu.

Deux cas de figure peuvent s'appliquer :

- l'usager doit être transféré vers une zone tampon, se référer aux directives ministérielles sur le sujet.
- l'usager doit être transféré vers un centre hospitalier (soins aigus ou soins intensifs) :
    - Requiert une évaluation médicale préalable au transfert en centre hospitalier
    - Pour les personnes ayant un niveau de soins A et B (prolongement de la vie y compris soins spécialisés, intubation et assistance ventilatoire).

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

Réanimation cardiorespiratoire (RCR) en contexte de la pandémie

Pour cette section, nous vous référons aux directives du *protocole de réanimation simplifié du COVID-19* (voir annexe 3) mises à jour le 29 mai 2020, qui est applicable à l'ensemble des milieux de soins et d'hébergement hors des hôpitaux, dont les RI-RTF. En ce qui a trait à ces dernières ressources, certaines particularités s'imposent compte tenu, entre autres, de leur spécificité organisationnelle, par exemple :

- Le responsable de la ressource n'a pas l'obligation de tenir une discussion à propos de la volonté de l'usager à l'égard de certains soins. Il n'est pas tenu non plus de déterminer si l'usager est apte à exprimer une telle volonté;
- Un usager 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 ressource, avec le consentement de l'usager ou son représentant. Pour ce faire, l'utilisation d'un formulaire reconnu, tel que le formulaire Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire, est suggérée.

Un arrimage et une bonne trajectoire de communication entre les ressources et l'établissement sont indispensables dans la mise en œuvre de la RCR dans le contexte du COVID-19. À cet effet, il est primordial pour les établissements de bien renseigner les ressources sur la présence de volontés concernant la réanimation cardiorespiratoire et leurs responsabilités respectives associées. De plus, les établissements devront soutenir activement les ressources afin que le matériel requis soit présent dans ces milieux.

La volonté connue d'une personne de ne pas être réanimée doit être respectée. Toutefois, dans le doute, les manœuvres de réanimation doivent être tentées.

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.

Climatisation

En l'absence de données probantes et à la lumière de la littérature consultée par l'INSPQ, la décision d'utiliser des appareils de climatisation dans la chambre et sur une unité où des usagers sont hébergés et suspectés ou confirmés d'être atteints de la COVID-19 doit être soumise localement à une évaluation du risque pour déterminer si les avantages dépassent les désavantages de l'utilisation de ces appareils. Les bénéfices du confort

versus la sécurité des usagers et du personnel doivent être étroitement analysés et un environnement sécuritaire et confortable doit être assuré.

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

Références utiles

Site Web de Québec.ca
https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/#c46383
Sites Web du ministère de la Santé et des Services sociaux
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002490/
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-207-01W.pdf
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2997-travaileurs-soins-beaute-covid19.pdf
https://www.cnesst.gouv.qc.ca/salle-de-presse/covid-19/Documents/DC100-2160-guide-soins-personnels.pdf
https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/Pages/index.aspx
http://www.education.gouv.qc.ca/coronavirus/

ANNEXE 1 : Symptômes de la COVID-19

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

Symptômes typiques de la COVID-19

- ✓ Symptômes du groupe A Fièvre

  ou

- ✓ Toux inhabituelle (apparition ou aggravation)

  ou

- ✓ Difficulté respiratoire

  ou

- ✓ Perte de l'odorat subit sans congestion nasale avec ou sans perte de goût
- ✓ Symptômes du groupe B (au moins 2 symptômes parmi les suivants) Un symptôme général : douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou perte d'appétit importante
- ✓ Mal de gorge
- ✓ Diarrhée

Symptômes atypiques gériatriques possibles

- ✓ Changement soudain de l'état mental

- Plus confus
- Plus somnolent
- « On ne le reconnaît plus »
- Ne sait plus comment utiliser ses affaires

- ✓ Perte d'autonomie

- Chute
- Incontinence nouvelle
- N'est plus capable de participer aux soins comme avant

- ✓ Changement de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement existant)

- Agité
- Pas comme d'habitude
- Perturbation du sommeil
- Agressivité/irritabilité
- Perte d'appétit

ANNEXE 2 : **MOYENS DE FAVORISER L'ISOLEMENT D'UN USAGER QUI PRÉSENTE DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION NOTAMMENT, POUR LA CLIENTÈLE SANTÉ MENTALE**

- **Isolement à la chambre**

  Pour favoriser l'isolement dans la chambre de l'usager, une programmation individuelle doit être aménagée. Celle-ci doit tenir compte des caractéristiques de la personne, de ses intérêts et de la disposition de la chambre. Les intervenants des établissements doivent soutenir les responsables des RI-RTF pour la mise en place de ces programmations qui devront être réévaluées régulièrement afin de soutenir toutes situations pouvant susciter une détérioration de la condition psychologique et comportementale de la personne. L'achat de matériel électronique tel console vidéo, IPad), jeux individuels, livres, etc., peut être envisagé étant donné les mesures financières supplémentaires associées au contexte de la pandémie de la COVID-19. Par exemple, il pourrait être envisagé qu'une programmation puisse permettre des sorties accompagnées dans la cour extérieure de la RI-RTF, tout en respectant l'hygiène des mains, les mesures de distanciation physique de 2 mètres et le port de l'équipement de protection individuel.

- **Repas**

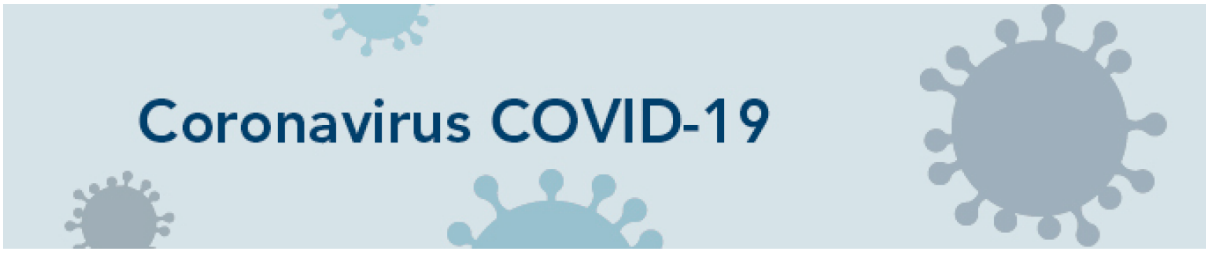
  Les responsables de RI-RTF et leur personnel doivent assurer la surveillance ou l'accompagnement requis pour préserver la sécurité et l'intégrité de la personne qui doit manger dans sa chambre. Si l'environnement ne permet pas l'alimentation à la chambre:

  - Prévoir la possibilité d'isoler l'usager dans un autre lieu pour le temps du repas;
  - Assurer qu'entre chaque utilisation, les mesures de prévention et de contrôle des infections sont en place;
  - Que la distanciation physique d'au moins deux mètres est respectée lors des déplacements des usagers.

- **Salle de bain**

  Entre chaque utilisation de la salle de bain, appliquer les mesures de prévention et de contrôle des infections, notamment en matière d'hygiène et salubrité, de nettoyage et désinfection et de distanciation physique lors des déplacements, en accompagnant l'usager tout au long de l'activité, si requis.

ANNEXE 3 :



PROTOCOLE DE RÉANIMATION SIMPLIFIÉ DE LA COVID-19

Mise à jour 29 mai 2020

à l'intention des milieux de vie et de soins
prenant en charge des usagers hors des hôpitaux

Objectif et clientèle visée par le protocole

Le présent protocole a été créé pour uniformiser la réanimation cardiorespiratoire dans le contexte pandémique dans tous les milieux de soins prenant en charge des usagers non pédiatriques hors des hôpitaux avec soins physiques aigus. Cela inclut les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les cliniques médicales, les résidences privées pour aînés, les cliniques désignées d'évaluation, les unités de psychiatrie, les centres de réadaptation et de convalescence et tout autre milieu de soins.

Ce protocole ne s'applique pas au milieu de travail, de garde, scolaire ou à la maison.

Principes directeurs

- La transmission communautaire est le principal moyen de transmission de la COVID-19 en province.
- Certaines manœuvres de réanimation cardiaque sont considérées à risque de générer des aérosols, notamment la ventilation et l'intubation.
- Toute personne en arrêt cardiorespiratoire (ACR) devrait être considérée comme une personne potentiellement à risque de transmettre l'infection.
- La protection des intervenants et des travailleurs de la santé est la priorité en temps de pandémie. Les équipements de protection individuelle (ÉPI) adéquats doivent être vêtus par le premier intervenant avant de commencer les manœuvres.
- La défibrillation et le massage cardiaque devraient être réalisés indépendamment du risque d'infection du patient à la COVID-19, puisque ces manœuvres sont moins à risque de produire des aérosols.
- La gestion des voies aériennes définitives et la gestion de la ventilation doivent se faire par une personne expérimentée (par exemple : médecin ou technicien ambulancier paramédic (TAP)) et équipée d'un ÉPI optimal de type aérienne-contact qui inclut le port du masque N95 en plus de protection oculaire, blouse et gants.

… 2

Étapes à suivre en présence d'une personne qui fait un ACR :

1. Demander de l'aide.
2. Appeler le 911; mentionner si l'urgence se trouve en zone chaude ou froide, le cas échéant.
3. Indiquer à un collègue de vérifier le dossier de la personne en ACR si un niveau d'intervention médical (NIM) est déterminé, le cas échéant;
    - Les intervenants ont une OBLIGATION de respecter les volontés de la victime d'un ACR si ses volontés sont connues.
4. Sortir le chariot de code et/ou le défibrillateur :
    - S'il n'y a pas de défibrillateur disponible, le répartiteur d'urgence pourra vous aider à trouver le défibrillateur le plus proche.
5. Porter des gants, un masque de procédure, une blouse et une protection oculaire. La blouse n'est pas une obligation pour porter secours à une personne, quoique recommandée.
6. Mettre un masque de procédure au patient. Si un masque n'est pas à la portée de l'intervenant, celui-ci peut mettre un linge ou un vêtement pour couvrir la bouche et le nez du patient.
    - Si disponible, un masque à oxygène haute concentration peut être placé sur le visage de la victime au lieu du masque de procédure et ainsi fournir une oxygénation passive.
7. Commencer les compressions thoraciques immédiatement s'il y a un délai avant l'arrivée du défibrillateur.
8. Installer les électrodes de défibrillation sur la personne. Si les chocs sont recommandés, procéder à la défibrillation en suivant les indications du défibrillateur.
9. Commencer ou poursuivre les compressions thoraciques, et si utilisé, suivre les indications du défibrillateur jusqu'à l'arrivée des secours.
10. La ventilation active avec un ballon de ventilation peut être considérée :
    - Si l'équipement est disponible;
    - Si un masque N95 est disponible pour les intervenants (deux intervenants nécessaires);
    - Si les intervenants se considèrent expérimentés pour la ventilation au ballon masque.

ANNEXE 4 - Mesures de prévention et de protection individuelle à appliquer par les représentants de l'établissement lors de visites dans les RI-RTF (vigie ou autres visites nécessaires dans le cadre des responsabilités de l'établissement) :

Le représentant de l'établissement devra s'assurer du respect des consignes suivantes :

- Ne présenter aucun symptôme lié à la COVID-19 tel que la toux, la faiblesse généralisée, la perte de l'odorat subit sans congestion nasale avec ou sans perte de goût, les céphalées, la fébrilité/frissons, des douleurs (musculaire, thoracique, abdominale ou articulaire), de la fièvre, de l'écoulement nasal, des maux de gorge, de la diarrhée, de la dyspnée, des nausées ou vomissements;

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

- Dans les régions où il serait possible de le faire, si vous avez plus d'une visite à réaliser, visiter en premier les RI-RTF qui ne sont pas en éclosion de COVID-19 pour terminer par les milieux en éclosion;

- Dans le cas où un intervenant à plus d'une visite de ressources à faire dans la même journée, il devra porter l'ÉPI nécessaire en fonction de la situation épidémiologique, dès son arrivée dans les ressources;

- Si la ressource est composée de différentes unités, ces dernières devraient être visitées dans la chronologie suivante : débuter par la zone verte ou froide, suivi des zones jaunes ou tièdes et en terminant par les zones rouges ou chaudes;

- Les visites dans les chambres des usagers devraient être limitées le plus possible;

- Respecter une hygiène des mains stricte à fréquence régulière, en particulier lors de l'arrivée et de la sortie, de même que lors de l'entrée et la sortie d'une chambre ou d'un lieu de rencontre;

- Respecter une distance de deux mètres et porter un masque médical: autant par rapport aux usagers, aux responsables de la ressource, à ses employés et aux autres personnes vivant dans la ressource.

Si le représentant de l'établissement ou personne responsable de la ressource doit rentrer dans la chambre d'un usager atteint de la COVID-19, il devra respecter rigoureusement les recommandations de l'INSPQ telles que définies aux directives :

- ***Mesures pour la gestion de cas et des contacts dans les CHSLD : recommandations intérimaires*** *https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19;*
- ***Mesures pour les travailleurs de la santé lors de la prestation de soins à domicile*** *https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2917-mesures-travailleurs-sante-soins-domicile-covid19.pdf.*

S’assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps, indépendamment que le milieu soit une RI ou une RTF.

Si le port de la lunette de protection est requis, elle doit être conservée par les RI-RTF et désinfectée pour un usage multiple.

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

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

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

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

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

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

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

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

Les renseignements visés par la déclaration sont les suivants :

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

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

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

Émission :	03-07-2020	Mise à jour :	15-12-2020

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

Date : _____

Signature du déclarant : _____

Émission :	03-07-2020	Mise à jour :	15-12-2020

Annexe 6 - Concept de bulle

CONCEPT DE BULLE

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

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

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

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

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

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

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

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

Émission :	30-10-2020	Mise à jour :	08-01-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-007. REV1

Catégorie(s) :

- ✓ Milieux de vie
  Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- ✓ Mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI)

Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Remplace la directive DGAPA-007 du 30 octobre 2020

Expéditeur :	Destinataire :
Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)	- CISSS et CIUSSS - Directeurs SAPA - Directeurs de la qualité - Établissement PC et PNC

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 des mesures permettant la prévention ou la gestion de la pandémie à la COVID-19 en fonction d'un système de palier alerte distinct pour chaque région sociosanitaire du Québec, nous vous transmettons de nouvelles consignes. Cette mise à jour présente les mesures générales qui s'appliquent en tout temps en CHSLD, peu importe le palier d'alerte en vigueur dans une région.
Mesures à implanter :	✓ Admission des nouveaux résidents dans le CHSLD ✓ Soins et services dans le milieu de vie ✓ Concept de bulle de vie ✓ Consignes générales pour la gestion et le contrôle des infections ✓ Pratiques de base de prévention et contrôle des infections à mettre en place

	✓ Autres mesures de prévention et de contrôle des infections applicables ✓ Zones froides, tièdes et chaudes ✓ Équipements de protection individuelle requis ✓ Travailleurs de la santé ✓ Critères pour le rétablissement de la personne ✓ Hébergement temporaire (lits de répit) ✓ Documents de référence pour les mesures de prévention et de contrôle des infections applicables ✓ En complément, se référer aux annexes : • Niveau de soins en CHSLD (annexe 1) • Symptômes typiques COVID-19 (annexe 2) • Évaluation clinique de l'infirmière (annexe 3) Nous vous référons au tableau : ***COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte*** pour prendre connaissance des mesures additionnelles s'appliquant sur votre territoire. Le document est disponible sur le site Web du MSSS.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction de la qualité des milieux de vie (DQMV)**
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
La sous-ministre
Dominique Savoie

Émission :	30-10-2020	Mise à jour :	08-01-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-007. REV1

Directive

CONSIGNES POUR LES CHSLD

1. Admission de nouveaux résidents dans le CHSLD

- En ce qui concerne les modalités et les principes à considérer lors d'une admission en CHSLD, se référer aux trajectoires applicables selon la situation de l'usager.

- Les milieux d'hébergement sont soumis à la décision du mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) pour les résidents qui y sont orientés.

- Le milieu retenu doit procéder à l'hébergement de manière à favoriser la sécurité du résident sur les unités. Si le CHSLD retenu pendant la pandémie n'est pas le milieu souhaité par le résident, il est permis de transférer un résident. En ce sens, le résident qui est hébergé dans un CHSLD de transition peut être transféré vers le CHSLD de son choix, et ce, à condition que les deux CHSLD soient sans éclosion (froid) et que les territoires concernés soient en palier d'alerte de niveau 1 (vert) ou 2 (jaune). Le transfert n'est toutefois pas possible si l'une ou l'autre des installations (départ ou d'accueil) est située dans un territoire en palier d'alerte de niveau 3 (orange) ou de niveau 4 (rouge).

- Lors d'une nouvelle admission en CHSLD, le résident pourra être accompagné par une ou deux personnes de son choix, et ce, selon les directives en vigueur[1].

2. Soins et services dans le milieu de vie

- Maintenir l'ensemble des soins et des services de base, notamment le lever, l'habillage, l'aide à la marche et aux déplacements et les soins d'hygiène, selon les modalités correspondant aux préférences du résident.

- De plus, se référer au Guide de réorganisation et de délestage des activités (20-MS-07435-70) pour avoir des indications sur les activités qui doivent être maintenues.

- Accentuer les actions visant à prévenir le déconditionnement des résidents tout en respectant les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) ainsi que les directives de la santé publique en vigueur.

[1] Se référer au tableau sur la gradation des mesures selon les paliers d'alerte ou autres directives à ce sujet.

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

Peu importe le palier d'alerte communautaire promulgué par les directions régionales de santé publique ou le contexte qui prévaut dans les installations, des mesures de prévention du déconditionnement doivent être instaurées.

Se référer aux documents suivants :

- Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie, notamment en RPA, RI-RTF et CHSLD pour la clientèle aînée disponible sur le site Web du MSSS.

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

- Intégrer, aux équipes régulières du CHSLD, dans la mesure du possible, des personnes supplémentaires qui sont en mesure d'offrir du soutien aux équipes en place, d'assurer une surveillance des résidents ou de leur consacrer du temps pour les divertir.

- Le nettoyage des vêtements des résidents par les familles est permis peu importe le palier d'alerte du territoire concerné, sauf lorsque le résident est en isolement préventif, en isolement ou lorsque le milieu de vie est en éclosion.

- La livraison pour les usagers (nourriture, achats, etc.) et biens apportés par les familles est permise pour tous les paliers d'alerte. Toutefois, pour les paliers d'alerte orange et rouge, un mécanisme sécuritaire pour la livraison doit être mis en place par l'installation : dépôt à l'accueil avec nettoyage et désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 24 heures avant la remise au résident en respectant les mesures de PCI.

3. Soins palliatifs et de fin de vie en CHSLD

- Référer aux directives en vigueur disponibles sur le site Web du MSSS.

4. Concept de bulle de vie

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 de contrôler la transmission de la COVID dans le milieu de vie. Ce concept constitue l'un des moyens pouvant être mis en place par un CHSLD. S'il ne peut s'appliquer, la distanciation physique de deux mètres entre les résidents doit impérativement être respectée.

Le concept de bulle consiste en un regroupement d'un petit nombre de résidents qui pourront interagir librement entre eux grâce à un assouplissement des mesures préventives telles que la distanciation physique. Formée trop petite, une bulle ne

favorisera pas les interactions entre les résidents qui la constituent. D'autre part, une bulle trop grande augmente le risque d'introduction et de propagation du virus. Les résidents d'une même bulle peuvent participer ensemble aux différentes activités qui constituent la vie quotidienne du CHSLD (ex. : l'activité repas, loisirs). Ce regroupement de résidents en bulle est alors considéré comme une cellule de vie.

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

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

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

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

- Le concept de bulle s'applique uniquement en zone froide et ne s'applique pas en zone tiède et ni en zone chaude.
- Une bulle est constituée exclusivement de résidents. Les personnes qui interagissent avec la bulle n'en font pas partie (notamment les membres du personnel, les visiteurs, les bénévoles, etc.).
- Une bulle peut regrouper un nombre variable 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 (exemple, par 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 facilement identifiables (par exemple, des pastilles de couleur sur les chaises ou à l'entrée de la chambre, liste(s) affichée(s) au poste, etc.). 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

cellule, puissent se côtoyer librement et participer ensemble aux différentes activités.

- Lors d'une activité de loisir, il est recommandé de procéder à une désinfection préalable, et après chaque usage, des différents objets (ex. : jeux, crayons, etc.) que se partagent les résidents d'une même bulle.
- 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 quittée, lorsque ce dernier a complété la période d'isolement préventif recommandé lors d'une admission.
- Si des résidents de différentes bulles doivent se côtoyer, la distanciation physique et les mesures PCI recommandées doivent être respectées. Il est de la responsabilité de l'équipe d'intervenants du milieu (membres du personnel, intervenant, gestionnaire, 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.
- Lors des activités de groupe, la distanciation physique de deux mètres entre les différentes bulles doit être respectée en tout temps.
- Les membres du personnel, les personnes proches aidantes, les visiteurs, les bénévoles, etc., qui sont en contact avec les résidents doivent respecter rigoureusement les mesures PCI recommandées, porter les équipements de protection individuelle (ÉPI) requis et respecter les règles de distanciation physique pour éviter l'introduction de l'infection dans une bulle et la transmission de l'infection entre les différentes bulles.
- Les différents intervenants qui entrent en contact avec une bulle doivent être stabilisés 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. : infirmier, infirmière auxiliaire, intervenant en loisirs, thérapeute en réadaptation physique, bénévoles, etc.) doivent appliquer les mesures PCI recommandées (port adéquat des ÉPI, hygiène des mains) afin de réduire au maximum le risque de propagation du virus entre les bulles. Lorsque cela est possible, leur route de travail devrait être organisée de manière à limiter les allers-retours entre les 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 familles lorsqu'il est mis en place dans un CHSLD. Le consentement du résident ou de son représentant légal est requis afin d'assurer la 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.

5. Consignes générales pour la gestion et le contrôle des infections

- Des ressources humaines doivent être disponibles dans le CHSLD pour l'accueil et l'accompagnement des personnes proches aidantes, des visiteurs, des bénévoles et des employés embauchés par les familles, notamment pour superviser l'application des mesures PCI requises.
- Des ressources humaines doivent aussi être disponibles dans le CHSLD pour accueillir, accompagner et former les personnes proches aidantes sur les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection individuelle requis (hygiène des mains, l'hygiène et l'étiquette respiratoire, mesures de distanciation physique, l'utilisation des ÉPI, etc.). Même chose pour les « dames de compagnie » embauchées par les résidents ou leurs familles, si leurs fonctions sont semblables à celles des personnes proches aidantes.
- Un accompagnement des personnes qui accèdent au CHSLD (visiteurs, personnes proches aidantes, bénévoles, employés embauchés par un résident ou sa famille, etc.) 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;
    - personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles;
    - personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19;
    - personnes ayant eu un contact significatif avec un cas confirmé;
    - personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par une autorité de santé publique;
    - personnes revenues de voyage depuis moins de 14 jours.

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 ou au visiteur d'obtenir un test de dépistage négatif pour avoir accès au CHSLD.

- Des masques de procédure doivent être disponibles en quantité suffisante et accessibles pour que les visites soient permises.

- Un registre des visiteurs, des personnes proches aidantes, des bénévoles et du personnel présent de façon ponctuelle dans l'installation (p. ex. : dentiste, hygiéniste dentaire, audioprothésiste, etc.), doit être tenu afin que ceux-ci puissent rapidement être contactés par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et d'isolement préventif si cela était requis. Le registre en CHSLD doit recueillir le minimum de renseignements personnels nécessaires pour faciliter les enquêtes épidémiologiques des autorités de santé publique (nom, numéro de téléphone ou adresse courriel, date et heure de présence, chambre du résident visité).

- Les membres du personnel[2] ne doivent pas travailler dans plus d'un CHSLD afin de prévenir la contamination d'une installation à l'autre.

6. Pratiques de base de prévention et contrôle des infections à mettre en place :

- Renforcer l'affichage aux entrées de l'installation :
  - promouvoir l'hygiène des mains
  - afficher les consignes concernant le port du masque de procédure.
- Inscrire les indications[3] pour les visiteurs, les personnes proches aidantes et les bénévoles, en fonction du palier d'alerte du territoire concerné.
- Si requis, augmenter le nombre de dispensateurs de solution hydroalcoolique disponibles dans le CHSLD. Si les résidents y ont accès, vous devez vous assurer qu'ils ne constituent pas un risque pour ceux qui ne sont pas en mesure de s'en servir de façon adéquate.
- Dispenser, dans les meilleurs délais, la formation sur l'hygiène des mains à tout le personnel à l'aide de la capsule d'information disponible en ligne à l'adresse suivante : https://fcp.rtss.qc.ca/local/html-courses/hygiene/story.html.
- Un taux d'observance de 100 % de l'hygiène des mains doit être visé sur tous les quarts de travail. Ce qui signifie que le personnel doit se laver les mains à différents moments et le plus souvent possible et surtout où cela est recommandé (à l'entrée et à la sortie de l'installation, avant et après avoir touché son masque, avant et après l'entrée dans la chambre d'une personne, avant et après avoir fourni des soins, après avoir été en contact avec des liquides biologiques, à toutes les étapes du retrait de l'ÉPI, etc.).
- Rendre disponibles et obligatoires les formations mises à la disposition des employés du CHSLD sur le site de l'ENA aux adresses suivantes : https://fcp.rtss.qc.ca/ ou https://fcp-partenaires.ca/.
- Des personnes, sur place dans chacun des CHSLD, doivent être identifiées comme responsables PCI et comme champions PCI, avoir reçu une formation et par la suite, s'assurer du maintien des bonnes pratiques en tout temps (surveillance et intervention au besoin).
- Sur le terrain du CHSLD, les mesures de PCI doivent s'appliquer à tous telles que les pratiques de base (hygiène des mains avant et après la sortie), la distanciation physique et le port des ÉPI requis selon la situation clinique.
- Lorsqu'un résident est de retour de l'extérieur, toutes les mesures de prévention et de contrôle des infections doivent être appliquées de façon exemplaire. Par exemple, porter un masque de procédure et procéder à l'hygiène des mains.

7. Autres mesures de prévention et de contrôle des infections applicables :

- Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, mesures en hygiène et salubrité, respect des zones, nettoyage et désinfection des équipements de soins entre usagers, etc.).
- Assurer l'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des lieux physiques adapté selon la clientèle, le nombre de cas, la configuration de l'unité, les équipements de soins, etc.

[2] Se référer au tableau sur la gradation des mesures selon les paliers d'alerte.
[3] *IDEM*

- Les surfaces fréquemment touchées « high touch » dans les chambres et les aires communes doivent être nettoyées et désinfectées plusieurs fois par jour, au minimum aux deux à quatre heures. Désigner un employé pour cette tâche.

8. Zones froides, tièdes et chaudes

https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19 :

a) Création de zones dans les CHSLD :

a. Zone froide : clientèle sans COVID-19 ou rétablie[4];

b. Zone tiède : pour les cas COVID-19 suspects ou en investigation (en raison de présence de symptômes ou d'un contact étroit avec une personne COVID positive) ou pour les usagers lors d'une nouvelle admission ou en raison d'un retour en CHSLD en provenance d'un séjour de plus de 24 h en centre hospitalier ou milieu de réadaptation;

c. Zone chaude : pour les cas COVID-19 confirmés.

- De façon générale, la création d'une zone chaude ou tiède se fait par le biais d'un regroupement (cohorte[5]) de résidents atteints ou suspectés de la COVID-19 dans un endroit dédié dans le CHSLD. Si vous ne pouvez dédier tout un étage ou toute une unité à une zone chaude ou tiède, vous devez placer une barrière physique délimitant la zone chaude ou tiède et maintenir une séparation spatiale d'au moins 2 mètres entre les résidents. Ainsi, une zone tiède ou chaude peut-être constituée de l'entièreté d'une unité, d'une portion définie d'une unité ou encore d'une chambre individuelle. Bien identifier les chambres et les zones, par exemple : affiche, code de couleurs, etc.
- Dès l'apparition de signes et symptômes (apparition ou aggravation d'une toux, fièvre, difficulté respiratoire, perte soudaine d'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte de goût - voir annexe 2), le résident est considéré comme un cas suspecté ou en investigation de la COVID-19 : le transférer en zone tiède dans un endroit dédié du CHSLD ou le garder à sa chambre, selon l'évaluation de la situation par l'équipe en prévention et contrôle des infections. Ne pas placer les usagers suspectés ou sous investigation dans la même chambre que les usagers confirmés à la COVID-19 ou les usagers sans COVID ou rétablis.

b) Dans les chambres considérées comme des zones chaudes ou tièdes :

- Isoler le résident dans sa chambre individuelle avec salle de toilette dédiée. Bien identifier la chambre (ex. : affiche, code de couleurs, etc.). Dans le respect des bonnes pratiques en la matière et de façon exceptionnelle, considérer lorsque requis, la mise en place de mesures alternatives afin d'éviter que le résident sorte de sa chambre et contamine l'environnement extérieur à sa chambre.
- Si le résident est en chambre double, s'assurer de la présence d'une barrière physique avec l'autre résident et du respect de cette barrière entre les résidents. Si ce n'est pas possible, considérer le transfert en chambre individuelle ou en zone chaude ou tiède. Si les deux résidents partagent également la même salle

[4] Se référer à la section 11 de la directive Critères pour le rétablissement de la personne.

[5] Une zone tiède devrait être à la chambre. Toutefois, il est possible de regrouper en cohorte plusieurs chambres identifiées comme zones tièdes au sein d'une unité ou d'une portion définie d'une unité.

de bain, celle-ci doit être désinfectée après chaque utilisation ou dédier une chaise d'aisance à l'un d'eux.

c) Isolement inversé :

Si la majorité des cas qui se retrouvent sur une unité sont COVID-19 positifs et ne peuvent suivre les consignes de demeurer dans leur chambre (ex. : cas d'errance), il est possible de considérer comme une mesure alternative de PCI, d'appliquer les précautions additionnelles de contact pour les cas COVID-19 négatifs et de restreindre ces usagers non infectés à leur chambre afin de diminuer le risque qu'ils soient contaminés. Consignes s'appliquant à cette alternative : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2910-mesures-gestion-cas-contacts-chsld-covid19.pdf.

d) La présence de personnel désigné pour favoriser l'hygiène des mains chez les résidents est requise.

e) Dans le cas où un résident serait temporairement transféré dans une autre chambre, ses meubles et ses biens non essentiels à la vie quotidienne doivent demeurer dans la chambre pour éviter la contamination de l'environnement lors de leur déplacement dans le CHSLD. Une désinfection de la chambre doit être faite s'il est requis de la rendre disponible temporairement pour un autre résident.

f) On doit retrouver du personnel dédié distinctement pour chacune des zones du CHSLD (froide, chaude et tiède le cas échéant).

g) Les zones dans le CHSLD doivent être définies étanches (ex. : séparation spatiale (porte, paravent, etc.) et clairement identifiées (ex. : affiches)). Les entrées, sorties, zones d'habillage et de déshabillage, aires de repas et repos et les aires de préparation de la médication et d'entreposage du matériel doivent être distinctes pour le personnel dédié en zone chaude, tiède ou froide afin que les employés de chaque zone ne soient pas en contact les uns avec les autres.

h) Assurez-vous d'avoir des équipements de soins et du matériel dédiés à la zone.

i) S'il est requis de remplacer le personnel dédié à une zone (ex : absence maladie, congé), ne pas autoriser le déplacement du personnel (infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires) d'une zone à l'autre à l'intérieur d'un même quart de travail. Si une situation de bris de services requérait un déplacement d'un employé vers une autre zone que celle à laquelle il est dédié, établir une procédure de travail sécuritaire de la zone froide vers la zone chaude.

j) Le nombre de personnes différentes qui intervient auprès d'un même résident doit être limité le plus possible (personnel dédié).

9. Équipements de protection individuelle requis

- Pour les consignes concernant le port des ÉPI, se référer aux indications de la CNESST :
  Comment limiter la propagation de la COVID-19 au travail?
  Affiche qui décrit l'ordre de priorité des mesures de contrôle afin de limiter la propagation de la COVID-19 dans les milieux de travail.
  https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/900/Pages/DC-900-1104.aspx
  De plus, dans les zones tiède et chaude pour les soins directs au résident ou si à moins de deux mètres, le port du masque de procédure, de la protection oculaire, de la blouse et des gants est requis.

- Les consignes concernant les équipements de protection individuelle s'appliquent dès l'entrée dans le bâtiment ainsi qu'en tout temps sur les lieux d'un CHSLD, incluant dans les lieux dédiés au personnel (salle de pause, vestiaire, salle à manger, etc.). La distanciation physique de deux mètres demeure une mesure requise en tout temps, lorsque possible. Les ÉPI requis doivent être portés en tout temps par toutes les personnes qui ont accès au CHSLD, peu importe leur âge (enfants de 2 ans et +) ou le motif de leur présence.
- Les équipements de protection individuelle doivent être disponibles en quantité suffisante et correctement utilisés.
- La protection oculaire utilisée devra quant à elle être conservée et désinfectée pour un usage multiple, sauf si elle est jetable.

10. Travailleurs de la santé

- Suivre les recommandations sur la levée des mesures d'isolement dans la population en général et sur les mesures d'isolement des travailleurs de la santé disponible sur le site web du MSSS.
- Réaliser une vigie de l'état de santé des employés dès l'arrivée sur les lieux de travail.
- Réaliser une autoévaluation personnelle des symptômes à l'aide du questionnaire disponible sur le site de l'INSPQ à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/publications/3042-questionnaire-symptomes-covid19.
- Retourner à la maison tout travailleur :
  - présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19;
  - ayant reçu une consigne d'isolement;
  - en attente d'un résultat de test ou ayant reçu un diagnostic de COVID-19.
- Pour les travailleurs de la santé (ex. : médecins, diététiste, etc.) devant se déplacer sur plusieurs unités dans l'installation, débuter par les zones froides puis tièdes et chaudes.
- Ne pas autoriser la mobilité des travailleurs de la santé entre les unités ou entre les installations selon le palier d'alerte du territoire concerné[6].
- Recommander aux travailleurs de porter des vêtements propres pour venir travailler, de changer de vêtements lors du retour à leur domicile et de les laver séparément si présence de souillures visibles sur les vêtements. Voir précision selon le palier d'alerte du territoire concerné[7].
- Par ailleurs, comme les CHSLD sont des milieux de vie, le port de l'uniforme n'est pas une pratique conforme avec le concept de milieu de vie. Le fait de devoir changer de vêtements n'implique pas de devoir porter un uniforme.

11. 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 aigüe ou 21 jours pour les usagers ayant été admis aux soins intensifs et 28 jours pour les usagers sous corticostéroïdes ou immunosupprimés

[6] Se référer au tableau de gradation des mesures en CHSLD.
[7] IDEM

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).

12. Hébergement temporaire (lits de répit)

Les résidents en provenance du domicile pour lesquelles la santé, l'intégrité ou la sécurité du proche est compromise et dont le séjour en hébergement temporaire permet d'éviter le recours à d'autres ressources du réseau de la santé et des services sociaux est permis selon les mêmes indications que pour une admission régulière précisions apportées selon le palier d'alerte du territoire concerné[8] .

13. Documents de référence pour les mesures de prévention et de contrôle des infections applicables

Documents de référence produits par l'INSPQ ***:***

a) **Notion de base :** *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoire :* https://www.inspq.qc.ca/publications/2439

b) **Gestion des cas :** *Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés* : https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19

c) **Port du masque de procédure :** *Port du masque pour protéger les personnes vulnérables dans les milieux de vie lors de transmission communautaire soutenue* : https://www.inspq.qc.ca/publications/2973-port-masque-proteger-personnes-vulnerables-covid19

d) Mesures exceptionnelles : *Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie* : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2957-mesures-exceptionnelles-equipements-protection-individuelle-covid19.pdf

e) Mesures à prendre lors de contacts étroits : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2910-mesures-gestion-cas-contacts-chsld-covid19.pdf

f) Mesure à prendre lors de contacts élargis : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2910-mesures-gestion-cas-contacts-chsld-covid19.pdf

g) Durées des mesures pour les cas confirmés : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2910-mesures-gestion-cas-contacts-chsld-covid19.pdf

[8] Se référer au tableau de gradation des mesures en CHSLD.

h) Levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé : https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19

i) Retrait de l'équipement de protection individuelle : Éviter de contaminer les zones adjacentes : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2910-mesures-gestion-cas-contacts-chsld-covid19.pdf

j) Mesures lors d'interventions médicales générant des aérosols (IMGA) (Trachéotomie et soins de trachéostomie, BiPAP, CPAP[2] et les autres techniques similaires qui insufflent de l'air activement dans les voies respiratoires à l'aide d'un appareil qui fonctionne avec une pression positive ou une nébulisation comme le « breath stacking », et le « cough assist device » : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2910-mesures-gestion-cas-contacts-chsld-covid19.pdf

k) Mesures pour la ventilation et la climatisation (climatiseurs mobiles et ventilateurs sur pied) : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2910-mesures-gestion-cas-contacts-chsld-covid19.pdf

l) Mesures à suivre lors de la fin de l'éclosion : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2910-mesures-gestion-cas-contacts-chsld-covid19.pdf

m) Mesures à suivre lors de la manipulation des dépouilles : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2910-mesures-gestion-cas-contacts-chsld-covid19.pdf

14. Autres références utiles

Site Web de Québec.ca :
https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/#c46383
Site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux :
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/

15. En complément

Se référer aux annexes pour :

- Niveau de soins en CHSLD (annexe 1)
- Symptômes typiques COVID-19 (annexe 2)
- Évaluation clinique de l'infirmière (annexe 3).

ANNEXES

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Niveau de soins en CHSLD..... 134

ANNEXE 2 :Symptômes typiques COVID-19…….18

ANNEXE 3 : Évaluation clinique de l'infirmière 19

ANNEXE 1 : Niveau de soins en CHSLD

L'établissement des niveaux de soins (NIM) en contexte de pandémie revêt une importance particulière car il devient un outil essentiel de communication pour s'assurer d'une fluidité et d'une cohérence dans la trajectoire de soins du patient, peu importe où il se retrouve, soit dans un milieu de vie, dans une urgence, dans une unité de soins aigus ou de soins intensifs, quel que soit son diagnostic, au sein d'un système de santé sous tension et tenu à la plus grande efficience possible.

Les niveaux de soins sont déjà utilisés par bon nombre de centres hospitaliers et de cliniciens sans que cette pratique n'ait encore été systématisée. Les niveaux de soins ne sauraient en aucun cas être interprétés comme un moyen de répondre temporairement au défi d'une limitation des ressources disponibles en santé ou bien comme le moyen de faire renoncer des patients à certains soins qui pourraient leur être bénéfiques. D'ailleurs, les feuilles de niveaux de soins continueront d'être utilisées après la pandémie et resteront dans les dossiers cliniques des patients. C'est pourquoi les NIM doivent refléter la condition médicale actuelle et le projet de vie du patient, pandémie ou non. Si certaines questions des patients ou de leurs représentants ainsi que les explications des soignants vont assurément être en lien avec la COVID-19, il convient de faire aussi l'effort de décontextualiser la discussion sur les niveaux de soins pour qu'elle concerne tous les soins et non ceux spécifiques aux ventilateurs et soins intensifs.

La conversation sur les niveaux de soins principalement avec les patients vulnérables, qui souffrent de maladies graves, de comorbidités importantes et de déficiences ou à risque de se détériorer, et ce, peu importe le lieu, devrait faire partie des bonnes pratiques et être introduites tout au cours de la trajectoire de soin et de vie. Nous devrions viser éventuellement d'en discuter plus largement puisqu'elle permet aux patients ainsi qu'à leurs familles et aux soignants de réfléchir les soins avec plus de cohérence et de transparence. L'équipe interdisciplinaire constitue un apport essentiel tout au long du processus d'établissement des NIM, tant pour aider le médecin que pour soutenir les patients et leurs proches au besoin. Ainsi, en amont, elle peut notamment préparer la discussion, saisir et relayer les préoccupations de part et d'autre.

Afin de guider la conversation, nous vous invitons à consulter le coffre à outils *Niveaux de soins, niveaux d'interventions médicales (NIM) : Parlons-en dans le contexte de la pandémie COVID 19*. Vous y trouverez un aide-mémoire et de nombreux outils d'information et de formation sur l'expression des volontés. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/4-2_PJ_Coffre_a_outils_NIM_%20parlons-en_2020-04-24.pdf

Ce coffre à outils, qui s'adresse aux cliniciens pour leur conversation avec les personnes vulnérables et leurs proches, regroupe des documents issus des travaux d'équipes de recherche dans le domaine de la décision partagée ou d'experts dans le domaine et prend appui sur des publications officielles.

NIVEAU DE SOINS EN CHSLD

A- Documentation des niveaux de soins dans les dossiers

1- Vérification de la présence des volontés des résidents dans les dossiers médicaux en ce qui concerne le niveau de soins et la réanimation cardiorespiratoire. L'expression de la volonté peut se faire sous différentes formes :
   a. Directive médicale anticipée (DMA);
   b. Mandat en cas d'inaptitude;
   c. Formulaire de « Niveau de soins et réanimation cardiorespiratoire » (en annexe);
   d. Volonté exprimée verbalement et consignée au dossier.

2- Détermination des niveaux de soins pour les résidents qui n'en aucune volonté exprimée au dossier (Utiliser la DMA si présence au dossier);
   a. En l'absence de volontés exprimées au dossier, on utilisera le formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » (en annexe).

3- Révision des niveaux de soins des résidents lorsque:
   a. Ceux-ci ont été établis il y a plus d'un an;
   b. Il y a eu modification significative dans la condition de santé des résidents depuis l'établissement des niveaux de soins;
   c. À la demande du résident ou de son représentant.

B- Déterminer le niveau de soins

- Toutes les infirmières qui travaillent actuellement en CHSLD peuvent initier le dialogue concernant la détermination ou la mise à jour des niveaux de soins exigés pour chacun des résidents en CHSLD;
- Ces discussions doivent se finaliser avec le résident ou ses proches, en tenant compte de l'aptitude du résident, en présence du médecin, afin de conclure le niveau de soins. Le formulaire de niveau de soins est signé par le médecin;
- Elle peut se faire en téléconsultation ou en consultation téléphonique avec le médecin en présence d'un professionnel de la santé;
- Les infirmières retraitées peuvent venir soutenir la démarche;
- Vous trouverez en annexe l'aide-mémoire de l'INESSS pour la déclaration des volontés.

Pour un résident APTE

1. Décision partagée entre un médecin et le résident;
2. Médecin échange avec le résident sur ses objectifs de soins et indique le niveau d'intervention médicale visé qui en découle et de la réanimation cardiorespiratoire;
   - Rappelons que les médecins ont l'obligation déontologique de ne proposer aux résidents et à leurs proches que des soins identifiés comme médicalement pertinents. Ces soins doivent aussi être individualisés et proportionnés.

3. Médecin complète et signe le formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » selon l'expression de la volonté du résident (annexe);
4. Dépôt du formulaire au dossier du résident;
5. Le résident informe ses proches de ses volontés.

Pour un résident INAPTE

1. Décision partagée entre un médecin et le représentant du résident;
2. Médecin échange avec le représentant légal sur les objectifs de soins présumés du résident et sur la réanimation cardio-respiratoire
   - Rappelons que les médecins ont l'obligation déontologique de ne proposer au résident et son représentant que des soins identifiés comme médicalement pertinents. Ces soins doivent aussi être individualisés et proportionnés.
3. Médecin complète et signe le formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » selon l'expression de la volonté du résident exprimé par le représentant;
4. Dépôt du formulaire au dossier du résident.

En contexte de détérioration d'une condition de santé

1. Prendre connaissance de la volonté exprimée au dossier;
2. Communiquer avec le représentant pour l'informer de la détérioration de la condition de santé du résident;
3. Validation des volontés exprimées auprès du représentant;
4. Dans le cas où le représentant exprime une volonté différente de celle documentée au dossier, cette dernière doit être celle retenue.

C- Contexte de transfert en CH des résidents

Tout résident doit avoir reçu un avis médical favorable à un transfert avant toute décision de ce type. Cet avis peut se faire par téléconsultation au besoin. Les IPSPL sont autorisées à donner un tel avis.

Niveau de soins A : Prolonger la vie par tous les soins

Transfert en milieu hospitalier si :

- Besoin d'interventions médicales spécialisées ou invasives telles qu'une intubation, assistance ventilatoire
- Besoin d'une intensité de soins non offerts dans le milieu

Niveau de soins B : Prolonger la vie par des soins limités

Transfert en milieu hospitalier si :

- Besoin d'assistance ventilatoire
- Besoin d'une intubation (à moins d'avis contraire sur le formulaire)
- Besoin pour la gestion des symptômes (douleur, dyspnée, hyperthermie, hyper ou hypoglycémie, anxiété) si impossible par les effectifs en place
- Besoin dans l'application du protocole de détresse respiratoire et

soins palliatifs, si impossible par les effectifs en place.

Pas de transfert en CH si :

- Les soins requis sont jugés disproportionnés par le résident ou ses proches en raison des conséquences possibles et du potentiel de récupération.
- Appliquer les soins en CHSLD tel que décrit dans les niveaux de soins C et D si effectifs sur place en mesure d'y répondre.

Niveau de soins C et D

Soins en CHSLD

- Soins visant la gestion des symptômes (douleur, dyspnée, hyperthermie, hyper ou hypoglycémie, anxiété);
- Application du protocole de détresse respiratoire et soins palliatifs;
- Assistance respiratoire (oxygénothérapie);
- Antibiothérapie;
- Thérapie intraveineuse.

Transfert en milieu hospitalier si :

- Besoin pour la gestion des symptômes (douleur, dyspnée, hyperthermie, hyper ou hypoglycémie, anxiété) si impossible par les effectifs en place
- Besoin dans l'application du protocole de détresse respiratoire et soins palliatifs si impossible par les effectifs en place

Référence : https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/consulter-une-publication/publication/les-niveaux-de-soins.html

ANNEXE 2: Symptômes typiques COVID-19

POUR LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

OBSERVATIONS ET CHANGEMENTS CHEZ LES RÉSIDENTS

À RAPPORTER AUX INFIRMIÈRES ET AUX INFIRMIÈRES AUXILIAIRES

SYMPTÔMES TYPIQUES DE LA COVID-19

- ✓ Symptômes du groupe A Fièvre
  ou
- ✓ Toux inhabituelle (apparition ou aggravation)
  ou
- ✓ Difficulté respiratoire
  ou
- ✓ Perte de l'odorat subit sans congestion nasale avec ou sans perte de goût

- ✓ Symptômes du groupe B (au moins 2 symptômes parmi les suivants) Un symptôme général : douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou perte d'appétit importante
- ✓ Mal de gorge
- ✓ Diarrhée

SYMPTÔMES ATYPIQUES GÉRIATRIQUES POSSIBLES

- Changement soudain de l'état mental
  - ✓ Plus confus
  - ✓ Plus somnolent
  - ✓ « On ne le reconnaît plus »
  - ✓ Ne sait plus comment utiliser ses affaires

- Perte d'autonomie
  - ✓ Chute
  - ✓ Incontinence nouvelle
  - ✓ N'est plus capable de participer aux soins comme avant

- Changement de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement existant)
  - ✓ Agité
  - ✓ Pas comme d'habitude
  - ✓ Agressivité/irritabilité
  - ✓ Perte d'appétit
  - ✓ Perturbation du sommeil

ANNEXE 3 : Évaluation clinique de l'infirmière

ÉVALUATION CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE

Symptômes du groupe A (les plus fréquents)

- ✓ Fièvre

ou

- ✓ Toux inhabituelle (apparition ou aggravation)

ou

- ✓ Difficulté respiratoire

ou

- ✓ Perte de l'odorat (anosmie)subit sans congestion nasale avec ou sans perte de goût (agueusie)

- **Symptômes du groupe B** (au moins 2 symptômes parmi les suivants)

  - ✓ Symptôme général : douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou perte d'appétit importante
  - ✓ Mal de gorge
  - ✓ Diarrhée

Anamnèse

Malaise dominant	
P : Provoqué-Pallié (facteurs aggravants, facteurs d'améliorations)	
Q : Qualité-Quantité (description/intensité/impact sur l'autonomie	
R : Région-irradiation	
S : Signes et symptômes associés	
T : Temps-durée-intermittence	
U : *Understand* signification pour la personne	

Examen physique

Inspection

Évaluation de l'état mental

- Capacité d'attention
  - ❑ Attentif ❑ Non attentif
- État de conscience :
  - ❑ Hyperalerte
  - ❑ Alerte
  - ❑ Léthargique (verbal)
  - ❑ Stuporeux (physique)
  - ❑ Comateux

Signes gériatriques atypiques *

- Perte brusque d'autonomie (< 1 sem) :
  - ❑ Oui ❑ Non
- Changement brusque de l'état mental (< 1 sem) :
  - ❑ Oui ❑ Non
- Changement brusque de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement) (< 1 sem) :
  - ❑ Oui ❑ Non

*__Si un oui à l'une de ces questions :__ éliminer une condition de santé aiguë. Si aucune cause aiguë identifiée, considérer la personne comme étant un cas suspecté et transférer dans la zone de chaude.

Signes vitaux :

❑ Pouls : _____/min ❑ T.A : _____/ _____

❑T° : _____ C° (fièvre si T° buccale ou rectale ≥ 37,6 °C ou si augmentation de 0,5 °C par rapport à la T° normale habituelle)

Référence : https://www.jamda.com/article/S1525-8610(20)30513-2/pdf?fbclid=IwAR1se10Jm853sgsK5JIUtcfSWrUrHpWtlc0KyYZq2M1-tApPgGkq_8sl1RI

Respiration :

- Fréquence : _____/min (si ≥ 25/min ≈ signes d'infection)
- Type : ❑ Thoracique ❑ Abdominale
- Amplitude : ❑ Normal ❑ Profonde ❑ Superficielle
- Rythme : ❑ Régulier ❑ Irrégulier

Auscultation

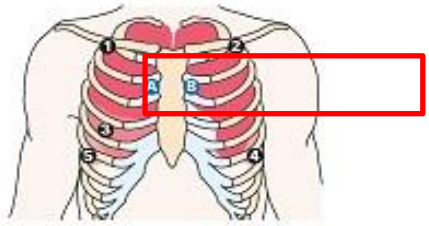
Face antérieure

Présence d'un bruit anormal : ❑ Oui ❑ Non

Nommer si possible :

❑ Sibilant ❑ Ronchis

❑ Bronche droite (A) ❑ Bronche gauche (B)



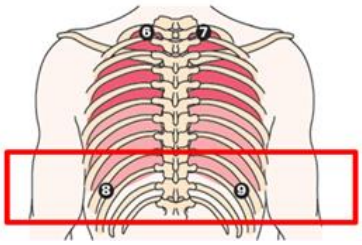
Face postérieure

Présence d'un bruit anormal : ❑ Oui ❑ Non

Nommer si possible :

❑ Sibilant ❑ Crépitants

❑ Lobe inférieur droit (8) ❑ Lobe inférieur gauche (9)



Prise de décision infirmière

- Médecin avisé : ❑ Oui
- Transfert dans la zone chaude (chambre individuelle avec salle de toilette dédiée, porte fermée. Si pas de chambre individuelle : maintenir une distance d'au moins 2 mètres ou mettre une barrière physique entre les résidents) : ❑ Oui ❑ Non
- PTI à jour : ❑ Oui ❑ Non
- Dépistage : Les résidents des CHSLD présentant des symptômes compatibles avec une infection à COVID-19 ou en présence d'une éclosion potentielle d'infection respiratoire (au moins 2 cas) ou lors d'un décès inattendu avec une cause respiratoire infectieuse suspectée

Suivi clinique infirmier

- Surveillance clinique de la condition de santé selon les risques identifiés
- Surveillance clinique des signes de délirium :
  - **1-** Début soudain et fluctuation des symptômes ❑ Oui ❑ Non
    (évidence du changement par rapport à l'état habituel)
  - **2-** Inattention ❑ Oui ❑ Non
    (incapacité à suivre une conversation, à soutenir son regard, ne peut dire les jours de la semaine ou le mot monde à l'envers)

3- Désorganisation de la pensée ❑ Oui ❑ Non
(propos incohérent, conversation décousue, passe d'un sujet à l'autre de façon imprévisible)

4- Altération de l'état de conscience ❑ Oui ❑ Non
(hyperalerte, léthargique, stuporeux, comateux)

Si présence des critères 1 ET 2 avec 3 OU 4 = Urgence médicale

- Surveillance des signes de déshydratation
  Le résident a-t-il bu entre les repas dans le dernier 24 heures : ❑ Oui ❑ Non

  Langue humide : ❑ Oui ❑ Non

  Filet de salive sous la langue : ❑ Oui ❑ Non

  Aisselle sèche : ❑ Oui ❑ Non

  Test pli cutané (sternal, frontal ou sous-claviculaire) : ❑ Normal ❑ Anormal

- Surveillance dénutrition

  Prise alimentaire (plat principal) diminuée de 75 % au cours des 7 derniers jours :

  ❑ Oui ❑ Non

  Perte de poids involontaire (2 % en 1 semaine, 5 % en 1 mois, 7,5 % en 3 mois) :

  ❑ Oui ❑ Non

  IMC plus petit que 21 : ❑ Oui ❑ Non

- Surveillance des signes de détresse psychologique :

  Pleurs ❑ Oui ❑ Non Anxiété ❑ Oui ❑ Non

  Agitation ❑ Oui ❑ Non Insomnie/hypersomnie❑ Oui ❑ Non

- Prévention des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)
  - S'assurer de l'application des approches de base (communication, validation, diversion, recadrage, stratégie décisionnelle, gestion du refus)
  - Si persiste malgré une approche adéquate : Identification des causes

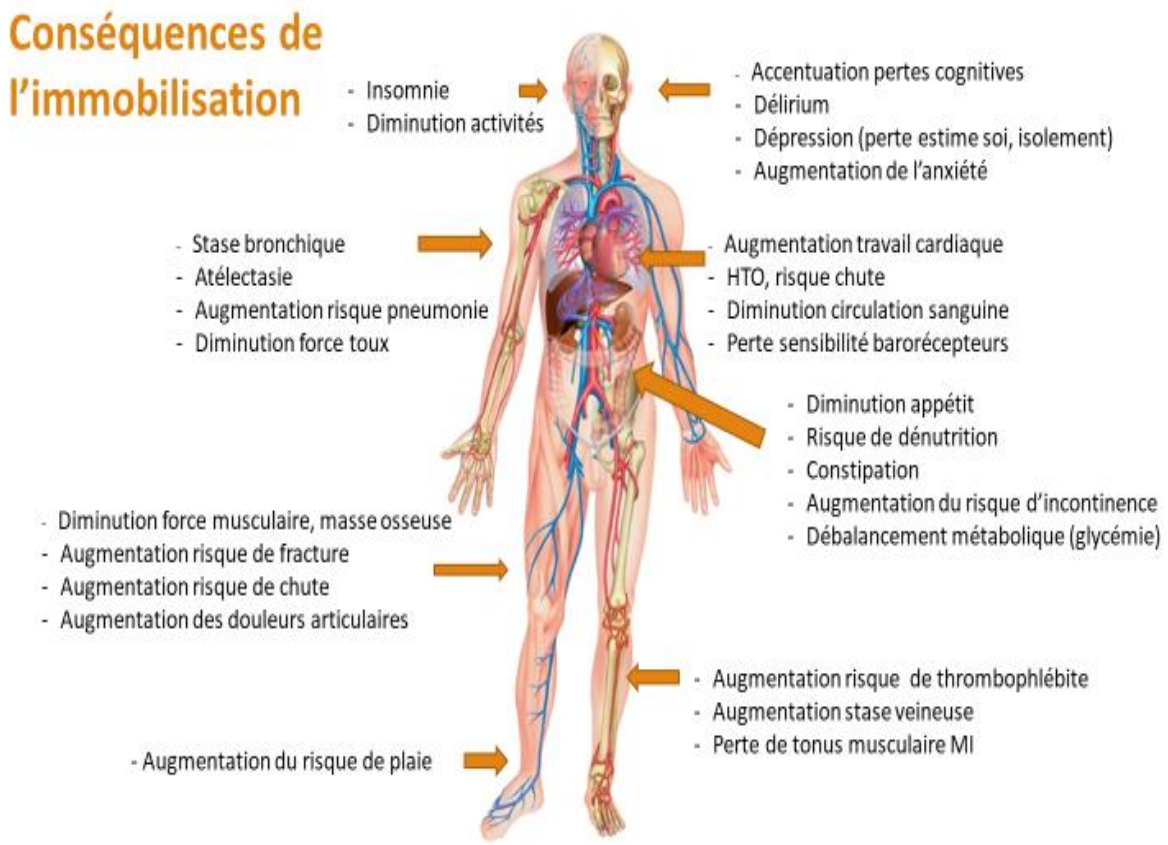
Document adapté à partir de : **Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné (2e édition). Montréal (QC) : PEARSON-ERPI. 425**

Algorithme d'évaluation et suivi infirmier

- •Observation des préposés aux bénéficiaires rapportée aux infirmières
- •Évaluation clinique de l'infirmière
- •Décision si besoin de déplacer dans la zone chaude
- •Surveillance clinique et suivi des signes et symptômes
- •Mise en place d'intervention associée aux risques identifiés

Risques reliés à l'isolement pour une personne âgée

- SCPD dû à l'isolement ou autres causes physiques et interaction avec les soignants
- Tous les risques associés à l'immobilisation (Voir le schéma joint)



Prise en charge des SCPD

Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Prise en charge délirium

Sauf indication contraire, les informations suivantes tirées de la fiche clinique Delirium liée à l'aspect « État cognitif » du cadre de référence : « Approche adaptée à la personne âgée, 2011, MSSS » s'appliquent :

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier-État cognitif

Prise en charge de la dénutrition

Sauf indication contraire, les informations suivantes tirées de la fiche clinique Delirium liée à l'aspect « État cognitif » du cadre de référence : « Approche adaptée à la personne âgée, 2011, MSSS » s'appliquent :

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier-Dénutrition

Prise en charge de la déshydratation

Sauf indication contraire, les informations suivantes tirées de la fiche clinique Delirium liée à l'aspect « État cognitif » du cadre de référence : « Approche adaptée à la personne âgée, 2011, MSSS » s'appliquent :

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier-Déshydratation

Émission :	23-03-2020	Mise à jour :	11-01-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-016

Catégorie(s) :
- ✓ Communauté religieuse
- ✓ Milieux de vie
- ✓ Mesures de prévention et de contrôle des infections

Directives pour les communautés religieuses dans le contexte de la pandémie de COVID-19

Remplace la directive émise le 23 mars 2020 (non codifiée)

Expéditeur :	Destinataires :
Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)	CISSS et CIUSSS - Directeurs SAPA - Directeurs qualité, évaluation, performance et éthique

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 communautés religieuses qui se situent sur votre territoire.
Mesures à implanter :	Assurer une communication étroite avec les communautés religieuses du territoire du CISSS ou du CIUSSS afin de les accompagner dans leur appropriation et l'application des directives. Selon la réalité de la communauté religieuse, le profil clinique des personnes présentes et les activités tenues, se référer aux directives pour les résidences privées pour aînés (RPA) ou celles pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)[1]. Un accompagnement du CISSS ou du CIUSSS pourrait être nécessaire afin de moduler les directives RPA ou CHSLD à la réalité propre d'une communauté religieuse. Voici les éléments incontournables qui doivent être mis en place par le CISSS ou le CIUSSS :

[1] Advenant que la communauté religieuse maintienne une installation d'hébergement et de soins de longue durée, tel qu'indiqué dans l'article 96 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, elle pourra se référer à la directive et au tableau de gradations des mesures en CHSLD. Autrement, elle pourra se référer à la directive pour les résidences privées pour ainés et au tableau de gradation des mesures pour ces milieux.

	• Mettre en place, avec chacune des communautés religieuses de leur territoire, un mécanisme de communication afin de les soutenir dans leurs démarches et répondre à leurs questions. Pour ce faire, identifier un intervenant de référence pour chaque communauté religieuse. Faire la promotion, auprès des communautés religieuses, des formations sur les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) et sur l'hygiène des mains disponibles sur le site de l'ENA à l'adresse suivante : https://fcp-partenaires.ca/. • Soutenir les communautés religieuses pour l'application des mesures PCI en tout temps et lorsqu'il y a des cas suspectés ou confirmés. o Faire respecter, par l'ensemble des personnes présentes dans la communauté, les pratiques de base en PCI suivantes : - Respecter les mesures de distanciation physique, notamment, le respect d'une distance de deux mètres entre les résidents entre eux, entre le personnel et les résidents et entre les membres du personnel, lorsque possible. - Se laver les mains souvent à l'eau tiède courante et au savon pendant au moins 20 secondes ou utiliser une solution hydroalcoolique à 60 % ou plus. - Si utilisation d'un mouchoir en papier, le jeter dès que possible et se laver les mains par la suite. - Éviter le contact direct pour les salutations, comme les poignées de main ou les accolades. • Le cas échéant, fournir l'équipement de protection individuelle (EPI) pour les communautés religieuses en fonction de leurs besoins, et ce, peu importe s'il y a la présence, ou non, de cas suspectés ou confirmés de COVID-19. La communauté religieuse peut aussi se procurer par elle-même les EPI nécessaires et se faire rembourser les frais auprès du CISSS ou du CIUSSS. • Demander aux membres des communautés religieuses et aux travailleurs de réaliser une autoévaluation personnelle des symptômes à l'aide du questionnaire disponible sur le site de l'INSPQ à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/publications/3042-questionnaire-symptomes-covid19. Si présence de symptômes, demander à la personne d'appeler à Info-COVID au 1 877 644-4545 et de suivre les consignes d'isolement. • Encourager, les communautés religieuses à porter une attention particulière aux surfaces fréquemment touchées « high touch » dans les chambres et les aires communes afin de les nettoyer et les désinfecter plusieurs fois par jour. Pour ce faire, une personne devrait être désignée pour cette tâche. • Tester les résidents et le personnel lorsque cela est requis et en fonction des directives émises par les directions régionales de santé publique. • Encourager et soutenir, au besoin, les communautés religieuses à mettre en place un registre des visiteurs, des bénévoles et du personnel présent de façon ponctuelle dans l'établissement afin que ceux-ci puissent rapidement être contactés par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et d'isolement préventif si cela était 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, endroit visité). • La tenue d'un registre des visiteurs est obligatoire dans les lieux qui se trouvent dans le palier rouge ou en éclosion.

Émission :	23-03-2020	Mise à jour :	11-01-2021

	• Activités de culte : ○ Sensibiliser les communautés religieuses que le nombre maximal de personnes qui peuvent assister à un service, ou à d'autres cérémonies religieuses comme les mariages ou les funérailles doit être respecté les consignes en vigueur. ○ Sensibiliser les communautés religieuses que la tenue de rassemblements autres que les services et cérémonies religieuses (exemple : événements sociaux, fêtes, réceptions) doit suivre les consignes pour ce type de rassemblements. Les consignes concernant la tenue de ce type de rassemblements sont variables en fonction des différents paliers d'alerte et ce type d'événement est interdit en palier d'alerte rouge. Se référer aux différentes mesures en vigueur sur le site : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants
Documents annexés :	Aucun

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Natalie Rosebush

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Émission :	23-12-2020	Mise à jour :	08-01-21

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-019. REV2

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 9 janvier au 8 février 2021

Remplace la directive émise le 23 décembre 2020 (DGAPA-019. REV1)

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 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 poursuivre les mesures visant notamment à réduire l'accès à un nombre restreint de personnes dans des milieux de vie où sont hébergées ou confiées des personnes vulnérables. De plus, des mesures additionnelles sont prévues pour limiter les contacts entre les résidents vivant à l'intérieur d'une même RPA.

Considérant les annonces du premier ministre et du gouvernement concernant les consignes pour la période de confinement 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, 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. Ainsi, pour les autres milieux de vie, milieux de soins ou d'hébergement, veuillez-vous référer à la directive DGPPFC-037 (parution à venir).
Mesures à implanter :	**Réitérer que :** Les personnes de 70 ans et plus sont particulièrement vulnérables à la COVID-19. Dans le contexte actuel où la transmission communautaire est soutenue, il est impératif de recommander à ces personnes d'éviter tout contact. 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 ou du couvre-visage en RPA. 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 durant le confinement de façon virtuelle ou par le biais de contacts téléphoniques. La santé publique demande d'éviter les déplacements entre les régions. Les consignes destinées à la population générale dans le contexte de la COVID-19 sont disponibles à l'adresse suivante : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/confinement-du-quebec-covid-19/ **Note importante : La présente directive a préséance sur les autres directives lorsque les mêmes mesures y sont abordées, par exemple dans les directives sur les trajectoires ou autres directives sur les milieux de vie.** Durant la période du 9 janvier au 8 février 2021, les milieux de vie devront mettre en place les mesures suivantes : • Favoriser l'accueil de personnes proches aidantes connues dans les milieux. • Les personnes proches aidantes qui seront accueillies dans les différents milieux de vie durant la période concernée doivent suivre les consignes de la population générale notamment, réduire au maximum les contacts et respecter le couvre-feu. Toutefois, dans certaines situations particulières, les personnes proches aidantes pourraient obtenir d'un établissement de santé et de services sociaux une lettre permettant les déplacements lors du couvre-feu lorsque cliniquement requis pour l'usager. • 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. • Prise de rendez-vous est fortement recommandée 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.

	• Tous les milieux de vie concernés par la présente directive doivent demander aux résidents, aux usagers confiés ou à leur représentant d'identifier un maximum de 2 personnes proches aidantes afin de restreindre le nombre de personnes différentes pouvant avoir accès au milieu de vie. • Une personne proche aidante identifiée et connue du milieu peut visiter son proche à plus d'une reprise au cours de la même journée, selon la prise de rendez-vous convenue avec le milieu de vie. • Seuls les déplacements de personnes proches aidantes entre territoires limitrophes seront acceptés. • Selon l'évolution situation épidémiologique au Québec, les présentes directives pourront être reconduites au-delà du 8 février 2021.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
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 - 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)

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
La sous-ministre
Dominique Savoie

Émission :	23-12-2020	Mise à jour :	08-01-21

ANNEXE 1 :

Mesures applicables dans tous/toutes : • les CHSLD; • les RI de 20 places et plus du programme-services SAPA.		
Mesures	**Milieu de vie sans éclosion en 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** 1 PPA connue du milieu de vie par jour	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par jour
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
Sorties extérieures		
Sorties extérieures pour rassemblements ou pour un congé temporaire dans la communauté	**Non permis** Les marches extérieures sur le terrain du milieu de vie sont permises si la condition clinique de l'usager le permet et selon les conditions météorologiques, surtout en période hivernale. Il peut être accompagné par une personne proche aidante, qui doit alors porter un masque médical.	**Non permis**

[1] En RI seulement.

Émission :	23-12-2020	Mise à jour :	08-01-21

ANNEXE 2 :

Mesures applicables dans tous/toutes : • les résidences privées pour aînés (RPA); • les RI de type appartement supervisé.		
Mesures	**Milieu de vie sans éclosion en 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[2]	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par jour	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par jour
À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger, etc.)	**Non permis** Sauf pour circuler vers l'unité locative/appartement supervisé	**Non permis** Sauf pour circuler vers l'unité locative/appartement supervisé
Résidents/Usagers		
Activités à l'intérieur de la RPA	Les repas en salle à manger ne seront plus autorisés dans les RPA à partir du samedi 9 janvier, et ce, jusqu'au 8 février 2021. Ainsi, les repas devront être servis aux unités locatives en appliquant de façon rigoureuse les mesures de prévention et de contrôle des infections, sauf pour les RPA où l'exploitant partage son lieu de résidence avec les résidents (souvent des RPA de 9 unités et moins). On réitère que les frais de livraison de plateaux ne sont pas permis durant la pandémie de la COVID-19. De plus, de façon exceptionnelle pour les résidents nécessitant de la surveillance ou une aide à l'alimentation, l'utilisation des salles à manger peut être envisagée par le milieu de vie en appliquant de façon rigoureuse les mesures de prévention et de contrôle des infections.	Seuls les repas à l'unité locative sont autorisés **Non permis** Activités de groupe

[2] En RI seulement

	Toutes les activités de groupe sont interdites incluant celles exercées selon l'application du concept de bulle durant cette période. Toutefois, 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 résidents et l'absence de partage d'objets.	
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, à l'instar des consignes pour la population générale, une personne seule autonome et qui souffre d'isolement vivant en RPA ou en RI de type appartement supervisé peut rencontrer une autre personne seule vivant à une autre adresse, toujours la même, à l'extérieur de la RPA ou de la RI de type appartement supervisé. Au retour dans le milieu de vie : • Aucun test de dépistage nécessaire; • Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours; • Aucun contact avec les autres résidents pour une période de 7 jours. Ceci implique : - La prise de repas à l'unité locative ou à la chambre pour les résidents qui vivent dans une RPA où l'exploitant partage son lieu de résidence avec les résidents (souvent des RPA de 9 unités et moins)	**Non permis** Si l'éclosion est localisée dans le milieu de vie, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux sans éclosion.

	Pour les autres, la prise de repas doit déjà se faire à l'unité locative ou à l'appartement supervisé. - De ne pas pouvoir participer à aucune activité offerte par le milieu de vie. Les marches extérieures et les sorties essentielles (par exemple, épicerie, pharmacie) sont permises, et ce, en évitant les contacts avec les autres usagers, en respectant la distanciation de 2 mètres et le couvre-feu.	

Émission :	23-12-2020	Mise à jour :	08-01-21

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	**Milieu de vie sans éclosion en 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** 1 PPA connue du milieu de vie par jour	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par jour
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.
Sorties extérieures		
Sorties extérieures pour des rassemblements et congé temporaire dans la communauté	**Non permis** 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 et le couvre-feu.	**Non permis**

[3] En RI seulement

Émission :	23-12-2020	Mise à jour :	08-01-21

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	**Milieu de vie sans éclosion en 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[4]	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par jour	**Permis** 1 PPA connue du milieu de vie par jour
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
Sorties extérieures		
Sorties extérieures pour des rassemblements et congé temporaire dans la communauté	**Non permis** 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 et le couvre-feu.	**Non permis** 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] En RI seulement. En RTF, une pièce dédiée peut être un salon ou une salle à manger.

Émission :	12-01-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-016

Catégorie(s) :
- ✓ Délestage
- ✓ Guide aide à la décision
- ✓ Éthique

Guide d'aide à la décision pour le délestage d'activités cliniques

Première version

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) – Direction des services hospitaliers (DSH)**

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

Directive	
Objet :	Le délestage d'activités dans le cadre de la 2e vague de pandémie de COVID-19 amène des dilemmes et des questionnements quant aux choix à faire et aux décisions à prendre. Ce guide d'aide à la décision vise à fournir des balises de réflexion et des critères communs d'analyse pour tous les dirigeants des établissements impliqués dans la prise de décision. Ce guide est un outil que le MSSS rend disponible aux établissements, mais n'en impose pas l'utilisation.
Mesures à implanter :	✓ Aucune nouvelle mesure à implanter. Les établissements sont invités à prendre connaissance du guide d'aide à la décision afin de les soutenir dans la planification du délestage d'activités.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes :	
Direction ou service ressource :	**Direction des services hospitaliers**
Document annexé :	✓ Guide d'aide à la décision pour le délestage d'activités cliniques

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
La sous-ministre,
Dominique Savoie

GUIDE D'AIDE À LA DÉCISION

Délestage d'activités cliniques à l'attention des dirigeants des établissements

Ce guide d'aide à la décision est reproduit à partir du document *« Critères de priorisation des activités lors de la 2e vague de la pandémie à la COVID-19 au CISSS de Laval»* produit par le CISSS de Laval.

Introduction

Le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) est fortement touché par la survenue de la COVID-19, voici quelques faits saillants :

- La prise en charge hospitalière des patients COVID-19 demande l'instauration de zones de traitement isolées pour cette clientèle ce qui exige une réorganisation physique et des ressources humaines ;
- La COVID-19 amène un nombre important de patients dans le RSSS tant en hospitalisation, autant aux soins intensifs qu'en hébergement ;
- Les milieux d'hébergement sont touchés par de nombreuses éclosions et les conséquences sont importantes sur la santé des personnes âgées ;
- L'attribution de ressources en milieu d'hébergement visant une prise en charge dans la dignité est une priorité ;
- La prise en charge des patients COVID-19 exige un ratio plus important de personnel compte tenu de l'utilisation des précautions additionnelles de prévention et contrôle des infections ;
- Lors de la 1re vague, le délestage massif de plusieurs activités régulières a permis de réaffecter des employés pour la prise en charge de patients COVID-19 ou pour aider en hébergement, secteur fortement touché par la COVID-19 ;
- En 2e vague, on vise maintenant à maintenir le plus possible les activités régulières pour répondre aux besoins de santé de la population ;
- On observe une diminution importante de la main d'œuvre disponible :
  - la présence de la COVID-19 a entrainé le retrait d'emblée d'employés (femmes enceintes et personnes immunosupprimées) ;
  - le personnel COVID-19 ainsi que les contacts de ces personnes sont retirés temporairement ;
  - le nombre de personnels en assurance salaire est important ;
- Le délestage d'activités entraine des conséquences sur des patients aux besoins reconnus de soins ;
- Les conséquences du délestage d'activités sont plus difficiles à quantifier que les conséquences de la COVID-19, bien qu'elles soient tout aussi réelles.

GUIDE D'AIDE À LA DÉCISION

Enjeux principaux

- Les patients COVID-19 requièrent des efforts extrêmement importants, ce qui a pour effet de diminuer significativement l'offre de service aux patients NON-COVID-19. Ceux-ci peuvent à moyen ou long terme en venir à subir des préjudices similaires ou supérieurs à ceux des personnes atteintes de la COVID-19.
- Le RSSS fait face à des besoins augmentés, mais les ressources humaines spécialisées sont insuffisantes pour effectuer l'ensemble des activités de soins. Cette situation amène le besoin de faire des choix dans le maintien et le délestage d'activités cliniques afin de procéder à l'attribution des ressources humaines pour permettre d'offrir des soins sécuritaires.

Le document qui suit constitue un **guide d'aide à la décision pour le délestage des activités** et est basé sur les principes et valeurs suivants

1. Les valeurs de justice, d'équité, d'égalité, de bienfaisance et de bienveillance envers les patients COVID-19 et NON-COVID-19 doivent être les assises de la réflexion.
2. Le processus de réflexion doit être fait localement afin de laisser la place aux particularités régionales, missions suprarégionales.
3. Harmoniser la réflexion à travers un processus systématique afin de soutenir les décisions.
4. Faciliter les communications tant auprès des professionnels de chacun des établissements qu'auprès des autorités.

Il appartient à chaque établissement d'établir les procédures de délibération éthique et de définir les processus décisionnels lors de l'application de ce guide.

GUIDE D'AIDE À LA DÉCISION

Analyse et portrait des activités de base de l'établissement

Principes/critères

1. Optimisation du fonctionnement de chaque service :

Réviser les pratiques professionnelles et le partage des responsabilités, l'utilisation des compétences présentes, réorganiser le travail dans une perspective d'efficience, gestion de chaque service; assurer que le personnel en poste soit utilisé au maximum.

2. Continuité et interdépendance des services :

Tenir compte de l'interdépendance des services; avant de redémarrer certaines activités, s'assurer que la trajectoire de soins et services est possible et fluide (incluant les services sociaux, la réadaptation, les laboratoires et l'imagerie, etc.);

Être prévoyant en connaissant la disponibilité des ressources dans le temps;

Avoir un plan de contingence pour chaque secteur d'activité, prévoyant tant un délestage qu'un surcroît requis de personnel, sinon risque de bris de services.

3. Critère de pertinence et d'effort/impact :

Assurer dans la mesure du possible, que les interventions sont pertinentes, en fonction des objectifs visés et des meilleures pratiques et des données scientifiques disponibles;

Tenir compte de l'efficience des interventions (ratio investissement /impact);

Miser sur des interventions à potentiel de doubles impacts (usagers et ses proches);

Maintenir les modifications de pratique ou de modes d'intervention que la pandémie de COVID-19 a provoquées et qui sont pertinentes et plus efficientes qu'avant.

4. Impact sur la santé et sécurité de notre personnel :

Favoriser un environnement de travail propice au maintien des effectifs.

5. Critère de risque pour la santé globale des usagers :

La clientèle ou les besoins doivent être priorisés quand il y a un risque pour la santé, la sécurité, l'intégrité et/ou la dignité d'une personne; ce n'est pas quand le risque pourrait s'actualiser (à court, moyen ou long terme), mais plutôt la permanence de l'impact (ou sa chronicisation) sur la santé globale de la personne et son potentiel de vivre la vie qu'elle désire, ou le maintien de sa dignité;

L'évaluation de ces risques doit se traduire en délai maximal d'intervention pour tenter de rendre comparables des besoins qui ne le sont naturellement pas;

des délais devraient être établis selon des normes de sociétés savantes ou des normes professionnelles ou en leur absence d'opinions d'experts.

6.Critère de normes professionnelles :

Les interventions qui sont normalement proposées aux usagers respectent les normes professionnelles; dans un contexte de rareté, ces interventions doivent être réévaluées en prenant en compte la pertinence, soit la hauteur du moyen pour obtenir un résultat raisonnable et significatif.

Actions proposées

1. Faire le portrait de chaque secteur d'activité selon les principes ci-haut.
2. Illustrer les interrelations entre chaque secteur d'activité et mesurer les impacts du délestage dans un secteur sur les secteurs connexes ou en interrelation:
   Élaborer le plan de contingence pour chaque secteur.
3. Lister le délestage possible selon les principes mentionnés ci-haut :
   Considérer les impacts sur la santé des populations concernées;
   Calculer les possibilités de réaffectation en ressources humaines;
   Considérer les efforts nécessaires.
4. Impliquer le personnel dans l'analyse et les recommandations: instaurer un système de boucles de rétroaction.
5. Identifier la priorisation des secteurs selon les risques dus à un délestage pour la clientèle :
   Catégoriser les secteurs selon les délais d'intervention acceptables , déterminer les besoins en termes de pronostic des populations concernées, utiliser les données statistiques probantes disponibles concernant les impacts d'un délestage;
   S'assurer de considérer l'impact des interventions dû au risque de propagation de la COVID-19.
6. Identifier, pour chaque secteur, les interventions minimales requises pour préserver la santé des usagers ainsi que les ressources nécessaires;
   S'assurer d'avoir un niveau de soins pour chaque usager.

GUIDE D'AIDE À LA DÉCISION

Faire des choix

Critères

1. Critère (1) d'égalité, de justice distributive, d'équité et de proportionnalité dans les soins et services :

Viser à revenir à l'offre de service pré-COVID-19, présentant un certain équilibre même s'il n'est pas parfait, en répartissant le fardeau et l'impact de la pandémie sur l'ensemble des clientèles (égalité et justice distributive);

Ne pas corriger, durant la pandémie, les problèmes antérieurs à la pandémie sauf pour des besoins ponctuels et spécifiques à la pandémie (équité);

Il ne fait pas accroître les inégalités de santé des clientèles vulnérables;

la réponse ne devrait pas affecter négativement plus de personnes que celles qui auraient été affectées si nous maintenons l'approche actuelle (proportionnalité).

2. Critère de criticité :

Les deux critères qui suivent (dépendance des usagers et temps acceptable d'intervention) seront utilisés pour déterminer un indice de criticité; cet indice tiendra compte, entre autres, de la probabilité d'un événement ainsi que de la gravité des conséquences réelles et appréhendées advenant sa concrétisation, ce qui permettra de comparer les besoins relatifs de diverses clientèles dans diverses situations; l'indice de criticité sera utilisé pour des services à des groupes de clientèle, ou pour comparer divers scénarios.

Critères de dépendance des usagers :

Prioriser les interventions qui évitent une prise en charge ou renforcent le filet de sécurité des usagers;

Assurer d'abord les soins de base (manger, dormir, sécurité); Considérer le filet de sécurité naturel de chaque milieu; favoriser le soutien aux milieux ayant un filet de sécurité minimal (que ce soit en établissement, ressource ou à domicile);

Attention à la différence entre les usagers qui demandent des soins et services et ceux qui ne sont pas en mesure de le faire.

Critères de temps acceptable pour l'intervention :

Miser sur l'intervention précoce et préventive de première ligne dans le milieu naturel des usagers;

Évaluer l'impact de retarder les services pour les usagers et leurs proches (en particulier proches aidants), tenir compte de la « fenêtre d'opportunité » (chronodépendance) ou délais maximaux acceptables d'intervention comme base de comparaison interclientèles (par contre, le temps acceptable d'intervention n'a pas le même sens selon les clientèles); délais établis par chaque direction en fonction de chaque clientèle en se basant sur les meilleures données probantes disponibles en considérant les impacts sur les usagers de ne pas avoir accès aux soins et services . Par exemple : impacts permanents et répercussions à long terme si nous n'agissons pas;

Danger p/r à la survie ou capacité de mener sa vie en fonction de son projet de vie.

3. Mitigation des risques

Après avoir utilisé le critère de criticité pour comparer des services ou des scénarios, et avant de prioriser ces services ou scénarios, il est important de chercher et d'appliquer d'abord des **moyens de mitigation des risques présents**; dans le même sens, ces situations appellent à une évaluation de la capacité des différents milieux de compenser ces risques avant de prioriser des soins et services;

Actions proposées

1. Pour entreprendre cette étape, il incombe à chaque direction, programme et direction clinique de déterminer les priorités et définir un seuil minimal de services par clientèle pour assurer l'accès à une offre de service à l'ensemble de la population et des clientèles.

2. Identifier les secteurs / activités qui permettent d'éviter le recours aux services hospitaliers / visites à l'urgence :

   Identifier les secteurs qui nécessitent une prise en charge des besoins primaires;

   Mise en commun de la classification des secteurs selon les délais acceptables et les besoins (Actions proposées - *section 5*) pour assurer la sécurité et la qualité des soins et services.

3. Élaborer les mesures de mitigation des risques à mettre en place pour chacun des secteurs.

Émission :		Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGGMO-002

Catégorie(s) : ✓ Stages en santé

Directive concernant la stabilisation des étudiants stagiaires des établissements du RSSS en contexte de la pandémie à la COVID-19

Expéditeur :	**Direction générale de la gestion de la main-d'œuvre**	**Destinataire :**	Tous les établissements Directions de l'enseignement Directions des soins infirmiers Directions des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Directive	
Objet :	Fort de nos apprentissages du printemps 2020, il a été convenu de favoriser la réalisation des stages en balisant l'organisation dans les milieux de soins afin de permettre l'acquisition des compétences nécessaire à la diplomation des apprenants-stagiaires, et ce, en assurant un milieu clinique sécuritaire pour la clientèle et les salariés. Afin de maintenir la capacité du système de santé et de services sociaux à offrir des soins et services aux usagers dans un contexte de pandémie marqué par une pénurie de main-d'œuvre importante, il est essentiel d'assurer la diplomation des futurs professionnels de la santé et des services sociaux.
Principe :	Il est demandé aux établissements de santé et de services sociaux d'appliquer les principes directeurs suivants : ➢ Considérer les stages comme des priorités organisationnelles et éviter le report des stages et les retards de diplomation. ➢ Mettre tout en œuvre pour assurer la réalisation de l'ensemble des stages, tant au niveau de la formation professionnelle, collégiale, qu'universitaire sans discrimination quant au programme de formation ou l'année de formation. ➢ Éviter le délestage des ressources essentielles à la réalisation et la supervision des apprenants-stagiaires. ➢ Favoriser le maintien à l'emploi de l'employé-stagiaire

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction de l'attraction de la main-d'œuvre** (514) 347-0364
Documents annexés :	✓ Principes directeurs encadrant la stabilisation des étudiants stagiaires des établissements du RSSS en contexte de pandémie à la COVID-19

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

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Josée Doyon

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Direction générale de la gestion de la main-d'œuvre

Principes directeurs encadrant la stabilisation des étudiants-stagiaires des établissements du RSSS en contexte de pandémie à la COVID-19

En collaboration avec la Direction des affaires universitaires (DAU) et la Direction générale adjointe de la protection de la santé publique (DGAPSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Octobre 2020

Table des matières

Mise en contexte....3

Principes directeurs....3

Facteurs influençant la réalisation des stages....4

Responsabilités des établissements de santé et de services sociaux et des établissements d'enseignement....5

Mesures de prévention de base à appliquer pour les apprenants-stagiaires et les superviseurs de stages....6

Mesures de stabilisation des stagiaires....8

Mise en contexte

En mars 2020, en réponse au contexte d'urgence sanitaire et par mesure de prudence, il a été décidé de suspendre la majorité des stages en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Pour certains programmes de formation, cet arrêt a eu un impact sur l'acquisition ou la maîtrise des compétences des étudiants[1] ainsi que la diplomation. Un exercice conjoint a donc été réalisé entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Office des professions, le ministère de l'Éducation, le ministère de l'Enseignement supérieur, les ordres professionnels et les établissements d'enseignements afin de maintenir, dans la mesure du possible, les stages en toute sécurité, peu importe la situation sanitaire relative à la COVID-19.

Fort de nos apprentissages du printemps 2020, il a été convenu de favoriser la réalisation des stages en balisant l'organisation dans les milieux de soins afin de permettre l'acquisition des compétences nécessaire à la diplomation des apprenants-stagiaires, et ce, en assurant un milieu clinique sécuritaire pour la clientèle et les salariés.

Afin de maintenir la capacité du système de santé et de services sociaux à offrir des soins et services aux usagers dans un contexte de pandémie marqué par une pénurie de main-d'œuvre importante, il est essentiel d'assurer la diplomation des futurs professionnels de la santé et des services sociaux.

Principes directeurs

En ce sens, il est demandé aux établissements de santé et de services sociaux d'appliquer les principes directeurs suivants :

- Considérer les stages comme des priorités organisationnelles et éviter le report des stages et les retards de diplomation.
- Mettre tout en œuvre pour assurer la réalisation de l'ensemble des stages, tant au niveau de la formation professionnelle, collégiale, qu'universitaire sans discrimination quant au programme de formation ou l'année de formation.
- Éviter le délestage des ressources essentielles à la réalisation et la supervision des apprenants-stagiaires.
- Favoriser le maintien à l'emploi de l'employé-stagiaire.

[1] Dans ce document, l'usage du masculin se veut non discriminatoire et a pour seul objectif d'alléger le texte.

Facteurs influençant la réalisation des stages

En contexte de crise sanitaire actuel, certains facteurs ou indicateurs peuvent influencer et complexifier la tenue des stages tels que :

- Le palier d'alerte régional[2] dans lequel se trouve :
  - le lieu de résidence du stagiaire;
  - le lieu de résidence du maitre (superviseur) de stage si celui-ci n'est pas un employé de l'établissement ou un médecin y ayant des privilèges;
  - l'établissement de santé et de services sociaux dans lequel le stage est réalisé;
  - l'établissement de santé et de services sociaux dans lequel le stage précédent été réalisé;
  - le ou les milieu(x) de travail ou d'implication bénévole de l'apprenant, le cas échéant.
- Le niveau de délestage de certaines activités cliniques au sein de l'établissement où se déroule le stage[3 - 4]
- Le niveau d'alerte de l'établissement de santé et de services sociaux.[5]

LE DÉCLENCHEMENT DES NIVEAUX D'ALERTE EST DÉCIDÉ PAR LE MSSS ET SE FAIT RÉGIONALEMENT/LOCALEMENT ET PAR CLIENTÈLE ADULTE OU PÉDIATRIQUE				
ACTIVATION selon : Utilisation des lits d'hospitalisation et de soins intensifs COVID (sauf pédiatrie)	Niveau d'alerte 1 • Utilisation des lits d'hospitalisation < 20 % des lits ciblés COVID • Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI < 20 % des lits ciblés COVID	Niveau d'alerte 2 • Utilisation des lits d'hospitalisation entre 20 % et 40 % des lits ciblés COVID • Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI entre 20 à 40 % à des lits ciblés COVID	Niveau d'alerte 3 • Utilisation des lits d'hospitalisation de 40 % - 80% des lits ciblés COVID • Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI entre 40-80% des lits ciblés COVID	Niveau d'alerte 4 • Utilisation des lits d'hospitalisation > 80% des lits ciblés COVID • Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI > 80% des lits ciblés COVID

- Le type de zone d'accueil des patients où se réalise le stage et le travail (dans la situation de travail/études) : froide (sans cas), tiède (avec cas de COVID-19 possible), chaude (avec cas confirmé de COVID-19).
- Les recommandations intérimaires mises à jour régulièrement concernant les stages en contexte de pandémie à la COVID-19[6].
- La disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) dans des milieux d'éclosion et la capacité des espaces physiques pour le respect de la distanciation de 2 mètres.
- La discipline dans laquelle étudie le stagiaire.

---

2 Si certaines activités sont délestées, il est possible que le milieu ne puisse pas offrir l'exposition nécessaire à la réalisation du stage.

3 Les étudiants-stagiaires dont la discipline a été ciblée dans un arrêté ministériel ou provenant d'une discipline essentielle peuvent contribuer de façon significative en contexte de pénurie de main-d'œuvre et de pandémie. Ils pourraient même être sollicités pour prêter main forte.

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

5 Le niveau d'alerte de l'établissement aura à la fois un impact considérable sur l'accessibilité à la clientèle par les apprenants-stagiaires ce qui peut nuire à l'acquisition des compétences visées par les stages et sur la disponibilité de main-d'œuvre pour assurer la supervision des apprenants-stagiaires.

6 Recommandations intérimaires concernant les stages en santé en contexte de pandémie à la COVID-19 https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/reprise-des-stages-en-sante/

- ❖ Le niveau d'expérience de l'étudiant-stagiaire : les apprenants-stagiaires expérimentés sont ceux ayant réussi plus d'un stage actif en milieu clinique (ceci exclus les stages d'observation) et qui, de plus, ont fait la démonstration d'une maîtrise adéquate de l'ensemble des règles PCI.

Afin de favoriser la tenue de tous les stages, une collaboration étroite entre les établissements du RSSS et les établissements d'enseignement est essentielle.

Responsabilités des établissements de santé et de services sociaux et des établissements d'enseignement[7]

Contrairement au printemps 2020, la transmission soutenue de la COVID-19 dans la communauté n'est plus en soit une indication de suspendre les stages. Toutefois, des précautions additionnelles doivent être apportées pour éviter que cette activité ne contribue à la circulation du virus ou qu'elle compromette la sécurité des apprenants-stagiaires et de la clientèle. De même, avant de refuser un stagiaire ou un groupe de stage et/ou de mettre fin à un stage pour des motifs liés à un changement du niveau d'alerte hospitalière et de délestage de services, des mesures alternatives doivent être envisagées. La réalisation de plusieurs de ces mesures est en coresponsabilité avec l'établissement d'enseignement. Idéalement elles doivent être implantées avant que les situations critiques ne surviennent.

- ➢ L'établissement de santé et de services sociaux doit être en mesure de rejoindre les apprenants-stagiaires jusqu'à 14 jours après le dernier jour de stage en cas d'éclosion sur une unité.[8]
- ➢ Modifier la structure du stage, afin de permettre un stage intensif en continu.[9]
- ➢ Planifier les horaires de stages de façon à favoriser la prise des repas à l'extérieur des milieux de soins et en dehors des heures de stages.[10]
- ➢ Gestion des horaires : éviter la surcharge de travail, car il y a un risque accru d'erreurs en situation de stress et de fatigue.
- ➢ Favoriser des stages dans une même installation pour un même étudiant ou un groupe d'étudiants.
- ➢ Favoriser des groupes bulle (stables) : regrouper les apprenants-stagiaires en formant des équipes maintenues dans le temps afin de réduire les risques de transmission des infections entre apprenants-stagiaires.
- ➢ Répartir les périodes de stages dans la journée et la semaine (soir et fin de semaine) afin de diminuer la taille des équipes présentes.
- ➢ Limiter la mobilité durant les stages : durant une même période de stage, limiter les déplacements des apprenants-stagiaires entre les différentes installations ou d'une unité chaude à une unité froide. Par exemple, regrouper les activités dans une même installation afin de limiter les déplacements dans une même semaine, particulièrement en cas d'éclosion intra hospitalière ou d'augmentation de la transmission communautaire dans la région. La mobilité inclut la garde et, le cas échéant, le travail à temps partiel dans le réseau de la santé. Voir tableau en fin de document.

---

7 Ce document sera partagé aux différents partenaires lors des comités consultatifs MSSS et ME, MSSS et MES misent en place afin d'optimiser la collaboration interministérielle.

8 Responsabilité conjointe entre établissement du RSSS et établissements d'enseignement.

9 Le plan de stage doit favoriser des jours de stage consécutifs, dans le même milieu clinique sur une plus courte période calendrier sans réduire le nombre total de jour de stage

10 Les espaces collectifs n'ont pas été conçus pour assurer la distanciation nécessaire, afin de protéger adéquatement les apprenants-stagiaires lorsqu'on retire les équipements de protection individuelle.

- Planifier les horaires de stages afin de tenir compte de l'horaire du superviseur de stage (quand l'étudiant-stagiaire est supervisé par un même employé d'une unité ou d'un milieu de soins).
- Attribuer des lieux de stage compatibles avec le lieu de travail (ou bénévolat) de l'employé-stagiaire.
- Favoriser l'utilisation d'outils techno pédagogiques (*React* ou *TEAMS*).
- Être ouvert aux solutions alternatives issues des discussions entre les établissements du RSSS et les établissements d'enseignement.
- Permettre aux apprenants-stagiaires plus expérimentés de travailler avec les usagers COVID+ en respect de la pyramide d'apprentissage inversée c'est à dire, les plus expérimentés en premier jusqu'au moins expérimentés.
- Proposer des méthodes alternatives d'apprentissage :
    - Favoriser l'utilisation : téléstage, téléconsultation, télésupervision;
    - Promouvoir l'utilisation des laboratoires et des laboratoires de simulation.
- Privilégier une affectation dans un même milieu de stage pour des stages d'une durée d'au moins 2 semaines consécutives : Éviter une mobilité de milieu de stage à la semaine et proscrire la mobilité à la journée.
- Pour l'ensemble des stagiaires : privilégier des mesures alternatives d'enseignement pour éviter le report de stage ou l'échec en cas de symptômes chez l'apprenant stagiaire. Afin d'éviter que ce dernier dissimule des symptômes.

Dans l'éventualité où la réalisation de tous les stages est impossible, les critères de priorisation suivants doivent être appliqués :

- Favoriser la réalisation de stages en reprises de stages.
- Favoriser la réalisation de stages qui se concluent par une diplomation en 2020-2021.
- Favoriser la réalisation des stages qui permettent l'obtention d'un titre d'emploi de transition.[11] par exemple : 1 an en soins infirmiers = possibilité d'être préposé aux bénéficiaires (PAB) ou externat en soins infirmiers.
- Favoriser les stages qui permettent la mise en œuvre de plans alternatifs de stage tels : le téléstage, la télésupervision ou la téléconsultation.
- Favoriser les stages qui peuvent se réaliser malgré le délestage de ressources.

Mesures de prévention de base à appliquer pour les apprenants-stagiaires et les superviseurs de stages

Sachant que plusieurs personnes COVID+ peuvent transmettre le virus alors qu'elles présentent peu de symptômes ou sont asymptomatiques, les mesures universelles doivent toujours être appliquées. De plus, dès que le stagiaire ou l'apprenant est à moins de 2 mètres de quiconque, l'apprenant doit porter ses équipements de protection individuelle et les manipuler selon les normes requises. De plus, soucieux d'assurer la réalisation des stages et la diplomation pour l'ensemble des programmes de formation tout en protégeant la population en général, le MSSS demande autant aux apprenants-stagiaires qu'aux superviseurs (maitre) de stages de respecter certaines mesures complémentaires. Sans l'application de ces mesures, la réalisation des stages pourrait être compromise.

[11] Voir des exemples d'emplois de transition en annexe

- Valoriser la pratique d'isolement communautaire[12] préventif durant toute l'étendue de la période de stage peu importe le palier d'alerte populationnelle d'une région :[13]
  - Limiter au maximum ses interactions sociales extracurriculaires;
  - Assurer le respect des mesures de distanciation physique en tout temps et appliquer les mesures de prévention et contrôle des infections même dans son lieu de résidence;
  - Éviter tout comportement à risque non essentiel par exemple : la pratique de sports de contacts.
- Déclarer à l'établissement d'enseignement la présence d'un statut multiple, c'est- à-dire déclarer à l'établissement toutes les activités professionnelles ou de bénévolat réalisées pendant la période de stage, même celles réalisées entre les périodes de stages afin d'anticiper les risques liés à la mobilité dans l'organisation du stage.
  - De plus, déclarer à l'établissement de santé et des services sociaux les activités réalisées dans une zone tiède ou chaude pendant la durée du stage.
- Faire preuve de professionnalisme durant toute la période scolaire et développer une vigilance accrue au regard des mesures universelles dans leur vie personnelle, familiale et sociale.
- Favoriser l'utilisation d'outils techno pédagogiques (React, Teams) pour l'exécution de travaux d'équipe en lien avec le stage.
- Suivre obligatoirement les formations requises et prescrites par l'établissement en matière de prévention et contrôle des infections (PCI).
- Appliquer rigoureusement les règles PCI et le port de l'équipement de protection individuelle (EPI) selon les directives fournies par le milieu de stage.
- Aviser l'établissement d'accueil si une personne est atteinte de la COVID-19 dans son entourage immédiat, s'il y a une éclosion dans son milieu de travail (installation) ou une éclosion dans son établissement d'enseignement.
- Aviser l'établissement de santé et l'établissement d'enseignement dès l'apparition de tout symptôme énuméré dans le formulaire de déclaration signé en début de stage et surtout accepter de ne pas se présenter en stage lors de l'apparition de ce(s) symptôme(s) et effectuer le test COVID-19 :
  - Si le résultat est positif, appliquer les principes d'isolement tels que prescrits par la santé publique.
  - Si le résultat est négatif et qu'il y a amélioration de l'état général, retour en milieu de stage avec masque (étiquette respiratoire) et respect des règles PCI. Si augmentations des symptômes, répéter le test 24 h post dernier test et poursuivre isolement en attendant le résultat.
  - Advenant que le deuxième test soit positif, appliquer les principes d'isolement tels que prescrits par la santé publique.
  - Si le test est négatif et que les symptômes persistent, évaluation médicale requise.
  - Éviter l'utilisation des transports en commun pour se rendre en stage si la transmission de la COVID-19 est élevée dans la communauté (dès le niveau d'alerte orange). Se référer aux recommandations intérimaires concernant les stages en santé en contexte de pandémie de la COVID-19 guide du MSSS.

[12] L'isolement communautaire vise à réduire au maximum ses interactions sociales et ses activités à l'extérieur du domicile pour éviter une acquisition communautaire de la COVID-19.

[13] Cette mesure permet d'éviter le report de stage en favorisant la réalisation des stages malgré un changement de palier d'alerte populationnelle dans la région de résidence du stagiaire et/ou de l'établissement où a lieu le stage et/ou du lieu de travail.

Mesures de stabilisation des stagiaires

Voici les mesures à appliquer pour la réalisation des stages selon les paliers d'alerte populationnelle par région, le niveau d'alerte des établissements et les différentes zones des milieux de soins (ou patient) (froide, tiède, chaude), le cas échéant :

Les recommandations intérimaires concernant les stages en santé en contexte de pandémie de la COVID-19
Disponibles sur le site du MSSS sont complémentaires au tableau suivant :

<table>
<tr><th>Palier d'alerte Populationnelle par région</th><th>Vigilance</th><th>Préalerte</th><th>Alerte</th><th>Alerte maximale</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Accueil des apprenants-stagiaires au sein de l'établissement du RSSS</td><td>Autorisé</td><td>Autorisé</td><td>Autorisé
Les stages d'observation sont déconseillés dans des zones chaudes et tièdes</td><td>Autorisé
Les stages d'observations sont déconseillés dans les zones chaudes et tièdes</td></tr>
<tr><td colspan="4">Les stages sont autorisés en zones tiède et chaude pour les apprenants-stagiaires expérimentés ayant réussi plus d'un stage en milieux cliniques actifs (ceci exclut les stages d'observation) et qui de plus, ont fait la démonstration d'une maîtrise adéquate de l'ensemble des règles PCI. L'exposition aux cas COVID+ en fin de formation peut être souhaitée afin de préparer le futur diplômé au marché du travail.</td></tr>
<tr><td>Mobilité interrégionale</td><td>Se référer au tableau des mesures de mitigation des risques lors de mobilité interrégionale pour les stages en santé selon le système d'alerte et d'intervention à 4 paliers*</td><td>Se référer au tableau des mesures de mitigation des risques lors de mobilité interrégionale pour les stages en santé selon le système d'alerte et d'intervention à 4 paliers*</td><td>Se référer au tableau des mesures de mitigation des risques lors de mobilité interrégionale pour les stages en santé selon le système d'alerte et d'intervention à 4 paliers*</td><td>Se référer au tableau des mesures de mitigation des risques lors de mobilité interrégionale pour les stages en santé selon le système d'alerte et d'intervention à 4 paliers*</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>Palier d'alerte Populationnelle par région</th><th>Vigilance</th><th>Préalerte</th><th>Alerte</th><th>Alerte maximale</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Mobilité inter établissements pour l'apprenant-stagiaire[14] et le superviseur de stage</td><td>Autorisée

Éviter la mobilité inter établissement et intra établissement en contexte d'éclosion/ sur des unités en éclosion.</td><td>Autorisée

Éviter la mobilité inter établissement et intra établissement en contexte d'éclosion/ sur des unités en éclosion.</td><td>Autorisée avec restrictions

Privilégier la réalisation de tous les stages de l'étudiant ou d'un groupe d'étudiant dans un même établissement.

Éviter la mobilité vers un établissement de niveau d'alerte 3 ou 4.

La mobilité inter établissement est interdite lorsque le stagiaire a réalisé un stage sur une unité en éclosion (il y a moins de 14 jours) ou devait réaliser un stage sur une unité en éclosion.

De façon exceptionnelle, la PCI peut évaluer les facteurs de risque et permettre la réalisation du stage sous certaines conditions</td><td>Déconseillée, avec restrictions.

Privilégier fortement la réalisation de tous les stages de l'étudiant ou d'un groupe d'étudiant dans la même installation d'un établissement.

Éviter la mobilité vers un établissement de niveau d'alerte 3 ou 4.

La mobilité inter établissement est interdite lorsque le stagiaire a réalisé un stage sur une unité en éclosion (il y a moins de 14 jours) ou devait réaliser un stage sur une unité en éclosion.

De façon exceptionnelle, la PCI peut évaluer les facteurs de risque et permettre la réalisation du stage sous certaines conditions</td></tr>
<tr><td colspan="4">À partir du palier d'alerte populationnelle jaune :

• La mobilité inter établissements doit uniquement répondre à des objectifs pédagogiques qui ne peuvent pas être remplis autrement : quand cela est possible, les stages doivent se dérouler dans le même établissement, voir la même installation.
• Favoriser la réalisation de stages intensifs en continu sur une période de 2 semaines consécutives et plus. De plus, l'étudiant doit démontrer un comportement exemplaire dans l'application des règles PCI durant toute la période de stage et se conformer aux directives d'isolement communautaire selon les recommandations intérimaires concernant les stages en santé en contexte COVID-19.</td></tr>
</table>

[14] Ces directives s'appliquent également aux superviseurs (maitres) de stage qui ne sont pas employés de l'établissement où a lieu le stage

Palier d'alerte Populationnelle par région	Vigilance	Préalerte	Alerte	Alerte maximale
Modalités de réalisation du stage	Telles que prévue	Telles que prévue	Avec restrictions : Planifier la réalisation de l'ensemble des stages pour un étudiant ou un groupe d'étudiants dans un même établissement de santé et de services sociaux. Éviter la réalisation de stage dans des unités en éclosion.	Avec restrictions : Planifier la réalisation de l'ensemble des stages pour un étudiant ou un groupe d'étudiants dans un même établissement de santé et de services sociaux et de préférence dans une même installation. Éviter la réalisation de stage dans des unités en éclosion.
	▪ Le plan de stage doit inclure des alternatives pour la supervision des stages si les niveaux d'alerte des établissements sont à 3 ou 4. ▪ Éviter la mobilité d'un milieu chaud à un milieu tiède ou froid (dans une même installation, un même établissement ou inter établissement). ▪ S'assurer d'avoir des plans de stage qui tiennent compte de l'évolution rapide de la situation épidémiologique. ▪ Favoriser le télé stage, la télé supervision, la téléconsultation et l'utilisation des laboratoires de simulations. ▪ Favoriser des modèles alternatifs de supervision des apprenants-stagiaires pour éviter le déplacement inter établissements et inter installations.			
Modalités de réalisation du stage pour les milieux de vie	Il est recommandé qu'un stagiaire soit attitré à un seul milieu de vie pour les CHSLD, pour les RI-RTF et pour les RPA[15].	Il est recommandé qu'un stagiaire soit attitré à un seul milieu de vie pour les CHSLD, pour les RI-RTF et pour les RPA.	Il est recommandé qu'un stagiaire soit attitré à un seul milieu de vie pour les RI-RTF et pour les RPA. ET Obligatoire pour le CHSLD. Si un stagiaire doit se déplacer dans plus d'un milieu de vie, il est obligatoire de débuter et compléter le stage en CHSLD avant de poursuivre vers le second milieu.	Obligatoire qu'un stagiaire soit attitré à un seul milieu de vie pour les CHSLD, pour les RI-RTF et pour les RPA.

[15] 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/

Palier d'alerte Populationnelle par région	Vigilance	Préalerte	Alerte	Alerte maximale
Précisions sur les modalités de réalisation de stage en fonction de la zone	Pour le stagiaire expérimenté exposé à une clientèle COVID+, il est recommandé d'éviter dans la même semaine, la mobilité d'une zone chaude vers une zone tiède ou froide. Si cela s'avère impossible, respecter les principes et mesures suivants : Appliquer une transition graduelle de zone. Ainsi, le stagiaire provenant d'une zone chaude devrait être dirigé vers une zone tiède plutôt qu'en zone froide. De plus, pour un stage ayant été réalisé dans une unité où sont hospitalisées ou hébergées des personnes atteintes de la COVID-19 : ▪ Respect des mesures universelles et de distanciation ▪ Surveillance des Sx et prise de température pour 14 jours ▪ Isolement communautaire suffisant si le port d'EPI durant toute la période de stage était conforme aux règles PCI des différentes zones. Limiter l'accès des apprenants-stagiaires aux unités en éclosion De plus, pour un stage ayant été réalisé en zone chaude dans un milieu en éclosion ▪ Respect des mesures universelles et de distanciation ▪ Surveillance des Sx et prise de température pour 14 jours ▪ Tests de détection selon les recommandations du milieu qui pourraient être au jour 0 et 7 voir recommandations intérimaires concernant les stages en santé en contexte COVID-19 ▪ **Idéalement éviter de débuter un nouveau stage ou travailler en zone tiède ou froide pour une période de 14 jours.**			
Double statut : stagiaire et emploi étudiant dans le RSSS	Autorisé	Autorisé	Autorisé Assurer une compatibilité dans l'attribution des milieux (entre le milieu de stage et le lieu de travail) afin de limiter l'accès aux milieux en éclosion et éviter la transition de zones selon les règles PCI. Privilégier la réalisation du stage dans le même milieu que le lieu de travail. Respecter les modalités applicables aux changements de zones.	Autorisé Assurer une compatibilité dans l'attribution des milieux (entre le milieu de stage et le lieu de travail) afin de limiter l'accès aux milieux en éclosion et éviter la transition de zones selon les règles PCI Privilégier la réalisation du stage dans le même milieu que le lieu de travail. Respecter les modalités applicables aux changements de zones.

Palier d'alerte Populationnelle par région	Vigilance	Préalerte	Alerte	Alerte maximale
Précisions sur les modalités de réalisation de stage pour les apprenants à double statut en fonction de la zone	Il est recommandé de favoriser l'emploi étudiant au sein du même milieu ou installation que celui où se réalise le stage. De préférence, les affectations de l'employé-stagiaire ne doivent pas compromettre la diplomation ni provoquer un manque de main-d'œuvre. Éviter la transition de zones en tout temps. Si cela est impossible, appliquer une transition graduelle de zone. Ainsi, le stagiaire/employé provenant d'une zone chaude devrait être dirigé vers une zone (chaude) ou tiède. ▪ Il est de la responsabilité du salarié de s'assurer de transmettre l'information pertinente à l'établissement employeur ou l'établissement où se réalise le stage afin d'éviter les transitions de zone ▪ Limiter l'accès aux milieux en éclosion De plus, pour un stage ou un emploi ayant été réalisé dans une unité où sont hospitalisées ou hébergées des personnes atteintes de la COVID-19 et que le port d'ÉPI était conforme aux règles PCI de l'établissement de stage et de l'établissement employeur durant toute la durée du stage ou la période de travail – Respect des mesures universelles et de distanciation – Surveillance des Sx et prise de température pour 14 jours – Isolement communautaire (obligatoire en palier d'alerte rouge) De plus, pour un stage ou un emploi ayant été réalisé en zone chaude dans un milieu en éclosion – Respect des mesures universelles et de distanciation – Surveillance des Sx et prise de température pour 14 jours • Tests de détection selon les recommandations du milieu qui pourraient être au jour 0-7 ou 14 et Redépister tous les 3 à 7 jours, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usagé ou employé) détecté sur l'unité selon l'officier PCI et en conformité avec les recommandations de l'INSPQ sur les investigations d'éclosion (https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3066-mesures-pci-eclosions-milieu-soin-covid.pdf) – Idéalement éviter de débuter un nouveau stage ou travailler en zone tiède ou froide pour une période de 14 jours.			
Isolement communautaire (voir document recommandations intérimaires)	Recommandé durant toute la période de stage afin de ne pas compromettre la réalisation des stages.	Recommandé durant toute la période de stage afin de ne pas compromettre la réalisation des stages.	Fortement recommandé durant toute la période de stage afin de ne pas compromettre la réalisation des stages.	Obligatoire en respect des directives de la santé publique. [16]

[16] https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections; https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/palier-4-alerte-maximale-zone-rouge/

Émission :	14-01-2021	Mise à jour :	-

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-010

Catégorie(s) :
- ✓ Vaccin COVID-19
- ✓ Compagne de vaccination COVID-19

Directive sur la campagne de vaccination COVID-19 à l'intention des travailleurs de la santé

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale de la santé publique (DGSP)**
Destinataires :	Tous les établissements publics du RSSS : – Présidents-directeurs généraux et directeurs généraux; – Directeurs généraux des établissements privés conventionnés; – Présidents-directeurs généraux adjoints; – Directeurs des services professionnels; – Directeurs de santé publique; – DRHCAJ.

Directive	
Objet :	Directive sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 à l'intention des travailleurs de la santé
Principe :	Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, la vaccination des populations à risque de complications prend toute son importance. À ce titre, il est essentiel que les professionnels de la santé soient au courant de l'évolution de la situation et des recommandations qui seront faites pour la priorisation des populations vulnérables.
Mesures à implanter :	Informer les travailleurs de la santé de l'évolution de la situation, des recommandations qui seront faites pour la priorisation des populations vulnérables ainsi que les formations offertes, Les normes de pratique professionnelles en vaccination, la saisie obligatoire au registre de vaccination dans les 24 heures et le signalement des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) graves survenant à la suite d'un vaccin contre la COVID-19.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes :	
Direction ou service ressource :	**Direction générale de santé publique** Protection@msss.gouv.qc.ca
Document annexé :	✓ 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
Le sous-ministre adjoint,
Horacio Arruda

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Émission :	14-01-2021	Mise à jour :	-

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-010

Directive

PRIORISATION DES PERSONNES À VACCINER

Les vaccins seront disponibles graduellement au cours des prochains mois. Les quantités de vaccins disponibles jusqu'en mars 2021 seront très limitées comparativement aux campagnes de vaccination antérieures. La vaccination des différents groupes se fera par étapes, en fonction des quantités de vaccins disponibles.

L'âge avancé est le facteur de risque le plus élevé de développer des complications et de décéder à cause de la COVID 19. La majorité des décès sont survenus dans des milieux de vie hébergeant des personnes âgées. Des éclosions y ont été rapportées, touchant à la fois les résidents et les travailleurs de la santé. Le vaccin sera administré chez ces personnes en priorité ainsi qu'aux travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux en contact avec des usagers.

Pour plus de détails sur les critères utilisés pour la priorisation des personnes à vacciner, consultez le document Avis préliminaire sur les groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec. Ce document présente également une analyse des facteurs de risque des complications de la COVID-19 et du poids relatif de l'âge ou des maladies chroniques.

Les professionnels de la santé font partie des premiers groupes qui seront vaccinés. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a d'ailleurs produit une 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.

À mesure que plus de vaccins seront disponibles au Canada, la vaccination sera élargie à de plus en plus de personnes selon l'ordre suivant :

- Les personnes vulnérables et en grande perte d'autonomie qui résident dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).
- 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 (RPA) ou dans certains milieux fermés hébergeant des personnes âgées.
- Les résidents dans les communautés isolées et éloignées.
- Les personnes âgées de 80 ans ou plus ainsi qu'une personne proche aidante de 70 ans et plus qui les accompagnent lors de la vaccination.
- 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 et des femmes enceintes sera déterminée en fonction d'études à venir sur la sécurité et l'efficacité des vaccins chez ces personnes. La priorisation pourra être revue en fonction de différentes considérations, comme le nombre de vaccins disponibles, entre autres.

Pour mieux comprendre l'épidémiologie particulière de cette infection, nous vous invitons à consulter la page suivante : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/#epidemiologie.

NOUVEAUX INTERVENANTS AUTORISÉS À VACCINER

Dans le cadre de la vaccination de masse contre la COVID-19, les arrêtés ministériels 2020-022 et 2020-099 modifient les responsabilités de certains professionnels et autorisent la contribution de nouvelles catégories d'intervenants à administrer un vaccin contre l'influenza ou la COVID-19 pendant la période d'urgence sanitaire. Les intervenants autorisés par ces arrêtés devront avoir reçu une formation approuvée par le MSSS.

FORMATION

Les formations suivantes sont disponibles sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial :

- Vaccination contre la COVID-19
- Gestion des vaccins
- Formation de base en immunisation

Consultez également la page Vaccination - Outils et formation.

La page Vaccination contre la COVID-19 du site Internet du MSSS et le document Questions et réponses sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 sont également deux outils incontournables pour tout connaître sur la campagne de vaccination et sur le vaccin.

NORME DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE EN VACCINATION

Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) a également été mis à jour pour intégrer le protocole du vaccin COVID-19. Le PIQ peut être consulté sur le site Web du MSSS à l'adresse suivante : https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/protocole-d-immunisation-du-quebec-piq/.

La norme de pratique professionnelle pour la vaccination au Québec est établie par le PIQ, et ce, pour tous les ordres professionnels concernés. Les recommandations du PIQ ont prépondérance sur toute autre source d'information sur la vaccination COVID-19. Les vaccinateurs ont la responsabilité de s'assurer que leurs connaissances et leurs compétences sont à jour pour tout produit immunisant qu'ils ont à gérer ou administrer.

INSCRIPTION AU REGISTRE DE VACCINATION

Nous vous rappelons que 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, afin que la saisie se fasse le plus possible 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 pour avoir le meilleur calcul de couverture vaccinale possible.

DÉCLARATION DES MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES SUIVANT LA VACCINATION

Tous les professionnels de la santé habilités à poser un diagnostic ou à évaluer l'état de santé d'une personne doivent signaler à la Direction de santé publique (DSPublique) de leur région, dans les plus brefs délais, les manifestations cliniques inhabituelles (MCI) graves survenant à la suite d'un vaccin contre la COVID-19 (7/7 jours) afin de rehausser la vigie des problématiques pouvant être reliées à la sécurité des vaccins et permettre qu'une enquête épidémiologique puisse être débutée le plus rapidement possible le cas échéant.

Une directive ministérielle est en vigueur au sujet des MCI à surveiller et à déclarer en lien avec la vaccination COVID-19. Vous pouvez en prendre connaissance ici : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002847/.

Pour signaler une 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 ou par courriel.

PREVENIR LA TRANSMISSION DES INFECTIONS DANS VOTRE MILIEU

Le début de la vaccination ne signifie pas la fin des mesures sanitaires. Plusieurs mois seront nécessaires pour protéger une part suffisamment importante de la population avec le vaccin. Comme professionnel de la santé, vous devez tenter de prévenir la transmission des infections respiratoires dans votre milieu en rappelant les règles de prévention pour tout patient se présentant dans votre milieu. Vous êtes également dans une position privilégiée pour informer vos patients des autres mesures préventives, tels l'hygiène des mains, l'hygiène respiratoire, la distanciation physique et le port du masque. Vous pouvez consulter le lien suivant pour plus d'information : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/informations-generales-sur-le-coronavirus/#c53182.

Émission :	2021-01-15	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-037

Catégorie(s) :
- ✓ Milieux de vie
- ✓ Milieux d'hébergement
- ✓ Milieux de soins
- ✓ Visites
- ✓ Sorties

Directive sur les visites et sorties pour certains milieux de vie, d'hébergement ou de soins pour la période de confinement du 9 janvier au 8 février 2021

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 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); • Responsables de la prévention et contrôle des infections.

Directive	
Objet :	Compte tenu de la situation épidémiologique au Québec et afin de limiter la propagation de la COVID-19; Considérant les annonces du premier ministre et du gouvernement du 6 janvier 2021 portant sur les consignes à la population générale pour la période de confinement; Vous trouverez les mesures à appliquer pour les visites et sorties dans les milieux de vie, milieux de soins ou d'hébergement (pour les 18 ans et moins : RI-RTF jeunesse, 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 en santé mentale (centre de crise)). Pour les autres milieux de vie et de soins adultes (CHSLD, RI-RTF, RPA, RAC, URCI, internat, foyer de groupe, les milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou réadaptation modérée) veuillez-vous référer à la directive DGAPA-019.REV2.
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. 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 COVID19;
- 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'inscription au registre des visiteurs et la conservation de l'information sur la visite est requise pour permettre les suivis en cas d'éclosion. Pour les RI-RTF, il est également demandé de conserver l'information sur les visites. Les informations recueillies doivent contenir les renseignements permettant de faciliter les enquêtes épidémiologiques des autorités de la santé publique (nom, numéro de téléphone, adresse courriel, date et heure de la présence, usager visité).

L'importance de s'assurer que les liens entre les personnes et leurs proches sont actualisés et intensifiés durant le confinement de façon virtuelle ou par le biais de contacts téléphoniques.

La santé publique recommande d'éviter les déplacements entre les régions.

Les consignes destinées à la population générale dans le contexte de la COVID-19 sont disponibles à l'adresse suivante : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/confinement-du-quebec-covid-19/

Durant la période du 9 janvier au 8 février 2021, les milieux devront mettre en place les mesures suivantes :

- Favoriser l'accueil des personnes autorisées connues dans les milieux (selon celles définies des tableaux/trajectoires existantes, par exemple : proche aidant, parent, tout autre personne identifiée par ordonnance, intervenants, etc.).

- Les personnes autorisées qui seront accueillies dans les différents milieux durant la période concernée doivent suivre les consignes de la population en générale notamment, réduire au maximum les contacts en présentiel et respecter le couvre-feu. Toutefois, dans certaines situations particulières, les personnes proches aidantes pourraient obtenir d'un établissement de santé et de services sociaux, une lettre permettant les déplacements lors du couvre-feu lorsque cliniquement requis pour l'usager.

- Seules les personnes autorisées connues du milieu pourront y accéder. Ces personnes sont informées ou formées sur les mesures PCI à respecter selon les recommandations de l'équipe PCI de l'établissement pour ce type de milieu.

- La prise de rendez-vous est fortement recommandée auprès du milieu pour faciliter l'accueil et l'accompagnement des personnes autorisées connues pour le respect des mesures PCI en tout temps selon les directives en vigueur.

- Pour les milieux concernés par la notion de proche aidant, il est demandé aux résidents, aux usagers confiés ou à leur représentant d'identifier un maximum de 2 personnes proches aidantes afin de restreindre le nombre de personnes différentes pouvant avoir accès au milieu.

- Privilégier que la sortie ou visite avec la personne autorisée se réalise à l'intérieur de la région administrative ou de territoires limitrophes du milieu de vie, d'hébergement ou de soins où réside l'usager pour éviter les déplacements interrégionaux puisque ceux-ci sont non recommandés. Cette restriction ne s'applique pas aux personnes autorisées dans les milieux CRJDA et RI-RTF jeunesse.

- Selon l'évolution de la situation épidémiologique au Québec, les présentes directives pourront être reconduites au-delà du 8 février 2021.

- La présente directive a préséance sur les autres trajectoire et directives des milieux de vie concernés (pour les thèmes abordés ci-après) autre?
  - RI-RTF jeunesse : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgapa-001-rev1_tableau-e.pdf
  - CRJDA et foyer de groupe : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-295W.pdf
  - Autres milieux jeunesse en DP-DI-TSA : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgppfc-033_tableau-autres-milieux-jeunesse.pdf

Émission :	2021-01-15	Mise à jour :	

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	• Direction générale adjointe des services de santé mentale, dépendance et itinérance : Faqinfocovid19@msss.gouv.qc.ca • 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

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 :	2021-01-15	Mise à jour :	

ANNEXE 1

RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ / LSSSS)		
Mesures	**Confinement à partir du 9 janvier 2021**	**Usager en isolement préventif/Isolement ou milieu en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)**
Visites dans le milieu		
Visites à l'intérieur du milieu dans la chambre de l'usager	**Permis** Maximum 1 parent par jour pour apporter son aide ou son soutien au jeune, dans sa chambre ou dans une pièce dédiée	**Permis** Maximum 1 parent par jour pour apporter son aide ou son soutien au jeune, dans sa chambre ou dans une pièce dédiée, à la condition de respecter les mesures PCI indiquées.
Visites à l'extérieur du milieu sur le terrain	**Permis** Maximum 1 parent par jour Ajuster la fréquence en compensant par d'autres moyens (ex. : téléphonique).	**Permis** Maximum 1 parent par jour Ajuster la fréquence en compensant par d'autres moyens (ex. : téléphonique).
Sorties extérieures		
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	**Non permis** Prévoir, dans la mesure du possible, des modalités alternatives.

Activités socio-professionnelles/ cliniques ou thérapeutiques (intégration par les stages, travail, centre de jour, etc.)	**Permis** En cohérence avec l'algorithme décisionnel Directive DGPPFC-017.REV2 sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant.	**Non permis**
Sorties extérieures (restaurants, pharmacie, etc.)	**Permis** Limiter aux sorties essentielles ou/et privilégier la livraison pour le restaurant, la pharmacie, les commerces.	**Non permis**

Émission :	2021-01-15	Mise à jour :	

ANNEXE 2

Centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation et foyer de groupe jeunesse		
Mesures	**Confinement à partir du 9 janvier 2021**	**Usager en isolement préventif/Isolement ou milieu en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)**
Visites à l'intérieur du milieu		
Accès à l'intérieur	**Permis exceptionnellement** Maximum 1 parent par jour Privilégier d'autres moyens de communication (ex. : téléphonique).	**Permis exceptionnellement** Maximum 1 parent par jour Privilégier d'autres moyens de communication (ex. : téléphonique).
Activités extérieures		
Visite sur le terrain	**Permis** Maximum 1 parent par jour Privilégier par d'autres moyens de communication (ex. : téléphonique).	**Permis** Maximum 1 parent par jour Privilégier d'autres moyens de communication (ex.: téléphonique).
À l'extérieur de l'installation (ex. école, sortie, visite, activités cliniques, activités socioprofessionnelles)	**Permis** Limiter aux sorties liées aux services essentiels, en respect de l'arrêté ministériel 2020-032, de l'algorithme décisionnel DGPPFC-017.REV2 sous la responsabilité des DPJ et des mesures sanitaires définies par la santé publique.	**Non permis**

Émission :	2021-01-15	Mise à jour :	

ANNEXE 3

Ressources à assistance continue (RAC), unités de réadaptation comportementale intensive (URCI), internats, foyers de groupe jeunesse des programmes en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme et les centres de réadaptation en déficience physique jeunesse.

Mesures	**Confinement à partir du 9 janvier 2021**	**Usager en isolement préventif/Isolement ou milieu en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu d'hébergement)**
Visites à l'intérieur du milieu		
Accès à l'intérieur du milieu dans la chambre ou dans une pièce dédiée	**Permis** 1 PPA par jour.	**Permis** 1 PPA par jour.
À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger, etc.)	**Non permis** Sauf pour circuler vers la chambre ou la pièce dédiée.	**Non permis** Sauf pour circuler vers la chambre ou la pièce dédiée.
Sorties extérieures		
Sur le terrain	**Permis** Maximum 1 PPA par jour. Ajuster la fréquence en compensant par d'autres moyens de communication (ex. : téléphonique).	**Permis** Maximum 1 PPA par jour. Ajuster la fréquence en compensant par d'autres moyens de communication (ex. : téléphonique).
Activités scolaires ou socio-professionnelles (école, intégration par les stages, travail, centre de jour, etc.)	**Permis** En respect des mesures sanitaires définies par la santé publique	**Non permis**

Sorties extérieures dans la communauté	**Permis** Limiter aux sorties essentielles (par exemple: épicerie, pharmacie) en évitant les contacts avec les autres usagers et en respectant la distanciation de 2 mètres. Pour les contacts parents-enfants, respecter les mesures édictées par la santé publique ainsi que l'arrêté ministériel 2020-032 et l'algorithme décisionnel DGPPFC-017.REV2 sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant.	**Non permis** Si l'éclosion est localisée dans le milieu, l'équipe PCI pourrait autoriser l'application des mesures pour les milieux sans éclosion.

Émission :	2021-01-15	Mise à jour :	

ANNEXE 4

Ressources d'hébergement communautaires ou privées en santé mentale (Centre de crise) en dépendance (RHD) et centres de réadaptation en dépendance (CRD)		
Mesures	**Confinement à partir du 9 janvier 2021**	**Usager en isolement préventif/Isolement ou milieu en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu d'hébergement)**
Visites à l'intérieur du milieu		
Accès à l'intérieur du milieu dans la chambre ou dans une pièce dédiée	**Permis exceptionnellement** Maximum 1 personne autorisée par jour Privilégier d'autres moyens de communication (ex. : téléphonique).	**Permis exceptionnellement** Une personne autorisée (toujours la même). Privilégier d'autres moyens de communication (ex. : téléphonique)
À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger, etc.)	**Non permis** Sauf pour circuler vers la chambre ou la pièce dédiée.	**Non permis** Sauf pour circuler vers la chambre ou la pièce dédiée.
Sorties extérieures		
Sur le terrain	**Permis** Les marches extérieures sur le terrain sont permises si la condition clinique de l'usager le permet L'usager pourra être accompagné par une personne autorisée à condition de respecter les mesures PCI indiquées.	**Permis** Accompagné par une personne autorisée (toujours la même) à condition de respecter les mesures PCI indiquées.
À l'extérieur de l'installation (ex. école, sortie, visite, activités cliniques, activités socioprofessionnelles)	**Permis** Limiter aux sorties liées aux services essentiels en respect des mesures sanitaires définies par la santé publique.	**Non permis**

Émission :	2021-01-15	Mise à jour :	-

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGILEA-002

Catégorie(s) : ✓ Ventilation des installations

Directive sur la ventilation des installations

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l'approvisionnement (DGILEA)**

Destinataires :	- Présidents-directeurs généraux et directeurs généraux des établissements publics du RSSS. - Présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics du RSSS. - Directeurs des services professionnels des établissements publics du RSSS. - Directeurs de santé publique des établissements publics du RSSS. - Directeurs généraux des établissements privés conventionnés du RSSS.

Directive	
Objet :	Cette directive contient les orientations ayant trait à la ventilation des installations du réseau. Recommandation du rapport du groupe d'experts scientifiques et techniques (MSSS, janvier 2021).
Principe :	En novembre 2020, le ministre de la Santé et des Services sociaux a mandaté un groupe d'experts multidisciplinaire pour faire le point sur l'état des connaissances scientifiques reliées à la transmission de la COVID-19 en lien avec la qualité de l'air ainsi que sur les enjeux concernant la ventilation dans les établissements des réseaux de la santé et de l'éducation. Dans son rapport, le groupe d'experts a également formulé plusieurs recommandations pour améliorer la qualité de l'air intérieur des bâtiments en contexte de pandémie de COVID-19.
Mesures à implanter :	✓ Optimiser le fonctionnement des systèmes ✓ Identifier les problèmes de sous-ventilation ✓ Mettre en place les mesures de mitigation ✓ Donner priorité aux zones spécifiques

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction générale des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l'approvisionnement | Téléphone : 581 814-9100 poste 61161
Documents annexés :	✓ Lien vers le rapport du groupe d'experts scientifiques et techniques – Ventilation et transmission de la COVID-19 en milieu scolaire et en soin ✓ Lien vers le résumé du rapport du groupe d'experts scientifiques et techniques – Ventilation et transmission de la COVID-19 en milieu scolaire et en soin

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,
Luc Desbiens

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Émission :	2021-01-15	Mise à jour :	-

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGILEA-002

Directive

Le 8 janvier 2021, le gouvernement du Québec a rendu public le rapport du groupe d'experts scientifiques et techniques sur la ventilation et la transmission de la COVID-19 en milieu scolaire et en milieu de soins. Ce rapport comporte plusieurs recommandations qui nécessitent la mise en œuvre d'actions à court et à moyen terme, par tous les CISSS, les CIUSSS et les établissements non fusionnés.

Les actions suivantes doivent être entreprises immédiatement pour les bâtiments, locaux et espaces jugés à risque d'un problème de sous-ventilation et dans les secteurs critiques (zone chaude, centre de dépistage, unité en éclosion, soins intensifs, CHSLD, etc.). Les trois actions suivantes doivent être complétées au plus tard le **31 mars 2021** :

1. Optimiser le fonctionnement des installations de chauffage, ventilation et de conditionnement d'air (CVCA) existantes selon les recommandations du rapport, dans la mesure du possible et lorsqu'approprié.

2. Identifier les problèmes de sous-ventilation dans les secteurs critiques eu égard à la COVID-19, en utilisant notamment la mesure du taux de dioxyde de carbone (CO_2), selon un protocole technique reconnu.

3. Mettre en place les mesures de mitigation appropriées, temporaires ou permanentes, le cas échéant. Sans s'y limiter :
    a. Augmentation de l'apport d'air frais extérieur à l'unité de traitement d'air;
    b. Modification ou ajustement du système de ventilation de manière à rediriger plus d'air dans une zone insuffisamment ventilée;
    c. Ouverture des fenêtres ouvrantes;
    d. Installation d'un extracteur d'air ou d'un échangeur d'air;
    e. Modification des habitudes d'occupation du lieu;
    f. En dernier recours, installation d'un appareil mobile de filtration HEPA, sur le conseil d'un professionnel compétent. Le risque de contamination accrue associé aux flux d'air par l'appareil de filtration doit être maîtrisé.

Les mesures suivantes devront être effectivement mises en place au cours de l'année 2021 :

4. Dresser un premier inventaire des espaces desservis par des systèmes centraux de CVCA.

5. Produire un premier rapport annuel d'inspection de l'ensemble des systèmes de CVCA.

À moyen terme :

6. Effectuer un audit annuel des systèmes de CVCA et de la qualité de l'air intérieur (QAI) :
    a. Fonction : Le système assure la ventilation et la QAI requises, conformément aux exigences réglementaires (Codes de construction et de sécurité, règlement sur la santé et la sécurité du travail), aux règles de l'art en général et aux besoins particuliers;
    b. Exploitation : Qualité de l'entretien, fiabilité des installations, efficacité énergétique et économique.

Émission :	2021-01-15	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-036

Catégorie(s) :

- ✓ Délestage
- ✓ Réorganisation
- ✓ Activités
- ✓ Personnes vulnérables
- ✓ Confinement

Guide sommaire de réorganisation et de délestage des activités des programmes-services relevant de la Direction générale des programmes dédiés aux personnes, familles et communautés du MSSS

Première diffusion

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; • Directeurs des services professionnels.

Directive	
Objet :	Guide sommaire de réorganisation et de délestage des activités pour les programmes–services de la DGPPFC
Mesures à implanter :	Compte tenu de la situation épidémiologique au Québec.

Émission :	2021-01-15	Mise à jour :	

	Considérant les annonces du premier ministre et du gouvernement concernant les consignes à la population générale pour la période de confinement qui s'applique jusqu'au 8 février 2021. Un guide sommaire de réorganisation et de délestage des activités pour les programmes-services de la Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés a été élaboré. Ce guide prévoit le délestage et la réorganisation des services durant la période de confinement de 2021. La réorganisation des services est ajustée en fonction des niveaux d'alerte des établissements et non exclusivement en fonction des paliers d'alerte communautaires promulgués par les directions régionales de santé publique. Le délestage doit servir à la réorientation du personnel vers les secteurs prioritaires et ce, dans l'établissement ou dans un autre établissement. Ce guide vise à : - Minimiser les impacts de la gestion de la pandémie sur la mortalité et la morbidité pour l'ensemble de la population; - Assurer le maintien des processus de prévention des infections qui ont permis de réduire les risques de contamination des infections nosocomiales telle la COVID-19; - Assurer une capacité optimale des soins et services du réseau de la santé et des services sociaux; - Protéger les lieux physiques en fonction des besoins spécifiques des installations; - Préserver des corridors de services; - Maintenir la quantité optimale de matériel d'EPI pour assurer le fonctionnement approprié des divers secteurs des établissements: masques, gants, jaquettes, N95, visières, anesthésiants; - Assurer la cohérence des actions et le respect des consignes entre tous les paliers de gouvernance du réseau.

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

Émission :	2021-01-15	Mise à jour :	

	• Secrétariat à l'adoption internationale adoption.quebec@msss.gouv.qc.ca
Document annexé :	Guide sommaire de réorganisation et de délestage des activités pour les programmes-services de la DGPPFC

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Guide sommaire de réorganisation et de délestage des activités selon les niveaux d'alerte des établissements – DGPPFC

IMPORTANT : Ce guide résume les orientations acheminées aux établissements en matière de réorganisation et de délestage des services, notamment le *Plan de contingence provincial en centres hospitaliers (CH)*, lesquelles ont été validées auprès des instances de consultation auprès du réseau (comité de coordination, tables cliniques, etc.). *La réorganisation des services est ajustée en fonction des niveaux d'alerte des établissements et non exclusivement en fonction des paliers d'alerte communautaires promulgués par les directions régionales de santé publique*. Le délestage doit servir à la réorientation du personnel vers les secteurs prioritaires et ce, dans l'établissement ou dans un autre établissement.

Ce guide vise à :

- Minimiser les impacts de la gestion de la pandémie sur la mortalité et la morbidité pour l'ensemble de la population;
- Assurer le maintien des processus de prévention des infections qui ont permis de réduire les risques de contamination des infections nosocomiales telle la COVID-19;
- Assurer une capacité optimale des soins et services du réseau de la santé et des services sociaux;
- Protéger les lieux physiques en fonction des besoins spécifiques des installations;
- Préserver des corridors de services;
- Maintenir la quantité optimale de matériel d'EPI pour assurer le fonctionnement approprié des divers secteurs des établissements: masques, gants, jaquettes, N95, visières, anesthésiants;
- Assurer la cohérence des actions et le respect des consignes entre tous les paliers de gouvernance du réseau.

Veuillez noter que :

- Les activités indiquées dans ce tableau représentent le maximum de délestage autorisé à chacun des niveaux d'alerte. Un établissement n'est pas tenu de mettre en place l'ensemble de ces activités de délestage si sa situation ne l'exige pas, sous réserve de devoir participer à l'effort collectif de convergence des ressources;
- Ces orientations doivent être appliquées en cohérence avec la stratégie globale de prévention et contrôle des infections en lien avec la stabilisation de la main d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Coronavirus COVID-19

Définition/Activités	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Mesures pour le confinement – 11 janvier au 8 février 2021	Activités essentielles à ne pas délester
	SERVICES AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS					
Services sociaux généraux	Maintien des activités.	Maintien des activités.	Arrêt des activités en personne, sauf dans les situations exceptionnelles qui l'exigent (ex. : intervention de crise lorsque l'intervention téléphonique ne permet pas la désescalade de la crise). Intégration des services d'AAOR au 811, si pertinent. Maintien de la consultation sociale ou psychologique uniquement par téléphone ou par téléconsultation, pour les clientèles avec facteur de risque. Suspension des suivis pour les clientèles identifiées comme priorités P3 et P4 sans facteur de vulnérabilité et risque suicidaire/homicidaire, selon le jugement clinique. Délestage de l'offre de services en soins spirituels, selon le jugement clinique.	Délestage de la consultation sociale ou psychologique, sauf dans les situations exceptionnelles. Évaluation de la pertinence de maintenir le nombre de points de services AAOR qui maintiennent leur offre de service.	Maintien des services uniquement par téléphone ou par téléconsultation (interventions individuelles, familiales, de couple ou de groupes), sauf dans les situations exceptionnelles qui l'exigent (ex. : intervention de crise dans le milieu lorsque l'intervention téléphonique ne permet pas la désescalade de la crise). Évaluation de la pertinence d'intégrer les services d'AAOR au 811 et de maintenir le nombre de points de services AAOR offrant des services. Pour les services en consultation sociale ou psychologique, suspension possible des suivis pour les clientèles identifiées comme priorités P3 et P4 sans facteur de vulnérabilité et de risque suicidaire/homicidaire, selon le jugement clinique. Délestage de l'offre de services en soins spirituels, selon le jugement clinique.	• 811 Info-social. • Intervention de crise dans le milieu 24/7. • Intervention psychosociale en contexte de sécurité civile. • Services d'aide médicale et psychologique aux victimes d'agression sexuelle.

Définition/Activités	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Mesures pour le confinement – 11 janvier au 8 février 2021	Activités essentielles à ne pas délester
Services de proximité en jeunesse	Maintien des activités.	Maintien des activités.	Maintien des activités, avec téléconsultation privilégiée.	Services non essentiels délestés : • Expertise psychosociale; • Services de réadaptation.	Services essentiels à ne pas délester : • Suivi psychosocial et suivi psychologique. • Programme d'intervention en négligence. • Programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu.	• Suivi psychosocial et suivi psychologique. • Programme d'intervention en négligence. • Programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu.
Services de protection de la jeunesse	Maintien des activités.	Maintien des activités.	Maintien de la plupart des activités, avec modulation des contacts et visites. Téléconsultation privilégiée. Services délestés : Adoption et retrouvailles.	Maintien de la plupart des activités, avec modulation des contacts et visites. Téléconsultation privilégiée. Services délestés : • Adoption et retrouvailles • Services de réadaptation externe.	Services essentiels à ne pas délester : • Réception et traitement des signalements en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). • Évaluation et orientation en vertu de la LPJ. • Application des mesures en vertu de la LPJ. • Révision en vertu de la LPJ. • Retrait du milieu familial et placement. • Tutelle en vertu de la LPJ. • Services de réadaptation interne. • Services de soutien auprès des ressources de type familial. • Programme de Qualification des jeunes (PQJ).	• Réception et le traitement des signalements en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). • Évaluation et l'orientation en vertu de la LPJ. • Application des mesures en vertu de la LPJ. • Révision en vertu de la LPJ • Retrait du milieu familial et le placement. • Tutelle en vertu de la LPJ. • Services de réadaptation interne. • Services de soutien auprès des ressources de type familial. • Programme de Qualification des jeunes (PQJ).
Services en justice pénale pour les adolescents	Maintien des activités.	Maintien des activités.	Maintien de la plupart des activités, recours accru au télétravail avec possibilité de délestage des services non essentiels suivants et :	Services non essentiels délestés (en collaboration avec le MJQ) : • Demandes du Directeur des poursuites criminelles et pénales (évaluation et	Services essentiels à ne pas délester : • Activités de liaison avec le tribunal maintenues selon le plan de continuité des services de la Cour du	• Activités de liaison avec le tribunal maintenues selon le plan de continuité des services de la Cour du Québec dans le contexte de la COVID-19.

Définition/Activités	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Mesures pour le confinement – 11 janvier au 8 février 2021	Activités essentielles à ne pas délester
			• Demandes du Directeur des poursuites criminelles et pénales (évaluation et orientation; suivi des sanctions extrajudiciaires; réévaluation); • Suivi avec le prononcé de la peine au Tribunal et examen; • Transfert inter directeurs provinciaux.	orientation; suivi des sanctions extrajudiciaires; réévaluation); • Suivi avec le prononcé de la peine au Tribunal et examen; • Transfert inter directeurs provinciaux.	Québec dans le contexte de la COVID-19. • Autorisation de détention avant comparution en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). • Rapports prédécisionnels pour les jeunes détenus en vertu de la LSJPA. • Suivi de l'application des peines en vertu de la LSJPA.	• Autorisation de détention avant comparution en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). • Rapports prédécisionnels pour les jeunes détenus en vertu de la LSJPA. • Suivi de l'application des peines en vertu de la LSJPA.
Obstétrique et Néonatalogie	Maintien des activités.	Maintien des activités.	Maintien des activités.	Maintien des activités. Réorganiser les unités pour optimiser la convergence des ressources s'il y a lieu.	Maintien des activités. Réorganiser les unités pour optimiser la convergence des ressources s'il y a lieu.	• Soins obstétricaux et soins néonataux.
Pédiatrie - Ambulatoire, médecine de jour et consultation externe	Maintien des activités.	Maintien des activités. Planification des activités à délester en ambulatoire, médecine de jour, consultations externes.	Réduction des activités non urgentes et non essentielles en niveau 2.	Reporter toutes activités non urgentes et non essentielles.	Reporter toutes activités non urgentes et non essentielles.	• Soins intensifs pédiatriques. • Consultation/Suivi en urgence ou essentiel. • Activités cliniques permettant le maintien à domicile. • Suivi minimal requis à la prise en charge des maladies chroniques.
Périnatalité	Maintien des activités.	Maintien des activités.	En présence seulement pour besoin spécifique. Appel téléphonique ou vidéo priorisé.	En présence seulement pour besoin spécifique. Appel téléphonique ou vidéo priorisé.	Télésanté priorisée. Visite à domicile ou dans l'organisme dès besoin particulier après évaluation.	• Suivi médical de grossesse. • Soutien postnatal. • Suivi 0-2 ans avec modalités adaptées.
Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA) et services de réadaptation en santé physique	Maintien des activités.	Maintien des activités. Diminution des services en installation, et privilégier les mesures alternatives.	Réorganisation des services en fonction de la capacité des établissements	Services essentiels seulement et compensés par autres moyens. Priorité aux objectifs du plan d'intervention (PI) et aux	Services essentiels seulement et compensés par autres moyens. Priorité aux objectifs du plan d'intervention (PI) et aux	• Services spécialisés en milieu de réadaptation. • Soutien aux familles. • Services essentiels au maintien de la personne dans son milieu de vie.

Définition/Activités	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Mesures pour le confinement – 11 janvier au 8 février 2021	Activités essentielles à ne pas délester
Services spécifiques et spécialisés individuels offerts en installation ou dans le milieu de vie de la personne		Adaptation des interventions, révision du choix des modalités thérapeutiques (téléintervention et téléconsultation privilégiés). Si possible, congé précoce avec intervention en externe ou ambulatoire, lorsque sécuritaire, avec soutien du SAD, le cas échéant.	Prestation de services par des mesures alternatives, plutôt qu'en installation. Si incontournable, intervention dans un plateau technique de l'établissement en individuel. Si enjeux de capacité en ressources humaines ou pour des raisons de PCI, priorité aux objectifs du plan d'intervention (PI) et les activités cliniques jugées essentielles pour l'usager.	activités cliniques jugées essentielles pour l'usager. Adaptation, ou si impossible, suspension temporaire des activités non essentielles. Interventions interdites dans les plateaux techniques sauf si l'environnement physique le permet. Prise en charge rapide des usagers en niveaux de soins alternatifs.	activités cliniques jugées essentielles pour l'usager. Adaptation, ou si impossible, suspension temporaire des activités non essentielles. Interventions interdites dans les plateaux techniques sauf si l'environnement physique le permet. Prise en charge rapide des usagers en niveaux de soins alternatifs.	À noter que toutes les activités cliniques jugées essentielles pour l'usager au plan d'intervention, de l'offre de services spécifiques ou spécialisés, incluant les services d'aides techniques devront être maintenues. Préconiser les activités individuelles. Les activités de groupe cliniques/thérapeutiques en présentiel sont permises, en respect des règles de santé publique en vigueur.
Services de groupe DP-DI-TSA • Activités de jour • Activités contributives (plateau de travail) • Autres interventions de groupe	Tous les services habituels sont dispensés.	Tous les services sont dispensés en fonction de la capacité des établissements.	Tous les services sont dispensés en adaptant l'offre de services. Limiter les activités de jour aux clientèles essentielles ayant des besoins en lien avec le PI ou l'épuisement des familles. Recours à la téléintervention et à la téléréadaptation si possible (groupes d'intervention).	Services essentiels seulement et compensés par autres moyens. Priorité aux objectifs du plan d'intervention (PI) et les activités cliniques jugées essentielles pour l'usager. Adaptation, ou si impossible, suspension temporairement des activités non essentielles. Évaluation du niveau de soutien et d'intervention requis afin d'éviter une perte des acquis et favoriser le service dans le milieu de vie de la personne pour faire face	Services essentiels seulement et compensés par autres moyens. Priorité aux objectifs du plan d'intervention (PI) et les activités cliniques jugées essentielles pour l'usager. Adaptation, ou si impossible, suspension temporairement des activités non essentielles. Évaluation du niveau de soutien et d'intervention requis afin d'éviter une perte des acquis et favoriser le service dans le milieu de vie de la personne pour faire face au contexte d'isolement social.	• Services spécialisés en milieu de réadaptation. • Soutien aux familles. • Services essentiels au maintien de la personne dans son milieu de vie. À noter que toutes les activités cliniques jugées essentielles pour l'usager au plan d'intervention, de l'offre de services spécifiques ou spécialisés, incluant les services d'aides techniques, devront être maintenues.

Définition/Activités	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Mesures pour le confinement – 11 janvier au 8 février 2021	Activités essentielles à ne pas délester
				au contexte d'isolement social.		
Santé mentale **Services spécifiques**	Maintien des activités.	Maintien des activités.	Diminution des services SIM-SIV en fréquence pour les usagers à faible risque. Priorité des usagers à risque, modéré et élevé (dépression et troubles anxieux, désorganisation psychotique, dangerosité pour elle-même ou pour autrui). Priorité des usagers devant quitter un lit d'urgence ou d'hospitalisation en psychiatrie. Diminution des activités de psychothérapie pour les usagers qui présentent un risque faible à modéré.	Diminution des services SIM-SIV en fréquence pour les usagers à faible risque. Priorité des usagers à risque, élevé (dépression et troubles anxieux, désorganisation psychotique, dangerosité pour elle-même ou pour autrui). Priorité des usagers devant quitter un lit d'urgence ou d'hospitalisation en psychiatrie. Diminution des activités de psychothérapie pour les usagers qui présentent un risque modéré.	Diminution des services SIM-SIV en fréquence pour les usagers à faible risque. Priorité des usagers à risque, élevé (dépression et troubles anxieux, désorganisation psychotique, dangerosité pour elle-même ou pour autrui). Priorité des usagers devant quitter un lit d'urgence ou d'hospitalisation en psychiatrie. Diminution des activités de psychothérapie pour les usagers qui présentent un risque modéré. Délestage des activités de déploiement des sites Aire ouverte, cependant les services directs aux jeunes pour les sites déjà en fonction sont maintenus (CISSS de Laval, CISSS Côte-Nord et CIUSSS NIM).	• Intervention de crise. • SIM-SIV. • Premier contact requis (p. Ex.: GASM-A, GASM-J, etc.) pour les usagers à risque, modéré et élevé (dépression et troubles anxieux, désorganisation psychotique, dangerosité pour elle-même ou pour autrui). • Tous les services pour les usagers qui présentent un risque élevé ou des situations particulières (personnes sans téléphone, facteurs de risques multiples, personnes ayant besoin d'un interprète, etc.), en respectant les règles de la santé publique. • Visite à domicile exceptionnelle maintenue dans le but d'éviter les hospitalisations, en respectant les règles de la santé publique.
Santé mentale **Services spécialisés**	Maintien des activités.	Maintien des activités.	Délestage des services offerts en centre de jour, hôpitaux de jour de thérapie transitoire pour les usagers à faible risque.	Délestage des services offerts en centre de jour, hôpitaux de jour de thérapie transitoire pour les usagers à faible risque.	Délestage des services offerts en centre de jour, hôpitaux de jour de thérapie transitoire pour les usagers à faible risque. Délestage des activités de psychométrie non-urgente.	• Tous les services pour les usagers qui présentent un risque élevé. • Intervention de crise (équipes externes). • Activités d'urgence. • Activités d'hospitalisation

Définition/Activités	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Mesures pour le confinement – 11 janvier au 8 février 2021	Activités essentielles à ne pas délester
			Délestage des activités de psychométrie non-urgente. Diminution des psychothérapies pour les usagers qui présente un risque faible à modéré. Délestage des activités de sismothérapie en externe.	Délestage des activités de psychométrie non-urgente. Diminution des psychothérapies pour les usagers qui présente un risque faible à modéré. Délestage des activités de sismothérapie en externe.	Diminution des psychothérapies pour les usagers qui présente un risque faible à modéré. Délestage des activités de sismothérapie en externe. Recours à la téléconsultation pour les personnes présentant des risques modérés de détérioration (possibilité de maintenir les rencontres en personne pour les personnes présentant un risque élevé).	• Consultations psychiatriques au téléphone ou en télésanté pour les usagers à risque élevé. • Med-drops. • Visite à domicile exceptionnelle maintenue dans le but d'éviter les hospitalisations, en respectant les règles de la santé publique. • Maintenir les activités de Téléaudience (Chambre civile et Cour Supérieure du Québec) et télécomparution (Chambre criminelle). • Maintenir les suivis d'injectables et les prélèvements (ex : clozapine). • Maintien des activités de sismothérapie en hospitalisation.
Dépendance	Maintien des activités.	Maintien des activités.	Maintien de toutes les activités pour les usagers qui présentent un risque de préjudice (surdose, sevrage, rechute, etc.).; interventions à distance préconisées.	Maintien de toutes les activités pour les usagers qui présentent un risque de préjudice (surdose, sevrage, rechute, etc.); interventions à distance préconisées.	Maintien de toutes les activités pour les usagers qui présentent un risque de préjudice (surdose, sevrage, rechute, etc.); interventions à distance préconisées.	• Détection et orientation. • Réadaptation externe et avec hébergement. • Gestion de l'intoxication et du sevrage. • Traitement par agonistes opioïdes.
Itinérance	Maintien des activités.	Maintien des activités.	Maintien des activités. Intensification des services de proximité dans les milieux d'hébergement pour les	Maintien des activités. Intensification des services de proximité dans les milieux d'hébergement pour les	Maintien des activités. Intensification des services de proximité dans les milieux d'hébergement pour les	• Milieux d'hébergement pour les personnes en situation d'itinérance.

Définition/Activités	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	Mesures pour le confinement – 11 janvier au 8 février 2021	Activités essentielles à ne pas délester
			personnes en situation d'itinérance.	personnes en situation d'itinérance.	personnes en situation d'itinérance.	
Adoption internationale	Maintien des activités.	Maintien des activités.	Les services jugés essentiels sont dispensés. Respect et rappel des mesures sanitaires déterminées par la santé publique. Recours au télétravail ou téléconsultation privilégiée lorsque possible.	Les services jugés essentiels sont dispensés. Respect strict et rappel fréquent des mesures sanitaires déterminées par la santé publique. Recours accru au télétravail et téléconsultation.	Maintien des services essentiels qui peuvent s'effectuer par des moyens de communications virtuels. Les activités essentielles qui ne peuvent s'effectuer en virtuel sont suspendues et reportées, telle que la rencontre avec les postulants à l'adoption.	• Tous les services reliés à la finalisation des adoptions internationales où un enfant en besoin de protection est connu des postulants à l'adoption ou jumelé à ceux-ci.

Émission :	12-10-2020	Mise à jour :	18-01-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-014

Catégorie(s) : ✓ Soins palliatifs et de fin de vie

Directives sur les soins palliatifs et de fin de vie

Remplace la directive du 2020-10-05 (non codifiée)

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) - Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI)**

Destinataires :	Tous les établissements publics du RSSS : – Directeurs des services professionnels (DSP); – Directrices des soins infirmiers (DSI); – Directeurs SAPA; – Responsables de la prévention et du contrôle des infections (PCI). Établissements privés conventionnés et non conventionnés (CHSLD). Chefs des départements régionaux de médecine générale (DRMG).

Directive	
Objet :	Cette directive vise à transmettre une mise à jour **significative** en regard d'une personne ayant la COVID-19 confirmée, en investigation ou symptomatique nécessitant des soins palliatifs et de fin de vie (SPFV). Les modifications sont surlignées en jaune.
Mesures à implanter :	✓ Prendre connaissance et mettre en application les directives ministérielles quant à la mise en place d'un accès optimal à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité à ces personnes en fin de vie.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction nationale des soins et services infirmiers
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,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Émission :	12-10-2020	Mise à jour :	18-01-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-014

Directive

En raison de l'évolution actuelle de la COVID-19 au Québec, nous vous transmettons une nouvelle mise à jour des directives en regard de la gestion de la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV). Par décret 223-2020 du 24 mars 2020, les SPFV sont identifiés comme des services de santé et de services sociaux prioritaires.

DIRECTIVES POUR LES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Assurez-vous d'appliquer les directives suivantes pour l'ensemble de la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie.

NIVEAU DE SOINS

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

ADMISSION DANS LES UNITÉS DE SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE ET RÉORIENTATION

Aucun cas de la COVID-19 confirmé n'est admis dans les unités de soins palliatifs afin de maintenir ces unités en zone froide en centre hospitalier (CH), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), maison de soins palliatifs (MSP)et site non traditionnel de soins (SNT). Ainsi, les SPFV à domicile seront privilégiés; si impossible, une réorientation vers les milieux identifiés ci-après avec les aires de confinement zone tiède ou zone chaude sur le territoire.

Cependant les cas admis dans les unités de SPFV qui développent la COVID-19 pendant leur séjour ne sont pas réorientés et demeurent dans l'unité de SPFV en zone chaude.

Les mêmes directives de visites s'appliquent pour tous les milieux (centres hospitaliers (CH), milieux de vie et de réadaptation, maisons de soins palliatifs (MSP)), y compris pour les personnes en SPFV admises à l'extérieur d'une unité de SPFV. Toutefois, les visites sont restreintes à l'intérieur d'unités où séjournent des patients immunosupprimés, et ce, pour protéger cette clientèle particulièrement vulnérable. Dans ces cas, des mesures individualisées devront être appliquées.

DIRECTIVES POUR LES PERSONNES AYANT LA COVID 19 CONFIRMÉE, EN INVESTIGATION OU SYMPTOMATIQUES NÉCESSITANT DES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE.

En raison de l'augmentation des cas déclarés à la COVID-19 et des impacts sur le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), le contexte des personnes ayant la COVID 19 confirmée, en investigation ou symptomatique vivant dans les lieux suivants nous préoccupe particulièrement quant à l'accès à des soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) :

- le domicile avec des services de soutien à domicile (SAD);
- une résidence privée pour ainés (RPA);
- une ressource intermédiaire (RI);
- une ressource de type familial (RTF);
- un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

C'est pourquoi il est demandé de vous assurer de la mise en place d'un accès optimal à des SPFV de qualité pour ces personnes. Pour ce faire, le modèle établi par votre établissement facilitant l'accès à des SPFV de qualité pour celles-ci doit être en cohérence avec les principes suivants :

- Repérer les clientèles vulnérables et documenter leurs volontés;

- Favoriser la fin de vie dans le milieu de vie de la personne selon ses désirs dans la mesure où les conditions d'accès à des soins de fin de vie sont favorables;
- Éviter les transitions;
- Identifier un lieu favorable à des soins de fin de vie permettant l'accès aux expertises tant médicales, pharmaceutiques, qu'infirmières (jour- soir et nuit 7/7);
- Identifier un accès à des équipes ayant une expertise reconnue, mentionné précédemment en SPFV;
- Identifier un accès sur place à l'équipement et à la médication nécessaires;
- Identifier une trajectoire optimale si l'accès à une sédation palliative en continu est nécessaire et ne peut s'offrir dans le lieu établi par l'établissement.

Considérant que le ou les lieux identifiés offrant l'accès au SPFV peuvent se retrouver dans diverses installations[1], il est demandé à tous les établissements d'identifier dans le document GESTRED *Suivi des zones tampons (no 45801)* lors de la saisie bihebdomadaire le ou les lieux dans votre établissement répondant aux principes ci-dessus. Ceci permettra de connaître dans quels lieux des SPFV sont prodigués en cohérence avec cette directive.

SPÉCIFIQUEMENT POUR LA GRANDE RÉGION DE MONTRÉAL (514-450)

Il est demandé ***d'identifier des lits en centre hospitalier pour la clientèle COVID-19 en soins palliatifs et de fin de vie***. Cette mesure doit-être ajoutée et être en cohérence avec le ***Plan de fluidité COVID-19 – Vague 2 Montréalais*** déposé.

Nous comptons sur votre habituelle collaboration pour offrir, dès maintenant, un accès équitable à des SPFV de qualité à ces clientèles COVID 19 confirmées vivant à domicile, RPA, RI, RTF ou en CHSLD.

ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PROCHES AIDANTES ET VISITEURS

Tout au long de son parcours dans les différents milieux de vie ou de soins, la personne en fin de vie peut avoir la présence de personnes proches aidants afin de lui apporter un soutien significatif.

Les ***personnes proches aidantes*** sont définies comme suit :

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 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 ***visites*** sont permises pour les personnes en SPFV dans tous les milieux et sont définies comme suit :

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[1].

Les directives suivantes sont à appliquer :

- De façon générale, autoriser conjoint et enfants sans restriction quant au nombre de personnes, ou jusqu'à 2 personnes significatives à la fois pour toute personne en soins palliatifs. Il en est de même pour les situations où l'usager reçoit une sédation palliative en continu ou une aide médicale à mourir.
    - Un seul proche aidant peut accompagner la personne en centre de jour;

[1] La présence des bénévoles issus d'organismes spécialisés dans l'accompagnement de SPFV ou la présence d'un intervenant en soins spirituel est permise et considérée équivalente à la présence des personnes proches aidantes dans tous les milieux, et ce, même si la personne est suspectée ou atteinte de la COVID-19. Un accompagnement nécessaire pour s'assurer de l'application rigoureuse des mesures PCI et du port adéquat des EPI devra être effectué.

- Les personnes d'âge mineur sont autorisées à visiter les personnes en SPFV. Ils doivent être accompagnés d'un adulte lors de la visite;
- Tout matériel provenant de l'extérieur doit être présenté au personnel de l'établissement dès l'arrivée, afin de pouvoir être désinfecté avant de rentrer dans la chambre.

- Cependant, les proches aidants des personnes en SPFV hospitalisées dans les unités d'oncologie où séjournent des patients immunosupprimés sont soumis à un triage et mesure de précautions additionnelles, et ce, afin de protéger cette clientèle particulièrement vulnérable.
- Effectuer un triage des visiteurs afin de s'assurer que les visiteurs ne présentent aucun facteur de risque de transmission tels que la présence de symptômes d'infection respiratoire, d'un retour de voyage hors Canada ou ayant reçu des consignes d'isolement de la santé publique. Les personnes symptomatiques doivent reporter leur visite. Tenir un registre des visiteurs.

  Le port d'équipement de protection individuelle (EPI) est obligatoire; les recommandations de la santé publique relatives aux EPI sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à l'adresse suivante :
  Directives concernant la prévention et le contrôle des infections - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca)

  Un accompagnement individualisé des visiteurs doit être fait afin de s'assurer qu'ils respectent les mesures de prévention et de contrôle des infections. De plus, ces personnes ne doivent pas être autorisées à circuler dans le milieu de soins à d'autres endroits que ceux où se trouve leur proche qui est en fin de vie.

Poursuivre l'accès aux appels téléphoniques et l'utilisation des différentes technologies de communication afin de maintenir le contact entre l'usager et ses proches.

DIRECTIVES POUR MSP

- Identifier un intervenant du Centre intégré de santé et services sociaux/ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) pour le contact avec les MSP. Les MSP sont considérées comme un service prioritaire et doivent être intégrées dans la ligne de communication du CISSS/CIUSSS afin de clarifier les trajectoires d'admission des clientèles.

- À des fins d'organisation des services, la présence des bénévoles est permise et considérée équivalente à la présence des personnes proches aidantes.

- Ce service prioritaire implique :
  - Une accessibilité aux EPI;
  - Une accessibilité au matériel nécessaire pour la gestion des symptômes des personnes ayant des maladies chroniques notamment pour le matériel à oxygène et à succion.

- Priorité d'admission en MSP :
  1. Admission des cas du domicile, de RPA et de ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF);
  2. Admission des cas des centres hospitaliers selon le Plan provincial de contingence COVID-19. Selon les besoins territoriaux, la priorité des admissions peut être inversée.

- Clarifier la trajectoire d'admission avec le CISSS/CIUSSS du territoire de la MSP en s'arrimant avec la gestion des lits du territoire :
  - La MSP doit aviser l'intervenant de contact lorsqu'un lit se libère en MSP. La priorité d'admission est pour l'usager provenant du domicile, d'une RPA ou d'une RI-RTF. Si toutefois il n'y a pas d'usager en provenance de la communauté, admettre un usager en provenance d'un centre hospitalier (CH) répondant aux critères d'admission.

- Si apparition des symptômes de la COVID-19 chez un patient admis, appliquer les consignes suivantes :
  - Aviser l'intervenant de contact du CISSS/CIUSSS afin de faire le dépistage de la COVID- 19 selon les directives de la santé publique reliées aux CHSLD :
    https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/depistage/
  - Appliquer les mesures de protection de la santé publique des CHSLD: SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés (inspq.qc.ca)
  - Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre de l'usager pendant l'attente du résultat;
  - Si résultat positif de COVID-19 :
    - Appliquer le confinement de zone chaude dans la chambre de l'usager.

DIRECTIVES POUR LES UNITÉS DES SOINS PALLIATIFS EN CHSLD

- Clarifier la trajectoire d'admission avec le CISSS/CIUSSS en s'arrimant avec la gestion des lits du territoire
- Si apparition des symptômes de la COVID-19 chez un patient admis, appliquer les consignes suivantes :
  - Faire le dépistage de la COVID- 19 selon les directives de la Santé publique reliées aux CHSLD
    https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002853/
    Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca)
  - Appliquer les mesures de prévention et contrôle des infections pour les CHSLD: SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés (inspq.qc.ca)
  - Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre de l'usager pendant l'attente du résultat;
  - Si résultat positif de COVID-19 :
    - Appliquer le confinement de zone chaude dans la chambre de l'usager si le CHSLD est en mesure de poursuivre les soins nécessaires. Sinon, prévoir un plan pour répondre aux besoins du résident dans les meilleurs délais.
- La présence des bénévoles issus d'organismes spécialisés dans l'accompagnement de SPFV ainsi que la présence de conseillers spirituels est permise et considérée équivalente à la présence des personnes proches aidantes.

DIRECTIVES POUR LES SPFV À DOMICILE

- Favoriser les suivis téléphoniques entre les visites;
- Si détérioration de l'usager (signes d'une détresse respiratoire difficile à gérer par les équipes de soins à domicile (SAD) – accès difficile à une équipe de SPFV et épuisement des proches aidants– transférer vers les lits de SPFV du territoire :
  - si résultat de COVID-19 confirmé ou en investigation – appeler le mécanisme d'accès aux lits de votre territoire pour transférer l'usager vers une aire de confinement zone chaude donnant accès à des SPFV;
  - si résultat de COVID-19 négatif ou asymptomatique – transférer vers les MSP ou les unités de soins palliatifs CHSLD selon la disponibilité des lits.

DIRECTIVES POUR LES SPFV EN RPA - RI - RTF

- Si détérioration de la personne connue en SPFV :
  - Aviser immédiatement le CISSS/CIUSSS;
  - Transférer vers les lits de SPFV du territoire :
    - si résultat de COVID-19 confirmé ou en investigation – appeler le mécanisme d'accès aux lits de votre territoire pour transférer l'usager vers une aire de confinement zone chaude donnant accès à des SPFV;

- si résultat de COVID-19 négatif ou asymptomatique – transférer vers les MSP ou les unités de soins palliatifs CHSLD selon la disponibilité des lits.

DIRECTIVES POUR LES SPFV EN CENTRE HOSPITALIER

- Assurez-vous de suivre les consignes suivantes :
  - Un patient en SPFV ayant un résultat de COVID-19 confirmé ou en investigation : transférer dans une zone chaude du CH (centre désigné) ou appliquer le confinement de zone tiède à la chambre dans l'attente du résultat.
  - Un patient en SPFV ayant un résultat de COVID-19 négatif ou asymptomatique : l'usager demeure dans l'unité de soins palliatifs du CH.

- Dans le cas où des unités d'hospitalisation accueillent des clientèles mixtes, des consignes plus restrictives pourraient s'appliquer pour assurer la protection de patients immunosupprimés.

DIRECTIVES POUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM) ET LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SPC)

L'AMM et la SPC faisant partie du même continuum de soins que les SPFV, les mêmes directives s'appliquent.

DIRECTIVES POUR LE SUIVI POST-MORTEM

Les établissements sont invités à mettre en place les mesures nécessaires pour accompagner les proches dans le suivi post-mortem tout en respectant les directives de la Santé publique suivante : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections.

Émission :	12-10-2020	Mise à jour :	18-01-2021

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

Notes explicatives

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

Description des niveaux de soins

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

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

Réanimation cardiorespiratoire (RCR)

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

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

AH-000 DT0000 (2016-01)

NIVEAUX DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

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

Émission :	20-01-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-011

Catégorie(s) : ✓ Tests sérologiques

Directive sur les indications d'utilisation des analyses sérologiques pour la COVID-19

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale de la santé publique (DGSP) et Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)**

Destinataires :	Tous les établissements du RSSS : - Présidents-directeurs généraux et présidentes-directrices générales (PDG); - Directions des services professionnels (DSP); - Directeurs de santé publique; - Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP); - Responsables de la biologie médicale; - Co-directeurs des grappes Optilab.

Directive	
Objet :	Le 5 août 2020, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) déposait une mise à jour de son Avis sur la pertinence clinique des tests sérologiques. À la suite du dépôt de cet avis, un comité clinique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a balisé les indications actuellement reconnues pour procéder à des tests sérologiques et les modalités associées.
Principe :	Les tests sérologiques comportent des limites et leurs résultats doivent être interprétés dans le contexte des valeurs prédictives attendues, positives et négatives. Le MSSS réitère que la valeur d'une sérologie positive pour prédire une immunité quelconque, sa durée ou son efficacité est inconnue pour le moment. D'autres études sont nécessaires à cet effet. À l'heure actuelle, les autorités de santé et sociétés savantes à travers le monde recommandent principalement l'utilisation des tests sérologiques pour la détection des anticorps dirigés contre le SARS-CoV-2 aux fins d'études épidémiologiques de séroprévalence et dans une moindre mesure et en seconde instance, pour soutenir le diagnostic tardif de la COVID-19 ainsi que pour la sélection des donneurs de plasma convalescent.
Mesures à implanter :	✓ Prendre connaissance et mettre en application la directive ministérielle quant à l'utilisation des analyses sérologiques pour la COVID-19.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction générale adjointe de la protection de la santé publique** Protection@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Annexe 1 : Approche d'analyse orthogonale sérologie COVID-19 ✓ Annexe 2 : Requête sérologie 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

Émission :	20-01-2021	Mise à jour :	

Original signé par
Le sous-ministre adjoint,
Horacio Arruda

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-011

Directive

Le MSSS réitère qu'actuellement, l'utilisation des tests sérologiques doit être limitée à quelques indications bien définies et ne doit pas être offert en routine.

Soutien au diagnostic clinique

- Complications tardives pouvant être associées à la COVID-19, telles que le syndrome inflammatoire multi systémique chez l'enfant.
- Maladies respiratoires sévères **hospitalisées** et sous **oxygénothérapie** en absence de diagnostic alternatif et deux TAAN négatifs pour le SARS-CoV-2 (diagnostic tardif).

Enquêtes et surveillance épidémiologiques

- Enquête de chaînes de transmission dans les éclosions complexes, en absence d'analyse phylogénétique disponible, sous la supervision d'une équipe de santé publique.
- Enquête de séroprévalence.

Les enquêtes doivent être approuvées par un directeur de santé publique ou ses représentants médicaux. De plus, considérant la faible séroprévalence de la COVID-19 au Québec en ce moment, le recours à un test sérologique doit respecter une approche de type orthogonal, c'est-à-dire en choisissant une cible antigénique distincte pour confirmer la séropositivité du premier test, et ce, pour tous les prélèvements réalisés en contexte clinique. La méthode orthogonale n'est, toutefois, pas requise pour les enquêtes de séroprévalence.

En date du 18 janvier, les nouveaux cas diagnostiqués par sérologie qui répondent aux critères suivants devront aussi être déclarés à la santé publique comme un cas probable par les cliniciens via les formulaires COVID-19 prévus à cet effet :

Présence d'un syndrome inflammatoire multisystémique chez les 19 ans et moins **OU** Présence de maladies respiratoires sévères chez une personne **hospitalisée** et sous **oxygénothérapie**.

- **QUI** a un TAAN négatif[1] pour le SRAS-CoV-2 suivant l'apparition d'un syndrome inflammatoire multisystémique ou de la maladie respiratoire sévère;

- **ET** a présenté une histoire antérieure de manifestations cliniques compatibles avec la COVID-19 permettant de documenter le début de la maladie;

- **ET** a eu une sérologie positive répondant aux critères préétablis.

[1.] En cas de forte suspicion clinique, l'INESSS recommande de répéter le TAAN avant de procéder à la sérologie. Toutefois, au regard de la définition de cas, un seul est nécessaire pour être déclaré.

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

DGSP-011 Directive sur les indications d'utilisation des analyses sérologiques pour la COVID-19

Annexe 1 : Approche orthogonale

Considérant la faible séroprévalence de la COVID-19 dans la population générale au Québec en ce moment, le recours à un test sérologique pour la détection d'anticorps doit respecter une approche de type orthogonal. L'objectif visé par l'utilisation de cette approche est de réduire le nombre de cas faussement positifs qui peuvent survenir dans un contexte de faible prévalence.

L'approche orthogonale consiste en un algorithme d'analyse impliquant deux tests sérologiques dont la performance clinique (Sensibilité, Spécificité, VPP et la VPN) est supérieure à celle des tests pris individuellement. De façon générale, le 1er test doit être très sensible et un premier résultat positif doit être confirmé par un 2e test plus spécifique.

De plus, il est recommandé de choisir une cible antigénique distincte pour confirmer la séropositivité du premier test, et ce, pour tous les prélèvements réalisés en contexte clinique. La méthode orthogonale n'est toutefois pas requise pour les enquêtes de séroprévalence.

Épreuves analytiques désignées pour le dépistage et la confirmation des anticorps

Les échantillons sanguins sont testés par un premier test sérologique de dépistage réalisé dans un laboratoire d'hôpital par une des épreuves désignées (Roche total, Abbott IgG et Biorad Total).

Temps-réponse : maximum de 5 jours ouvrables.

L'investigation se termine avec l'obtention d'un résultat de dépistage non réactif. Les échantillons avec un résultat de dépistage réactif sont expédiés au LSPQ pour un 2e test sérologique de confirmation à l'aide de l'épreuve LIAISON SARS-CoV-2 S1/S2 IgG. Un résultat réactif au 2e test confirme la présence d'anticorps (IgG) dans l'échantillon clinique alors qu'un résultat non réactif ne le permet pas.

Pour valider l'approche orthogonale, les échantillons discordants avec une interprétation finale non concluante seront testés par une 3e épreuve sérologique de titration des anticorps neutralisants.

Liste des tousses retenues pour les tests de sérologie COVID-19 :

Premier test (dépistage dans les grappes) : Les trousses détectant les anticorps dirigés contre la nucléocapside (N) - Temps-réponse : maximum de 5 jours ouvrables.

- Abbott IgG (Architect i1000SR, i2000SR)
- Roche Elecsys Ig total (Cobas e411, e602)
- Bio Rad Evolis PLATELIA Total Ab

Deuxième test (confirmation au LSPQ uniquement): Les trousses détectant les anticorps dirigés contre la protéine Spike - Temps-réponse : maximum de 5 jours ouvrables.

- Diasorin Liaison XL S1/S2 IgG (Liaison XL)

Requête **SÉROLOGIE COVID**

Cocher la ou les case(s) correspondante(s)

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Nom : _____

Prénom : _____

N° permis & fonction : _____

Adresse de retour du résultat : _____

_____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : Année Mois Jour _____

N° Assurance maladie : _____

N° téléphone : _____ Code postal : _____

Informations sur le prélèvement

Lieu de prélèvement: _____

Date du prélèvement Année Mois Jour _____ Heure : _____

Premier sérum ☐ AAAA / MM / JJ _____

Deuxième sérum ☐ AAAA / MM / JJ _____

Prélevé par : _____

Analyse sérologique pour SARS-CoV-2 IgG/IgM

Renseignements cliniques : _____

Symptômes reliés à la Covid ☐ OUI Date des premiers symptômes compatibles avec la Covid-19 : AAAA / MM / JJ _____

☐ NON

Avez-vous déjà eu un dépistage Covid ? : ☐ NON ☐ OUI

Si oui : ☐ Positif AAAA / MM / JJ _____

☐ Négatif

INDICATIONS

Soutien au diagnostic clinique

S 1 ☐ Complications tardives associées à la Covid-19

Indiquer la complication _____

Indiquer la complication _____

S 2 ☐ Maladie respiratoire sévère

*Premier TAAN : AAAA / MM / JJ

*Deuxième TAAN : AAAA / MM / JJ

Enquêtes et surveillance épidémiologiques

S 3 ☐ Enquête de chaînes de transmission lors d'éclosions complexes

Approbation par le directeur de la santé publique ou son représentant S3: AAAA / MM / JJ _____

Région sociosanitaire du patient (RSS)

- ☐ 01 Bas St-Laurent
- ☐ 02 Saguenay-Lac-St-Jean
- ☐ 03 Capitale-Nationale
- ☐ 04 Mauricie et Centre-du-Québec
- ☐ 05 Estrie
- ☐ 06 Montréal
- ☐ 07 Outaouais
- ☐ 08 Abitibi-Témiscamingue
- ☐ 09 Côte-Nord
- ☐ 10 Nord-du-Québec
- ☐ 11 Gaspésie-IDM
- ☐ 12 Chaudière-Appalaches
- ☐ 13 Laval
- ☐ 14 Lanaudière
- ☐ 15 Laurentides
- ☐ 16 Montérégie
- ☐ 17 Nunavik
- ☐ 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James

Si RSS inconnu inscrire le Code postal : _____

Émission :	21-01-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAPA-020

Catégorie(s) : ✓ Personnes proches aidantes

Directive sur les personnes proches aidantes et le respect du couvre-feu

Nouvelle directive

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

Destinataires :	- Tous les établissements publics du RSSS
	  • Toutes les directions des programmes-services
	  • Directeurs de la qualité
	  • Répondants RI-RTF des établissements
	- Hôpital Sainte-Justine
	- Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
	- Associations et organismes représentatifs de RI-RTF
	- Directeurs généraux des CHSLD 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, un couvre-feu a été décrété du 9 janvier au 8 février 2021 entre 20 h et 5 h.

	Les personnes proches aidantes doivent suivre les consignes de la population générale, notamment réduire au maximum les contacts et respecter le couvre-feu. Toutefois, dans certaines situations particulières, les personnes proches aidantes doivent se rendre au chevet ou au domicile des personnes aidées pour leur porter assistance ou pour assurer leur sécurité en raison d'une condition clinique particulière. Comme mentionné au décret n^{o} **2-2021** du 8 janvier 2021 concernant l'ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de la COVID-19, les motifs suivants peuvent être invoqués pour se trouver hors de son lieu de résidence ou du terrain de celle-ci : • porter assistance à une personne dans le besoin; • fournir un service ou un soutien à une personne pour des fins de sécurité; • assurer la garde d'un enfant ou d'une personne vulnérable; • visiter une personne en fin de vie; • pour un motif d'urgence. Pour ce faire, une personne proche aidante pourra obtenir d'un établissement de santé et de services sociaux ou d'une clinique médicale une attestation justifiant les déplacements lors du couvre-feu lorsque cela est cliniquement requis pour l'usager. Vous trouverez donc ici les mesures à appliquer pour octroyer une attestation écrite aux personnes proches aidantes qui le requièrent.
Mesures à implanter :	Dans certaines situations particulières, les personnes proches aidantes peuvent obtenir d'un établissement de santé et de services sociaux ou d'une clinique médicale une attestation justifiant les déplacements lors du couvre-feu pour se déplacer auprès d'un proche lorsque cela est cliniquement requis. Les professionnels de tous les programmes-services, milieux de vie, milieux de soins, centres de réadaptation, groupes de médecine familiale et cliniques médicales du réseau de la santé et des services sociaux peuvent rédiger une attestation autorisant les déplacements de personnes proches aidantes. La démarche n'implique pas un rendez-vous formel avec le professionnel ou le médecin, mais peut plutôt se faire par téléphone auprès des professionnels ou des agents administratifs (secrétaire médicale). Aucuns frais ne doivent être chargés aux personnes proches aidantes pour la rédaction et l'envoi de l'attestation de déplacement. L'attestation doit être datée et doit afficher le nom de l'établissement ou de la clinique qui l'octroie, le nom de la personne proche aidante, son adresse, le motif de son déplacement, l'adresse de la personne aidée et la signature du professionnel, accompagnée de son titre. Voir le modèle en annexe. Il est attendu que la personne proche aidante qui contacte un professionnel connu pour obtenir cette attestation reçoive rapidement une rétroaction et l'attestation de déplacement, le cas échéant, à la suite d'une analyse du besoin en fonction des situations pouvant le justifier. Le jugement clinique des professionnels est central à l'analyse des besoins au cas par cas.

Émission :	21-01-2021	Mise à jour :	

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)
Document annexé :	✓ Modèle d'attestation de déplacement durant le couvre-feu décrété par le gouvernement du Québec pour les personnes proches aidantes

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

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Ajouter votre logo

Attestation – Déplacement durant le couvre-feu décrété par le gouvernement du Québec

Par la présente, je soussigné(e), :

Prénom et nom du ou de la professionnel(le) : _____

Fonction : _____

Numéro de téléphone : _____

Organisation : _____

Adresse de l'organisation : _____

certifie que, durant la période du couvre-feu décrétée par le gouvernement du Québec, la personne identifiée dans ce document est reconnue par l'organisation que je représente comme étant une personne proche aidante qui doit se déplacer auprès d'une personne aidée afin de lui offrir un soutien essentiel lié à sa condition clinique.

La personne suivante doit ainsi se déplacer entre son domicile et le milieu de vie ou le domicile de la personne aidée, où sa présence est requise, durant la période du couvre-feu :

Prénom et nom de la personne proche aidante : _____

Adresse du domicile de la personne proche aidante : _____

Motif du déplacement :

Doit offrir un soutien à : _____

☐ Porter assistance à une personne dans le besoin
☐ Fournir un service ou un soutien à une personne pour des fins de sécurité
☐ Assurer la garde d'un enfant ou d'une personne vulnérable
☐ Visiter une personne en fin de vie
☐ Pour un motif d'urgence

Adresse du milieu de vie de la personne aidée : _____

Cette autorisation est valide du _____ 2021 au _____ 2021

ou

☐ Cette autorisation est valide durant toute la période du couvre-feu

_____ Signature

_____ Date

Émission :	02-06-2020	Mise à jour :	21-01-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-003

Catégorie(s) :

- ✓ Directives cliniques
- ✓ ITSS
- ✓ CISSS/CIUSSS
- ✓ Services médicaux de première ligne et spécialisés

ITSS : Interventions cliniques en période de pandémie de coronavirus COVID-19

Remplace la directive de juin 2020, ITSS : Interventions cliniques en période de pandémie de coronavirus COVID-2019 - Orientations de la direction de la prévention des ITSS du MSSS (non codée)

Expéditeur :	**Direction générale de la santé publique (DGSP)**
Destinataires :	Tous les établissements publics du RSSS • PDG, DG et PDGA • DSPublique • DSP et DSI • DRMG • Secteur laboratoire • Département de pharmacie • Services de première ligne • Services spécialisés GMF, GMF-U et GMF-réseau Ordres professionnels et fédérations médicales • Collège des médecins • Ordres des infirmières et infirmiers du Québec • Ordre des sages-femmes du Québec • Ordre des pharmaciens du Québec • Fédération des médecins omnipraticiens du Québec • Fédération des médecins spécialistes du Québec

Directive	
Objet :	En raison de l'augmentation de cas de COVID-19 au Québec et de l'annonce par le gouvernement de la mise en place des mesures en fonction d'un système de paliers d'alerte distincts pour chaque région socio sanitaire du Québec, les soins et les services offerts doivent être adaptés. En juin 2020, le MSSS a publié « ITSS : Interventions cliniques en période de pandémie de coronavirus COVID-19 - Orientations de la direction de la prévention des ITSS du MSSS». Cette directive est une mise à jour de cette publication.

	Elle vise à soutenir les présidents-directeurs généraux des établissements et les chefs de Département régional de médecine générale pour développer le plan de maintien des activités par l'établissement et à soutenir les professionnels de la santé qui réalisent des interventions en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), selon le niveau d'alerte de chaque région. Elle est basée sur l'analyse des recommandations québécoises en matière de prévention clinique des ITSS et de prise en charge des personnes atteintes, à partir d'une consultation sommaire d'experts de santé publique, de microbiologie infectiologie et de professionnels de première ligne. Elle est complémentaire au *Plan provincial de priorisation des activités cliniques - Secteur première ligne médicale* et au *Plan 2e vague : Services mère-enfant - COVID-19*.
Principe :	En matière d'ITSS, les interventions cliniques sont réalisées auprès des personnes symptomatiques, auprès des personnes asymptomatiques qui ont des facteurs de risque d'ITSS et auprès des personnes qui ont un risque plus élevé de transmission et de complication. L'évaluation et la prise en charge des personnes chez lesquelles le risque d'une ITSS est présent doivent être maintenues dans la mesure du possible, que ce soit dans les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP), dans les cliniques jeunesse, dans les points de service pour les jeunes « Aire ouverte » ou dans les autres milieux cliniques où ces personnes se présentent. Comme pour toute autre intervention clinique, les milieux cliniques favoriseront le pré triage téléphonique.
Mesures à implanter :	**1. Ressources humaines et matérielles disponibles** Lorsque les ressources humaines (milieu clinique et laboratoire) et le matériel permettant le prélèvement, le transport et l'analyse des échantillons sont disponibles, les interventions cliniques en ITSS devraient se poursuivre selon les recommandations québécoises en vigueur. **2. Ressources humaines ou matérielles limitées** Le maintien de certaines activités cliniques en ITSS est essentiel pour minimiser les effets collatéraux de la pandémie de COVID-19 et éviter une flambée d'ITSS. L'évaluation et la prise en charge des personnes chez lesquelles le risque d'une ITSS est présent doivent être maintenues dans la mesure du possible. Lorsque les ressources humaines ou matérielles sont limitées, prioriser : ➔ les urgences (personnes symptomatiques ou exposées à une personne atteinte), ➔ le suivi de grossesse, ➔ les nouveaux diagnostics, ➔ le suivi des personnes ayant une infection (VIH ou hépatite) mal contrôlée, ➔ la vaccination des personnes exposées à une maladie évitable par la vaccination.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : aucune	
Direction ou service ressource :	**DPITSS** 514 873-9968
Documents annexés :	✓ Traitement accéléré des partenaires de personnes atteintes de chlamydia ou de gonorrhée (TAP) en période de pandémie de la COVID-19 : orientations intérimaires. ✓ Tableau - Interventions cliniques en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) selon la disponibilité des ressources et les 4 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
Le sous-ministre adjoint,
Horacio Arruda

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Émission :	02-06-2020	Mise à jour :	21-01-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle **DGSP-003**

Directive

ITSS : Interventions cliniques en période de pandémie de la COVID-19

Principes

En matière d'ITSS, les interventions cliniques sont réalisées auprès des personnes symptomatiques, auprès des personnes asymptomatiques qui ont des facteurs de risque d'ITSS et auprès des personnes qui ont un risque plus élevé de transmission et de complication.

L'évaluation et la prise en charge des personnes chez lesquelles le risque d'une ITSS est présent doivent être maintenues dans la mesure du possible, que ce soit dans les secteurs de première ligne qui relèvent des établissements (ex. : services médicaux en CLSC, services courants, services en périnatalité, services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP), cliniques jeunesse, points de service pour les jeunes « Aire ouverte ») ou au niveau du secteur de la première ligne médicale hors établissement (ex. : groupes de médecine de famille (GMF), GMF-U, GMF réseau) où ces personnes se présentent.

Comme pour toute autre intervention clinique, les milieux cliniques favoriseront le pré triage téléphonique afin :

- d'évaluer si le rendez-vous peut être reporté ou se faire par téléconsultation;
- si le rendez-vous doit être maintenu, d'évaluer la présence de facteurs de risque chez l'usager d'être atteint de la COVID-19 (ex. : contact, voyage) ou de fièvre ou de toux ou tout autre symptôme compatible avec la COVID-19 avant que l'usager se présente à son rendez-vous afin de s'assurer de la mise en place des mesures requises à son arrivée.

Pour les volets « dépistage » et « vaccination », le prétriage téléphonique et la téléconsultation permettront de déterminer si l'intervention doit être effectuée rapidement (risque élevé) ou si elle peut être reportée de quelques semaines ou mois (risque moins élevé).

1. Ressources humaines et matérielles disponibles

Lorsque les ressources humaines (milieu clinique et laboratoire) et le matériel permettant le prélèvement, le transport et l'analyse des échantillons sont disponibles, les interventions cliniques en ITSS devraient se poursuivre selon les recommandations québécoises en vigueur.

Elles sont présentées, notamment, dans le Guide des bonnes pratiques en prévention clinique, le Guide québécois de dépistage des ITSS, les outils d'aide à la pratique clinique Intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang, les Guides d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS, les Recommandations pour le suivi de l'infection à VIH, la prophylaxie préexposition (PPrE) et la prophylaxie postexposition (PPE) en période de COVID-19.

2. Ressources humaines ou matérielles limitées

Le maintien de certaines activités cliniques en ITSS est essentiel pour minimiser les effets collatéraux de la pandémie de COVID-19 et éviter une flambée d'ITSS. L'évaluation et la prise en charge des personnes chez lesquelles le risque d'une ITSS est présent doivent être maintenues dans la mesure du possible. Lorsque les ressources humaines ou matérielles sont limitées, prioriser les urgences (personnes symptomatiques ou exposées à une personne atteinte), le suivi de grossesse, les nouveaux diagnostics, le suivi des personnes ayant une infection (VIH ou hépatite) mal contrôlée et la vaccination des personnes exposées à une maladie évitable par la vaccination.

Plus précisément, lorsque les ressources sont limitées, il est recommandé de prioriser les personnes et les interventions suivantes :

Personnes symptomatiques

➔ Offrir un traitement syndromique : consulter les Guides d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS et Recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne au Québec.

➔ Prélever tous les sites exposés ou faire un prélèvement sanguin et demander les analyses de laboratoire appropriées et disponibles.

Personnes exposées, consulter le document Personnes exposées à une ITSS, que faire?

➔ Dépister l'infection à laquelle la personne a été exposée et les autres ITSS selon les facteurs de risque.

➔ Personne asymptomatique exposée à une Infection à *Chlamydia trachomatis* (CT) ou à *Neisseria gonorrhoeae* (NG), à la syphilis, à la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou à la trichomonase : offrir un traitement épidémiologique.

Pour les infections à CT ou à NG, le traitement accéléré des partenaires (TAP) peut être utilisé pour traiter les partenaires d'une personne atteinte qui ne consulteront pas un médecin ou une infirmière. Pour connaître les balises du TAP, consulter Traitement accéléré des partenaires (TAP) pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (CT) et à *Neisseria gonorrhoeae* (NG) - Aide-mémoire pour les cliniciens et Aide-mémoire pour les pharmaciens.

Dans le contexte de pandémie, une téléconsultation auprès du partenaire peut permettre de réaliser une évaluation clinique, de planifier un dépistage si possible, d'identifier les situations où un examen physique est requis et de prescrire le traitement approprié. Il ne s'agit pas alors de TAP puisqu'une évaluation est effectuée.

Si cette option n'est pas envisageable, une utilisation élargie du TAP pourrait être acceptable. Voir le document annexé à cette directive, Traitement accéléré des partenaires de personnes atteintes de chlamydia ou de gonorrhée (TAP) en période de pandémie de la COVID-19 : orientations intérimaires. Il précise les exclusions qui doivent être maintenues.

➔ Personne exposée au VIH, VHC ou VHB et personne à risque de contracter le VIH : consulter les Recommandations pour le suivi de l'infection à VIH, la prophylaxie préexposition (PPrE) et la prophylaxie postexposition (PPE) en période de COVID-19.

Personnes qui ont une condition clinique particulière :

- femme enceinte à la première visite du suivi prénatal et, si nécessaire, pendant le suivi de la grossesse et au moment de l'accouchement;

  Dans un contexte de pénurie d'onguent ophtalmique d'érythromycine pour les nouveau-nés, si la mère est à haut risque d'avoir été exposée aux infections à CT ou à NG après le dernier test OU a obtenu des résultats positifs au test de dépistage des infections à CT ou à NG pendant la grossesse et a reçu un traitement, mais n'a pas fait l'objet d'un suivi OU n'a pas subi de test de dépistage pendant la grossesse, procéder au test de dépistage à l'accouchement;

- femme demandant une interruption volontaire de grossesse;
- personne victime d'agression sexuelle;
- personne sous hémodialyse.

➔ Déterminer les ITSS à dépister.

➔ Prélever tous les sites exposés ou faire un prélèvement sanguin et demander les analyses de laboratoire appropriées et disponibles.

Personnes ayant reçu un résultat positif pour une ITSS :

➔ Offrir un traitement, selon l'infection : consulter les Guides d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS, l'outil Recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne au Québec, Recommandations pour le suivi de l'infection à VIH, la prophylaxie préexposition (PPrE) et la prophylaxie postexposition (PPE) en période de COVID-19, La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C.

➔ Déterminer les autres ITSS à dépister.

➔ NG : effectuer un prélèvement et demander une culture avant de débuter le traitement afin de déterminer la sensibilité de la souche (sans retarder le traitement).

➔ CT, NG, syphilis et LGV : effectuer les tests de contrôle de l'efficacité du traitement et consulter les Guides d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS et Recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne au Québec.

Si le test de contrôle ne requiert pas de consultation clinique (ex. : sérologie syphilis, prélèvement pour CT ou NG), transmettre la prescription pour le test de contrôle en même temps que la prescription pour le traitement.

➔ VIH : consulter les Recommandations pour le suivi de l'infection à VIH, la prophylaxie préexposition (PPrE) et la prophylaxie postexposition (PPE) en période de COVID-19.

➔ VHC : consulter La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C.

➔ Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires.

Personnes chez lesquelles il y a une indication de vaccination

➔ Vacciner si le risque d'acquisition est élevé (ex. : contact sexuel ou domiciliaire d'une personne ayant une hépatite B).

➔ Vacciner si la personne doit se présenter en clinique pour une autre raison et que le vaccin peut être administré au cours de la même visite.

Consulter le tableau (voir le document annexé à cette directive) Interventions cliniques en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) selon la disponibilité des ressources et les 4 paliers d'alerte. Il résume les interventions cliniques à maintenir en fonction des ressources humaines et matérielles disponibles et des paliers du système d'alertes régionales et d'intervention graduelle (COVID-19).

Dans ce contexte exceptionnel où les ressources en personnel de la santé sont mobilisées pour la pandémie, que des mesures de distanciation physique sont actuellement en place au Québec et que plusieurs activités cliniques sont délestées, il est acceptable, après évaluation, de reporter, de quelques semaines ou de quelques mois, ou jusqu'à ce que la situation épidémiologique ou le contexte organisationnel le permette, le dépistage ou la vaccination pour les personnes présentant d'autres indications de dépistage d'ITSS ou d'autres indications de vaccination contre l'hépatite A, l'hépatite B ou les VPH. Ces personnes devront être dépistées ou vaccinées le plus rapidement possible lorsque la situation le permettra.

Analyses de laboratoires pour la détection des ITSS

Une quantité suffisante d'écouvillons pour la COVID-19 est prévue pour la recherche de SARS-CoV-2 (agent de la COVID-19). La disponibilité du matériel et des ressources humaines en laboratoire pour les analyses visant la détection du VIH, de la syphilis et des hépatites ne semblent pas affectées jusqu'à présent. Cependant, plusieurs laboratoires ont réaffecté leurs ressources humaines vers les activités COVID-19 ce qui a retardé certaines analyses et prolongé les délais pour que le résultat soit transmis aux cliniciens. La réalisation des analyses pour la détection de l'infection à *Chlamydia trachomatis,* de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* peut être compromise, dès le palier jaune, selon les ressources affectées à la détection de SARS-CoV-2 dans les laboratoires. À notre connaissance, il n'y a pas d'uniformité d'une région à l'autre concernant les analyses retardées. La situation pourrait évoluer au cours des prochains mois.

Sources

- Guide des bonnes pratiques en prévention clinique (MSSS, 2019)
- Guide québécois de dépistage des ITSS (MSSS, 2019)
- Outils d'aide à la pratique clinique « Intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang » (MSSS, 2019)
- Guides d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS (INESSS, 2019)
- Recommandations pour le suivi de l'infection à VIH, la prophylaxie préexposition (PPrE) et la prophylaxie postexposition (PPE) en période de COVID-19 (Baril JG et al, 13 avril 2020
- Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19 – Cliniques de première ligne (MSSS, consulté en ligne le 28 octobre 2020)
- Joindre, dépister et détecter, traiter - Intégrer la prévention des ITSS dans les plans d'action régionaux de santé publique (MSSS, 2017)
- Les activités de vaccination en période de pandémie de Coronavirus COVID-2019-Avis court du Comité sur l'immunisation du Québec (INSPQ, 8 mai 2020)
- La prophylaxie oculaire néonatale : pénurie d'onguent ophtalmique d'érythromycine pour les nouveau-nés (Société canadienne de pédiatrie, 2019 - consulté le 1er mai 2020)
- Plan provincial de reprise des activités cliniques – Secteur première ligne médicale (MSSS, 4 juin 2020)
- Plan provincial de priorisation des activités cliniques - Secteur première ligne médicale (MSSS, 2 décembre 2020)
- Plan 2e vague : Services mère-enfant - COVID-19 (MSSS, 5 octobre 2020)
- S'adapter à la COVID-19 - Un plan pour faire face à la deuxième phase de la pandémie au Québec (Document de travail de la Direction générale de la santé publique du MSSS)

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Version 06-01-2021 (20-MS-09393-02)

Traitement accéléré des partenaires de personnes atteintes de chlamydia ou de gonorrhée (TAP) en période de pandémie de la COVID-19 : orientations intérimaires

Ce document est annexé à la directive ITSS : Interventions cliniques en période de pandémie de coronavirus COVID-19.

Les balises et les orientations concernant le traitement accéléré des partenaires de personnes atteintes de chlamydia ou de gonorrhée (TAP) basées sur les recommandations de l'avis scientifique de l'INSPQ demeurent les normes de bonne pratique et sont présentées dans l'aide-mémoire pour les cliniciens et l'aide-mémoire pour les pharmaciens.

Cependant, dans le contexte actuel de la pandémie de COVID-19 :

1. Il est recommandé, selon la situation, d'offrir une téléconsultation auprès des partenaires pour une évaluation clinique, planifier un dépistage si possible, identifier les situations où un examen physique est requis et prescrire le traitement approprié. Il est suggéré de référer le partenaire à la documentation disponible en ligne (carte de notification chlamydia ou gonorrhée, dépliant Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée…Il faut en parler). Il ne s'agit pas alors de TAP puisqu'une évaluation est effectuée.

2. Si une téléconsultation auprès du partenaire n'est pas envisageable, une utilisation élargie du TAP est acceptable. Cependant, **certains critères d'exclusions du TAP doivent être maintenus:**

    ➔ la partenaire est une femme enceinte

    ➔ la ou le partenaire a moins de 14 ans

    ➔ la ou le partenaire est symptomatique

Pour *Chlamydia trachomatis* :

➔ les infections causées par un génotype L1, L2 ou L3 (lymphogranulomatose vénérienne)

Pour *Neisseria gonorrhoeae* :

➔ la personne atteinte a une souche résistante à un antibiotique utilisé pour le traitement

➔ la ou le partenaire a une allergie connue à la pénicilline ou aux céphalosporines

Pour les autres situations d'exclusions présentes dans l'aide-mémoire, le TAP peut être utilisé de façon exceptionnelle selon le jugement clinique du professionnel de la santé.

Si le traitement que le clinicien décide d'administrer n'est pas par voie orale (ex : ceftriaxone IM), le partenaire devra consulter pour recevoir son injection. Il ne s'agit donc plus d'un TAP (traitement sans voir un médecin ou une infirmière). Le professionnel saisira l'opportunité pour procéder à une évaluation clinique, réaliser les prélèvements et demander les analyses appropriées et disponibles.

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Version 06-01-2021 (20-MS-09393-02)

Interventions cliniques en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) selon la disponibilité des ressources et les 4 paliers d'alerte[1]

Les interventions à maintenir sont présentées à titre indicatif. Elles doivent s'adapter au contexte régional ou local et à la disponibilité des ressources humaines et matérielles.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES	INTERVENTIONS CLINIQUES ITSS À MAINTENIR, À TITRE INDICATIF		PALIER 1 Vigilance	PALIER 2 Préalerte	PALIER 3 Alerte modérée	PALIER 4 Alerte maximale
DISPONIBLES	**Appliquer l'ensemble des recommandations québécoises**		✓			
LIMITÉES	**Prioriser les urgences (personnes symptomatiques ou exposées à une personne atteinte), le suivi de grossesse, les nouveaux diagnostics, le suivi des personnes ayant une infection (VIH ou hépatite) mal contrôlée et la vaccination des personnes exposées à une maladie évitable par la vaccination[2]**					
	▪ Personnes symptomatiques (ITSS)	◆ Traitement	✓	✓	✓	✓
		◆ Analyses de laboratoires	✓	✓	✓	✓
	▪ Personnes asymptomatiques exposées à CT, NG, syphilis, TV, LGV	◆ Analyses de laboratoire	✓	✓	✓ Sauf TV	✓ Sauf TV
		◆ Traitement épidémiologique (incluant le TAP[3])	✓	✓	✓ Privilégier le TAP[3] pour CT et NG sauf si contre-indication	✓ Privilégier le TAP[3] pour CT et NG sauf si contre-indication
	▪ Personnes exposées à une infection par le VIH ou une hépatite virale et personnes à risque de contracter une infection par le VIH	◆ Prophylaxie post-exposition (PPE) ou prophylaxie préexposition au VIH (PPrE) : – administration de la PPE ou de la PPrE – analyses de laboratoire – autres suivis	✓[4]	✓[4]	✓[4]	✓[4]
	▪ Personnes qui ont une condition clinique particulière :	◆ Dépistage – Femme enceinte	✓	✓	✓	✓
		– Femme demandant une IVG	✓[5]	✓[5]	✓[5]	✓[5]
		– Personne victime d'agression sexuelle	✓	✓	✓	✓
		– Personne sous hémodialyse	✓	✓	✓	✓

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES	INTERVENTIONS CLINIQUES ITSS À MAINTENIR, À TITRE INDICATIF	PALIER 1 Vigilance	PALIER 2 Préalerte	PALIER 3 Alerte modérée	PALIER 4 Alerte maximale
LIMITÉES	**Prioriser les urgences (personnes symptomatiques ou exposées à une personne atteinte), le suivi de grossesse, les nouveaux diagnostics, le suivi des personnes ayant une infection (VIH ou hépatite) mal contrôlée et la vaccination des personnes exposées à une maladie évitable par la vaccination[2]**				
	▪ Personnes ayant reçu un résultat positif pour une ITSS — ◆ Traitement	✓	✓	✓	✓
	◆ Analyses de laboratoire lorsqu'indiqué incluant les tests de contrôle de l'efficacité du traitement	✓	✓	✓	✓
	◆ Soutien pour aviser les partenaires	✓[6]	✓[6]	✓[6]	✓[6]
	◆ Autres suivis recommandés	✓	✓	✓	✓ hépatites virales ou VIH[4]
	▪ Personnes exposées à une ITSS évitable par la vaccination[2] — ◆ Vaccination	✓	✓	✓	✓

Liste des abréviations

CT	*Chlamydia trachomatis*	PPE	Prophylaxie postexposition
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang	PPrE	Prophylaxie préexposition au VIH
IVG	Interruption volontaire de grossesse	TAP	Traitement accéléré des partenaires
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne	TV	*Trichomonas vaginalis*
NG	*Neisseria gonorrhoeae*		

Notes

1. Ce tableau résume la directive ITSS : Interventions cliniques en période de pandémie de coronavirus COVID-19. Cette directive s'applique dans les secteurs de 1ère ligne relevant des établissements (ex. : services courants, services en périnatalité, services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS, cliniques jeunesse, points de service pour les jeunes « Aire ouverte ») ou de la 1ère ligne médicale hors établissement (ex. : GMF). Elle est complémentaire au *Plan provincial de priorisation des activités cliniques - Secteur première ligne médicale* et au *Plan 2e vague : Services mère-enfant - COVID-19*.
2. Il est acceptable, après évaluation, de reporter, de quelques semaines ou de quelques mois, ou jusqu'à ce que la situation épidémiologique ou le contexte organisationnel le permette, le dépistage ou la vaccination pour les personnes présentant d'autres indications de dépistage d'ITSS ou d'autres indications de vaccination contre l'hépatite A, l'hépatite B ou les VPH. Ces personnes devront être dépistées ou vaccinées le plus rapidement possible lorsque la situation le permettra.
3. Consulter le Traitement accéléré des partenaires de personnes atteintes de chlamydia ou de gonorrhée (TAP) en période de pandémie de la COVID-19 : orientations intérimaires, document annexé à la directive ITSS : Interventions cliniques en période de pandémie de coronavirus COVID-19.
4. Adapter l'intervention (par exemple, en espaçant certaines visites de suivi); voir le document *Recommandations pour le suivi de l'infection par le VIH, de la PPrE et de la PPE dans le contexte de COVID-19* pour voir les activités à maintenir selon les paliers.
5. Pour déterminer ce qui doit être fait selon les paliers, consulter le Plan 2e vague : Services mère-enfant – COVID-19.
6. Pour déterminer le soutien à offrir, consulter l'outil Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires : quatre étapes. L'intervention pourra être modulée selon le risque de complications ou de transmission secondaire en se basant sur l'épidémiologie locale, la nature de l'infection et les caractéristiques des contacts.

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	22-01-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-010.REV2

Catégorie(s) :
- ✓ Mère-enfant
- ✓ Plan 2e vague
- ✓ Mesures janvier-février 2021

Plan 2e vague : Services mère-enfant - COVID-19

Cette directive remplace la directive DGPPFC-010.REV1 émise le 19 novembre 2020

Expéditeur :	Destinataires :
Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)	Tous les établissements publics du RSSS • Directeurs des services professionnels des établissements publics; • Directeurs des programmes jeunesse; • Représentants des CHU.

Directive

Objet : Plan 2e vague : Services mère-enfant

Mesures à implanter : Ce document présente les mesures à appliquer dans les services mère-enfant. Des précisions ont été apportées pour la période du 11 janvier au 8 février 2021 (ajout d'une colonne au tableau). Les changements apparaissent en surbrillance.

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

Document annexé : Plan 2e Vague : Services mère-enfant-COVID-19 DGPPFC-010.REV.2

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 :	22-01-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-010.REV2

Directive DGPPFC-10.REV2

COVID-19 : Plan 2e vague : Services mère-enfant
Les changements sont en surbrillance

Mesures	Palier d'alerte 1	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Mesures de confinement Janvier 2021
Prénatal					
Rendez-vous de suivi (clinique prénatale, GARE)	En présence. Appel téléphonique ou vidéo encouragé.	En présence. Si possible jumeler les interventions. Appel téléphonique ou vidéo encouragé.	En présence seulement pour besoin spécifique. Appel téléphonique ou vidéo priorisé.	En présence seulement pour besoin spécifique. Télésanté priorisée Suivi GARE (infirmier) à domicile lorsque disponible.	Télésanté priorisée pour diminuer le temps en présence. En présence selon le jugement clinique du professionnel et la condition de la patiente.
Rendez-vous de suivi de grossesse normal des visites (par télémédecine ou en personne) peuvent être ajoutées selon la condition clinique de la patiente.	En présence	En présence. Si possible jumeler les interventions.	• 11-13 sem: Echo Datation/Clarté nucale • 16 sem: Télésanté • 20-22 sem: Echographie Dépistage • 28 sem: Télésanté si accès à prise de tension artérielle à domicile • 32 sem: en personne • 35 sem: en personne (dépistage strep B) • 37 sem: Télésanté si accès à prise de tension artérielle à domicile	• 11-13 sem : Echo Datation/Clarté nucale • 16 sem : Télésanté • 20-22 sem : Echographie Dépistage • 28 sem : Télésanté si accès à prise de tension artérielle à domicile • 32 sem: en personne • 35 sem: en personne (dépistage strep B) • 37 sem : Télésanté si accès à prise de tension artérielle à domicile	• 11-13 sem : Echo Datation/Clarté nucale • 16 sem : Télésanté • 20-22 sem : Echographie Dépistage • 28 sem : Télésanté si accès à prise de tension artérielle à domicile • 32 sem:en personne • 35 sem: en personne (dépistage strep B) • 37 sem : Télésanté si accès à prise de tension artérielle à domicile

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	22-01-2021

Directive DGPPFC-10.REV2					
			• 38 sem: Télésanté si accès à prise de tension artérielle à domicile • 39 sem: En personne • 40 sem et +: En personne **Toute personne qui en fait la demande doit être vue en présentiel.**	• 38 sem: Télésanté si accès à prise de tension artérielle à domicile • 39 sem: En personne • 40 sem et +: En personne **Toute personne qui en fait la demande doit être vue en présentiel.**	• 38 sem: Télésanté si accès à prise de tension artérielle à domicile • 39 sem: En personne • 40 sem et +: En personne **Toute personne qui en fait la demande doit être vue en présentiel.**
Cours prénataux	Référer aux ressources en ligne et offrir du soutien téléphonique ou par vidéo.	Référer aux ressources en ligne et offrir du soutien téléphonique ou par vidéo.	Référer aux ressources en ligne et offrir du soutien téléphonique ou par vidéo.	Référer aux ressources en ligne et offrir du soutien téléphonique ou par vidéo.	Référer aux ressources en ligne. Préciser sur le site de chaque CISSS/CIUSSS et dans les cliniques de suivi médical de grossesse où les futurs parents peuvent obtenir de l'information en ligne pour se préparer pendant la période prénatale. Offrir du soutien via télésanté. Fournir un numéro en cas de question.
Vaccination	Maintenue	Maintenue, jumeler avec autre RV si possible.	Comité sur l'immunisation du Québec.	Comité sur l'immunisation du Québec.	Comité sur l'immunisation du Québec.
Retrait préventif	Pour une maternité sans danger.	Pour une maternité sans danger.	Pour une maternité sans danger.	Pour une maternité sans danger.	Pour une maternité sans danger.
Hospitalisation anténatale COVID+	CH désigné, voir Plan de contingence services hospitaliers.	CH désigné, voir Plan de contingence services hospitaliers.	CH désigné, voir Plan de contingence services hospitaliers.	CH désigné ou tous les CH en fonction du Plan de contingence des services hospitaliers.	CH désigné ou tous les CH en fonction du Plan de contingence des services hospitaliers.
Visite à domicile	Permise	Permise	Visite maintenue, à domicile ou en clinique (si besoin spécifique seulement), après une première évaluation téléphonique/vidéo.	Visite maintenue, à domicile ou en clinique (si besoin spécifique seulement), après une première évaluation via télésanté.	Télésanté priorisée pour diminuer le temps en présence. Visite maintenue, à domicile ou en clinique (si besoin spécifique seulement).
Accouchement					

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	22-01-2021

Directive DGPPFC-10.REV2					
Accouchement patiente COVID + : *Particularité : L'accouchement dans un centre hospitalier non désigné est possible, incluant le séjour sur place jusqu'au congé postnatal, dans les cas où : Femme enceinte COVID-19 positive se présente en travail actif (naissance imminente); Femme enceinte dont le test de la COVID-19 se serait avéré positif au cours de l'hospitalisation.	CH désigné, voir Plan de contingence services hospitaliers.	CH désigné, voir Plan de contingence services hospitaliers.	CH désigné, voir Plan de contingence services hospitaliers.	CH désigné ou tous les CH selon l'activation du Plan de contingence services hospitaliers.	CH désigné ou tous les CH selon l'activation du Plan de contingence services hospitaliers.
Accouchement à domicile.	Permis selon conditions, voir directives pratique sage-femme.	Permis selon conditions, voir directives pratique sage-femme.	Permis selon conditions, voir directives pratique sage-femme.	Permis selon conditions, voir directives pratique sage-femme.	Permis selon conditions, voir directives pratique sage-femme. Réorganiser les activités pour optimiser la convergence des ressources en obstétrique et en périnatalité s'il y a lieu.
Accouchement en maison de naissance (MDN).	Permis pour clientèle non-COVID seulement.	Permis pour clientèle non-COVID seulement.	Permis pour clientèle non-COVID seulement.	Permis pour clientèle non-COVID seulement.	Permis pour clientèle non-COVID seulement. Réorganiser les activités pour optimiser la convergence des ressources en obstétrique et en périnatalité s'il y a lieu.
Postnatal					
Dépistages néonataux, enseignement.	Maintenus	Maintenus	Maintenus	Maintenus. Envisager congé précoce. Cependant, il est recommandé d'hospitaliser la mère COVID + et l'enfant pendant au moins 48 heures après l'accouchement, selon les considérations logistiques, sauf si la mère présente des critères d'hospitalisation prolongée.	Maintenus. Envisager congé précoce. Cependant, il est recommandé d'hospitaliser la mère COVID + et l'enfant pendant au moins 48 heures après l'accouchement, selon les considérations logistiques, sauf si la mère présente des critères d'hospitalisation prolongée.
Intrahospitalier (mère-bébé en bonne santé)	Peau à peau (incluant césarienne).	Peau à peau (incluant césarienne).	Peau à peau (incluant césarienne).	Peau à peau (incluant césarienne).	Peau à peau (incluant césarienne).

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	22-01-2021

Directive DGPPFC-10.REV2					
Soins au nouveau-né en santé	Dans la chambre avec la mère	Dans la chambre avec la mère	Dans la chambre avec la mère	Dans la chambre avec la mère	Dans la chambre avec la mère
Visite à domicile	Maintenue	Maintenue	Visite postnatale maintenue, à domicile ou en clinique si besoin spécifique, après une première évaluation téléphonique/vidéo.	Visite maintenue, à domicile ou en clinique (si besoin spécifique seulement), après une première évaluation téléphonique/vidéo. Considérer un lieu dédié pour les visites en présence sans risque de contamination.	Suivi téléphonique 24 heures après la sortie du lieu de naissance maintenu pour tous. Visite postnatale maintenue, à domicile ou en clinique si besoin spécifique, après une première évaluation en télésanté Fournir un numéro de téléphone pour répondre aux questions des parents pendant la période postnatale.
Clinique d'allaitement : *Particularité : En période de pandémie, il est recommandé d'allaiter; les avantages de l'allaitement maternel l'emportent sur les risques de la contagion ou d'infection de la COVID-19.	Maintenue	Maintenue	Visite en établissement ou en clinique seulement si besoin particulier après évaluation téléphonique/vidéo (ex : frénotomie, difficulté d'allaitement importante avec blessures, etc.).	Visite en établissement ou en clinique seulement si besoin particulier après évaluation téléphonique/vidéo (ex : frénotomie, difficulté d'allaitement importante avec blessures, etc.).	Visite en établissement ou en clinique seulement si besoin particulier après évaluation téléphonique/vidéo (ex : frénotomie, difficulté d'allaitement importante avec blessures, etc.).
Atelier de soutien à l'allaitement *Dans le respect des consignes gouvernementales sur les rassemblements.	En présence-	En présence	Fournir les coordonnées et référer aux ressources en ligne et au soutien téléphonique des organismes en allaitement.	Fournir les coordonnées et référer aux ressources en ligne et au soutien téléphonique des organismes en allaitement.	Assurer l'accès à du soutien pour prévenir les difficultés d'allaitement. Fournir un numéro de téléphone pour répondre aux questions.
Soutien des organismes et ressources en périnatalité (ex. Accompagnement à la naissance, relevailles, centre de ressources périnatales, organisme communautaire famille, soutien en cas de deuil périnatal, etc.).	Maintenu	Maintenu	Soutien téléphonique/vidéo pour tous. Visite à domicile ou dans l'organisme si besoin particulier après évaluation téléphonique/vidéo.	Télésanté priorisée. Visite à domicile ou dans l'organisme si besoin particulier après évaluation télésanté. Fournir EPI	Télésanté priorisée. Visite à domicile ou dans l'organisme si besoin particulier après évaluation en télésanté. Fournir EPI

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	22-01-2021

Directive DGPPFC-10.REV2					
Corridors de services et transferts					
Interhospitalier-mère ou bébé : Contacter le Centre de coordination en périnatalogie du Québec (CCPQ) * Particularité : une seule ambulance est requise; mère doit être transportée sur une civière et nouveau-né installé dans un siège d'auto; ou transférer le nouveau-né dans un incubateur et la maman sur le siège.	Corridor selon le bon niveau de soins.	Corridor selon le bon niveau de soins.	Corridor selon le bon niveau de soins. Idéalement avec région de niveaux d'alerte similaire sinon centre tertiaire.	Corridor selon le bon niveau de soins. Idéalement avec région de niveaux d'alerte similaire sinon centre tertiaire.	Corridor selon le bon niveau de soins. Idéalement avec région de niveaux d'alerte similaire sinon centre tertiaire.
Corridors de services (ex. manque RH, éclosion, débordement)	Prévoir les corridors en considérant les effectifs manquants et la capacité à maintenir une équipe minimale de base. Déployer le plan de continuité des services, tel que recommandé dans le Guide d'accompagnement - découvertures d'obstétrique lorsque nécessaire. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/sujets/mere-enfant	Idem	Idem	Idem	Idem
Autres services gynéco-obstétriques					
Accès à la contraception	Maintenu	Maintenu	Maintenu, en priorisant les téléconsultations.	Maintenu, en priorisant les téléconsultations.	Maintenu, en priorisant les téléconsultations.

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	22-01-2021

Directive DGPPFC-10.REV2					
IVG	Maintenue L'IVG médicamenteuse devrait être offerte comme méthode de première ligne pour les grossesses de 70 jours ou moins. La clientèle doit être sensibilisée à la nécessité d'effectuer toutes les visites de contrôle en présence ou virtuelle.	Maintenue L'IVG médicamenteuse devrait être offerte comme méthode de première ligne pour les grossesses de 70 jours ou moins. La clientèle doit être sensibilisée à la nécessité d'effectuer toutes les visites de contrôle en présence ou virtuelle.	Maintenue, en priorisant la télémédecine. L'IVG médicamenteuse devrait être offerte comme méthode de première ligne pour les grossesses de 70 jours ou moins. La clientèle doit être sensibilisée à la nécessité d'effectuer toutes les visites de contrôle en présence ou virtuelle. Le dépistage systématique des ITSS peut être délesté avant l'IVG, tant médicamenteuse que chirurgicale, à condition que celui-ci soit maintenu chez la clientèle à risque et qu'une antibioprophylaxie soit donnée systématiquement aux personnes qui auront une IVG chirurgicale.	Maintenue, en priorisant la télémédecine. L'IVG médicamenteuse devrait être offerte comme méthode de première ligne pour les grossesses de 70 jours ou moins. La clientèle doit être sensibilisée à la nécessité d'effectuer toutes les visites de contrôle en présence ou virtuelle. Le dépistage systématique des ITSS peut être délesté avant l'IVG, tant médicamenteuse que chirurgicale, à condition que celui-ci soit maintenu chez la clientèle à risque et qu'une antibioprophylaxie soit donnée systématiquement aux personnes qui auront une IVG chirurgicale.	Maintenue, en priorisant la télémédecine. L'IVG médicamenteuse devrait être offerte comme méthode de première ligne pour les grossesses de 70 jours ou moins. La clientèle doit être sensibilisée à la nécessité d'effectuer toutes les visites de contrôle en présence ou virtuelle. Le dépistage systématique des ITSS peut être délesté avant l'IVG, tant médicamenteuse que chirurgicale, à condition que celui-ci soit maintenu chez la clientèle à risque et qu'une antibioprophylaxie soit donnée systématiquement aux personnes qui auront une IVG chirurgicale.
PMA	Maintenu	Maintenu	Maintenu ou ajusté en fonction de la capacité hospitalière.	Maintenu ou ajusté en fonction de la capacité hospitalière.	Maintenu ou ajusté en fonction de la capacité hospitalière. Les patients doivent être informés des changements aux services s'il y a lieu.
Suivi décès et deuil périnatal	Accompagnement et suivi psychologique individuel maintenus.	Accompagnement et suivi psychologique individuel maintenus.	Télésanté priorisée ou référer à 811 info-social qui saura guider vers les organismes de suivi de deuil, de relation d'aide ou en santé mentale.	Télésanté priorisée ou référer à 811 info-social qui saura guider vers les organismes de suivi de deuil, de relation d'aide ou en santé mentale.	Télésanté priorisée ou référer à 811 info-social qui saura guider vers les organismes de suivi de deuil, de relation d'aide ou en santé mentale.
Services de prévention-promotion					
Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	Maintenus	Maintenus	Maintenus	Maintenus	Maintenus
Intervention Olo	Maintenue	Maintenue	Maintenue	Maintenue. Les rencontres téléphoniques ou par visioconférence sont privilégiées.	Les rencontres téléphoniques ou par visioconférence sont privilégiées.
Prise en charge clientèle pédiatrique					

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	22-01-2021

Directive DGPPFC-10.REV2					
Suivi 0-5 ans	Maintenu	Maintenu	Maintenu. En présence seulement pour besoin spécifique. Appel téléphonique ou vidéo priorisé. • Suivi médicaux 0-2 ans : priorisé • Suivi pédiatrique 0-5 maintenu pour clientèle avec besoins particuliers (inclut différents suivis, professionnels ou médicaux, hôpital ou autre)	Maintenu. En présence seulement pour besoin spécifique. Appel téléphonique ou vidéo priorisé. • Suivi médicaux 0-2 ans : priorisé • Suivi pédiatrique 0-5 maintenu pour clientèle avec besoins particuliers (inclut différents suivis, professionnels ou médicaux, hôpital ou autre)	Maintenu. En présence seulement pour besoin spécifique. Appel téléphonique ou vidéo priorisé. • Suivi médicaux 0-2 ans : priorisé • Suivi pédiatrique 0-5 maintenu pour clientèle avec besoins particuliers (inclut différents suivis, professionnels ou médicaux, hôpital ou autre)
Vaccination	Maintenue	Maintenue	Comité sur l'immunisation du Québec	Comité sur l'immunisation du Québec	Comité sur l'immunisation du Québec
Programme Agir tôt	Maintenu	Maintenu	Maintenu. Appel téléphonique ou vidéo priorisé.	Maintenu. Appel téléphonique ou vidéo priorisé.	Projet de démonstration de l'ABCdaire 18 mois+ suspendu afin de permettre de réaffecter les infirmières à des tâches prioritaires liées à la pandémie.
Consultation externe	Clinique désignée si symptômes COVID-19	Clinique désignée si symptômes COVID-19	Clinique désignée si symptômes COVID-19	Clinique désignée si symptômes COVID-19	Clinique désignée si symptômes COVID-19
Hospitalisation COVID +. *Particularité : Enfant COVID + asymptomatique, hospitalisé pour autre raison que COVID, pourrait être hospitalisé dans le CH régional.	Centre désigné pédiatrique	Centre désigné pédiatrique	Centre désigné pédiatrique	CH désigné pédiatrique ou tous les CH selon l'activation du Plan de contingence services hospitaliers	Centre désigné pédiatrique
Transferts interhospitaliers	Communiquer CCPQ	Communiquer CCPQ	Communiquer CCPQ	Communiquer CCPQ	Communiquer CCPQ
Dépistage COVID					
Femme enceinte	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests
Nouveau-né	Voir document : *Dépistage et isolement des nouveau-nés de mère infectée par le SARS-CoV-2*	Voir document : *Dépistage et isolement des nouveau-nés de mère infectée par le SARS-CoV-2*	Voir document : *Dépistage et isolement des nouveau-nés de mère infectée par le SARS-CoV-2*	Voir document : *Dépistage et isolement des nouveau-nés de mère infectée par le SARS-CoV-2*	Voir document : *Dépistage et isolement des nouveau-nés de mère infectée par le SARS-CoV-2*
Transfert à rebours nouveau-né	non requis sauf en cas de situation particuière (ex: éclosion).	non requis sauf en cas de situation particuière (ex: éclosion).	non requis sauf en cas de situation particuière (ex: éclosion).	non requis sauf en cas de situation particuière (ex: éclosion).	non requis sauf en cas de situation particuière (ex: éclosion).

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	22-01-2021

Directive DGPPFC-10.REV2					
Clientèle pédiatrique Hospitalisation	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.
Clientèle pédiatrique consultation externe	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.
Clientèle pédiatrique en soins à domicile sous suppléance ventilatoire	En raison des aérosols, il pourrait être requis d'effectuer le dépistage en milieu hospitalier.	En raison des aérosols, il pourrait être requis d'effectuer le dépistage en milieu hospitalier.	En raison des aérosols, il pourrait être requis d'effectuer le dépistage en milieu hospitalier.	En raison des aérosols, il pourrait être requis d'effectuer le dépistage en milieu hospitalier.	En raison des aérosols, il pourrait être requis d'effectuer le dépistage en milieu hospitalier.
Préhospitalier	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.	Directives de priorisation des tests.
Mesure PCI					
Pour le personnel : les pratiques de base doivent s'appliquer et être rehaussées selon les recommandations PCI en contexte COVID-19. Services ambulatoires: port du masque médical pour tous (professionnels et clientèle) en tout temps)	https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/#epi	https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/#epi	https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/#epi	https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/#epi	https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/#epi
Femme enceinte COVID -/statut inconnu	Port du masque médical non requis, mais recommandé si toléré	Port du masque médical non requis, mais recommandé si toléré	Port du masque médical non requis, mais recommandé, si toléré	Port du masque médical non requis, mais recommandé si toléré	Port du masque médical non requis, mais recommandé, si toléré
Femme enceinte COVID + : Si la patiente peut le tolérer et selon le type de soin donné (p. ex. : soins prolongés et à proximité de l'usager),	Le port du masque médical est recommandé, si toléré	Le port du masque médical est recommandé, si toléré	Le port du masque médical est recommandé, si toléré	Le port du masque médical est recommandé, si toléré	Le port du masque médical est recommandé, si toléré
Nouveau-né mère symptomatique COVID +/suspectée	Voir document : Dépistage et isolement des nouveau-	Voir document : Dépistage et isolement des nouveau-	Voir document : Dépistage et isolement des nouveau-nés de mère infectée par le SARS-CoV-2	Voir document : Dépistage et isolement des nouveau-nés de mère infectée par le SARS-CoV-2	Voir document : Dépistage et isolement des nouveau-nés de mère infectée par le SARS-CoV-2

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	22-01-2021

Directive DGPPFC-10.REV2					
	nés de mère infectée par le SARS-CoV-2	nés de mère infectée par le SARS-CoV-2			
Sage-femme					
Présence en centre hospitalier	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis
Présence du père ou d'une personne significative (1er accompagnateur)					
Prénatal	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis
Pernatal (bloc opératoire césarienne inclus)	Permis	Permis	Permis	Permis	Permis
Postnatal	Permis	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.	1 seul parent à la fois, cependant la situation clinique de l'enfant devrait guider la décision de la présence simultanée des 2 parents.
Pédiatrie -Parents	Permis	Permis	1 seul parent à la fois, cependant la situation clinique de l'enfant devrait guider la décision de la présence simultanée des 2 parents.	1 seul parent à la fois, cependant la situation clinique de l'enfant devrait guider la décision de la présence simultanée des 2 parents.	1 seul parent à la fois, cependant la situation clinique de l'enfant devrait guider la décision de la présence simultanée des 2 parents.

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	22-01-2021

Directive DGPPFC-10.REV2					
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 médical.					
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	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	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.	Aucun 2e accompagnateur permis
A domicile: En fonction des directives de la santé publique, la présence d'un aidant naturel pourrait être autorisée.					
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	idem
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	Idem

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	22-01-2021

Directive DGPPFC-10.REV2					
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	Idem
Références cliniques					
Obstétrique					
Les directives cliniques du MSSS					
Ø Les recommandations de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada;					
Ø Les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie;					
Ø Les mesures de prévention et de contrôle des infections pour les milieux de soins aigus;					
Ø Les interventions médicales générant des aérosols (IMGA);					
Les recommandations de l'Agence de la Santé publique du Canada					
Pédiatrie					
Les directives cliniques du MSSS					
Société canadienne de pédiatrie;					
Le retour des enfants présentant des maladies chroniques en milieu scolaire primaire et en milieu de garde;					
Réponse rapide INESSS : COVID-19 et maladie de Kawasaki et syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants					
COVID-19 : manifestations cutanées (lésions de type perniose, lésions associées à des dommages					

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	22-01-2021

Directive DGPPFC-10.REV2					
vasculaires et autres types de lésions)					
Les activités de vaccination en période de pandémie de COVID-19 Dépistage et isolement des nouveau-nés de mère infectée par le SARS-CoV-2					

Émission :	21-01-2021	Mise à jour :	22-01-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle **DGCRMAI-001**

Catégorie(s) : ✓ Services de santé et de services sociaux aux demandeurs d'asile

Directive sur les mesures provisoires pour les demandeurs d'asile pendant la pandémie de COVID-19

Expéditeur :	**Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles (DGCRMAI)**

Destinataires :	Tous les établissements publics du RSSS • PDG, DG et PDGA

Directive	
Objet :	Mesures provisoires pour les demandeurs d'asile pendant la pandémie de COVID-19
Principe :	Les activités relatives au traitement en personne des renouvellements des documents du demandeur d'asile (DDA) sont suspendues au Canada. De ce fait et puisque le ministère fédéral Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) ne peut pas remplacer à l'heure actuelle les DDA, un document provisoire est fourni aux demandeurs d'asile ayant perdu ou s'étant fait voler ces documents. Ce document est valide. IRCC précise qu'il s'agit d'une mesure temporaire. Ce document provisoire est transmis aux demandeurs d'asile en format PDF et par courriel (exemple en pièce jointe). Ces documents provisoires ont une apparence différente de ceux imprimés par IRCC, car ils seront imprimés par le demandeur d'asile et non sur du papier sécurisé. Puisque les renouvellements du DDA sont toujours suspendus pour l'instant et à la demande d'IRCC, **les établissements doivent continuer à accepter les DDA expirés comme s'ils étaient valides**, et ce, jusqu'à nouvel ordre. Conséquemment, les demandeurs d'asile sont autorisés à utiliser les documents suivants pour prouver qu'ils ont présenté une demande d'asile : • DDA valide ; • DDA expiré ; • DDA provisoire ; • Lettre d'accusé réception de la demande.
Mesures à implanter :	✓ Diffuser l'information au sein de l'établissement ; ✓ Informer l'ensemble des groupes de médecine de famille (GMF), groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U) et super-cliniques du territoire de l'établissement (lettre modèle jointe).

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes :	
Direction ou service ressource :	**Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés ethnoculturelles, ministère de la Santé et des Services sociaux** secretariat.saslace@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Exemples de document de demandeur d'asile (DDA) provisoire (version française et anglaise) ; ✓ Lettre modèle à l'intention des GMF et super-clinique.

Émission :	21-01-2021

Mise à jour :	22-01-2021

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
Le sous-ministre adjoint,
Daniel Desharnais

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

ANNEX A

Immigration, Refugees and Citizenship Canada | Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

Date:

To :
Address:
UCI:

Due the COVID-19 temporary measures and office closures, Immigration, Refugees and Citizenship Canada (IRCC) is currently unable to issue a replacement for a lost or stolen Refugee Protection Claimant Document (RPCD). The below information is taken from the current RPCD and the photograph from the electronic file.

This document is to be considered valid until further notice. Please check the IRCC website for updates on these temporary measures.

TEMPORARY REPLACEMENT OF LOST / STOLEN REFUGEE PROTECTION CLAIMANT DOCUMENT DUE TO COVID-19

THIS IS TO CERTIFY THAT THE PERSON HEREIN IS A REFUGEE PROTECTION CLAIMANT WITHIN THE MEANING OF THE *IMMIGRATION AND REFUGEE PROTECTION ACT*

Application No:
UCI:

Family Name:
Given Name:
Date of Birth (yy/mm/dd):
Sex:
Country of Birth:
Country of Citizenship:
Original Issue Date (yy/mm/dd):
Expiry Date: Valid until further notice due to COVID-19 temporary measures and office closures.

BIOGRAPHIC IMAGE
-Insert here-

Pursuant to Subsection 100(1) of the *Immigration and Refugee Protection Act*, this refugee protection claim has been determined to be eligible for a decision by the Refugee Protection Division. Consequently, pursuant to subsection 100(3), the refugee Protection Claim is referred to the Refugee Protection Division of the Immigration Refugee Board.

Sample

As of DATE the above-named individual is eligible for coverage of health-care costs under the Interim Federal Health Program (IFHP). This coverage can be cancelled without notice if the individual's immigration status changes. Therefore, health-care providers **must** verify the eligibility of the individual with the IFHP administrator **before** providing services.
I, the undersigned:
- declare that I require coverage under the IFHP. I will notify IRCC immediately of any changes to my immigration status, or if I become eligible for or receive other health insurance;
- understand that my medical and personal information will be shared with IRCC, IFHP claims administration and other appropriate third-parties for the administration of the IFHP and that my personal information may be shared with other government institutions and other third-parties in accordance with the *Privacy Act* and the *Department of Citizenship and Immigration Act*.

School age children do not need student authorization to attend primary or secondary schools.

Name, relationship and signature of accompanying adult (if applicable)

_____

Electronic Signature of IRCC Officer

*****NOT VALID FOR TRAVEL*****

Sample

Sample

Immigration, Refugees and Citizenship Canada | Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

Date :

À :
Adresse :
IUC :

En raison des mesures temporaires et de la fermeture des bureaux qui sont imposées par la COVID-19, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) se trouve actuellement dans l'impossibilité de remplacer les documents du demandeur d'asile (DDA) perdus ou volés. Les renseignements ci-dessous sont tirés du DDA valide et la photographie, du dossier électronique.

Ce document doit être considéré comme valide jusqu'à nouvel ordre. Veuillez consulter le site web d'IRCC pour voir les mises à jour sur ces mesures temporaires.

REMPLACEMENT TEMPORAIRE DU DOCUMENT DE DEMANDEUR D'ASILE PERDU OU VOLÉ (EN RAISON DE LA COVID-19)

LE PRÉSENT DOCUMENT CERTIFIE QUE LA PERSONNE VISÉE EST UN DEMANDEUR D'ASILE AU SENS DE LA *LOI SUR L'IMMIGRATION ET LA PROTECTION DES RÉFUGIÉS*

Nº de demande :
IUC :

Nom de famille :
Prénom :
Date de naissance (jj/mm/aa) :
Sexe :
Pays de naissance :
Pays de citoyenneté :
Date de délivrance initiale (jj/mm/aa) :
Date d'expiration : valide jusqu'à nouvel ordre, en raison des mesures temporaires et des fermetures de bureau dues à la COVID-19.

IMAGE BIOGRAPHIQUE
-Insérer ici-

Conformément à l'article 100(1) de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, cette demande d'asile a été jugée recevable pour une décision de la Section de la protection des réfugiés. Par conséquent, en vertu du paragraphe 100(3), la demande d'asile est déférée à la Section de la protection des réfugiés de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié.
.

SAMPLE

À compter du DATE, la personne susmentionnée est recevable à la couverture des coûts des soins de santé dans le cadre du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). Cette couverture peut être annulée sans préavis si le statut d'immigration de la personne change. Par conséquent, les fournisseurs de soins de santé **doivent** vérifier la recevabilité de la personne auprès de l'administrateur du PFSI **avant** de lui fournir des services.
Je, soussigné(e) :
- déclare avoir besoin d'une couverture au titre du PFSI. J'informerai immédiatement IRCC de tout changement apporté à mon statut d'immigrant, ou si je deviens recevable à une autre assurance-maladie ou que je touche des prestations d'une telle assurance;
- comprends que mes renseignements médicaux et personnels seront communiqués à IRCC, aux administrateurs du PFSI et aux autres tiers compétents pour l'administration du PFSI, et que mes renseignements personnels peuvent être communiqués à d'autres institutions gouvernementales et à d'autres tiers conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et à la *Loi sur le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration*.

Les enfants d'âge scolaire n'ont pas besoin d'une autorisation d'étude pour fréquenter l'école primaire ou secondaire.

Nom, lien de filiation et signature de l'adulte accompagnateur (s'il y a lieu).

_____

Signature électronique de l'agent d'IRCC

*****NON VALIDE POUR LES VOYAGES*****

SAMPLE

SAMPLE

Logo d'établissement

Québec, le

À l'intention de tous les médecins des Groupes de médecine de famille, des Groupes de médecine de famille universitaire et des super-cliniques du territoire de (*indiquer région*)

Objet : Document du demandeur d'asile (DDA) durant la COVID-19

Docteure,
Docteur,

Nous vous informons par la présente que le ministère fédéral Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) a mis en place des mesures provisoires pour les demandeurs d'asile en raison de la pandémie de la COVID-19. En effet, jusqu'à nouvel ordre, les activités relatives au traitement en personne des renouvellements des documents du demandeur d'asile (DDA) sont suspendues au Canada.

De ce fait, et puisque IRCC ne peut pas remplacer à l'heure actuelle les DDA, un document provisoire est fourni aux demandeurs d'asile ayant perdu ou s'étant fait voler ces documents. IRCC précise qu'il s'agit d'une mesure temporaire. Ce document provisoire est transmis aux demandeurs d'asile en format PDF et par courriel (exemple en pièce jointe). Pour cette raison, veuillez noter que documents provisoires ont une apparence différente de ceux imprimés par IRCC, car ils seront imprimés par le demandeur d'asile et non sur du papier sécurisé.

De plus, puisque les renouvellements du DDA sont toujours suspendus pour l'instant et à la demande d'IRCC, **vous devez continuer à accepter les DDA expirés comme s'ils étaient valides, et ce, jusqu'à nouvel ordre**.

Conséquemment, les demandeurs d'asile sont autorisés à utiliser les documents suivants pour prouver qu'ils ont présenté une demande d'asile :

- DDA valide ;
- DDA expiré ;
- DDA provisoire ;
- Lettre d'accusé réception de la demande.

Veuillez agréer, Docteure, Docteur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Signature

p. j. Exemples de document de demandeur d'asile (DDA) provisoire

Émission :	26-01-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-012

Catégorie(s) :
- ✓ Dépistage de la COVID-19
- ✓ Tests rapides COVID-19
- ✓ Projets de validation clinique tests rapides

Directive sur l'accès aux tests de détection rapide de la COVID-19

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale de la santé publique (DGSP)**
Destinataires :	Tous les établissements publics du RSSS : - Présidents-directeurs généraux et directeurs généraux; - Directions des services professionnels (DSP); - Directeurs de santé publique; - Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP); - Responsables de la biologie médicale; - Co-directeurs des grappes Optilab.

Directive	
Objet :	Les technologies de tests rapides en point de service (PDS) sont indiquées pour la détection du SRAS-CoV-2 chez des individus avec suspicion de la COVID-19, durant la première semaine suivant le début des symptômes. Deux grandes catégories de tests rapides sont actuellement disponibles au Québec : • Par amplification des acides nucléiques : ID NOW • Par détection des antigènes (protéines du virus) (TDAR) : Panbio et BD Veritor™ Plus System
Principe :	Ces technologies de dépistage rapide PDS présentent l'avantage de fournir des résultats immédiats. Déployés de façon intelligente et prudente, ces tests diagnostiques rapides peuvent avoir une place dans le contrôle de la pandémie, en capacité d'appoint à l'utilisation des tests offerts en laboratoire par amplification des acides nucléiques (TAAN-labo). Un comité d'experts a été mis en place pour encadrer l'utilisation de ces tests rapides et bonifier la monographie du fabricant d'une appréciation de la performance clinique de ces tests.
Mesures à implanter :	✓ Voir les diverses mesures à implanter à la section *Directive* ci-bas.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction générale adjointe de la protection de la santé publique** Protection@msss.gouv.qc.ca
Document annexé :	✓ Rapport – Avis sur l'utilisation des tests rapides au point de service pour la détection de la COVID-19 au Québec

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,
Marie-Ève Bédard

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Émission :	26-01-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-012

Directive

Un comité d'experts a été mis en place pour encadrer l'utilisation de ces tests rapides et soumettre des recommandations d'utilisation qui ont été rendues publiques le 14 janvier 2021 (Annexe1).

Depuis le mois de décembre 2020, le MSSS a sollicité la participation volontaire des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour le déploiement des tests rapides de détection de la COVID, à l'intérieur de projets préalablement autorisés.

Les données issues de certains de ces projets sont très encourageantes. En effet, elles confirment notamment la pertinence des tests rapides ID NOW en cliniques désignées de dépistage (CDD) pour la population qui présente des symptômes compatibles avec la COVID-19 depuis moins de 7 jours. L'expérience acquise grâce aux projets en cours démontre également que la réussite des projets basés sur les tests rapides repose sur une étroite collaboration entre les différentes directions cliniques concernées, les laboratoires et la santé publique.

En date du 25 janvier 2021, l'inventaire de réactifs et d'équipements ID NOW disponibles au Québec rend possible un déploiement encadré de ces appareils à plus large échelle. Le MSSS invite donc les établissements du RSSS à continuer de faire part de leurs intentions et de leurs soumissions de projets. Cependant, notamment pour les tests ID NOW, le nombre d'appareils et de réactifs étant limité, des choix devront ultimement être faits pour en assurer un déploiement équitable et efficient au Québec. Certains projets ont notamment été retenus, car ils sont situés dans des milieux où la transmission communautaire est importante.

Le MSSS désire s'appuyer, notamment, sur les recommandations du comité d'experts sur les tests rapides dans le déploiement de ces nouvelles technologies. Ainsi, il recommande de déployer de façon prioritaire les tests rapides selon les indications suivantes :

Pour les ID-NOW (TAAN en point de service) :

- Dans les régions mal desservies par les appareils TAAN-labo actuels (soit par absence de laboratoire ou par manque de réactifs pour les autres appareils disponibles, ou encore lorsque les délais pour l'obtention des résultats nuisent aux objectifs de santé publique);
- Dans les cliniques désignées de dépistage ou d'évaluation (CDD/CDE), notamment dans les régions où les capacités des laboratoires sont déjà en surcharge et où le volume d'usagers garantit une utilisation optimale de ces appareils;
- Il est recommandé de les prioriser pour :
  - Les déploiements en CDD et auprès des enfants qui présentent de symptômes depuis moins de 7 jours ;
  - La gestion des éclosions dans les milieux de vie pour personnes âgées, à condition que les appareils se révèlent suffisamment résistants aux aléas climatiques et à des déplacements répétés (ex. : vibrations). Chaque déplacement nécessite aussi de recalibrer l'appareil.

Pour les Panbio et BD Veritor™ Plus System (TDAR) :

- Pour accélérer le transfert des usagers vers les milieux de vie lorsque les délais pour les résultats des TAAN-labo dépassent 12 heures, sachant qu'actuellement, ce groupe n'est pas identifié comme étant prioritaire dans les délais d'accès aux tests (le délai prescrit actuel est de 48 heures);
- Auprès de clientèles marginalisées et en rupture sociale qui ne fréquentent pas les ressources du RSSS;
- Lors d'éclosions majeures en milieu de travail et en milieux de vie pour personnes âgées, et ce, malgré le déploiement optimal des tests ID NOW ;
- Dans les cliniques désignées de dépistage ou d'évaluation (CDD) ou cliniques mobiles des quartiers chauds (où le taux de positivité est supérieur à 10%);
- Lorsque la demande dépasse les capacités d'analyses des laboratoires, et ce, malgré le déploiement optimal des tests ID NOW.

Des projets d'évaluation et de recherche pour documenter la pertinence des TDAR pour le dépistage populationnel communautaire sont aussi encouragés pour les indications potentielles inscrites au rapport du comité d'experts, notamment :

- En milieu scolaire;
- En dépistage des travailleurs, en particulier les travailleurs de la santé, pour remplacer les TAAN-labo;
- Dans les projets de gestion des entrées;
- Auprès des contacts de cas;

- Auprès des personnes asymptomatiques, seulement si elles sont des contacts de cas positifs ou dans un contexte d'éclosion;
- En dépistage populationnel plus élargi.

Tous les projets doivent être accompagnés par l'équipe ministérielle et le Laboratoire de santé publique du Québec pour en assurer la qualité et la pertinence.

Afin d'orienter le RSSS dans l'utilisation des tests, le MSSS vous réfère aussi à Avis sur l'utilisation des tests rapides au point de service pour la détection de la COVID-19 au Québec (en annexe). Vous êtes également invités à communiquer avec vos directeurs de grappe OPTILAB afin de respecter les processus de validation et d'implantation de ces tests, en particulier pour les utilisations qui ne respecteraient pas la notice des fabricants.

Des outils de formation et de validation ont été distribués aux grappes de laboratoire OPTILAB à cet effet. Certains éléments à mettre en place avant de déployer des tests rapides sont notamment :

- Formation du personnel en CDD ou autre milieu;
- Qualification des équipements;
- Implantation des procédures à respecter;
- Requête web pour la transmission de résultats aux patients et à la santé publique.

Une reddition de compte est attendue sur la volumétrie et les résultats des tests utilisés. De plus, nous souhaitons souligner l'importance de bien communiquer les limites de ces tests aux personnes testées.

En raison de la faible performance des tests rapides, une validation par test PCR subséquente sera nécessaire pour les résultats positifs aux tests rapides utilisés lorsque la prévalence populationnelle est basse (moins de 1% de taux de positif attendu dans le groupe testé). De plus, considérant leur moins bonne sensibilité, il est primordial de toujours renforcer le message que les mesures de prévention de la transmission de la COVID-19 doivent être maintenues. De plus, un test négatif n'est jamais garant d'une absence d'infection. Par conséquent, il importe de respecter les mesures sanitaires avec autant de rigueur que si le test était positif et ainsi contribuer à freiner la transmission.

En conclusion, le dépistage est une responsabilité partagée :

- Surveillance des symptômes;
- Dépistage précoce pour un traçage plus efficace;
- Collaboration avec les autorités de santé publique et respect des consignes.

11 janvier 2021

Avis sur l'utilisation des tests rapides au point de service pour la détection de la COVID-19 au Québec

Résumé exécutif

Santé-Canada a récemment autorisé le déploiement de nouvelles technologies de détection de la COVID-19 (TDAR) réputées plus rapides et disponibles au point de service (PDS)[1]. Deux types de technologies sont offertes : l'une est basée sur l'amplification des acides nucléiques, ID NOW, l'autre détecte les antigènes, soit les protéines de surface du SRAS-CoV-2, le virus responsable de la COVID-19. Au moment d'écrire ce rapport, le gouvernement fédéral offre aux provinces deux TDAR : le Panbio de Abbott et le BD Veritor™ Plus System.

Ces technologies de tests rapides PDS sont indiquées pour la détection de SARS-CoV-2 chez des individus avec suspicion de COVID-19, durant la première semaine suivant le début des symptômes. Cependant, elles sont moins performantes que les tests offerts en laboratoire par amplification des acides nucléiques effectués (TAAN-labo). En effet, comparativement au TAAN-labo, les tests rapides PDS pourraient ne pas diagnostiquer jusqu'à 30 % des personnes infectées (produire un résultat faux négatif), mais aussi engendrer un diagnostic en absence d'infection par le virus (faux positif), en particulier lorsque la prévalence de la maladie dans le groupe testé est faible.

Dans ce contexte, le TAAN-labo doit demeurer le test de choix pour la gestion de la COVID-19. Toutefois, ces technologies rapides PDS présentent l'avantage de fournir des résultats immédiats. Déployés de façon intelligente et prudente, ces tests diagnostiques rapides peuvent avoir une place de choix dans le contrôle de la pandémie.

Un comité ministériel (voir Annexe A) a été mandaté pour réfléchir au déploiement de ces technologies. Ce comité recommande de déployer les tests rapides PDS dans des contextes précis qui répondent à un ou plusieurs des critères suivants :

- La probabilité d'un résultat positif selon le contexte épidémiologique est connue;
- Lors d'un résultat négatif, les mesures de prévention de la transmission de la COVID-19 ne sont pas modifiées;

[1] Au Québec, il existe déjà des technologies rapides de détection de la COVID-19 en point de service (GeneXpert) ou en laboratoire Québec (Simplexa ou Biofire). Ces trois technologies reposent sur l'amplification des acides nucléiques (TAAN). Elles produisent des résultats en moins d'une heure d'une très grande fiabilité. Ces technologies sont largement déployées au Québec et concourent à un accès équitable entre les régions à des tests de qualité.

- Pour les TDAR, selon le contexte épidémiologique, un test de confirmation ou la répétition du test à brève échéance est possible;
- Le test accélère la prise en charge par la santé publique des cas contagieux et de leurs contacts dans la communauté;
- Le test accélère la prise en charge des éclosions avec des équipes dédiées;
- Les TAAN-labo ne sont pas suffisamment disponibles ou les délais d'obtention des résultats dépassent 48 heures après le prélèvement.

De façon spécifique, il est proposé de déployer progressivement le test ID NOW de la façon suivante :

- Dans les régions mal desservies par les appareils TAAN-labo actuels (soit par absence de laboratoire ou par manque de réactifs pour les autres appareils disponibles ou lorsque les délais pour l'obtention des résultats nuisent aux objectifs de santé publique);
- Dans les cliniques désignées de dépistage ou d'évaluation (CDD/CDE), notamment dans les régions où les capacités des laboratoires sont déjà en surcharge et où le volume d'usagers garantit une utilisation optimale de ces appareils;
- Pour des équipes dédiées à la gestion des éclosions dans les milieux de vie pour personnes âgées, à condition que les appareils se révèlent suffisamment résistants.

Pour les TDAR, les scénarios de déploiement proposés se font :

- Pour accélérer le transfert des usagers vers les milieux de vie lorsque les délais pour les résultats des TAAN-labo dépassent 12 heures;
- Auprès de clientèles marginalisées et en rupture sociale qui ne fréquentent pas les ressources du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS);
- Lors d'éclosions majeures en milieux de travail et en milieux de vie pour personnes âgées;
- Lorsque la demande dépasse les capacités d'analyses des laboratoires, et ce, malgré le déploiement optimal des ID NOW.

D'autres scénarios demeurent possibles sous forme de projet de recherche ou de projet de démonstration. Cependant, notamment pour les ID NOW, le nombre d'appareils et de réactifs étant limité, des choix devront être faits ultimement pour en assurer un déploiement équitable et efficient au Québec.

Les différents enjeux de performance des tests invitent à la prudence. Le comité propose de déployer progressivement les technologies pour valider leur performance et apprendre à les utiliser de façon optimale. À cet effet, le comité émet aussi plusieurs recommandations afin d'éviter certains écueils observés ailleurs dans le monde, en particulier au regard des TDAR. Le comité reprend d'ailleurs les propos de l'Organisation mondiale de la santé et de différentes autorités de santé publique sur les TDAR : « Les données sur la performance et l'utilisation opérationnelle de ces tests demeurent actuellement insuffisantes pour permettre de

recommander des produits commerciaux spécifiques »[2,3,4,5,6,7]. Mais en documentant la performance et pertinence clinique de façon rigoureuse leur utilisation, le comité croit que ces tests pourront quand même révéler leur utilité dans la prise en charge des cas de COVID-19 au Québec.

Enfin, le comité reconnaît que les TDAR peuvent s'avérer particulièrement utiles comme outils pour le dépistage systématique de sous-groupes de la population qui seraient autrement privés d'un accès aux tests en laboratoire dans des délais raisonnables. Cette situation peut se produire notamment en raison du nombre de tests à effectuer. Il faudra toutefois accepter que des personnes porteuses de l'infection ne seront pas détectées et que d'autres se feront dire qu'elles ont un résultat positif sans être infectées. Bien gérés, ces TDAR peuvent cependant offrir un avantage indéniable en raison de leur quantité disponible et de leur rapidité à fournir des résultats.

Contexte

La pandémie de la COVID-19 pose un défi de taille pour les cliniciens et les autorités de santé publique. Plusieurs enjeux particuliers et complexes se précisent au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie et doivent être tenus en compte :

- La transmission silencieuse du virus par des personnes asymptomatiques concomitantes à des cas sévères de la COVID-19;
- La très grande variété de symptômes possibles;
- La présence de manifestations cliniques tardives et d'importantes séquelles post-infectieuses;
- La transmission variable du virus entre les personnes.

Afin de contrôler la transmission du virus de la COVID-19, l'adoption de comportements préventifs est nécessaire : s'isoler au moindre symptôme, se laver les mains souvent, garder une distance de deux mètres avec les autres personnes et porter un masque ou un couvre-visage efficace en public. Le respect de ces consignes s'avère cependant difficile à maintenir en tout temps pour plusieurs personnes. Par ailleurs, des mesures populationnelles viennent s'ajouter aux consignes individuelles à divers degrés selon la situation, afin de limiter le nombre de contacts

[2] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334409/WHO-2019-nCoV-Antigen_Detection-2020.1-fre.pdf
[3] https://www.who.int/publications/i/item/antigen-detection-in-the-diagnosis-of-sars-cov-2infection-using-rapid-immunoassays
[4] https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/covid19-industry/medical-devices/testing/antigen.html
[5] https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/guidance-documents/use-rapid-antigen-detection-tests.html
[6] https://www.fda.gov/medical-devices/letters-health-care-providers/potential-false-positive-results-antigen-tests-rapid-detection-sars-cov-2-letter-clinical-laboratory?utm_medium=email&utm_source=govdelivery
[7] https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-informs-public-about-possible-accuracy-concerns-abbott-id-now-point

au sein de la population québécoise (éviter les rassemblements, politique de télétravail, quarantaine et fermeture des frontières, etc.). En complément de ces mesures de prévention de la transmission du virus responsable de la COVID-19, la capacité de détecter le virus chez les individus symptomatiques ou asymptomatiques reste un outil important dans la stratégie de contrôle du virus.

Il existe plusieurs tests disponibles pour le dépistage et le diagnostic[8] de l'infection à la COVID-19 : des tests de détection des acides nucléiques (TAAN), aussi qualifiés de tests moléculaires, des tests de détection des antigènes (TDA), des tests sérologiques et des cultures virales. Les tests TAAN et TDA sont réalisés selon différentes méthodes de prélèvements : par écouvillonnage de différents sites (nez, muqueuse jugale, nasopharynx par exemple), par expectoration, par aspiration des sécrétions bronchiques ou endotrachéales (pour certains patients hospitalisés), par prélèvement salivaire ou via un gargarisme. Les cultures virales peuvent être réalisées à partir des échantillons mentionnés ci-haut, mais elles sont moins sensibles et nécessitent des laboratoires avec un haut confinement de biosécurité et prennent beaucoup de temps à produire des résultats; leur usage clinique est exceptionnel. Enfin, les tests sérologiques sont faits par prélèvements sanguins et mesurent les anticorps de la personne testée. Ces anticorps prennent plusieurs jours à apparaître après le début de l'infection, ce qui les rend peu utiles pour faire le diagnostic en temps opportun et prévenir la transmission.

Chaque test, plateforme ou type de prélèvement possède ses indications propres et présente certains avantages, inconvénients et limites. De plus, pour un même type de test et prélèvement, plusieurs plateformes techniques peuvent être employées, chacune avec ses caractéristiques propres. La technique de prélèvement, le matériel utilisé, le traitement des échantillons, les différentes technologies employées commandent de nombreux ajustements aux protocoles et peuvent faire varier la performance réelle des tests utilisés. Enfin, l'exécution des tests repose sur plusieurs étapes : prélèvement et transport au laboratoire (préanalytique), réalisation du test (analytique), validation et acheminement du rapport au médecin et à la santé publique (post-analytique).

L'arrivée de nouveaux tests rapides PDS pour la détection de la COVID-19 impose de revoir les indications de chacun d'eux et les contextes d'application. Bien que les avantages de ces technologies semblent indéniables, en termes de rapidité de divulgation des résultats, leurs inconvénients et leurs limites doivent être bien exposés avant d'en autoriser l'utilisation à large échelle au Québec. Le présent rapport vise à faire état de la situation au moment de leur livraison et à encadrer leur utilisation immédiate et future.

Cet avis s'appuie sur les travaux d'un comité mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) composé de nombreux cliniciens, experts en santé publique et professionnels du

[8] Dans le présent rapport le terme dépistage est utilisé pour la détection de l'infection chez les personnes asymptomatiques et diagnostic pour celles qui présentent des symptômes.

RSSS (Annexe 1). Différents scénarios d'utilisation des tests rapides PDS ont été soumis au comité pour réfléchir aux futures indications possibles, en appréhender les limites et anticiper d'éventuels écueils à leur déploiement. Cet avis s'appuie sur ces scénarios pour faire des recommandations aux autorités du MSSS.

En parallèle, ce même comité revoit les priorités accordées aux analyses par tests d'amplification des acides nucléiques en laboratoire (TAAN-labo), communément appelé tests PCR (ou RT-PCR). Les recommandations à l'égard des tests rapides PDS sont donc émises aussi à la lumière des priorités d'analyses déjà en place, des besoins du RSSS et de l'utilisation optimale des TAAN-labo dans la gestion de la pandémie de la COVID-19. En effet, pour les membres du comité, il est clair que la charge de travail actuelle des centres dédiés aux prélèvements (CDD et CDÉ) et des laboratoires est importante. Des modalités alternatives pour effectuer les dépistages et les diagnostics de la COVID-19 apparaissent nécessaires.

Le document se divise en plusieurs parties :

1) Présentation de la nomenclature des tests selon l'histoire naturelle de la maladie;
2) Sensibilité et spécificité des nouveaux tests offerts;
3) Constats issus des analyses de laboratoire réalisées depuis la mise en place des nouvelles priorités de laboratoire;
4) Démarche d'analyse;
5) Mises en garde;
6) Scénarios retenus et
7) Recommandations finales du comité.

1. Les tests et l'histoire naturelle de l'infection

Chaque test a des avantages et des inconvénients. Pour bien les apprécier, il faut les mettre en relation en fonction de ce qu'ils mesurent (du matériel génétique viral, des antigènes viraux, la capacité du virus à se reproduire ou la réponse immunitaire de l'organisme au virus), leurs caractéristiques propres et leurs limites.

Le premier élément à comprendre est la dynamique (pathogenèse) du virus lorsqu'il infecte une personne et les différentes étapes associées à sa réplication, aussi appelée phases de l'infection. D'abord, le virus se réplique dans les cellules de la personne infectée. Il n'existe pas de tests qui permettent de mesurer la présence du virus à ce moment, aussi appelé éclipse. Lorsque le virus atteint un certain nombre de copies à l'intérieur des cellules d'une personne infectée, il est alors libéré dans l'organisme de la personne infectée. La période entre le début de l'infection et la sortie du virus des cellules s'appelle la **période de latence**. Cette période se termine lorsque la charge virale présente dans l'organisme atteint une concentration importante, les virus répliqués deviennent suffisamment nombreux pour pouvoir infecter une autre personne et être détectés. Le temps qui s'écoule entre l'infection et l'apparition des symptômes de la maladie chez une personne s'appelle la **phase d'incubation**. Avec le virus de la COVID-19, la période de latence est

généralement plus courte que la période d'incubation. La transmission du virus s'observe avant que la personne n'en ressente les effets. Autrement dit, la période de contagiosité débute avant l'apparition des symptômes. Dans le cas de la COVID-19, le virus se retrouve surtout dans les sécrétions respiratoires, dans les muqueuses respiratoires et digestives. Ensuite, les défenses immunitaires innées puis acquises de la personne infectée seront mobilisées. Le virus est alors neutralisé. Des particules virales, défectives ou incomplètes, ainsi que des séquences virales, demeurent présentes, mais ces morceaux ne peuvent pas infecter une nouvelle personne. Les défenses immunitaires acquises restent capables de reconnaître le virus pendant une certaine période et la réponse immunitaire humorale (anticorps) peut être mesurée par des tests sérologiques. Enfin, la réponse cellulaire des lymphocytes joue également un rôle important pour combattre l'infection, mais cette dernière ne peut être mesurée que par des investigations sophistiquées de recherche, mais qui ne sont pas accessibles à grande échelle. Nous ignorons toutefois jusqu'à ce jour la durée de la protection immunitaire de cette réponse (humorale ou cellulaire) et dans quelle proportion les individus peuvent être à nouveau susceptibles de contracter cette infection au bout de quelques mois ou années.

Le tableau 1 traduit les phases de l'infection et les met en relation avec les tests disponibles.

TABLEAU 1 – Phase de l'infection et outils diagnostiques disponibles

Phase de l'infection	Période depuis l'infection de l'hôte	Tests diagnostiques associés	Avantages	Inconvénients
Période de latence – éclipse	Inconnue – mais on suppose qu'elle est de 2 à 3 jours plus courte que la période d'incubation	**Aucun**	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas
Période d'incubation	Jusqu'à 14 jours[9] L'intervalle moyen est de 5 jours	**Aucun**	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas
Période de contagiosité	Débute après la période de latence et dure moins de 10 jours après le début des symptômes pour la très grande majorité des personnes infectées. La période de contagiosité est plus longue pour les	Test d'amplification des acides nucléiques du virus (TAAN/RT-PCR)	Très sensible et spécifique (test très performant)	Mesure la présence de matériel génétique viral, mais ne fournit pas d'indication sur le potentiel infectieux du virus.
		Antigènes – détection des protéines de surface du	Rapidité – peuvent se faire en dehors des	Détecte les antigènes viraux, mais ne fournit pas d'indication sur le

[9] Certaines études ont décrit des périodes d'incubation plus longue. 97,5 % des infections se manifestent cliniquement à l'intérieur de 11.5 jours (Lauer et collab., 2020).

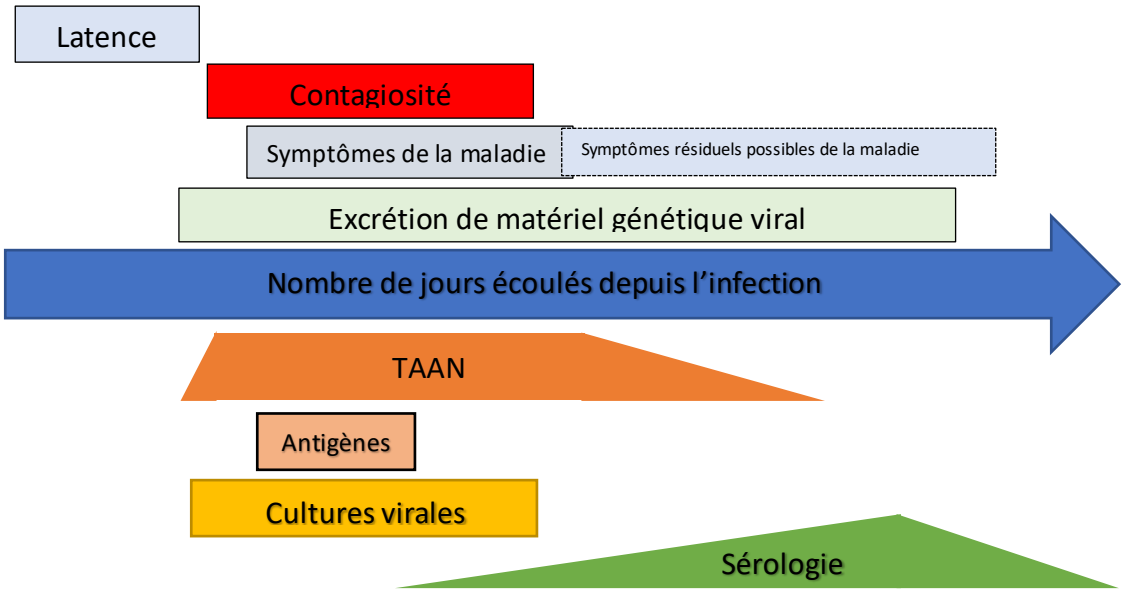
	personnes immunosupprimées (28 jours) ou lors de maladies sévères	virus de la COVID-19	infrastructures de laboratoire	pouvoir infectieux du virus. Le virus doit être présent en quantité suffisante – Ce test est moins sensible que le TAAN-labo – L'interprétation est parfois problématique.
		Culture du virus dans un milieu de croissance	Mesure la capacité du virus à se répliquer, donc son pouvoir infectieux in vitro	Peu sensible pour la détection de virus. Nécessite un prélèvement dans un milieu de transport spécialisé. Analyse très longue à produire, résultats négatifs après 14 jours d'incubation. Nécessite un niveau de biosécurité en laboratoire supérieur en comparaison aux autres analyses.
Période d'excrétion virale	2 à 82 jours	TAAN-labo	Très sensible et très spécifique (test très performant)	Mesure la présence de particule virale, mais pas la capacité du virus à infecter des individus
Immunité acquise humorale	À partir de la première semaine d'infection – Réponse variable et durée inconnue.	Sérologie (détection des anticorps). Ce test procure une meilleure performance après 3 à 4 semaines après la survenue des symptômes.	Témoigne d'une exposition antérieure au virus	La réponse immunitaire acquise ou adaptative est en retard par rapport à l'infection. On ne connaît pas la concordance entre les marqueurs de la réponse mesurée et la protection réelle face à une nouvelle exposition au virus. Toutefois, les anticorps dirigés contre la glycoprotéine S sont

				présumés neutralisants et protecteurs.

Selon ce tableau, trois catégories ou famille de tests permettent de diagnostiquer l'infection par le virus de la COVID-19 (SRAS-CoV-2) durant la phase contagieuse : les tests de détection des acides nucléiques (TAAN), les tests antigéniques et les cultures virales.

La figure suivante (1) compare l'histoire naturelle de l'infection en fonction des tests disponibles. Elle permet d'anticiper les forces et les faiblesses de chacun des tests présentés dans le tableau 1. Ainsi, les tests antigéniques manquent de sensibilité, surtout au tout début et vers la fin de la période de contagiosité. Les TAAN-labo pour leur part restent positifs beaucoup plus longtemps que la simple période contagieuse pour un certain nombre d'individus infectés. De plus, en début de période de contagiosité, ces tests peuvent ne pas capter l'infection. Il peut être nécessaire de refaire le test. Seules les cultures virales permettraient une association présumée[10] entre la contagiosité et le résultat du test, mais ce test manque de sensibilité et de rapidité. Le virus est fragile à de telles cultures. Les cultures prennent du temps et doivent être réalisées dans des installations spécialisées (laboratoire avec un niveau 3 de biosécurité) peu disponibles au Québec. La culture virale ne permet donc pas un diagnostic clinique en temps opportun.

Figure 1 – Illustration schématique de la relation entre les tests disponibles et l'histoire naturelle de la maladie



[10] Il est présumé que les spécimens positifs par culture seraient infectieux pour l'humain et, à l'inverse, que les cultures négatives ne le seraient peu ou pas, mais cette association n'est pas confirmée par les études actuellement disponibles.

Au sein d'une même famille de tests, tous ces tests ne sont pas aussi performants les uns aux autres. Cela dépend de la technologie employée et des seuils de détection qui lui sont propres. La qualité de l'échantillon joue un rôle important aussi : un spécimen mal prélevé ou mal conservé peut entraîner un résultat erroné.

Ces différents tests peuvent aussi être l'objet de prélèvements distincts. Certains sites de prélèvements contiennent naturellement un peu moins de virus que d'autres. Ainsi, chez un individu infecté, le nasopharynx contient en général plus de virus que les muqueuses du nez, de la gorge, de la joue ou encore dans la salive. La réplication virale peut aussi migrer d'un site anatomique vers un autre lorsque l'infection progresse (ex. : du nasopharynx vers les poumons). Le choix du lieu de prélèvement peut donc affecter la capacité du test à détecter l'infection pour une même technologie.

Enfin, la plupart des tests requièrent des manipulations en laboratoire. Certains tests sont toutefois disponibles sans infrastructures spécialisées de laboratoire. Ces tests sont souvent qualifiés de tests en PDS. Ils sont aussi qualifiés d'examens de biologie médicale délocalisée (EBMD). Ils peuvent être réalisés au lieu de prélèvement. Certains de ces tests PDS ne requièrent pas d'appareils d'analyse, d'autres nécessitent un appareillage spécialisé plus ou moins portatif.

Le présent avis concerne spécifiquement deux technologies : l'ID NOW et les TDAR[11]. Ces tests sont autorisés par Santé Canada pour les patients symptomatiques dans un délai de moins de 7 jours depuis le début des symptômes. Les résultats négatifs sont considérés comme présomptifs et doivent être confirmés par un TAAN-labo si nécessaire à la gestion des patients selon la monographie offerte. Ces tests ont été achetés par le gouvernement fédéral et distribués dans les provinces et territoires du Canada. De grandes quantités de tests ont été achetées et le gouvernement provincial souhaite les utiliser afin d'augmenter de façon importante les capacités diagnostiques de la province.

L'ID NOW est un test d'amplification isothermique des acides nucléiques (TAAN). Cependant, il utilise une technique différente des TAAN-labo. Toutefois, il appartient à la catégorie des tests moléculaires de type TAAN. Ce test peut s'effectuer sur une machine portable avec ses propres écouvillons[12]. Il doit être réalisé par un professionnel de la santé. Ce test accepte plusieurs sites de prélèvement, dont le nasopharynx, la gorge et le nez. De plus, il donne un résultat en 15 minutes ou moins, alors que les autres TAAN peuvent prendre plus d'une heure à produire un résultat, sans compter les délais inhérents au transport et à la manutention des échantillons aux laboratoires.

[11] Au moment de publier ce rapport, Santé-Canada a autorisé plusieurs technologies TAAN PDS et de détection des antigènes : https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/covid19-industry/medical-devices/authorized/list.html. Leur achat et leur distribution par le secteur de la santé ne sont toutefois pas encore annoncés. Les développements étant rapides, il est possible que des technologies plus performantes soient rendues disponibles dans un avenir rapproché. Toutefois, les principes évoqués dans cet avis demeurent.

[12] D'autres types d'écouvillons sont en validation pour savoir s'ils offrent la même performance analytique.

Les TDAR détectent une protéine de surface du SRAS-CoV-2, le virus responsable de la COVID-19. Certains nécessitent des analyseurs (un appareil pour confirmer le résultat), d'autres non. Parmi ceux-ci, le gouvernement fédéral distribue désormais aux provinces le test Panbio. Ce test doit être réalisé par un professionnel de la santé sur prélèvement nasopharyngé. Tout le matériel d'analyse est fourni avec le prélèvement, sous forme de trousse. Un autre TDAR devrait être prochainement distribué : le BD Veritor™ Plus System. Pour ce dernier test, le prélèvement est nasal et il vient avec son analyseur. D'autres TDAR suivront, chacun avec ses propres modalités de prélèvement, avec ou sans analyseur.

2. Sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et valeur prédictive négative des tests

Pour bien positionner l'utilité d'un test, il faut pouvoir qualifier sa performance. Nous distinguons deux types de performance : analytique et clinique. Les tests PDS ont d'importantes limites aux niveaux analytique et clinique. Ce sont des tests qui sont plus à risque de générer des résultats erronés comparativement au TAAN-labo. Le comité souhaite aviser spécifiquement les autorités des limites actuelles de ces tests.

La performance analytique repose sur des conditions de laboratoire avec des échantillons contrôlés, dont on connaît le résultat avant d'effectuer le test. Ces performances théoriques sont transmises par les fabricants au moment de la commercialisation d'un test. Elles peuvent aussi être validées par les laboratoires nationaux, notamment le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Dans ces contextes, les concepts de sensibilité ou de spécificité analytiques sont associés à la capacité du test de détecter la présence ou de confirmer l'absence du virus dans des échantillons contrôlés. D'ailleurs, le seuil de sensibilité analytique est associé à la concentration minimale de virus détectable.

Étudiée lors des étapes de validation, la performance clinique est liée aux contextes d'application des tests sur une population réelle. Pour l'établir, les nouveaux tests sont comparés à un test réputé performant, souvent qualifié d'étalon ou de méthode de référence (gold standard), effectué en même temps que le test à évaluer. L'évaluation clinique est réalisée sur des patients et permet d'anticiper certains déterminants de la performance des tests : difficultés techniques de prélèvement, indications cliniques et interprétations possibles du test. Cette performance peut aussi être établie selon certains contextes (personnes en début de maladie, en fin de maladie, personnes asymptomatiques, enfants, personnes âgées, etc.). Ainsi, la sensibilité clinique est la probabilité du test à détecter la présence de la maladie chez une personne malade. La spécificité clinique est la probabilité de confirmer l'absence de la maladie chez une personne qui n'est pas malade.

La sensibilité et la spécificité cliniques représentent des variables analytiques qui sont influencées par d'autres paramètres, notamment la qualité de réalisation du test (c'est-à-dire la qualité de

l'échantillonnage) et l'interprétation qui en est faite, parfois humaine. Elles sont en général plus basses que la sensibilité et la spécificité analytiques.

Par ailleurs, l'impact de la sensibilité et de la spécificité d'un test est fortement influencé par la probabilité de retrouver la maladie chez la personne testée. Cette probabilité qualifiée de probabilité prétest, influence la proportion de résultats qui seront exacts ou non dans la population testée.

Les deux tableaux suivants présentent la performance d'un test selon des prévalences différentes de la maladie dans une sous-population donnée de 10 000 personnes. Dans le premier tableau, la maladie est très présente dans la sous-population testée (prévalence de 10 % de la population à tester). Dans le deuxième tableau, la maladie est au contraire plus rare (prévalence de 1 % de la population à tester). Le tableau offre deux variables supplémentaires, la valeur prédictive positive (VPP), soit la probabilité qu'un test positif soit associé réellement à une personne infectée et la valeur prédictive négative (VPN), la probabilité qu'un test négatif soit réellement associé à une personne qui n'est pas infectée.

Tableau 2 –Nombre de résultats positifs et négatifs, de la valeur prédictive positive (VPP) et de la valeur prédictive négative (VPN) selon la sensibilité et la spécificité annoncées d'un test PDS alors que la maladie présente une forte prévalence (10 %) dans la population testée

Sensibilité 80 % VPP 90 %
Spécificité 99 % VPN 98 %
Prévalence 10 %

	Malades	Non malades	
Test +	800	90 (faux positifs)	890
Test -	200 (faux négatifs)	8910	9110
	1000	9000	10000

Tableau 3 – Nombre de résultats positifs et négatifs, de la valeur prédictive positive (VPP) et de la valeur prédictive négative (VPN) selon la sensibilité et la spécificité annoncées d'un test PDS alors que la maladie présente une faible prévalence (1 %) dans la population testée

Sensibilité 80 % VPP 45 %
Spécificité 99 % VPN 100 %
Prévalence 1 %

	Malades	Non malades	
Test +	80	99 (faux positifs)	179
Test -	20 (faux négatifs)	9801	9821
	100	9900	10000

En analysant les deux tableaux, l'on constate que plus la prévalence de la maladie est importante (10 %), plus les résultats positifs fournis par l'appareil seront véridiques (dans 90 % des cas selon le tableau 2). Toutefois, le test fournit quand même un nombre important de résultats négatifs chez des personnes malades. 200 personnes recevront un résultat négatif alors qu'elles sont infectées. À titre de comparaison, la performance des TAAN-labo, la VPP et la VPN avoisinent 100 %. Les TAAN génèrent quand même des faux négatifs, notamment au début de la maladie (environ 10 %).

Lorsque la prévalence de la maladie baisse (1 %), le nombre de faux négatifs baisse. Malheureusement, plus d'une personne sur 2 pourraient recevoir un résultat positif sans être toutefois infectées selon le tableau 3.

Ainsi, peu importe le scénario, un test négatif n'est jamais garant d'une absence d'infection. La probabilité que le résultat du test positif soit réellement associé à la maladie baisse lorsque la prévalence de la maladie baisse elle aussi. À titre comparatif, les TAAN-labo ont une sensibilité modérée de 71 à 98 %[13]. Toutefois la spécificité de ces tests est pratiquement de 100 %. Néanmoins il est possible d'avoir des faux positifs à la suite d'erreurs d'identification ou de manipulation en laboratoire.

Maintenant, revenons à la performance des tests. Dans les deux types d'évaluation de la performance (analytique et clinique), les discordances de résultat constituent les risques d'avoir de faux positifs (lorsque le test à analyser donne un résultat positif alors que le test de comparaison est négatif) ou de faux négatifs (lorsque le nouveau test donne un résultat négatif alors que le standard donne un résultat positif).

Au moment de faire ses recommandations, le comité ministériel connaît la performance analytique des nouveaux tests rapides PDS. Les extrapolations théoriques actuelles pour le test rapide PDS offert maintenant (ID NOW) estiment que 10 à 25 % des patients avec un résultat positif aux TAAN-labo seraient manqués. Il convient toutefois de se rappeler que le TAAN-labo peut détecter la présence de matériel générique au-delà de la période infectieuse. Ainsi, certains auteurs affirment que la concordance entre l'ID NOW durant la période contagieuse dans les 10 jours suivant le début de la période de contagiosité serait meilleure.

Pour les TDAR, les extrapolations théoriques estiment que 30 à 50 % des patients positifs seraient manqués en comparaison à la méthode de référence (TAAN-labo). Tout comme pour les tests ID NOW, le comité convient que la période de détection du virus est plus limitée, mais elle est présumée aussi être maximale durant la période de contagiosité. En effet, cette performance clinique dépend de la distribution de la charge virale présente dans les échantillons. Ces tests auraient une performance analytique optimale dans les 5 premiers jours de la période de début des symptômes.

Pour tous les tests, la sensibilité est maximale en début de maladie. Les données préliminaires portent à croire que l'efficacité de ces tests au début de la maladie (dans les 5 jours suivant l'apparition des symptômes) est semblable à celle de la RT-PCR et que ces tests pourraient constituer une solution de rechange viable. Toutefois, cette faible sensibilité des tests (de 70 à 90 %) amène aussi les autorités canadiennes de santé publique qui encadrent l'utilisation de ces deux tests à recommander de confirmer tous les résultats négatifs obtenus par TAAN-labo[14]. Alors

[13] https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_test_detection_moleculaire.pdf
[14] Interim Guidance on the Use of The Abbott Panbio ™ COVID-19 Antigen Rapid Test* - Document de travail

que le Québec cherche à réduire la charge d'analyses qui reposent sur les laboratoires, retester tous les négatifs (pour plus de 95 % des analyses) pose certains défis logistiques et risque plutôt d'engendrer une surcharge sur les laboratoires : l'inverse de ce qui est souhaité en diversifiant l'offre de tests diagnostiques.

Enfin, en absence d'infection, les résultats de ces deux technologies seraient fiables. On estime ainsi que la spécificité analytique de l'ID NOW avoisinerait 100 % et elle serait entre 97 % et 99 % pour les TDAR actuellement disponibles.

Par ailleurs, les épreuves de validation dans le contexte québécois n'ont pas encore été réalisées. Le comité s'attend toutefois à une moins bonne sensibilité sur la base des validations survenues dans d'autres juridictions, bien qu'une étude prétende le contraire[15]. Dans les faits, la performance analytique pour capter les positifs semble relativement plus basse en comparaison des TAAN-labo, or l'expérience américaine révèle aussi plusieurs faux positifs pour les TDAR. Malgré une spécificité annoncée élevée, une mise en garde a donc été émise récemment par la Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis[16] à ce sujet. Ces faux positifs seraient essentiellement associés au non-respect des indications du test ou des instructions du fabricant, en plus des limites inhérentes à cette technologie. De plus, les faux positifs surviennent surtout quand le test est passé à un très grand nombre d'individus alors que la prévalence de la maladie est basse. Selon cette logique, offrir les tests rapides PDS ne peut se faire sans TAAN-labo de confirmation parallèle; une telle disposition crée une charge supplémentaire pour les labos si on augmente en parallèle le nombre de personnes testées, en sachant que les PDS seront offerts en grand nombre. Il faut donc revoir les indications pour éviter cette situation.

En raison de la performance des tests jugée basse, les autorités et les laboratoires de santé publique[17,18,19,20] nous invitent à repenser autrement l'accès aux tests rapides PDS. Leur logique repose sur quatre arguments :

- La probabilité prétest d'un test positif
- La rapidité d'exécution de ces tests

[15] Selon l'étude de Alemany, Baro, Ouchi et collègues (2020), non révisée par les pairs, la sensibilité clinique mesurée du test Panbio fut de 91,7 % et la spécificité 98,9 %. Les auteurs concluent que la valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative de leur test pour une prévalence de 5 % de la maladie dans la population testée seraient de 81,5 % et 99,6 % respectivement : https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.30.20223198v1.

[16] https://www.fda.gov/medical-devices/letters-health-care-providers/potential-false-positive-results-antigen-tests-rapid-detection-sars-cov-2-letter-clinical-laboratory

[17] https://www.who.int/publications/i/item/antigen-detection-in-the-diagnosis-of-sars-cov-2infection-using-rapid-immunoassays

[18] https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/covid19-industry/medical-devices/testing/antigen.html

[19] https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/guidance-documents/use-rapid-antigen-detection-tests.html

[20] https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-informs-public-about-possible-accuracy-concerns-abbott-id-now-point

- La répétition du test
- La charge virale associée à des tests négatifs

La probabilité prétest

En relation avec la probabilité prétest et la valeur prédictive négative et positive des PDS, le comité recommande de viser des populations à faible prévalence dans un premier temps. Avec une prévalence très basse de la maladie, même avec une sensibilité relative moins bonne, le nombre absolu réel d'individus malades manqués par le test reste bas.

Selon le tableau 3 par exemple, si la prévalence de la COVID-19 est de 1 % dans la population à tester et que le test a une sensibilité de 80 %, les tests manqueront 20 personnes sur les 10 000 personnes testées. Il captera en contrepartie 179 personnes possiblement infectées de façon quasi immédiate, mais de ce nombre seulement 80 seront réellement infectées. Comme dans un contexte de prévalence basse la valeur prédictive positive est basse, le comité précise que tous les tests positifs à un PDS devront être confirmés par TAAN-labo. En effet, un faux résultat positif du test peut être extrêmement préjudiciable. La personne qui reçoit ce résultat doit se mettre en isolement et aviser ses contacts. De plus, la personne peut se croire par la suite « protégée » de la maladie, l'ayant faite, alors que ce n'est pas le cas. Toujours en relation avec le tableau 3, dans un contexte de faible prévalence, le test va manquer des individus infectés, mais ceux-ci ne seront pas nécessairement nombreux. Mais si les comportements sécuritaires demeurent, par l'application rigoureuse des mesures préventives, le risque que ces personnes en infectent d'autres restera limité. Alors que le nombre d'individus qui ne sollicitent pas de tests est déjà important, notamment parce qu'ils sont asymptomatiques, le comité ajoute que les 20 cas manqués sont probablement moins nombreux que ceux que le dépistage ciblé actuel ne capte pas.

Ces tests peuvent toutefois être utiles sur une base populationnelle pour compenser la faible performance des tests. Selon l'approche populationnelle, c'est la somme des tests positifs qui est analysée, plutôt que chacun des résultats. C'est particulièrement vrai en cas de résultats positifs. Cette approche vise à déterminer s'il s'agit d'un résultat positif unique (la probabilité d'un faux positif est dès lors plus grande, surtout si la prévalence de la maladie est basse) ou au contraire s'il s'agit d'un résultat parmi plusieurs tests positifs à l'intérieur d'un sous-groupe de la population testée. L'accumulation de plus d'un résultat positif augmente la probabilité d'une réelle éclosion et commande alors un dépistage plus systématique du sous-groupe à l'aide de TAAN-labo.

La même approche populationnelle peut être utilisée pour détecter davantage de personnes ou encore cibler qui pourrait se faire offrir un TAAN-labo de confirmation. Ainsi, en offrant les tests PDS à un plus grand nombre de personnes, on compense leur faible performance clinique par un nombre absolu de personnes qui sont détectées plus important. Par exemple, au Québec, en date du 10 décembre, 33 598 tests ont été réalisés. Ce jour-là, 1 691 personnes ont eu un résultat positif à un TAAN-labo. Les capacités maximales des laboratoires (35 000 tests) furent

pratiquement atteintes. Pourtant, si on avait utilisé 20 000 TDAR en surplus, alors que le taux de résultats positifs moyens était de 5,3 % à cette date, 739 personnes supplémentaires auraient obtenu un test positif. De ce nombre, 283 n'auraient pas réellement été infectées (avec une sensibilité de 80 % et une spécificité de 97 %). Pour confirmer le diagnostic, la charge totale sur les laboratoires représente seulement 739 tests supplémentaires au lieu des 20 000. En contrepartie, 114 personnes n'auraient pas reçu de diagnostic alors qu'elles sont infectées. Mais, dans les faits, comme elles n'auraient pas pu être testées autrement, elles étaient déjà absentes des statistiques. C'est donc un gain net en chiffre absolu.

Ainsi, les TDAR peuvent s'avérer particulièrement utiles comme outils pour le dépistage systématique de sous-groupes de la population qui seraient autrement privés d'un accès aux tests en laboratoire dans des délais raisonnables. Cette situation peut se produire notamment en raison du nombre de tests à effectuer. Il faudra toutefois accepter que des personnes porteuses de l'infection ne seront pas détectées et que d'autres se feront dire qu'elles ont un résultat positif sans être infectées.

La rapidité d'exécution

Si le test, par son accessibilité, permet d'obtenir un résultat plus rapide, il peut aussi accélérer la prise en charge. Ainsi, le comité croit qu'il y a probablement des gains à offrir un test rapide en captant plus rapidement les cas et leurs contacts. La rapidité à prendre en charge ces personnes positives et à mettre en isolement préventif leurs contacts peut, selon cette même logique, compenser pour la proportion de personnes infectées non diagnostiquées en raison de la faible performance du test. Cette approche exige une communication sensible et efficace, au risque de voir des erreurs d'interprétation s'immiscer dans la gestion des cas et de leurs contacts. Il faut éviter une perte de confiance envers les PDS de la part de la population du Québec.

Selon cette même logique, il est postulé qu'en raison de la rapidité à obtenir le résultat, certaines personnes seront plus enclines à vouloir se faire tester. Ainsi, les « cas manqués » seront compensés par un plus grand nombre de personnes testées. De plus, en ciblant seulement les résultats positifs, l'on peut réduire la pression sur les laboratoires.

L'avantage des tests de type PDS est que le résultat peut être disponible immédiatement sur le lieu de prélèvement : ici le résultat est immédiat, alors que les TAAN-labo usuels nécessitent de transporter le prélèvement au laboratoire et d'attendre le résultat. En corollaire, on peut penser offrir ce test à certaines clientèles marginalisées ou encore difficiles à rejoindre qui n'iraient pas en milieu clinique passer le test ou qui ne seraient pas faciles à rejoindre en cas de délais à offrir pour le résultat du test. Cette approche de proximité ou à bas seuil permet d'offrir un résultat immédiat à des clientèles difficiles à rejoindre autrement. Toutefois, il faut être en mesure de leur offrir des solutions leur permettant un isolement sécuritaire et acceptable.

La répétition

Certains auteurs pensent que si le test est répété très fréquemment en raison de son accessibilité et de sa disponibilité, il captera plus de cas, malgré sa baisse de sensibilité (Mina, Parker et Larremore, 2020[21]). Ces auteurs ont modélisé la performance d'un TAAN-labo offert irrégulièrement à un test antigénique offert à intervalles réguliers, rapprochés et systématiques. Selon leur logique, le TAAN-labo pourrait manquer le début de la période de contagiosité en raison d'un intervalle trop important (7 à 10 jours par exemple), alors que le test antigénique, même s'il est moins performant, a plus de chance de capter de façon plus précoce s'il est répété plus souvent (aux 3 jours par exemple)[22].

Une autre façon d'expliquer leur logique est d'illustrer cette approche. Imaginons un travailleur de la santé soumis à des tests de dépistage périodique chaque semaine en centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Ce travailleur a malheureusement été récemment infecté par une personne atteinte de la COVID-19. Il se fait tester alors qu'il est en incubation de la maladie dans la période d'éclipse (latence virale). Le TAAN-labo reviendra négatif. Alors qu'il risque de devenir contagieux dans les jours suivants, ce n'est qu'au prochain TAAN-labo, au mieux dans une semaine, qu'il se saura infecté. Un test répété plus rapidement dans un intervalle de 2 à 3 jours pourrait devancer son diagnostic[23].

Avec 280 000 travailleurs de la santé en contact avec des usagers ou des patients et près de 93 000 travailleurs en contact direct avec des personnes âgées dans nos CHSLD, résidences pour personnes âgées (RPA) ou ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), il pourrait être tentant de multiplier les TAAN-labo pour éviter cette période d'excrétion virale non détectée. Mais, c'est au risque de prendre toute la capacité de laboratoire du Québec et de ne plus en avoir pour les personnes malades, personnes pour qui la probabilité d'avoir un test positif est beaucoup plus grande. Des tests moins coûteux, facilement accessibles, qui ne requièrent pas d'analyse en laboratoire apparaissent dès lors une alternative pertinente dans ce contexte, à condition d'être confortables et acceptables[24].

La charge virale

Enfin, à conditions environnementales équivalentes[25], une charge virale plus basse présume d'une moins grande contagiosité surtout si les consignes du port du masque sont suivies. Il est postulé par certains que les cas manqués en raison du manque de sensibilité des tests

[21] Mina MJ, Parker R, Larremore DB, 2020. Perspective – Rethinking COVID-19 Test Sensitivity – A strategy for Containment, NEJM, September 30, DOI: 10.1056/NEJMp2025631

[22] Se référer à leur figure accessible sur le site suivant :
https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2025631#article_references

[23] Certains milieux offrent déjà des TAAN-labo plus fréquents selon cette logique.

[24] Le test Panbio nécessite un prélèvement nasopharyngé : il est inconfortable et pourrait être inacceptable s'il est effectué trois fois par semaine. L'ID NOW et d'autres tests antigéniques, comme BD Veritor, offrent différents types de prélèvements et pourraient être plus facilement répétés.

[25] Même en présence d'une charge virale basse, les espaces clos, les contacts rapprochés et des environnements surpeuplés peuvent entraîner des éclosions.

demeureraient à moindre risque d'entraîner des éclosions. Si la personne lève son isolement en raison de son résultat négatif, le risque d'engendrer des cas secondaires serait plus faible. Toutefois, manquer ces cas ne permettrait pas de retracer la chaîne de transmission et de prévenir d'autres cas, notamment chez leurs contacts qui ne seront pas avisés de se mettre en isolement. Ce dernier argument nécessite une plus grande prudence avant de le généraliser à l'application des tests. Il ne fait d'ailleurs pas l'unanimité parmi les membres du comité. En effet, il repose sur le postulat que le moment du prélèvement se retrouve dans la fenêtre maximale de la charge virale et que la cinétique de la charge virale est plutôt constante d'une personne à l'autre. Aussi, au regard de l'argument sur la répétition des tests, un test rapide PDS répété sur plusieurs jours pourrait théoriquement permettre d'obtenir un prélèvement dans la fenêtre maximale de charge virale.

3. Analyse des résultats des TAAN-labo selon les priorités de laboratoire

Afin de positionner les tests là où ils sont les plus utiles en fonction de leur limite de performance, il faut les déployer dans certains contextes particuliers selon deux options :

- Dans des sous-groupes où la prévalence de l'infection est faible afin de limiter les impacts des faux négatifs), en assumant que la plupart des tests positifs devront être confirmés;
- Dans des sous-groupes où, au contraire, la prévalence de l'infection est forte (pour optimiser leur performance au regard de la sensibilité), mais en s'imposant une validation des tests négatifs.

En juin 2020, un premier comité chargé d'orienter le MSSS sur l'accès aux TAAN-labo proposait certains principes de base à l'utilisation des tests au Québec. Trois principes guidaient les orientations émises :

- Détecter les personnes symptomatiques;
- Protéger les milieux de soins et les milieux de vie de personnes à risque de complications de la COVID-19;
- Protéger les personnes à risque de complication de la COVID-19.

Sur la base de ces principes, le MSSS a déterminé 22 priorités d'accès aux TAAN-labo pour le Québec. Ces priorités ordonnancent les analyses effectuées les unes aux autres. Un système d'information appuie le tout et permet de recueillir des données sur le nombre d'analyses positives obtenues en fonction du nombre d'analyses effectuées pour chaque indication. À partir de cet outil de surveillance des indications de laboratoire, il est aussi possible de traiter les données selon l'âge des personnes testées, leur adresse de résidence, leur statut de travailleurs de la santé ou non et selon certains éléments de contexte (lors d'une hospitalisation, en situation d'éclosion, avant une intervention médicale à risque de générer des aérosols, etc.). Au sein de chacune des indications de laboratoire, les taux de positivité sont disponibles. On peut ainsi mieux connaître le nombre de personnes testées pour détecter un cas pour chaque indication de laboratoire documentée. Des éléments de performance sur les délais entre les prélèvements et les résultats sont aussi disponibles.

Depuis juin, le contexte épidémiologique de circulation de la COVID-19 a radicalement changé, passant d'une phase d'accalmie de moins de 100 cas confirmés par jour à une deuxième vague importante à plus de 1 500 cas de COVID-19 par jour. Il est difficile de reproduire de façon intégrée l'ensemble des données de laboratoire dans ce contexte. Toutefois, à partir de données disponibles, certains constats sont possibles :

1. En période d'accalmie, les symptômes de la COVID-19 sont faiblement prédicteurs d'un résultat positif au test.
    a. En juillet et en août, le simple fait de vouloir passer un test révélait un taux de positivité similaire à ceux qui venaient passer des tests sur la base de symptômes.
    b. Chez les travailleurs de la santé et les personnes hospitalisées qui présentaient des symptômes, les taux de positivité observés étaient le double de ceux observés dans la population générale.

2. En tout temps, le fait d'être un contact étroit d'une personne atteinte de la COVID-19 est le meilleur prédicteur d'un résultat positif au TAAN-labo. Même durant la période d'accalmie, le taux de positivité pour ce groupe dépassait 6 %. Ce taux est demeuré relativement stable depuis juin. Les milieux de garde génèrent toutefois moins de cas secondaires chez ceux qui sont invités à se faire dépister (3 %).

3. Les taux de positivité les plus élevés chez les personnes symptomatiques sont observés chez les travailleurs de la santé. C'est un sous-groupe particulièrement affecté depuis le début de la pandémie. Toutefois, la proportion de travailleurs de la santé affectés sur l'ensemble des personnes atteintes de la COVID-19 est à la baisse.

4. L'utilisation à des fins de dépistages, chez des personnes asymptomatiques, notamment avant les interventions médicales générant des aérosols, révèle très peu de cas. Ce nombre est pratiquement nul en période de faible prévalence, c'est-à-dire où le nombre de cas totaux observés au Québec était sous la barre des 100 cas par jour. Il en va de même pour les analyses effectuées avant les admissions en milieu de soins. Cependant, la prévalence augmente un peu lorsque la prévalence communautaire est plus importante.

5. Les dépistages faits spécifiquement chez les travailleurs de la santé dans les milieux de vie pour personnes âgées et encore ceux effectués avant un transfert en milieux de vie ou de réadaptation ont toujours eu de faibles prévalences de cas trouvés au regard des tests (moins de 1%). Au creux de la vague, il fallait 350 analyses pour trouver un travailleur de la santé infecté. Les CT trouvés pour ces travailleurs étaient très élevés, ces travailleurs qui doivent porter le masque étaient présumés peu contagieux. Actuellement à un

moment de transmission importante, il faut en moyenne 125 tests pour trouver un travailleur infecté[26].

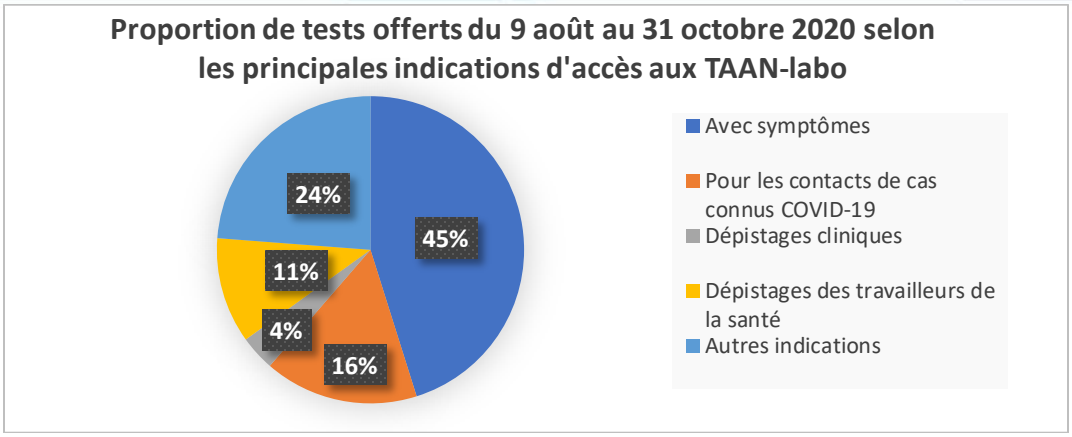
6. Alors que 90 000 travailleurs sont visés par les dépistages périodiques, moins de 11 000 sont testés chaque semaine, soit 32,4 % de la cible initiale fixée à 60 % des travailleurs. L'utilisation des tests à des fins de dépistage opportuniste récurrent chez les travailleurs représente 11 % de la charge des laboratoires.

7. La population générale avec des symptômes consomme le tiers des tests disponibles (34 %), suivis des travailleurs de la santé dépistés dans les milieux de vie (11 %) et les dépistages effectués dans les milieux de soins à l'admission ou avant une intervention médicale générant des aérosols (9 %).

8. Des analyses spécifiques secondaires, effectuées par certains laboratoires du RSSS, ont révélé des CT comparables entre les personnes qui présentent des symptômes de la COVID-19 et leurs contacts. Selon les données de laboratoire, seulement 10 % des contacts rapportaient des symptômes au moment du test. Les profils des CT semblent toutefois plus élevés pour les autres indications de dépistages.

De façon globale, la proportion des TAAN-labo offerts se départage entre les tests de dépistage (55 %) et les tests diagnostiques chez des personnes qui présentent des symptômes (45 %). Dans le sous-groupe des personnes sans symptômes au moment du test : 11 % vont aux travailleurs de la santé, 16 % aux contacts de cas confirmés de la COVID-19, 4 % aux dépistages en milieux de soins. 24 % des prélèvements réalisés n'ont pas d'indications précises. Le graphique suivant résume ces chiffres.

[26] Le comité s'est questionné sur la pertinence des dépistages récurrents hebdomadaires des travailleurs de la santé dans ce contexte spécifique (peu de résultats positifs, CT élevé, port des équipements de protection déjà prescrit et volume de tests très important). Un avis complémentaire a été demandé au Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Le CINQ a recommandé de cesser cette pratique. De nombreux considérants ont alimenté la décision, dont le risque de fausse rassurance de ces tests et la disponibilité d'un protocole étoffé sur la prévention et la gestion des éclosions en milieu de soins. Le comité endosse cette recommandation. Il ajoute que pour être réellement efficace une telle approche nécessiterait toute la capacité de laboratoire disponible du Québec.



4. Démarche d'analyse

Depuis juin 2020, l'offre de tests s'appuie sur trois principes directeurs :

- Dépister les personnes avec des symptômes compatibles de la COVID-19 et leurs contacts si elles sont atteintes de la COVID-19;
- Protéger les milieux de soins et les travailleurs de la santé;
- Protéger les milieux de vie qui hébergent des personnes vulnérables à la COVID-19.

C'est sur cette base que l'offre de test englobe à la fois des tests utilisés à des fins diagnostiques pour les personnes qui présentent des symptômes compatibles avec la COVID-19 et à des fins de dépistage chez les personnes asymptomatiques.

Le comité a pris connaissance de différents considérants associés aux tests rapides PDS présentés préalablement. À cet égard, les scénarios analysés ont principalement tenu compte des éléments suivants :

- Les TAAN-labo restent l'examen à privilégier autant que possible. Toutefois, le comité rappelle que le résultat de ce test doit être disponible rapidement, idéalement en moins de 24 heures après le prélèvement du patient. Un résultat transmis après plus de 48 heures apparaît peu utile pour l'intervention de santé publique et pour les cliniciens. Si le test prend trop de temps à être transmis (en raison de contraintes techniques, physiques ou humaines), des alternatives plus rapides doivent être offertes.

- La performance globale appréhendée des tests rapides PDS, notamment la probabilité d'avoir des résultats positifs avant de faire le test.
    - L'ID NOW offre une bonne performance, bien que moins sensible que les tests TAAN-labo. Il pourrait mener à des faux négatifs en début de maladie et en fin de maladie.
    - Les tests rapides antigéniques PDS ont une sensibilité moindre. Ils peuvent théoriquement manquer des charges virales basses plus fréquemment,

notamment en début de maladie ou encore en fin de maladie et produisent plus de faux positifs lorsque la prévalence est faible dans la population testée.

- Les risques associés de transmission secondaire de la COVID-19 lorsque les tests ne détectent pas des personnes réellement infectées et contagieuses (résultats faux négatifs).

- Les risques associés à des interventions d'isolement de personnes qui sont non infectées (faux positifs) et auprès de tous leurs contacts.

- Les tests rapides PDS ne sont pas branchés aux systèmes d'information et devront faire l'objet de suivi particulier.

- Les gains potentiels de ces tests sur
    - La prise en charge rapide de résultats positifs lorsque la prévalence dans la population est élevée
    - La diminution de la demande en TAAN-labo pour ainsi libérer des ressources humaines et techniques à d'autres analyses ou encore à réduire les délais de transmission des résultats

- L'augmentation des faux positifs lorsque les tests sont faits dans des populations à faible prévalence et en quantité importante.

- L'interprétation du test pourrait aussi être erronée si on lui attribue une probabilité prétest différente de celle qui existe réellement. Par exemple, on pourrait ne pas valider les faux négatifs sur la base de la circulation du virus présumée faible dans une communauté, alors qu'en réalité la prévalence réelle de la maladie est à la hausse en raison d'une éclosion non suspectée.

- Le caractère mobile des tests et leur agilité globale à se faire sur des sites non traditionnels de prélèvement.

Pour chacun des considérants précédents, les indications cliniques déjà autorisées au Québec ont été révisées, autant pour l'ID NOW que pour les TDAR. De plus, le comité a réfléchi à l'accessibilité aux tests en territoires éloignés là où les TAAN-labo n'étaient pas encore disponibles ou à risque de pénurie de réactifs. Des scénarios hors indications ont aussi été analysés comme le déploiement des tests en industrie ou encore une distribution plus élargie à la population. Pour ces dernières indications, les limites du test apparaissaient trop grandes pour les permettre d'emblée. De plus, les services de santé en industrie ne relèvent pas de la responsabilité du

gouvernement, sauf exception. Toutefois, certains projets particuliers, notamment en région éloignée et en contexte de services névralgiques, pourraient être proposés, à condition d'être encadrés par des experts bien au fait des limites de ces tests.

Le comité s'est prononcé sur l'indication potentielle pour les tests, la population visée, les arguments en faveur d'un accès à ces technologies, les risques associés, les écueils opérationnels et les impacts. De plus, tous les scénarios discutés sont conditionnels à des projets pilotes de validation pour confirmer les scénarios retenus par le comité. À court terme, les propositions du comité ne sont pas entièrement applicables.

D'emblée, l'utilisation des tests rapides PDS en milieux hospitaliers pour les admissions et les interventions médicales générant des aérosols a été exclue des scénarios étudiés. Pour ces milieux, les cliniciens consultés en parallèle au comité ont tous mentionné utiliser les tests pour confirmer qu'un patient est réellement négatif avant de procéder à l'intervention. La perte de sensibilité associée aux nouveaux tests apparaît inacceptable. Il en va de même pour les interventions immunosuppressives (greffe, chimiothérapie et radiothérapie). De plus, pour ces milieux, les TAAN-labo sont généralement accessibles sur le site et facilement disponibles dans les délais requis. Au même titre, les TAAN-labo ont été privilégiés pour les travailleurs de la santé symptomatiques.

Pour les consultations à l'urgence, en général les risques d'un faux négatif associés aux PDS ont été jugés trop importants pour y être déployés. Toutefois, il pourrait y être proposé exceptionnellement lorsque la personne testée est désaffiliée du RSSS ou parce qu'elle ne pourra pas être rejointe au moment où le résultat du TAAN-labo serait rendu disponible.

Enfin, le comité a eu des considérations particulières pour des modalités de prélèvement pour les TAAN-labo qui sont actuellement développés, dont le gargarisme et le prélèvement salivaire. Ces modalités en implantation sont beaucoup plus confortables. Le comité ignore si la population préfèrera le confort ou la rapidité du résultat, surtout dans des situations où les tests peuvent être répétés souvent.

5. Mises en garde

Avant de présenter les scénarios retenus, le comité souhaite mettre en garde les autorités d'une implantation précipitée de ces tests. D'abord, il rappelle que ce sont de moins bons tests en comparaison des TAAN-labo. De plus, l'expérience américaine, qui repose sur une utilisation élargie de ces tests, a démontré leurs limites: les faux positifs et les faux négatifs générés peuvent être difficiles à gérer. Mal appliqués, ces tests n'ont pas toujours réussi à prévenir des éclosions. Pour le comité, ces tests ne peuvent être déployés sans une campagne d'information et des outils clairs et précis sur leurs limites. Le personnel de la santé qui les utilisera devra être adéquatement formé pour en comprendre les limites, autant que les avantages. Le comité rappelle qu'aucune

action qui viserait à réduire les mesures préventives ou la protection dans les milieux de vie et de travail ne devrait être entreprise sur la base d'un résultat négatif de ces tests.

Les tests doivent aussi démontrer leur performance clinique réelle selon différentes indications cliniques et populationnelles. Selon les indications retenues lors de la validation clinique, il sera aussi important de bien expliquer pourquoi des tests rapides PDS sont offerts à certains sous-groupes de la population et non à d'autres. Tous pourraient être tentés de vouloir y avoir accès alors que ce n'est pas indiqué. De même, comme les tests sont proposés en soutien aux capacités TAAN-labo qui peuvent parfois être limitées, des iniquités sont possibles : iniquités de qualité d'analyse (certains auraient de meilleurs tests que d'autres) et de transmission des résultats (certains recevraient des résultats immédiats alors que d'autres devraient attendre plus longtemps). Encore une fois, il faudra des outils de communication clairs et valides pour soutenir leur déploiement.

Le comité rappelle aussi que les tests n'ont toujours pas fait l'objet d'une validation clinique. Il sera donc nécessaire, pendant un certain temps, de tester les personnes deux fois, une fois avec le test rapide et une fois avec un TAAN-labo. Cette validation est nécessaire pour s'assurer que les scénarios retenus s'avèrent aussi pertinents qu'anticipés.

Le comité ajoute que les tests rapides PDS sont des examens de biologie médicale délocalisés (EBMD). Ceux-ci sont assujettis à une norme ISO spécifique vérifiée dans le processus d'accréditation des laboratoires de biologie médicale du RSSS. Autrement dit, ces tests devront répondre à des exigences de formation, d'assurance-qualité et de suivis rigoureux. Les requêtes de laboratoires, les registres des résultats obtenus et le suivi des résultats devront être intégrés aux outils cliniques et aux systèmes d'information déjà disponibles (saisie pré et post analytique), notamment ceux prévus pour la surveillance de la COVID-19. À cet effet, les résultats positifs par le test ID NOW devront faire l'objet d'une déclaration de cas confirmé à la santé publique. Pour les résultats positifs par TDAR, ceux-ci devront être considérés comme des cas probables ou suspects de COVID-19. Si à l'usage, l'expérience confirme que le nombre de faux positifs est rare, il sera possible éventuellement de les considérer comme des cas confirmés dans un deuxième temps. En l'absence de confirmation par TAAN-labo, les systèmes d'information devront aussi pouvoir traiter les résultats des TDAR de façon à en suivre l'utilisation et la performance, comme pour les TAAN-labo actuellement au Québec.

Alors que le Québec est en passe de se doter de modalité de transmission des résultats automatisés aux résidents du Québec, les nuances analytiques et les limites de ces tests devront être bien communiquées. Ces tests n'ont pas la même valeur qu'un TAAN-labo et peuvent nécessiter des confirmations importantes. Les messages livrés devront y être sensibles. De plus, si le TAAN-labo n'est pas offert en même temps que les tests rapides PDS, des corridors rapides d'accès aux TAAN-labo de confirmation si nécessaire devront être créés et accessibles.

Tout comme pour les TAAN-labo, le suivi des résultats et des indications des tests rapides PDS par le RSSS peut s'avérer riche d'enseignements et justifier ou invalider les investissements du gouvernement fédéral dans ces nouvelles modalités diagnostiques. Le gouvernement du Québec doit être en mesure de connaître les indications de laboratoire associées à l'utilisation de ces tests et pouvoir en apprécier l'utilité réelle. Pour ce faire, il doit mettre en place un processus de surveillance des tests effectués, qu'ils soient ou non reliés aux systèmes d'information et de surveillance actuels.

6. Scénarios retenus par les membres du comité

Les travaux se sont appuyés sur différentes populations, différents lieux et les priorités d'accès aux TAAN-labo déjà existantes. Le comité a tenu compte des limites de performance appréhendées des tests, de leurs avantages et des critères évoqués précédemment. De plus, le comité a retenu le concept de scénarios pour rappeler aux décideurs toute l'importance de déployer de façon prudente ces technologies, le temps que les évidences cliniques s'accumulent et en confirment la pertinence.

Alternativement à ces scénarios, des projets de recherche sont actuellement à valider d'autres indications possibles, au Québec, comme ailleurs au Canada. Les choix que feront différentes autorités dans l'utilisation de ces tests seront donc conditionnés autant par les scénarios sélectionnés au Québec, que par ceux issus de la recherche et des autres expériences provinciales et fédérales.
Les scénarios retenus sont divisés selon la technologie offerte. Les premiers concernent le test TAAN PDS de type ID NOW, les seconds concernent les TDAR.

Pour le déploiement des tests et des appareils diagnostiques ID NOW[27]

Le comité retient 3 scénarios de déploiement prioritaires :

1) Dans les régions isolées en complément des TAAN-labo;
2) Dans les milieux de vie lors d'une déclaration de symptômes compatibles avec la COVID-19 ou d'un premier cas de COVID-19 en complément des TAAN-labo;
3) En soutien aux cliniques désignées de dépistage (CDD).

Régions isolées

Le Québec a déjà déployé plusieurs appareils TAAN-labo très performants. Toutefois, ces appareils sont de faible débit et peuvent manquer de réactifs. De plus, certains appareils sont à

[27] De nouveaux TAAN en PDS sont annoncés. Leur performance analytique sera évaluée lorsque nous aurons des confirmations qu'ils sont disponibles et accessibles pour le Québec : https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/covid19-industry/medical-devices/authorized/list.html

plusieurs kilomètres des centres de prélèvement, ce qui peut les rendre inaccessibles en cas d'aléas météorologiques.

Les régions isolées présentent des vulnérabilités multiples au regard de la COVID-19. Premièrement, les soins de santé spécialisés sont souvent plus éloignés. La détection rapide d'un cas peut permettre d'anticiper un transfert avant qu'il ne se détériore. Deuxièmement, certaines populations qui y résident présentent globalement une plus grande vulnérabilité à la COVID-19 en raison d'un moins bon état de santé, c'est le cas de certaines populations autochtones notamment. Troisièmement, les conditions de vie ou de travail peuvent être propices à des éclosions.

Actuellement, le volume de TAAN-labo est relativement bas pour ces régions en adéquation avec le prorata de la population. Toutefois, en cas d'éclosion, les capacités pourraient être rapidement dépassées. De plus, avec l'arrivée de la saison hivernale, certaines liaisons entre les centres de prélèvements et les laboratoires sont vulnérables. La transmission de l'échantillon pour un TAAN-labo peut être ralentie faute de transport et dépasser le critère de 24 heures entre le moment du prélèvement et la transmission du résultat retenu pour les personnes avec symptômes compatibles avec la COVID-19.

Bien que les tests ID NOW soient moins sensibles, faits en même temps qu'un TAAN-labo, ils pourront permettre de répondre à certaines questions cliniques et épidémiologiques rapidement. Ces appareils ne permettront donc pas l'économie de tests, mais accéléreront la prise en charge des personnes avec symptômes si le résultat du test est positif.

Bien que ces tests soient actuellement recommandés chez des personnes avec symptômes, cette situation pourra être réévaluée selon les données de performance. De plus, certains lieux de prélèvements pourront obtenir plus d'un appareil au prorata de leur population pour pouvoir répondre à leur besoin en cas d'éclosion. Enfin, dans certains contextes, ces appareils pourraient aussi soutenir l'investigation des milieux de travail en situation d'éclosion tels les camps forestiers, les mines ou les communautés elles-mêmes. Toutefois, comme le volume de tests possibles à l'heure de ces appareils demeure limité (4 tests à l'heure), les autorités de santé publique devront en balancer les avantages et les inconvénients par rapport aux autres mesures de santé publique disponibles, dont le retrait des contacts à risque ou encore un dépistage de masse à l'aide des TAAN-labo.

Le comité suggère de réserver le quart des appareils promis par le gouvernement fédéral à cet usage, soit 150 appareils. La quantité d'écouvillons et de cartouches qui sera livrée devra l'être au prorata de la population des territoires desservis. En raison de l'hiver qui approche, le comité souhaite que le déploiement des appareils disponibles y soit prioritaire, même si leur utilisation

au quotidien sera moindre qu'en région densément peuplée. Enfin, le déploiement de ces appareils pourra être discuté avec les autorités locales de santé publique et les responsables des grappes de laboratoires Optilab pour veiller à une distribution pertinente et efficiente.

Cliniques désignées de dépistage et d'évaluation

Il est proposé d'installer plusieurs appareils directement dans les cliniques désignées de dépistages (CDD) ou d'évaluation (CDÉ) pour soutenir les capacités diagnostiques en communautés.

Dans ces milieux, le déploiement des appareils vise à augmenter la capacité diagnostique de la COVID-19 afin d'éviter la surcharge des laboratoires. Le débit à raison de 4 tests par heure par appareil est visé. Comme les CDD ont pour finalité du dépistage à haut volume, il faudra plusieurs appareils dans un site pour permettre de suivre la cadence des personnes qui sollicitent un test. Or, selon les volumes actuels de tests demandés quotidiennement en CDD, le nombre d'ID NOW et de réactifs disponibles ne couvre assurément pas tous les besoins en tests chez ceux qui fréquentent les CDD. Comme la demande de tests pour les personnes qui présentent des symptômes dépasse probablement le nombre de tests possibles selon les appareils déployés, un sous-groupe de personnes à tester devra être ciblé. Afin de maximiser les bénéfices conférés par ces appareils au niveau du diagnostic rapide, le comité recommande, après validation appropriée[28], d'offrir ces tests aux enfants de 17 ans et moins qui présentent des symptômes compatibles avec la COVID-19 en premier lieu en CDD.

Les enfants constituent une clientèle simple à définir. Les critères d'accès aux tests rapides PDS sont plus faciles à défendre et risquent moins d'engendrer une impression d'iniquités avec les autres clients des CDD qui n'auront pas accès à ces tests. Les enfants ont en général plusieurs contacts, autant domiciliaires qu'en société : un diagnostic rapide permet une recherche de cas et de contacts accélérée. Un cas rapidement diagnostiqué accélère ainsi le retrait rapide des contacts et peut possiblement éviter des éclosions. De plus, il sera plus facile d'identifier, voire interrompre, des chaînes de transmission via les parents, les tuteurs ou les adultes qui les entourent. Selon la performance clinique des différents prélèvements disponibles, des écouvillons moins invasifs (nez et gorge) pourront aussi éventuellement être offerts à cette clientèle.

En date du 31 octobre, environ 1500 enfants se présentent chaque jour en CDD. Il y a environ un peu plus de 100 CDD au Québec. Selon le volume de consultations de chacun, il est raisonnable d'y distribuer entre 1 et 10 appareils pour couvrir les besoins quotidiens liés à des enfants qui présentent des symptômes compatibles de la COVID-19.

Il est aussi possible d'améliorer la performance clinique de ces tests en ciblant spécifiquement des enfants qui présentent des symptômes depuis moins de 5 jours. À l'heure actuelle, les

[28] Le test ID NOW n'est pas approuvé chez les enfants au moment d'écrire le rapport.

autorités recommandent encore un TAAN de confirmation avant d'infirmer ou confirmer le diagnostic. Toutefois, selon la prévalence populationnelle observée, ce test de confirmation pourrait ne plus être nécessaire. Ainsi, un résultat négatif permettra aussi aux parents de retourner plus rapidement leur enfant à l'école. Le gain potentiel de ces tests serait décuplé.

Parmi les scénarios alternatifs proposés, le déploiement des appareils ID NOW pourrait aussi soutenir prioritairement les CDD des régions qui doivent augmenter rapidement leur capacité de dépistage auprès des personnes avec symptômes ou encore de leurs contacts, lorsque les délais d'analyse des prélèvements dépassent 48 heures. Cette mobilité des appareils oblige à prévoir une logistique particulière de disponibilité et apparaît difficile à déployer à court terme. Toutefois, le comité retient que les premiers appareils à déployer dans les CDD devront l'être pour la clientèle de 17 ans et moins et devra se faire dans les régions où les délais d'analyse sont actuellement dépassés ou à risque de l'être.

Selon cette même logique, dans les régions dont les capacités de laboratoire sont saturées, des appareils pourraient être déployés en CDÉ. Or, en CDÉ, comme le rythme des consultations est équivalent à celui de production d'un résultat par ID NOW, le test pourrait être offert à tous les clients symptomatiques, sans égard à l'âge. Toutefois, le nombre de CDÉ dépasse le nombre d'appareils et de réactifs disponibles. Ainsi, le MSSS ne pourra déployer ces appareils partout, d'où l'importance de faire l'adéquation entre les capacités analytiques de laboratoire d'une région selon la demande en tests et le déploiement des appareils.

Il sera aussi important d'évaluer ce scénario pour modéliser l'impact sur la transmission communautaire de ces tests et la contribution de cette technologie à la stratégie de suppression prônée par les autorités de santé publique.

<u>Milieux de vie pour personnes âgées</u>

Depuis septembre, il existe un guide pour encadrer les enquêtes dans les milieux de soins : « SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour la gestion des éclosions en milieux de soins »[29]. Ce guide s'applique aussi aux CHSLD et à certaines RPA. Il recommande une réponse rapide et rigoureuse lorsqu'un cas de COVID-19 est suspecté ou confirmé dans un milieu de soins ou un milieu de vie. Cette réponse doit permettre d'identifier un premier cas, éliminer la présence d'une éclosion ou encore en délimiter l'ampleur.

Bien que les TAAN-labo puissent être rapidement obtenus pour la plupart des milieux de soins aigus, ce n'est pas toujours le cas dans les milieux de vie. Le comité propose de mettre en place des équipes de prélèvements mobiles dotées de ces appareils, pour agir dès qu'un signalement est donné et accélérer le diagnostic d'un cas potentiel à la fois chez les usagers et les travailleurs dans le but d'accélérer la prise en charge de l'éclosion. Cette même équipe pourrait aussi se

[29] https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19

déployer dans des milieux de soins aigus s'ils ont des raisons de croire que les délais pour obtenir les résultats des TAAN-labo dépasseront 12 heures.

Selon une approche en étapes, l'équipe déployée devrait d'abord installer ses appareils. Elle validera alors la performance analytique initiale des appareils puisque cette performance peut être affectée par le déplacement. Cette validation s'effectue à l'aide de deux tests étalons (un écouvillon positif et un écouvillon négatif). L'équipe procède ensuite au prélèvement de deux échantillons chez les personnes qui présentent des symptômes compatibles ayant fait l'objet du signalement: un pour le test TAAN-labo et l'autre pour le test ID NOW. Si le résultat de l'ID NOW revient négatif, la personne est mise en isolement jusqu'à confirmation du résultat par le laboratoire. S'il s'agit d'un travailleur, celui-ci serait d'emblée retiré du milieu, mais pourrait passer les deux tests avant de retourner chez lui, à condition de pouvoir être isolé à même le lieu de travail.

Si le résultat du test rapide ID NOW revient positif, les usagers de son unité ou les travailleurs de la santé en contact avec ce cas dans les dix derniers jours pourraient tout de suite passer des tests avec l'ID NOW. Ainsi, la capacité à identifier ou non la présence d'une éclosion, en commençant par les contacts les plus soutenus, serait accélérée. Par la suite, les mesures de gestion des éclosions proposées par le guide précité s'appliqueraient, incluant le retrait des travailleurs à risque modéré ou élevé et les tests sériés pour les contacts élargis. Bien que cela change peu la gestion des contacts, la disponibilité de ces appareils peut sauver de précieuses heures pour la prise en charge initiale d'une éventuelle éclosion et identifier des cas secondaires, notamment chez les usagers ou encore les travailleurs qui ne se croyaient pas exposés.

Ce scénario repose sur des équipes dédiées et disponibles, idéalement en tout temps. De plus, il doit toujours être offert en deuxième intention après qu'une analyse initiale est confirmée et qu'il ne sera pas possible d'obtenir les résultats des TAAN-labo en moins de 12 heures. En effet, le déploiement de l'équipe et le temps à effectuer les tests dans le milieu doit conférer un avantage par rapport à l'usage unique des TAAN-labo. De plus, il importe de rappeler que l'ensemble des mesures de prévention et de contrôle des infections doivent être appliquées et que ces mesures ne peuvent pas être levées sur la base des résultats obtenus par le test rapide.

Cette équipe pourrait aussi faire des prélèvements post mortem chez une personne dont on ignore la cause de décès et pour qui la COVID-19 est suspectée. Un double prélèvement demeure nécessaire pour une réelle confirmation du diagnostic; mais si la COVID-19 est confirmée, la même logique de prélèvements initiaux dans le milieu pourrait s'appliquer et accélérer la prise en charge d'une éclosion potentielle.

En situation d'éclosion, l'équipe d'intervention pourrait rester sur place et continuer à offrir des tests quotidiens de façon continue pour tester des usagers ou encore trier les travailleurs rapidement pendant leur quart de travail afin de les retirer rapidement. La prescription des TAAN-labo aux jours 3 à 5 du guide précité demeure, mais les tests rapides PDS s'ajouteraient à l'arsenal

diagnostique. Si des TDAR sont employés, le risque de faux positifs demeure et les tests positifs devront être confirmés par TAAN-labo. Il n'est toutefois pas nécessaire de confirmer les résultats ID NOW qui ont des résultats positifs. Pour les tests négatifs, il ne sera pas requis de procéder à un prélèvement de contrôle, puisque les tests sont répétés et qu'un TAAN-labo est déjà prévu aux jours 3 à 5 selon le guide cité.

Toutefois, pour que cette solution puisse être acceptable, il est recommandé d'utiliser les écouvillons pour le nez ou encore la gorge plutôt que les écouvillons nasopharyngés, autant chez les usagers, que chez les travailleurs. De plus, l'employeur doit être en mesure de remplacer la main d'œuvre qui serait retirée plus rapidement, dès la réception du résultat. Par ailleurs, il faudra bien cibler les milieux où cette solution est préconisée, puisque cela mobilisera les capacités diagnostiques et pourrait empêcher l'équipe de dépistage d'intervenir dans d'autres milieux tout aussi prioritaires. L'ajout de TDAR pourrait pallier cette lacune.

En contexte d'éclosion, les tests sont ciblés à des unités et un certain nombre de travailleurs. En déployant les appareils sur le site, il est possible d'effectuer les tests sur place et couvrir tout le quart de travail et les usagers visés à travers les trois quarts de travail. Ainsi, il est raisonnable de croire qu'avec trois appareils par équipe, 88 tests pourraient être proposés par quart de travail, ce qui couvre largement la plupart des milieux de vie. Toutefois, avec une telle approche, on bloque la disponibilité des appareils pour d'autres sites à enquêter. Cette option devra donc être bien évaluée.

Au moment d'écrire le rapport, les éclosions dans les milieux de vie et les milieux de soins sont en hausse. Les aspects opérationnels de ce scénario devront être priorisés par les autorités ministérielles. Toutefois, il convient de rappeler que l'hiver québécois (notamment si les appareils ne sont pas protégés adéquatement), le déplacement fréquent de ces appareils et leur performance clinique sont des inconnus qui pourraient sensiblement moduler la pertinence de ce scénario.

Si le scénario s'avère utile après un déploiement pilote, le comité recommande de réserver trois appareils par équipe d'intervention responsable des milieux de vie. Il revient aux établissements de convenir du nombre d'équipes à mettre en place avec le concours et les critères des équipes ministérielles en prévention et contrôle des infections et en soutien aux milieux de vie. Les établissements de santé devront aussi s'assurer de couvrir tous les milieux de vie sur leur territoire (dont les CHSLD privés conventionnés ou privés non conventionnés, les RPA et les RI-RTF).

Le comité recommande de réserver 150 appareils à cette utilisation. Il rappelle aussi que plusieurs milieux de vie sont desservis par des laboratoires accessibles et rapides et qu'une utilisation optimale de ces appareils est souhaitée.

Pour le déploiement des tests de détection des antigènes rapide (TDAR)

Le comité a retenu quatre scénarios de déploiement pour les TDAR:

1) Pour accélérer le transfert des usagers vers les milieux de vie, qui demeurent en isolement;
2) Auprès de clientèles marginalisées et en rupture sociale qui ne fréquentent pas les ressources du RSSS;
3) Lors d'éclosions majeures en milieux de travail et milieux de vie pour personnes âgées;
4) Lorsque la demande dépasse les capacités d'analyse des laboratoires.

Bien que la probabilité prétest, liée à la prévalence de la maladie dans le groupe testé, doit être prise en compte autant pour les tests ID NOW que pour les TDAR, elle est plus importante pour les TDAR puisque ces tests sont moins sensibles et moins spécifiques que l'ID. Les scénarios en tiennent donc compte.

<u>Transfert des usagers</u>

Actuellement, les usagers transférés d'un milieu de soins vers un milieu de vie ou transférés d'un milieu de vie à un autre sont tous testés par TAAN-labo avant leur transfert, et ce, peu importe s'ils présentent des symptômes liés à la COVID-19 ou pas. Les usagers positifs peuvent se voir refuser le transfert ou encore être orientés vers une zone chaude pour la durée de leur isolement. De plus, une fois transférés, les usagers dont le résultat au TAAN-labo est négatif, resteront en isolement dans leur nouveau milieu de vie ou de soins pour 14 jours pour les milieux où cet isolement s'applique[30,31,32].

Chez les usagers sans symptôme, le nombre de TAAN-labo positifs demeure très bas pour cette sous-population testée. Il est demeuré sous la barre des 1 % depuis le début de la pandémie. Toutefois, actuellement, en raison des délais à obtenir les résultats du TAAN-labo dans certains centres, ce sont des usagers qui peuvent attendre leur transfert inutilement ou occuper des lits nécessaires, notamment dans les urgences ou sur les unités de soins aigus.

Pour accélérer les transferts, il est recommandé de leur proposer un test antigénique plutôt que TAAN-labo. Comme la prévalence de la COVID-19 est plutôt basse dans ce groupe, les résultats positifs devront toutefois être confirmés pour éviter un transfert d'un faux positif en zone chaude. Ce deuxième test pourrait être un deuxième test rapide PDS ou un TAAN-labo, à la discrétion des milieux. Ainsi, une minorité d'usagers aura un séjour prolongé en raison de l'attente du résultat de leur TAAN-labo. De plus, puisque le maintien de l'isolement protège le milieu, les impacts de faux négatifs sont minimisés.

[30] https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgapa-001-rev1.pdf
[31] https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgapa-013.pdf
[32] https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/trajectoires-de-soins-et-services/

En date du 31 octobre, on parlait d'un maximum de 2 000 analyses par jour pour cette indication clinique au Québec. Le comité invite aussi les milieux à réfléchir à élargir cette indication à d'autres types de transferts, notamment entre milieux de soins. Les transferts suivants pourraient être éventuellement réfléchis :

1. Transfert entre établissements, vers des soins surspécialisés;
2. Transfert des milieux de réadaptation;
3. Retour vers une installation d'origine après des soins dans un milieu spécialisé;
4. Transfert aéromédical urgent;
5. Transport d'usager par des moyens de transport autre que son véhicule personnel ou familial.

Clientèles marginalisées ou désaffiliées

Certaines personnes qui présentent des symptômes de la COVID-19 ne fréquentent pas les services de dépistage offerts par le gouvernement ou ne pourront pas être rejointes après avoir passé un test. Différents motifs expliquent cette situation : accessibilité des services, difficultés culturelles, isolement social, problème de santé, non-accès à des moyens de communication, etc. Ces personnes ne passeront pas de tests ou n'en recevront pas les résultats. Bien que leur offrir un moins bon test puisse sembler préjudiciable d'un point de vue éthique, il peut s'avérer être le seul pertinent ou possible. En effet, à défaut de pouvoir accompagner ces personnes vers un CDD, leur offrir de passer un test qui donne un résultat immédiat peut être une occasion de débuter rapidement l'enquête de santé publique, mais surtout de leur offrir un accompagnement sensible au sein du RSSS. Autrement dit, un test sous-optimal est préférable à l'absence de test.

Nous ne connaissons pas la prévalence de la COVID-19 dans ce groupe. Il est fort probable qu'un nombre non négligeable de faux négatifs survienne. Toutefois, il faut se rappeler que ce groupe n'aurait pas été testé autrement. Par ailleurs, en raison des faux positifs possibles, un accompagnement est nécessaire en cas de résultat positif; il est cependant présumé qu'il sera plus facile d'accompagner ces personnes vers un CDD pour un test prioritaire une fois cette première étape franchie. Ce premier résultat peut ainsi être l'occasion d'offrir un accès à des ressources et l'accompagnement nécessaire pour une prise en charge adéquate de la COVID-19 et de ses conséquences.

Des enjeux opérationnels doivent toutefois être réfléchis : une personne qui obtient un résultat positif doit pouvoir compter sur des ressources d'hébergement pour lui permettre un isolement sécuritaire. De plus, il faut s'assurer que le test est offert par des intervenants qualifiés à faire le prélèvement et à en comprendre les limites. Le comité met en garde une utilisation systématique dans des refuges par exemple où les risques de faux positifs et de faux négatifs sont importants. Il s'agit vraiment d'un scénario d'utilisation à des fins individuelles et non collectives.

Ce test pourrait aussi être offert à l'urgence pour les mêmes raisons : quelqu'un qui ne pourra recevoir le résultat dans les jours qui suivent ou dont on risque de perdre la trace. La consommation de tests pour ce scénario devrait toutefois demeurer marginale.

Éclosions majeures en milieu de travail

La plupart des éclosions en milieu de travail impliquent peu de travailleurs et sont rapidement sous contrôle : renforcement des mesures, retraits des contacts étroits et prolongés et surveillance des symptômes chez les autres travailleurs maintenus en emploi suffisent. Toutefois, dans certaines circonstances, des éclosions majeures surviennent[33] : les employés affectés sont dans différents secteurs ou lieux de l'entreprise, les lieux possibles de contaminations sont multiples en raison de difficultés d'application des mesures de distanciation ou de protection individuelle, le nombre de travailleurs infectés augmente rapidement en quelques jours, la proportion de travailleurs malades est importante, etc.

Lors d'une éclosion majeure, l'employeur et la santé au travail doivent en déterminer rapidement l'ampleur. De nombreuses décisions doivent être prises pour déterminer qui sont les travailleurs à risque et ceux qui devront être retirés du milieu. Certaines de ces décisions demeurent empiriques. Les TDAR peuvent aider à trouver des réponses rapides et faciliter la prise de décision. De plus, en raison de l'éclosion, la probabilité prétest est considérée comme élevée. De faux positifs demeurent possibles, mais ils seront proportionnellement peu fréquents. En tenant aussi compte de la valeur prédictive des tests, les autorités de santé publique peuvent se baser sur un portrait global de la situation, plutôt que sur les résultats individuels pour prendre des décisions.

Avec ces tests, les résultats sont obtenus beaucoup plus rapidement. Le temps de prise de décisions est plus court et la prise en charge de l'éclosion peut être plus rapide. De plus, des tests récurrents à intervalles courts peuvent être offerts pour permettre d'apprécier une exposition au virus qui aurait été sous-estimée, mais surtout maintenir les travailleurs à faible risque au travail. Bien sûr, le milieu devra en parallèle renforcer ses mesures de prévention puisque des faux négatifs demeurent possibles. De plus, les méthodes de prélèvements doivent demeurer confortables, ce qui n'est pas le cas avec tous les TDAR.

De même, certains milieux de travail engendrent proportionnellement plus de cas lors d'une éclosion ou ont vécu plus d'une éclosion. Ces milieux pourraient aussi se voir offrir un déploiement accéléré de TDAR pour soutenir l'enquête de santé au travail et de santé publique dès un premier cas rapporté de COVID-19. Les tests positifs devront évidemment être confirmés par TAAN-labo. Toutefois, plusieurs résultats positifs dans l'entreprise contribueraient à confirmer une éclosion et accélérer la mise en place des mesures de retraits des travailleurs

[33] La définition d'éclosion majeure devra être déterminée par les autorités de santé publique en santé au travail.

exposés à ces cas. Il convient toutefois de rappeler que le risque de faux négatifs demeure : la hiérarchie des mesures de contrôle en milieu de travail[34] doit être appliquée de façon rigoureuse. En date du 31 octobre, 681 milieux étaient considérés en éclosion pour 3039 travailleurs[35]. L'utilisation à des fins d'enquêtes incluant des tests récurrents est estimée à un maximum de 10 000 tests par semaine.

Demande de TAAN-labo dépassant les capacités d'analyse des laboratoires

Les recommandations actuelles dictent aux personnes avec des symptômes compatibles de s'isoler dès le début de leurs premiers symptômes. Mais dans les faits, les débuts de la maladie peuvent être frustes. Ainsi, il peut s'écouler parfois plus de 24 heures avant qu'une personne ne décide de se faire tester pour la COVID-19 ou ne s'isole. Or, l'excrétion virale a débuté au moins deux jours avant l'apparition des premiers symptômes. À ces premiers délais s'ajoutent ceux du dépistage en lui-même et de la prise en charge des cas positifs. Or, avec un temps d'incubation moyen de 5 à 6 jours, au moment où les personnes reçoivent un diagnostic, leurs contacts étroits et prolongés peuvent avoir à leur tour déjà commencé à excréter le virus et le transmettre (la latence étant plus courte que l'incubation de la maladie avec le SRAS-CoV-2).

Un des enjeux actuels de l'approche de santé publique est le suivant : tant que les personnes n'ont pas reçu un diagnostic confirmé de la COVID-19, aucune intervention n'est prescrite à leurs contacts étroits et prolongés. La santé publique perd alors une fenêtre d'opportunité précieuse. Il faut trouver des façons d'intervenir plus rapidement sur les chaînes de transmission.

Recevoir ses résultats rapidement peut agir à deux niveaux : ce sont des incitatifs à se faire tester, car le test arrive rapidement, et ils accélèrent la prise en charge des contacts à risque. En offrant un diagnostic rapide aux personnes testées, ces dernières reçoivent le message d'un service efficace, accueillant et adapté à leur réalité. De plus, lorsque le résultat n'est pas livré en 48 heures, les gains de santé publique sur la stratégie de confinement sont perdus.

En lien avec toutes ces raisons, le comité suggère d'utiliser les tests rapides PDS en cas de retard dans les analyses au niveau des TAAN-labo. Ces situations pourraient survenir en présence d'une nouvelle vague très importante de cas ou encore en situation des bris d'équipement ou de pénurie de réactifs. Il est proposé d'ajouter les TDAR aux TAAN-labo lorsque les délais pour recevoir les résultats dépassent 48 heures dans une région, si le test ID NOW ne peut pas être déployé en soutien.

Le comité recommande aux responsables des laboratoires et des CDD de tout faire pour éviter ce retard, mais une vague importante de cas dans la population pourrait rendre inévitable cette option. De même, le test pourrait aussi être offert à une personne qui consulte entre les jours 4

[34] https://www.inspq.qc.ca/publications/3022-hierarchie-mesures-controle-milieux-travail-covid19
[35] https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sante-au-travail/eclosions-travail

et 7 après le début de ses symptômes. Le test pourrait accélérer la prise en charge de ses contacts qui peuvent avoir dépassé la période de latence.

Cette situation sera associée à une forte prévalence de la maladie dans la population générale. Il y aura moins de faux positifs dans ce sous-groupe. En attendant la confirmation de la sensibilité clinique, il sera nécessaire de confirmer les cas.

Comme ce scénario laisse entendre que les capacités des laboratoires sont dépassées, il faut toutefois accepter que des personnes reçoivent un résultat négatif alors qu'elles sont porteuses du virus. Il faudra déployer des communications efficaces pour rappeler l'importance du respect des mesures préventives de la transmission de la COVID-19 et surtout d'encourager ces personnes à ne pas sortir de leur isolement tant qu'elles présentent des symptômes, même si le résultat revient négatif.

Scénarios possibles, mais non priorisés :

Quelques scénarios ont été évoqués comme possibles, mais n'ont pas été priorisés par le comité pour différentes raisons. Le comité croit toutefois que ces scénarios pourraient faire l'objet d'une évaluation subséquente avant d'être entièrement rejetés. Ces scénarios sont :

1. Avant un départ pour une région isolée
2. Auprès des contacts de cas
3. En milieu scolaire
4. En entreprise
5. Auprès de la population

Tester avant un voyage en région isolée

Les régions isolées du Québec ont implanté un programme de gestion des entrées en imposant des TAAN-labo négatifs avant le départ pour les régions éloignées. Toutefois, le test doit être effectué deux ou trois jours avant le départ pour être disponible au moment du voyage. Le risque de sortir de la période de latence au moment du voyage demeure possible, bien que présumé faible. Pouvoir déployer des tests rapides PDS avant le départ apparaît une alternative intéressante, surtout si ce sont des tests PDS TAAN réputés plus performants.

Toutefois, le comité a évoqué un malaise à voir le test être employé par les compagnies aériennes sur une base élargie, considérant les difficultés d'interprétation qui s'imposent. De plus, comme son application repose, pour l'instant, sur des professionnels de la santé disponibles au lieu de départ, le comité se demande si l'utilisation de cette technologie sera efficiente (en volume de tests et en heure de disponibilité). D'après le comité, ces ressources pourraient être déployées autrement[36]. Enfin, comme la prévalence de la maladie observée est très faible pour ce groupe,

[36] Chaque appareil ID NOW ne peut effectuer que 4 tests à l'heure. Pour tester rapidement les voyageurs de façon efficace, pour un avion de 60 places, il faut 15 heures. À quatre appareils, il faudrait 4 heures. Les tests rapides antigéniques font davantage de débit, mais le risque de faux positifs est plus grand.

si ce sont les TDAR qui sont employés, la plupart des résultats positifs obtenus seront des faux positifs. Le comité s'est dit inquiet pour le préjudice que ces tests pourraient donc occasionner pour certains voyageurs associés aux faux positifs.

Dans le contexte actuel, un test ID NOW pourrait toutefois couvrir les voyageurs qui n'auraient pas reçu leurs résultats par TAAN-labo avant de partir.

Tester les contacts de cas

Le scénario de tester les contacts de cas avec des tests rapides PDS a été longuement débattu au sein du comité. Plusieurs membres ont d'ailleurs soumis des scénarios d'utilisation et d'interprétation des résultats obtenus dans ce sous-groupe de personnes. Toutefois, en absence de consensus, cette indication n'a pas été priorisée dans les scénarios initiaux.

En faveur de ce scénario, le comité mentionne que tester rapidement les contacts peut contribuer à accélérer l'identification des chaînes de transmission et cela permet d'intervenir plus efficacement pour contrôler la transmission. De plus, c'est l'indication qui offre la probabilité prétest la plus élevée. Aussi, au Québec, les charges virales observées chez les contacts avec des résultats positifs par TAAN-labo sont similaires à celles des cas et laisseraient présager une performance comparable. Le comité croit que la performance et la pertinence clinique seront bonnes.

Toutefois, un résultat négatif est parfois un incitatif à ne plus respecter l'isolement prescrit. Quelques membres ont évoqué la crainte que les tests rapides PDS ne renforcent ce comportement. Ils rappellent aussi que pour le contact, le résultat du test ne modifie pas la conduite. Les bénéfices le sont plutôt pour ces contacts.

En absence de consensus, il a plutôt été recommandé de mieux définir les meilleures pratiques au regard des TAAN-labo chez les contacts et d'adapter ces conduites ensuite aux tests rapides PDS.

Tester en milieu scolaire

La transmission secondaire à la suite d'un cas de la COVID-19 varie d'un milieu à l'autre. Elle est très élevée au domicile et moindre en milieu de travail ou social, sauf exception. Ces exceptions sont associées à des facteurs de risques : milieux mal ventilés, promiscuité, non-respect des mesures universelles de prévention et densité importante de personne dans un même endroit.
Les milieux scolaires présentent un ou plusieurs de ces facteurs de risques. Or, dans la réalité, il n'est pas facile de se prononcer sur ce risque lorsqu'un cas est déclaré. L'approche prudente de santé publique est donc de retirer tous les enfants d'une classe lorsqu'un cas y est déclaré. Il est d'emblée présumé que les contacts entre les enfants sont des contacts à risque modéré.

Certains se demandent si on ne pourrait pas utiliser les tests rapides PDS pour moduler l'évaluation de ce risque. Certains avancent que tester les élèves en milieu scolaire avec des tests

rapides PDS pourrait permettre de déterminer plus rapidement la présence ou non d'éclosion. De plus, l'utilisation de tests rapides PDS pourrait permettre le retour en classe plus tôt. La reprise serait autorisée si après sept jours conditionnellement à des tests tous les jours au retour. Enfin, les tests pourraient être utilisés pour « tester » d'autres classes et contrôler plus rapidement une transmission virale asymptomatique chez les membres de l'école.

Le groupe a soulevé les enjeux opérationnels associés à une telle approche : les délais nécessaires pour obtenir le consentement des parents avant de procéder au test et la disponibilité de ressources professionnelles pour faire les tests ont été évoqués comme frein à une telle approche. De plus, la situation dans les écoles semble sous contrôle et assez bien comprise. De plus en plus d'écoles sont relativement autonomes dans l'application des consignes et devancent même la santé publique lorsqu'un cas leur est déclaré. Certains croient que d'ajouter une couche de complexité à la gestion des classes selon différents résultats de tests risque d'occasionner un recul dans la fluidité et l'efficacité de la gestion actuelle des cas. Un projet de recherche vise à valider l'approche entre temps.

Tester en entreprise et en milieux de soins

La volonté des entreprises et des milieux de travail pour implanter les tests rapides PDS pour une surveillance active des cas émergents a souvent été évoquée par le comité. Plusieurs craintes ont été formulées au regard des limites de ces tests et de leur emploi sans contextualisation des résultats (valeur prédictive positive ou négative). L'utilisation de ces tests repose sur une utilisation chez des personnes asymptomatiques, indication actuellement non validée. L'expérience naturelle observée aux États-Unis sur l'utilisation des tests rapides PDS témoigne d'importantes éclosions dans les milieux de travail malgré les tests. Le comité juge que les erreurs d'interprétation et le sentiment de fausse rassurance que confèrent ces tests peuvent être très préjudiciables. En parallèle, au Québec, des milieux ont aussi imposé des TAAN-labo à leurs employés sans que ce soit indiqué. En aucun cas ces tests ne devraient être obligatoires pour les travailleurs[37]. De plus, les experts de la santé au travail ajoutent que les mesures de précaution telles que l'autosurveillance des symptômes, la distanciation et le port des équipements de protection sont réputées nécessaires en toute circonstance et préviennent de nouveaux cas.

Malgré ces réticences, des projets-pilotes pourraient toutefois être recommandés, notamment en région isolée pour des entreprises offrant des services névralgiques pour le Québec. Mais ceux-ci devront être encadrés éthiquement et de façon adéquate pour tenir compte de la VPP et de la VPN dans ces milieux. À cet effet, le gouvernement fédéral prévoit déjà déployer de tels projets en territoire québécois pour les compagnies sous sa juridiction (les aéroports par exemple).

L'un des milieux qui procèdent le plus à des tests de dépistage chez ses travailleurs est le milieu de la santé. Début décembre, 13 % de la capacité en TAAN-labo du Québec sont sollicités pour cette indication. Pourtant, selon les données sur les prélèvements effectués dans le cadre de cette

[37] https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/990_CadreDepistageSanteTravail.pdf

indication, moins de 20 % des travailleurs éligibles en CHSLD, RPA et RI-RTF passent ces tests de dépistage. Pour certains groupes de travailleurs, notamment la main d'œuvre indépendante et les travailleurs d'agence, les taux de couverture ne dépassent pas 10 % au Québec.

Le dépistage proposé au Québec vise à capter des travailleurs sans symptômes de la COVID-19. Or, le fait de trouver un travailleur infecté et croire que cela contribue à la réduction des éclosions en milieux de soins apparaît peu fondé à partir des données actuelles. Selon les taux de positivité observés dans ce groupe depuis octobre 2020 (entre 1 et 2 % selon le milieu de travail), considérant que seulement 20 % des travailleurs sont testés, près de 500 travailleurs infectés en CHSLD à la COVID-19 continuent de travailler chaque semaine[38]. En survenant une fois par semaine, les dépistages ne sont pas assez fréquents pour bien capter les cas au moment où ils commencent à être contagieux 6 fois sur 7, ceux-ci pouvant survenir n'importe quel jour entre deux tests. De plus, comme les résultats tardent à être transmis, des travailleurs avec un résultat de test positif peuvent travailler souvent en début de leur maladie, au moment où ils sont les plus contagieux. Ces dépistages créent possiblement une fausse rassurance chez les travailleurs de la santé qui ne tiennent plus compte de leurs symptômes pour solliciter un test. Enfin, l'acceptabilité du test, en raison de l'inconfort qu'il procure, est difficile à maintenir dans le temps.

Quelques auteurs[39,40,41,42] ont tenté de modéliser la fréquence et le taux optimal de travailleurs à tester pour éviter des éclosions majeures[43] dans les milieux de soins. Calculés à partir d'incidences de cas relativement basses par rapport à la situation observée en décembre au Québec, les modèles élaborés par ces auteurs identifient quelques facteurs critiques qui influencent l'efficacité du dépistage en milieux de soins: le pourcentage de travailleurs testés, la fréquence des dépistages, le délai à transmettre les résultats, la taille du milieu. Dans tous les cas, la stratégie de dépistage actuellement déployée au Québec chez les travailleurs de la santé apparaît clairement insuffisante : le dépistage n'est pas assez fréquent, les taux de couverture sont sous les seuils proposés et la divulgation des résultats survient souvent après le prochain quart de travail.

[38] Pour un taux de positivité de 1 % appliqué à 56 000 travailleurs en CHSLD auquel on soustrait un nombre hypothétique de 30 % de travailleurs qui auraient déjà souffert de la COVID-19. 560 résultats positifs possibles sont attendus durant la semaine, auxquels sont soustraits ceux qui sont captés par les tests avec un taux de couverture des travailleurs par les tests de dépistage de 20 % (n=448). Comme les taux observés dépassent 1 % de positivité en CHSLD, il est raisonnable de croire que le chiffre réel est plus élevé.

[39] https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.11.24.20229948v1

40 https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.11.20.391011v1.full.pdf

41 https://www.jamda.com/article/S152586102030709X/abstract

42 D. B. Larremore et coll., Sci. Adv. 10.1126/sciadv.abd5393 (2020).

[43] Pour ces auteurs, il apparaît impossible de prévenir des éclosions en milieu de soins. Le dépistage permet toutefois d'en réduire l'ampleur.

Malgré ces faits, plusieurs cliniciens, responsables d'établissements et certaines organisations de santé publique[44,45,46] continuent de promouvoir le dépistage des travailleurs dans les milieux de soins et les milieux de vie pour personnes âgées. Deux avenues se dessinent dès lors : augmenter le recours au TAAN-labo ou recourir à des TDAR.

Dans le premier cas, le nombre de TAAN-labo disponibles pour les personnes qui présentent des symptômes, première priorité de l'offre de tests de dépistage, risque d'être sérieusement affecté. Or, les capacités de laboratoire sont déjà à leur maximum au moment d'écrire ce rapport. Ainsi, des délais dans les analyses risquent de se produire, nuisant à la stratégie de dépistage, autant dans la population générale que chez les travailleurs de la santé.

Dans le deuxième cas, soit le recours au TDAR, considérant la faible prévalence de cas observée dans la population des travailleurs de la santé, des faux positifs sont possibles. Dans ce scénario, les résultats négatifs ne seront pas validés. Dès lors, cette approche est beaucoup moins préjudiciable sur les capacités des laboratoires. En effet, des tests de confirmation par TAAN-labo ne seront demandés que pour la portion de travailleurs avec des TDAR positifs. Des travailleurs de la santé infectés resteront sans doute encore actifs en milieux de soins, mais dans une proportion moindre qu'actuellement et en appliquant les mesures de prévention. De plus, les travailleurs avec un résultat positif seront retirés immédiatement du milieu, jusqu'à réception d'une confirmation de leur TAAN-labo. Les risques sont rapidement amoindris. Toutefois, si cette deuxième option est retenue, tester souvent (2 fois par semaine), suffisamment de travailleurs (entre 60 et 80 % selon la taille des milieux) et offrir un résultat immédiat est essentiel pour compenser les limites des TDAR. De plus, les types de prélèvements offerts devront être plus confortables que ceux proposés actuellement à la majorité des travailleurs de la santé.

Il convient enfin de rappeler que la prévention des éclosions repose sur des approches multiples : appliquer la distanciation physique, se laver les mains et porter ses équipements de protection individuels, éviter de travailler en présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, passer un test au moindre symptôme compatible avec la COVID-19 le plus rapidement possible. À cet effet, le MSSS recommande aux milieux d'appliquer de façon rigoureuse les recommandations présentes dans le guide SRAS-CoV-2 : « Mesures de prévention et contrôle des infections pour la gestion des éclosions en milieux de soins »[47]. Aucune stratégie de dépistage ne peut se substituer à ces mesures. De plus, le dépistage récurrent continuera d'occuper un nombre important de ressources, ce qui peut représenter un coût indirect important pour de faible gain au niveau de la santé publique. Cette stratégie doit être réfléchie au regard des coûts d'opportunité et des avantages et inconvénients qu'elle peut engendrer.

[44] https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-testing.html
[45] http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ltc/memo_20200716.aspx
[46] https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/TestingStrategy_Objective-Sept-2020.pdf
[47] https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19

Dépister la population

Enfin, certains chercheurs proposent un dépistage massif à l'aide de TDAR comme stratégie de contrôle de la transmission, à l'image de la Slovaquie[48]. Bien que le nombre de tests actuellement disponibles au Québec ne permette pas une telle stratégie, elle pourrait être appliquée à des sous-populations à haut risque ou lors d'éclosion populationnelle localisée. Cependant, le comité ne peut pas retenir ce scénario en priorité. En effet, comme le démontre l'expérience slovaque, ce type de pratique à une portée limitée dans le temps. Il faut bien cibler son utilisation, s'assurer qu'elle ne se traduit pas par un relâchement des mesures préventives de transmission de la COVID-19 et que la capacité de tests pour les autres indications et territoires est maintenue. Encore ici, selon ce scénario, seuls les TDAR positifs seraient confirmés. Il est dès lors supposé que les personnes infectées dont les résultats seraient négatifs seraient en nombre inférieur aux nouveaux cas détectés chez des personnes qui n'auraient pas eu accès à des tests autrement.

7. Recommandations :

Ce rapport comporte de nombreux éléments qui demandent d'implanter les tests rapides PDS avec prudence. La présente section vise à regrouper les différentes orientations et recommandations prises par le comité pour un déploiement intelligent de ces tests en point de service.

1. Les TAAN-labo doivent demeurer le test étalon pour le diagnostic de la COVID-19.

2. Les tests rapides PDS doivent faire l'objet de validations technique et clinique préalables avant leur déploiement.

    a. Cette validation doit inclure des personnes de tous âges, y compris les enfants.

    b. L'utilisation des tests rapides PDS devrait se faire d'abord chez les personnes symptomatiques.

    c. Il sera important de déterminer la meilleure période fenêtre d'application de ces tests chez les personnes symptomatiques.

    d. L'utilisation des tests devra aussi être évaluée chez des personnes asymptomatiques avec des facteurs de risques d'exposition récents à la COVID-19.

    e. Chacune des clientèles visées par les indications d'accès aux TAAN-labo dans la communauté devra éventuellement être évaluée.

[48] https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4761

3. Un calendrier de validations techniques et cliniques des nouvelles technologies autorisées par Santé-Canada devra être planifié pour soutenir l'implantation de nouveaux tests à venir.

4. Le déploiement des tests PDS doit être fait selon les scénarios proposés et en fonction des besoins documentés dans le présent rapport. Le déploiement des tests rapides PDS doit être progressif de manière à en apprécier l'utilité, la performance et la pertinence clinique. Des projets de recherche et d'évaluation sont suggérés pour les scénarios non priorisés.

5. Le déploiement des tests rapides PDS doit respecter les normes de qualité associées aux examens de biologie médicale délocalisés et au standard ISO 22870. Les tests rapides PDS doivent notamment être réalisés par du personnel qualifié et formé. Ce personnel doit pouvoir en expliquer les limites aux personnes testées.

6. Le déploiement des appareils ID NOW doit se faire selon les besoins prioritaires des milieux et soutenir les capacités de laboratoire.

7. Les TAAN-labo de confirmation doivent pouvoir être associés aux tests rapides PDS qui les précèdent au moment de l'analyse des résultats par les autorités de santé publique ou les officiers de prévention et contrôle des infections.

8. La requête associée aux tests rapides PDS doit permettre aux autorités d'anticiper le contexte du test (milieux, histoire d'exposition, présence de symptômes ou non) et correspondre aux priorités d'accès au TAAN-labo déjà élaborés pour les comparaisons épidémiologiques sur les tendances par sous-groupe priorisé.

9. Des projets de recherche et d'évaluation liés à l'utilisation des tests rapides doivent être encouragés et financés par le gouvernement.

10. Des essais de validations de prélèvements alternatifs (sur de la salive ou du gargarisme par exemple) dans le but d'améliorer l'acceptabilité du prélèvement de contrôle, ou encore à partir d'un seul écouvillon, afin d'éviter éventuellement les doubles prélèvements (un pour le test PDS et un pour le TAAN-labo de confirmation)[49]doivent être encouragés

11. Les résultats positifs à un test rapide doivent être communiqués aux autorités de santé publique sans délai.

[49] Ces essais devront être menés par les laboratoires cliniques puisque le manufacturier ne les reconnaît pas.

12. L'interprétation des tests rapides PDS doit idéalement tenir compte de la prévalence de la maladie dans la population testée (probabilité prétest) lors de la transmission du résultat.

13. Les scénarios de déploiement des tests devront être révisés régulièrement.

14. L'utilisation des tests rapides PDS pourra être élargie lorsque la performance sera jugée acceptable par les autorités de santé publique et les responsables de laboratoires.

15. Le délai entre le prélèvement et le résultat ne devrait pas dépasser 24 heures chez les personnes qui présentent des symptômes compatibles de la COVID-19 et 48 heures pour les autres personnes. Si des délais sont observés, des mesures doivent être prises pour optimiser l'ensemble des étapes de production des résultats (gestion et transport des échantillons, transfert des échantillons vers d'autres laboratoires). Si le délai demeure, notamment en raison d'une surcharge dans les laboratoires, des tests rapides PDS devraient être proposés. Le transfert vers des tests rapides PDS devrait viser les tests rapides de type TAAN avant les TDAR. De plus, ce transfert vers les PDS doit être appuyé par des capacités d'enquête de santé publique rehaussée pour tenir compte des limites de ces tests.

16. Les mesures de prévention de la transmission de la COVID-19 doivent être maintenues, peu importe le résultat aux tests rapides.

17. Il est trop tôt pour recommander une utilisation élargie des tests rapides PDS dans les milieux de travail et les milieux sportifs. L'interprétation peut être préjudiciable et engendrer des conséquences néfastes autant pour ceux qui s'y soumettent que ceux qui voudraient les refuser.

ANNEXE

Membres du comité mandatés par le MSSS pour encadrer l'utilisation des tests

Co-présidence

Isabelle Goupil-Sormany
Jean Longtin (jusqu'au 23 octobre 2020), remplacé par Michel Roger

Représentants ministériels

Yves Jalbert/Richard Massé
Cynthia Beaudoin
Marie-Ève Bédard/Marie-Claude Gagnon
Denis Ouellet
Philippe Lachance
Élyse Berger-Pelletier/Marie-Pier Boucher
Georgiana Titeica
Nathalie Bouillon
Geneviève Poirier
Marie-France Hallé
Carole Duhamel
Thierry Gahungu
Jean Longtin
François Sanchagrin

INSPQ

Gaston Deserres (DRBST)
Rodica Gilca (DRBST)
Jasmin Villeneuve (CINQ)
Judith Fafard (LSPQ)
Michel Roger (LSPQ)

INESSS

Éric Potvin/Yannick Auclair (observateurs)

Réseau clinique

André Dascal (directeur Optilab)
Linda Lalancette (directrice Optilab)
Jeannot Dumaresq (microbiologie-infectiologie)
Alexis Danylo (microbiologie-infectiologie)
Cédric Yansouni (microbiologie-infectiologie)
Marie-Claude Roy/Marie Gourdeau (microbiologie-infectiologie et CINQ)
Roseline Thibeault (pédiatrie)
Jesse Papenburg (pédiatrie)

Directions de santé publique régionales

Geneviève Cadieux/Pierre A. Pilon (Montréal)
Yv Bonnier-Viger (Gaspésie - Directeur)
Christine Lacroix (Montérégie)
Maryse Cayouette (Lanaudière) (microbiologie-infectiologie)

20-210-377W

Émission :	02-10-2020	Mise à jour :	27-01-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-014.REV1

Catégorie(s) :
- ✓ Jeunes en difficulté
- ✓ Services essentiels
- ✓ Modalités de travail

Services essentiels et modalités de travail - Programme-services Jeunes en difficulté (JED) - Coronavirus (COVID-19)

Cette directive remplace la directive DGPPFC-014 émise le 2 octobre 2020

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

Destinataires :	Tous les établissements publics du RSSS - Directeurs des programmes jeunesse - Directeurs de la protection de la jeunesse

Directive	
Objet :	Services essentiels et modalités de travail - Programme-services Jeunes en difficulté
Mesures à implanter :	Ce document présente les services essentiels à maintenir dans le réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre du programme-services Jeunes en difficulté. Cette version révisée remplace la directive émise le 5 octobre 2020. Peu de modifications ont été apportées à celle-ci (retrait du programme Agir tôt de la liste des services essentiels à maintenir).

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
Document annexé :	20-210-13W_Service s essentiels JED et m

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 :	02-10-2020	Mise à jour :	27-01-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle **DGPPFC-014.REV.1**

Directive

SERVICES ESSENTIELS ET MODALITÉS DE TRAVAIL

Document produit par la Direction générale adjointe des services à la famille, à l'enfance et à la jeunesse

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) soutient que les services essentiels à maintenir dans le réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre du programme-services Jeunes en difficulté (JED) sont :

Pour les services de proximité :

- le programme d'intervention en négligence;
- le programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu;
- le suivi psychosocial et psychologique.

Pour les services en protection de la jeunesse :

- la réception et le traitement des signalements en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ);
- l'évaluation et l'orientation en vertu de la LPJ;
- l'application des mesures en vertu de la LPJ;
- la révision en vertu de la LPJ;
- le retrait du milieu familial et le placement;
- la tutelle en vertu de la LPJ;
- les services de soutien auprès des ressources de type familial;
- les services de réadaptation interne;
- le programme de Qualification des jeunes (PQJ).

Pour les services en justice pénale pour les adolescents :

- les activités de liaison avec le tribunal maintenues selon le plan de continuité des services de la Cour du Québec dans le contexte de la COVID-19;
- l'autorisation de détention avant comparution en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA);
- les rapports prédécisionnels pour les jeunes détenus en vertu de la LSJPA;
- le suivi de l'application des peines en vertu de la LSJPA.

Par ailleurs, le MSSS propose, pour l'ensemble des services du programme-services JED, que ceux-ci soient ou non essentiels **(les services essentiels étant mis en caractère gras**), des modalités de travail pouvant être adoptées par les établissements. Ces dernières doivent être évaluées en fonction notamment du plan de délestage JED déterminé selon le niveau d'alerte dans la région, de la capacité organisationnelle, du jugement clinique et de la disponibilité des moyens technologiques.

Les activités peuvent être modulées sur le plan de l'intensité ou de la modalité (en intervention directe auprès de l'usager ou non). Plusieurs aspects sont à prendre en considération, notamment l'analyse clinique des besoins, la disponibilité des moyens technologiques (services d'accès à distance sécurité pour télétravail, téléphones, plateformes collaboratives, etc.), les directives concernant les visites professionnelles à domicile, etc.

Toute modalité retenue doit également être réalisée en respect des normes liées à la confidentialité et à la sécurité des informations.

Émission :	02-10-2020	Mise à jour :	27-01-2021

Services JED – Première ligne

Services	Activités	Intervention directe auprès de l'usager	Autre modalité technologique
Suivi psychosocial et suivi psychologique	Intervenir directement auprès de l'usager	√	
	Effectuer un suivi auprès de l'usager		√
	Élaborer un plan d'intervention (PI)		√
	Signer le PI		√
	Rédiger des notes au dossier		√
	Référer vers d'autres services ou organismes du milieu		√
Programme d'intervention en négligence	Intervenir directement auprès de l'usager	√	
	Effectuer un suivi auprès de l'usager	√	
	Élaborer un PI		√
	Signer le PI		√
	Animer des activés de groupe ou multifamiliales	(suspendues)	
	Référer vers d'autres services ou organismes du milieu		√
	Favoriser l'intégration sociale des familles		√
	Au terme de la prise en charge, assurer des relances systématiques		√
	Rédiger des notes au dossier		√
Programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu	Réaliser des interventions psycho-sociales et de réadaptation intensives dans le milieu	√	
	Élaborer un PI		√
	Signer le PI		√
	Rédiger des notes au dossier		√
Services de réadaptation	Réaliser des interventions dans le milieu familial et autres milieux de vie fréquentés par le jeune, dont les milieux d'hébergement substituts	√	
	Élaborer un PI		√
	Signer le PI		√
	Rédiger des notes au dossier		√
Services de post-adoption	Assurer un suivi auprès des familles		√
	Rédiger des notes au dossier		√
Expertises psychosociales	Évaluer les besoins des enfants et les capacités parentales	√	
	Produire un rapport et formuler des recommandations		√
	Témoigner	√	
Programme Agir tôt	Assurer la surveillance du développement par l'ABCdaire 18 mois + lors de la vaccination	√	
	Procéder au dépistage requis des enfants selon leurs besoins par l'entremise de la plateforme numérique ou par les questionnaires disponibles		√
	Activités de stimulation précoce et autres interventions de réadaptation	√	

Émission :	02-10-2020	Mise à jour :	27-01-2021

Services JED – Protection de la jeunesse et justice pénale pour les adolescents

Étapes d'intervention	Activités	Intervention directe auprès de l'usager	Autre modalité technologique
RTS	Recevoir les signalements		√
	Répondre aux demandes « infoconsultations »		√
	Réaliser des vérifications complémentaires		√
	Réaliser des vérifications complémentaires terrain	√	
	Consulter le « registre des enfants signalés » et inscrire les enfants ayant fait l'objet d'un signalement		√
	Adresser une demande au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (obtention des coordonnées de parents prestataires du programme d'aide financière de dernier recours afin de les localiser)		√
	Compléter l'outil SSP (système de soutien à la pratique)		√
	Tenir des discussions cliniques (coordonnateur clinique, chef de service, DPJ, etc.)		√
	Référer, de manière personnalisée, aux services de proximité ou aux ressources du milieu, si la situation l'exige		√
	Saisir les suivis d'activité au dossier et rédaction du rapport		√
	Informer le signalant de la décision de ne pas retenir le signalement, si tel est le cas		√
Évaluation-orientation	Consulter les informations contenues au dossier		√
	Communiquer avec le signalant		√
	Effectuer la cueillette d'informations		√
	Intervenir auprès de l'enfant, des parents et des milieux de vie substituts	√	
	Réaliser des visites surprises dans le milieu de vie	√	
	Saisir des suivis d'activités au dossier		√
	Compléter l'outil SSP		√
	Participer à des discussions cliniques (coordonnateur clinique, chef de service)		√
	Réaliser des consultations professionnelles		√
	Appliquer des mesures de protection immédiate / une entente provisoire	√	
	Référer, de manière personnalisée, aux services de proximité ou aux ressources du milieu, si la situation l'exige		√
	Participer aux tables d'orientation en présence des parents		√
	Rédiger le rapport, l'entente sur les mesures volontaires, l'entente sur une intervention de courte durée, etc.		√
	Signer l'entente, le PI, le cas échéant		√
	Participer à des discussions avec le contentieux et rédiger la requête		√
	Participer à l'audience au tribunal		√
	Transférer, de manière personnalisée, à l'intervenant à l'application des mesures		√

Émission :	02-10-2020	Mise à jour :	27-01-2021

Étapes d'intervention	Activités	Intervention directe auprès de l'usager	Autre modalité technologique
Application des mesures	Consulter les informations contenues au dossier		√
	Intervenir auprès de l'enfant, des parents et des milieux de vie substituts	√	
	Superviser des contacts parents-enfants	√	
	Élaborer et réviser un PI		√
	Faire signer le PI par les parents et l'enfant		√
	Saisir les suivis d'activités au dossier de l'usager		√
	Participer à des discussions cliniques (coordonnateur clinique, chef de service)		√
	Rédiger le rapport de révision, l'entente sur des mesures volontaires, etc.		√
	Participer à une table de révision en présence des parents		√
	Tenir des discussions avec le contentieux, rédiger la requête		√
	Audience au tribunal		√
	Appliquer des mesures de protection immédiate	√	
	Référer la famille vers les ressources du milieu		√
Révision	Animer une table de révision en présence des parents		√
	Saisir les informations au dossier de l'usager		√
PQJ Interventions à adapter ou à reporter temporairement, selon les besoins du jeune et compte tenu, notamment : ▪ de fermetures (écoles, organismes, entreprises); ▪ des consignes de la santé publique; ▪ des directives concernant les visites professionnelles à domicile; ▪ de l'accès du jeune à des moyens technologiques.	Intervenir et accompagner le jeune	√	
	Élaborer un PI		√
	Compléter les outils		√
	Saisir les suivis d'activités au dossier de l'usager		√
	Participer à des discussions de supervision et d'encadrement professionnel		√

Émission :	02-10-2020	Mise à jour :	27-01-2021

Les services en matière de justice pénale pour adolescents

Provenance de la demande	Services rendus lorsqu'applicables	Activités	Intervention directe auprès de l'usager	Autre modalité technologique
Police	**Autorisation de détention avant comparution**	Réception de la demande		√
		Consultation et saisie d'informations au dossier		√
		Discussions cliniques avec le chef		√
Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP)	Évaluation-orientation	Réception de la demande		√
		Consultation et saisie d'informations au dossier		√
		Échanges avec le jeune, sa famille et le complice, s'il y a lieu	√	
		Échange avec la victime		√
		Rédaction du rapport ou de l'entente		√
		Discussions cliniques avec le chef, le soutien aux activités cliniques (SAC) ou le partenaire		√
		Signature de l'entente ou du formulaire Décision-orientation par les parties concernées		√
	Suivi des sanctions extrajudiciaires	Référence et suivi avec l'organisme de justice alternative ou l'Equijustice		√
	Réévaluation	Consultation et saisie d'informations au dossier		√
		Échanges avec le jeune, sa famille et le complice, s'il y a lieu		√
		Rédaction du rapport		√
		Discussions cliniques avec le chef, le SAC ou le partenaire		√
		Signature de l'entente ou du formulaire Décision-orientation par les parties concernées		√
		Acheminer le formulaire au DPCP		√
Tribunal	**Rapport prédécisionnel**	Consultation et saisie d'informations au dossier		√
		Échanges avec le jeune et sa famille		√
		Rédaction du rapport		√
		Discussions cliniques avec le chef, le SAC ou le partenaire		√
		Présenter le rapport à l'usager et à ses parents (s'il y a lieu)		√
		Présenter le rapport au tribunal		√
	Suivi avant le prononcé de la peine	Consultation et saisie d'informations au dossier		√
		Échanges avec le jeune et sa famille	√	
	Suivi des peines	Consultation et saisie d'informations au dossier		√
		Réalisation du PI ou du plan de services individualisés		√
		Échanges avec le jeune et sa famille En présence obligatoire : • suivi dans la collectivité • garde différée • à haut risque de récidive	√	
		Discussions cliniques avec le chef, le SAC ou le partenaire		√
		Rédaction du rapport de fermeture		√
	Examen	Consultation et saisie d'informations au dossier		√
		Échanges avec le jeune et sa famille		√
		Rédaction du rapport		√

Émission :	02-10-2020	Mise à jour :	27-01-2021

Provenance de la demande	Services rendus lorsqu'applicables	Activités	Intervention directe auprès de l'usager	Autre modalité technologique
Police	**Autorisation de détention avant comparution**	Réception de la demande		√
		Consultation et saisie d'informations au dossier		√
		Discussions cliniques avec le chef		√
		Discussions cliniques avec le chef, le SAC ou le partenaire		√
Transfert inter DP	Transfert inter DP	Réception de la demande (si par télécopieur, en présence, si par courriel, en télétravail)		√
		Consultation et saisie d'informations au dossier		√

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).

En cas de confinement généralisé à la suite d’une annonce gouvernementale ou en cas d’éclosion dans certains milieux, vous pouvez vous référer aux actions décrites au palier d’alerte 4 - Alerte maximale.

	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 de la santé et des services sociaux	• Peu de cas confirmés dans la communauté • Peu ou pas d’absentéisme supplémentaire des travailleurs de la santé et des services sociaux	• Plusieurs cas confirmés dans la communauté • Absentéisme supplémentaire des travailleurs de la santé et des services sociaux présents	• Grand nombre de cas confirmés dans la communauté • Absentéisme important des travailleurs de la santé et des services sociaux	• Très grand nombre de cas confirmés dans la communauté • 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

<table>
<tr><td></td><td></td><td>Mobiliser les professionnels délestés vers des secteurs essentiels en besoin de ressources humaines.</td><td>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.</td><td>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.</td><td>Équipe bonifiée au besoin</td></tr>
<tr><td>Ressources délestées</td><td colspan="3">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.</td><td>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)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Conditions cliniques prioritaires</td><td colspan="3">• 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.</td><td></td></tr>
<tr><td>Prioriser toutes clientèles 0 à 100 ans.</td><td>Prioriser les clientèles :
• Demandeurs d'asile, réfugiés et migrants à statut précaire;</td><td>Prioriser les clientèles :
• Proches et proches aidants des personnes hospitalisées, hébergées, en détresse ou en fin de vie;
• Personnes endeuillées;</td><td></td></tr>
</table>

		• 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.	

Émission :	27-01-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-034

Catégorie(s) :
- ✓ Dépendance
- ✓ Services externes
- ✓ Opioïdes
- ✓ Prévention et contrôle des infections

Directive sur l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les services externes en dépendance incluant les services de traitement de la dépendance aux opioïdes

Première diffusion

Expéditeur :	Destinataires :
Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)	Tous les établissements publics du RSSS • Directions des services en santé mentale, dépendance et itinérance

Directive DGPPFC-034	
Objet :	Cette fiche présente différentes recommandations spécifiquement destinées aux services externes en dépendance (de l'intervention précoce aux services spécialisés) en CISSS et CIUSSS, dans le contexte de la présente pandémie. L'application de ces mesures a pour but de réduire le risque de transmission du virus de la COVID-19 dans ces milieux. Elle vise donc à soutenir les gestionnaires et les équipes cliniques concernées dans la mise en place des différentes mesures de prévention et de contrôle des infections. Cette directive s'inspire et s'inscrit dans la suite logique du document *COVID-19-Cliniques médicales/cliniques externes/cliniques COVID-19/GMF* de l'INSPQ au https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2907-prevention-controle-infection-cliniques-medicales-externes-designees-covid-gmf-covid19.pdf. Par ailleurs, voici des hyperliens généraux pouvant vous être utiles dans le cadre de la situation actuelle en lien avec la pandémie : - https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/ - http://dependanceitinerance.ca/ - https://www.inspq.qc.ca/ **Les services en dépendance** Il importe de rappeler que les services en dépendance demeurent primordiaux en temps de crise sanitaire, notamment afin d'éviter les effets systémiques délétères majeurs engendrés par une rupture de service auprès de ces personnes (risque accru de dégradation significative de l'état de santé, impacts sur l'entourage et les milieux naturels, pression accrue sur différents systèmes de soins et services incluant les urgences hospitalières, etc.). En ce sens, le délestage des services externes en dépendance devrait être évité ou advenant cette impossibilité, être réduit au minimum et être remis à niveau dans les meilleurs délais. Aussi, l'accès et la continuité des services externes en dépendance, même chez un usager présentant des symptômes, ou positif à la COVID-19 doivent être assurés. Pour ce faire, il est prioritaire de mettre en place et de maintenir de façon continue, les mesures permettant d'identifier rapidement un usager pouvant être infecté par la COVID-19 et d'appliquer les mesures appropriées de PCI décrites dans la présente directive.

	Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour. Elles seront ajustées (et dûment identifiées dans le document) selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur la transmissibilité de ce virus.
Mesures à implanter :	✓ Consignes générales pour la gestion et le contrôle des infections dans les services externes en dépendance ✓ Pratiques de base de PCI à mettre en place dans les services externes en dépendance ✓ Consignes à respecter en présence d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19 ✓ Autres mesures de PCI applicables dans les services externes en dépendance ✓ Équipements de protection individuelle requis dans les services externes en dépendance ✓ Réanimation cardiorespiratoire en contexte de COVID-19

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction générale adjointe des services de santé mentale, dépendance et itinérance : Faqinfocovid19@msss.gouv.qc.ca

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-034

Directive DGPPFC-034

MESURES À APPLIQUER DANS LES SERVICES EXTERNES EN DÉPENDANCE	
Affichage	Renforcer l'affichage aux entrées des services externes en dépendance utilisées par les travailleurs de la santé et des services sociaux et les usagers : ✓ Promouvoir l'hygiène des mains (HDM), le port du couvre-visage ou du masque médical. Se référer aux liens suivants : o https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-207-06F.pdf o https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002520/?&txt=masque&msss_valpub&date=DESC ✓ Promouvoir l'hygiène et l'étiquette respiratoires chez les usagers présentant de la fièvre ou de la toux ou tout autre symptôme compatible avec la COVID-19 (ex. : difficulté respiratoire ou anosmie soudaine sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie). Se référer au document *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires* disponible au https://www.inspq.qc.ca/publications/2439. ✓ Demander aux usagers de se présenter immédiatement à l'accueil 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 dans moins de 14 jours. Identifier la zone d'attente réservée pour les usagers présentant des symptômes d'une infection respiratoire s'il y a lieu. ✓ Installer de la signalisation au sol afin d'organiser l'espace en zones, favoriser la distanciation physique de 2 mètres, permettre une file d'attente organisée et aménager des circuits. **Les affiches doivent être adaptées à la clientèle par l'utilisation de pictogrammes ou de différentes langues au besoin.**
Pré-accueil	Lorsque la situation de l'usager le permet, un appel téléphonique est fortement recommandé afin de : ✓ Évaluer si le rendez-vous peut se faire par téléconsultation. ✓ Pour les usagers ne disposant pas de téléphone, d'ordinateur ou de connexion internet, la téléconsultation peut être adaptée en mettant, par exemple, à disposition un bureau dédié au sein même du service externe en dépendance avec ordinateur d'où la consultation peut se faire, de façon à limiter les contacts. Prévoir la désinfection du matériel partagé entre chaque usager (voir section *Matériel partagé ou équipement partagé* à la page 7). ✓ Si le rendez-vous en présence doit être maintenu, évaluer la présence de facteurs de risque chez l'usager d'être atteint de COVID-19 (ex. : contact, voyage) ou de fièvre ou de toux ou tout autre symptôme compatible avec la COVID-19 avant que l'usager se présente à son rendez-vous.

	✓ Si présence de symptômes, vérifier si possibilité de reporter le rendez-vous, sinon, s'assurer de la mise en place des mesures requises à son arrivée. Voir tableau **«** *Consultation ou suivi dans les services externes en dépendance d'un usager ayant eu un diagnostic antérieur de COVID-19 »* à la page 8 de ce document.
Accueil	✓ Désigner un point d'accès unique pour faciliter le contrôle à l'entrée. ✓ Déménager les meubles qui peuvent nuire aux efforts visant à maintenir une distance physique appropriée. ✓ S'assurer du port du couvre-visage ou du masque médical et de l'HDM pour tous dès l'arrivée. ✓ Installer une station d'hygiène des mains. ✓ Avoir en réserve des masques médicaux pour remettre aux usagers qui n'en ont pas. ✓ Hygiène des mains avant de prendre le masque et de le rendre à l'usager ou utilisation d'une pince pour éviter de toucher le masque; éviter le libre-service dans une boîte de masques. ✓ Dans le cas où une personne est inapte à comprendre ou à consentir en raison d'une condition de santé mentale ou d'intoxication sévère, le port de la protection oculaire, en plus du masque médical, doit être obligatoire pour le personnel. Dans le cas d'un usager suspecté ou confirmé COVID, ajouter le port de la blouse et des gants. ✓ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour identifier rapidement un usager pouvant être infecté par la COVID-19 ou présentant l'un des critères d'exclusion mentionnés ci-dessus, lors de l'accueil de l'usager, ex. : aggravation d'une toux existante ou nouvelle toux. ✓ Maintenir une distance de deux mètres entre la personne à l'accueil et l'usager ou installer une paroi de plexiglas en tout temps, peu importe si présence de symptômes ou non. Si ceci est impossible, la personne à l'accueil devra porter un masque médical en tout temps ; s'assurer que l'équipement est disponible à l'accueil. ✓ Demander à l'usager de déposer ses effets personnels à un endroit désigné. ✓ Si l'usager est accompagné, évaluer si cette personne présente des symptômes d'une infection compatible avec la COVID-19. Dans l'affirmative, elle doit être considérée comme possiblement infectée et être prise en charge pour une évaluation médicale. Elle doit porter un masque médical en tout temps pendant la visite, selon les recommandations déjà mentionnées. ✓ Privilégier l'utilisation de documents numériques et limiter le partage de documents papier. ✓ Veiller à ce que les équipements de ventilation existants soient en état de marche.
Salle d'attente	✓ Maintenir une distance d'au moins deux mètres entre les usagers en tout temps lors de l'inscription. ✓ Le port d'un couvre-visage ou d'un masque médical est obligatoire pour tous les usagers selon les recommandations dans le lien suivant : https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19. ✓ Port du masque médical en tout temps par l'usager présentant des symptômes pouvant être associés à la COVID-19 ou être atteint de la COVID-19 (ex. : contact, voyage). Prévoir une zone dédiée dans la salle d'attente ou dans un bureau prévu à cette fin. Bien identifier cette zone. En bref, le rendez-vous avec l'usager peut tout de même être maintenu si les modalités sanitaires sécuritaires sont en places. Dans ce contexte, prévoir également l'accompagnement de l'usager vers la clinique de dépistage. ✓ Restreindre au strict minimum le nombre de personnes présentes dans la salle d'attente. Pour limiter ce nombre, il est possible par exemple de : o Donner des rendez-vous espacés aux usagers et leur demander de les respecter. o Demander aux usagers médicalement stables d'attendre dans leur véhicule personnel ou à l'extérieur de l'établissement. Ils seront contactés au moment de leur rendez-vous. o Favoriser les rencontres individuelles; si l'usager nécessite d'être accompagné, prévoir les mesures nécessaires (voir section « *Accueil* » à la page 4 du présent document).

	o Demander à l'usager d'arriver à l'heure et, si possible, de téléphoner avant d'entrer. ✓ Limiter le temps d'attente avant l'évaluation. ✓ Limiter les déplacements de l'usager dans la clinique. ✓ Maintenir une distance de deux mètres entre les usagers (distanciation physique). o Condamner des chaises dans la salle d'attente (plutôt que d'en retirer) afin d'éviter que les usagers ne les rapprochent. o Apporter des ajustements aux installations sanitaires en condamnant des urinoirs et des lavabos ou en installant des séparateurs physiques. ✓ Retirer les objets non nécessaires des aires communes (ex. : revues, bibelots, etc.). ✓ S'assurer de l'application des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) (HDM, étiquette et hygiène respiratoires). ✓ Procéder à la désinfection des surfaces fréquemment touchées (voir section « *Hygiène et salubrité* » à la page 7 de ce document).
Personnel clinique et administratif (PCA)	✓ Si possible pour les PCA, suivre une formation de 15 minutes sur l'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire. Voir lien suivant : Hygiène des mains et l'étiquette respiratoire (15 min) Formation : Formations et outils disponibles en lien avec la COVID-19 (fcp-partenaires.ca). ✓ Port du masque médical en tout temps si à moins de 2 mètres d'un usager ou d'un autre travailleur. ✓ Toutefois, lorsque le personnel administratif effectue son travail dans un bureau fermé à plus de deux mètres des collègues, le port du masque médical n'est pas requis. Le masque médical devra toutefois être appliqué si le personnel administratif se déplace dans l'établissement ou entre en interaction avec d'autres personnes à moins de deux mètres. ✓ Pour le PCA qui n'entre pas en contact avec la clientèle ou d'autres travailleur, le couvre-visage est accepté. ✓ Le port de la protection oculaire est reconnu et recommandé comme pratique de base lors de soins à tous les usagers lorsqu'il y a risque de contact des liquides biologiques avec les muqueuses. ✓ Si l'usager refuse le port du masque médical ou le couvre-visage, le PCA doit porter la protection oculaire. ✓ Le PCA ne doit pas se présenter au travail si présence de fièvre ou de toux ou d'autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 (ex. : difficultés respiratoires ou anosmie soudaine sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie) ou si présence d'un des critères d'exclusion mentionnés ci-dessus. Il doit se référer aux recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé au lien suivant : https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19. ✓ Évaluer avant chaque journée de travail si présence de fièvre ou de toux ou d'autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 (ex. : difficultés respiratoires ou anosmie soudaine sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie). Retirer immédiatement du milieu de travail toute personne qui présente de la fièvre ou des symptômes respiratoires aigus ou autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 ou présentant l'un des critères d'exclusion mentionnés ci-dessus. Le PCI doit se référer aux recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé au lien cité plus haut. ✓ Maintenir une distance minimale de deux mètres avec les autres travailleurs (sur l'unité, au poste, lors des repas, lors des réunions, à l'extérieur, lors des pauses, etc.). ✓ Éviter de partager du matériel et des équipements (ex. : tablettes, crayons, appareils de communication, etc.).
Salle de rencontre individuelle	✓ Pièce individuelle (pièce à pression négative non requise). ✓ Limiter la quantité de matériel et le nombre de personnes présentes dans la salle de rencontre individuelle. ✓ Maintenir une distance minimale de deux mètres entre les personnes. Si impossible, installer une paroi de plexiglas entre l'intervenant et l'usager. En dernier recours, le port du masque médical est recommandé pour l'intervenant et l'usager lors de l'intervention. Avoir une bouteille de solution hydroalcoolique dans la salle de rencontre individuelle. Demander à l'usager de procéder à l'HDM en début de rencontre.

Précautions additionnelles pour les PCA	✓ En présence d'usager présentant des symptômes d'infections respiratoires ou symptômes pouvant être associés à la COVID-19 ou d'être atteint de la COVID-19 ainsi que son accompagnateur présentant des symptômes, voici certaines précautions additionnelles qui doivent être appliquées : ✓ Masque médical requis en tout temps pour un PCA en milieu de soins qui est en contact avec des usagers. Protection oculaire à usage unique (écran facial ou lunettes protectrices). Les lunettes de prescription ne sont pas considérées comme une protection adéquate. ✓ Blouse de protection à usage unique, à manches longues, non stérile, jetable ou lavable. Prévoir une blouse imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques ex. : vomissement. ✓ Gants non stériles à usage unique, bien ajustés et devant recouvrir les poignets. ✓ S'abstenir de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains potentiellement contaminées. Retirer l'ÉPI à la sortie de la salle d'examen et procéder à l'HDM. Le retrait adéquat de l'ÉPI est assez complexe. Un aide-mémoire visuel doit être disponible et tous les PCA doivent avoir reçu une formation. Voir section sur le retrait de l'ÉPI dans le document de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2907-prevention-controle-infection-cliniques-medicales-externes-designees-covid-gmf-covid19.pdf. Procédure pour le retrait disponible : document de l'ASSTSAS http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Affiches/a70-epi.pdf ou de l'ASPC http://publications.gc.ca/site/fra/9.642347/publication.html (p188-189). ✓ S'assurer de la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI) en tout temps.
Rehaussement des précautions additionnelles lors d'IMGA	Dans le contexte des services externes spécialisés en dépendance, la seule intervention médicale, générant des aérosols (IMGA), possible est dans le cas d'une réanimation cardiorespiratoire. Voir le document « *Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19* » au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-37W.pdf. Lorsque requis : application des précautions additionnelles de type aérienne/contact avec protection oculaire : ✓ Le personnel clinique (PC) doit porter un appareil de protection respiratoire (APR) N95 lors de la réalisation IMGA classées à risque reconnu ou à risque possible selon les recommandations de l'INSPQ au lien suivant : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2960-intervention-medicale-generant-aerosol-covid19.pdf. ✓ Le PC devant effectuer ces interventions doit avoir eu un test d'ajustement pour l'APR N95 ainsi qu'une formation sur son utilisation adéquate. Considérant la possibilité d'une augmentation de la transmission lors de la réalisation de cette IMGA : ✓ Porter l'équipement de protection individuelle requis : APR N95, blouse (imperméable si risque de contact avec des liquides biologiques), gant et protection oculaire. ✓ Procéder à ces interventions dans une pièce individuelle, avec la porte fermée (ou pièce à pression négative, si disponible). Il est important de rappeler que la pièce à pression négative a pour but d'empêcher la dissémination des aérosols infectieux à l'extérieur de la pièce et ainsi, protéger les usagers et le PC qui se trouve à l'extérieur de la pièce. ✓ Limiter ces interventions à celles qui sont absolument essentielles. Réévaluer les indications de soins au besoin. ✓ À la suite d'une IMGA classée à risque reconnu ou à risque possible, respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation de la pièce (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %) avant d'entrer dans la pièce sans l'équipement de protection individuelle requis pour cette intervention. ✓ Si le nombre de changements d'air est inconnu, il est proposé d'appliquer la catégorie de 2 changements d'air par heure donc une attente d'environ 4 heures est requise pour entrer dans la pièce sans protection (on a ici considéré le minimum de changement d'air du tableau des normes canadiennes pour la tuberculose). L'écouvillonnage nasopharyngé n'est pas une procédure faisant partie des interventions considérées comme interventions à risque d'augmenter la transmission de la COVID-19.
Prise en charge des PCA répondant à la définition d'exposition potentielle	Se référer au document sur ce sujet produit par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur la COVID-19. Sur le site Web de l'INSPQ au https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2905-prise-charge-travailleurs-sante-milieux-soins.pdf
Suivi de l'usager suspecté ou	✓ S'assurer des liens fonctionnels avec les cliniques désignées de dépistage et d'évaluation COVID-19 (CDÉ).

présentant des symptômes compatibles avec la COVID	✓ Aviser le centre hospitalier avant de transférer l'usager (ex. : dans le cas d'une IMGA lors d'une réanimation cardiorespiratoire).
Manipulations des prélèvements	Dans certains contextes spécifiques notamment le volet des services de traitement de la dépendance aux opioïdes, les infirmières en dépendance peuvent être appelées à faire des manipulations de spécimens. Le cas échéant, se référer aux procédures déterminées. À titre informatif voici les précautions à prendre pour des prélèvements sur un usager suspecté ou confirmé COVID-19 : ✓ Décontaminer l'extérieur des tubes de prélèvements avec le désinfectant habituellement utilisé. ✓ Identifier les tubes. ✓ Placer les tubes dans un sac pour spécimen biohazard. ✓ Placer le formulaire de demande de laboratoire dans la pochette externe. Inscrire *COVID-19* suspecté. ✓ Placer les tubes dans le contenant déterminé pour l'acheminement au laboratoire de référence. ✓ Respecter les indications pour la conservation des spécimens. S'assurer que le personnel qui transporte les tubes est formé aux pratiques de manipulation sécuritaire, aux déversements et aux procédures de décontamination et que les pratiques de biosécurité appropriées (Précautions standard pour minimiser les risques d'exposition au microorganisme) sont appliquées lors du transport vers le laboratoire de référence. Il s'agit d'un envoi de catégorie B.
Hygiène et salubrité	Se référer aux protocoles de l'établissement ou du MSSS disponible au : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2970-nettoyage-desinfection-cliniques-medicales-covid19.pdf. Procédures de nettoyage et de désinfection de l'environnement et des équipements de soins pour les cliniques médicales disponible.
Matériel ou équipement de soins partagés	Désinfecter entre chaque usager avec un produit approuvé pour un usage hospitalier, reconnu efficace (virucide pour le coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada (produit habituel ou solution chlorée). Voir site du gouvernement du Canada au https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/desinfectants/covid-19/liste.html.
Vêtements des travailleurs	✓ Retirer les vêtements de travail, incluant les survêtements (sarrau, etc.), à la fin du quart de travail et les placer dans un sac en tissu ou en plastique lorsque possible. Sinon, retirer les vêtements de travail dès l'arrivée à la maison. ✓ Éviter de secouer le sac et les vêtements souillés. ✓ Laver les vêtements portés au travail après chaque journée, conformément aux instructions du fabricant en utilisant un détergent habituel et selon la température de l'eau recommandée pour le vêtement. Ceux-ci n'ont pas à être lavés séparément des autres vêtements. ✓ S'assurer que le vêtement de travail est toujours utilisé par la même personne tant qu'il n'a pas été lavé.
Gestion des déchets	Disposer des déchets selon les catégories habituelles (généraux, biomédicaux, pharmaceutiques, etc.).
Formation	Le PCA devrait avoir reçu une formation sur : ✓ L'identification d'un cas suspecté; ✓ Les précautions additionnelles requises; ✓ Les étapes recommandées pour mettre et enlever l'ÉPI.
Audits	Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, mesures en hygiène et salubrité, etc.).
Stagiaires et étudiants	Se référer aux directives du MSSS et des maisons d'enseignement.
Communication	S'assurer que toutes les informations pertinentes à l'application des mesures de prévention et contrôle sont transmises aux personnes concernées, y compris à la clientèle.

CONSULTATION OU SUIVI DANS LES SERVICES EXTERNES EN DÉPENDANCE D'UN USAGER AYANT EU UN DIAGNOSTIC ANTÉRIEUR DE COVID-19[1]		
	Situation de l'usager	**Prise en charge**
10 jours[2] ou moins après le début des symptômes ou de la date du test PCR si asymptomatique	✓ COVID confirmée par test PCR, par lien épidémiologique ou cas clinique o Avec ou sans fièvre ou toux ou autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 ✓ Usager asymptomatique avec un test PCR positif	✓ Évaluer si le rendez-vous peut se faire par téléconsultation. ✓ Éviter l'annulation ou le report d'un rendez-vous avec l'usager afin de réduire les risques de précarisation de la clientèle. ✓ Si le rendez-vous doit être maintenu : o Port du masque médical en tout temps par l'usager o Limiter le temps d'attente avant le RDV (attente dans l'auto, à l'extérieur ou diriger vers le bureau dès l'arrivée ou zone chaude si présente; si possible, un membre du PCA devrait aller chercher l'usager et l'accompagner pour éviter tout contact avec d'autres personnes) o Attente dans un lieu dédié à part o Précautions additionnelles contact/gouttelettes/protection oculaire par le PCA, pièce dédiée
Plus de 10 jours[3] après le début des symptômes ou de la date du test PCR si asymptomatique	✓ COVID confirmée par test PCR, par lien épidémiologique ou cas clinique o ET absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) o ET amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelle) ✓ Usager asymptomatique avec un test PCR positif	✓ Port du masque médical par le PCA. ✓ Port du masque médical ou du couvre-visage par l'usager, référer à SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieux de soins en fonction des paliers d'alerte https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19 ✓ Aucune précaution additionnelle

[1] Toujours évaluer si présence de fièvre ou de toux ou d'autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 (ex. : difficultés respiratoires ou anosmie soudaine sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie) avant la visite.

[2] Pour l'usager immunosupprimé, considérer 21 jours (selon la définition de l'INESSS disponible au https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosupression.pdf). Certaines cliniques peuvent décider localement de considérer 28 jours.

[3] Le développement des connaissances sur la transmission et la durée de contagiosité de la COVID-19 apportent des modifications à nos recommandations. Le PCR n'est pas un bon indicateur de contagiosité afin de lever les mesures. De plus, la durée de l'isolement de 10 jours a été retenue pour un cas non immunosupprimé.

Émission :	27-01-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-002

Catégorie(s) :

- ✓ Syndrome inflammatoire multisystémique des enfants, Kawasaki
- ✓ Surveillance, déclaration
- ✓ COVID-19

Directive sur la surveillance des cas du Syndrome inflammatoire multisystémique des enfants (MIS-C) liés ou non à la maladie à coronavirus (COVID-19)

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale de la santé publique (DGSP)**

Destinataires :	Tous les établissements publics du RSSS - Présidents-directeurs généraux (PDG) et présidents-directeurs généraux adjoints (PDGA) - Directeurs généraux - Directeurs des services professionnels (DSP) - Directeurs de santé publique

Directive	
Objet :	Surveillance des cas de syndrome inflammatoire multisystémique des enfants (MIS-C)
Principe :	Permettre de suivre l'évolution épidémiologique des personnes atteintes de ce syndrome.
Mesures à implanter :	✓ Déclaration au MSSS des cas chez les jeunes de 19 ans et moins

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes :	
Direction ou service ressource :	**Santé publique** santepubliquequebec@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Annexe 1 ✓ Annexe 2

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 :	27-01-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-002

Directive

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite effectuer la surveillance des cas du Syndrome inflammatoire multisystémique des enfants (MIS-C) liés ou non à la maladie à coronavirus (COVID-19). Ceci permettra de suivre l'évolution épidémiologique des personnes atteintes de cette maladie au Québec. Pour ce faire, il s'avère pertinent et nécessaire que vous déclariez au MSSS chacun des cas observés chez les jeunes de 19 ans et moins souffrants du MIS-C, depuis le début de la pandémie, en fonction de la définition incluse dans le formulaire de déclaration de cas ci-joint.

La présente requête s'inscrit dans la démarche d'enquête épidémiologique du directeur national de santé publique annoncée le 7 février dernier (Annexe 1), en vertu de l'article 116, 3e alinéa de la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S.2-2) permettant l'échange (recueil et transmission) de tous les renseignements pertinents concernant la COVID-19. Des interventions de protection appropriées pourront ainsi être mises en place.

Cette déclaration de cas au MSSS permettra aussi de répondre au besoin de l'Agence de santé publique du Canada qui a mis en place un système de déclaration national dont l'objectif est de surveiller les cas de MIS-C au Canada.

Dans l'éventualité où un cas de MIS-C doit être signalé, il est attendu que votre formulaire (Annexe 2) soit dûment rempli et transmis, au plus tard, le vendredi de la semaine en cours à l'adresse électronique suivante : SantePubliqueQuebec@msss.gouv.qc.ca.

Syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants (ou MIS-C)
Formulaire de déclaration de cas

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Province ou territoire* : *Champ obligatoire

Date de déclaration : AAAA-MM-JJ

Identifiant du cas* : *Champ obligatoire

RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

Sexe :

Date de naissance : AAAA-MM-JJ

Age en années :

Age en mois :

PRÉSENTATION CLINIQUE

Date de début des symptômes : AAAA-MM-JJ

HISTORIQUE DU PATIENT

Le cas a-t-il été hospitalisé?

Date d'admission : AAAA-MM-JJ

Le cas a-t-il été admis en soins intensifs?

Date d'admission en soins intensifs : AAAA-MM-JJ

Le cas a-t-il été testé positif pour la COVID-19?

Si oui, indiquez la date de collecte du spécimen pour le test en laboratoire : AAAA-MM-JJ

Si non, le cas a-t-il eu un lien épidémiologique* avec un cas confirmé pour la COVID-19?

**s'applique aux provinces ou territoires qui déclarent les cas confirmés par lien épidémiologique*

RÉSULTATS DE SANTÉ

État actuel :

En cas de décès, indiquez la date de décès : AAAA-MM-JJ

PT	ReportedDate	PTCaseID	Sex	DOB	AgeYears	AgeMonths	OnsetDate	Hospitalized	HospDate	ICU	ICUDate	COVPositive	LabSpecColDate	EpiLinked	Disposition	DeathDate
End	End	End	End	End	End	End	End	End	End	End	End	End	End	End	End	End

Instructions pour rajouter et mettre à jour les données sur les cas de MIS-C dans ce fichier Excel.

L'objectif du système de déclaration du Syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants (ou MIS-C) au niveau national est de surveiller les cas de MIS-C au Canada.
Les provinces et les territoires sont invités à déclarer les cas de MIS-C à l'Agence de santé publique du Canada. Pour ce faire, vous devez déclarer au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), à l'aide de ce fichier Excel (onglet FORM) les cas de MIS-C observés dans votre installation. La liste des données (onglet DATA) est cumulative et devrait être envoyée au MSSS une fois par semaine (le vendredi) lorsqu'un éventuel cas de MIS-C est déclaré ou lorsque des mises à jour sont disponibles sur des cas précédemment déclarés. Veuillez envoyer la liste des données au courriel suivant : SantePubliqueQuebec@msss.gouv.qc.ca
Remarque : Veuillez-vous référer au dictionnaire des données (onglet DictionnaireDonnées) pour de plus amples détails sur la description des variables.

Pour ajouter un nouveau cas :

1. Ouvrir le fichier Qc-PHAC Case Reporting Form et assurez vous que les macros soient activées en cliquant sur "Activer le contenu » dans la barre d'avertissement de sécurité située en haut de la feuille de calcul
1. Aller à l'onglet FORM et compléter les informations sur le cas dans les champs appropriés
   a. Veuillez vous assurer que les champs Province ou Territoire et Identifiant du cas (Nom, prénom) soient complétés pour tous les cas

   b. Veuillez vous assurer que le format des dates corresponde au suivant : AAAA-MM-JJ. Lorsque le jour est manquant ou non disponible, le formulaire assignera automatiquement la date correspondant au premier jour du mois complété (c'est-à-dire qu'à un champ contenant 2020-04 sera remplacé par la date suivante : 2020-04-01)
2. Cliquez sur le bouton 'Ajouter une nouvelle entrée' pour sauvegarder et rajouter la nouvelle observation à la liste de données dans l'onglet DATA
3. Allez à l'onglet DATA et assurez-vous que la nouvelle observation (ou le nouveau cas) a bien été rajoutée à la liste des données
4. Sauvegarder le fichier Excel
5. Envoyer le fichier au MSSS (SantePubliqueQuebec@msss.gouv.qc.ca)

Pour mettre à jour les informations sur les cas précédemment rapportés :

1. Ouvrir le fichier QC-PHAC Case Reporting Form et assurez vous que les macros soient activées en cliquant sur "Activer le contenu » dans la barre d'avertissement de sécurité situé en haut de la feuille de calcul
2. Aller à l'onglet DATA
3. À l'aide de la variable PTCaseID (Identifiant du cas) pour situer l'observation (ou le cas) pour laquelle les informations sont à mettre à jour, veuillez mettre à jour l'information sur cas dans les champs correspondants
4. Sauvegarder le fichier Excel
5. Envoyer le fichier au MSSS (SantePubliqueQuebec@msss.gouv.qc.ca)

Syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants (ou MIS-C) - Définition nationale de cas :

Les autorités de santé publique des provinces et des territoires sont invitées à déclarer les cas de MIS-C, qui répondent à la définition nationale de cas, à l'Agence de santé publique du Canada. Veuillez noter que les cas répondant à la définition de cas devraient être rapportés **sans égard au résultat de diagnostic ou de test sérologique positif pour la COVID-19.**

Un cas national de MIS-C doit répondre aux quatre critères suivants :

• Est un enfant ou un adolescent âgé de 0 à 19 ans, ayant de la fièvre pendant trois jours ou plus.

ET

• Présente au moins deux des symptômes/manifestations suivants :

1. Éruption cutanée ou conjonctivite bilatérale non purulente ou signes d'inflammation mucocutanée (bouche, mains ou pieds) ;
2. Hypotension ou état de choc ;
3. Signes de dysfonctionnement myocardique, de péricardite, de valvulite ou d'anomalies coronariennes (y compris des anomalies à l'échocardiographie ou des taux élevés de troponine/NT-proBNP) ;
4. Éléments révélateurs d'une coagulopathie (par TP, TCA, D-dimères élevés) ;
5. Problèmes gastro-intestinaux aigus (diarrhées, vomissements ou douleurs abdominales) ;

ET

• Présente des marqueurs d'inflammation élevés tels que l'ESR, la protéine C-réactive ou la procalcitonine.

ET

• Ne présente aucune autre cause microbienne évidente d'inflammation, y compris la septicémie bactérienne, les syndromes de choc staphylococcique ou streptococcique, ou aucun autre diagnostic évident plausible.

SOURCE: MSSS, adaptation de formulaire de l'Agence de santé publique du Canada (*Dernière mise à jour le 2020-08-16)*

SECTION	VARIABLE de l'onglet DAT (NOM DE LA COLONNE)	TYPE	NOM DU CHAMP DANS LE FORMUL	DESCRIPTION	VALEUR
RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	PT	Menu déroulant textuel	Province ou Territoire	Province ou Territoire où le cas réside *Champ obligatoire*	BC = Colombie-Britannique AB = Alberta SK =Saskatchewan MB =Manitoba ON =Ontario QC =Québec NB = Nouveau-Brunswick NS =Nouvelle-Écosse PE = Île-du-Prince-Édouard NL = Terre-Neuve-et-Labrador YT =Yukon NT = Territoires du Nord-Ouest NU =Nunavut NA =Non applicable (non-résident du Canada)
	ReportedDate	Date	Date de déclaration	Date au cours de laquelle le cas a été déclaré à l'autorité de santé publique provinciale ou territoriale	AAAA-MM-JJ
	PTCaseID	Texte	Identifiant du cas	Mettre le nom et le prénom séparé d'une virgule (p.ex : Tremblay, Julie) *Champ obligatoire*	Texte libre
RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES	Sex	Menu déroulant textuel	Sexe	Le sexe du cas	Masculin Féminin Autre Inconnu
	DOB	Date	Date de naissance	Date de naissance du cas	AAAA-MM-JJ
	AgeYears	Numérique	Âge en années	Âge du cas en années	0 à 17
	AgeMonths	Numérique	Âge en mois	Âge du cas en mois si âgé de moins de 12 mois	0 à 12
PRÉSENTATION CLINIQUE	OnsetDate	Date	Date de début des symptômes	Date de début des symptômes	AAAA-MM-JJ

HISTORIQUE DU PATIENT	Hospitalized	Menu déroulant textuel	Le cas a-t-il été hospitalisé?	Veuillez indiquer le statut d'hospitalisation	Oui Non Inconnu
	HospDate	Date	Date d'admission	Date durant laquelle le cas a été admis à l'hôpital	AAAA-MM-JJ
	ICU	Menu déroulant textuel	Le cas a-t-il été admis en soins intensifs?	Veuillez indiquer si le cas a été admis en soins intensifs	Oui Non Inconnu
	ICUDate	Date	Date d'admission en soins intensifs	Date durant laquelle le cas a été admis en soins intensifs	AAAA-MM-JJ
	COVPositive	Menu déroulant textuel	Le cas a-t-il été testé positif pour la COVID-19?	Veuillez indiquer si le cas déjà été positif pour la COVID-19, à la suite d'un résultat positif à SARS-CoV-2 au PCR, ou encore à une infection à la COVID-19 par test sérologique. Si le résultat est en attente, indiquer inconnu, mais ajouter la date du prélèvement	Oui Non Inconnu
	LabSpecColDate	Date	Si oui, indiquez la date de collecte du spécimen pour le test en laboratoire:	Veuillez indiquer si le cas déjà été positif pour la COVID-19, à la suite d'un résultat positif à SARS-CoV-2 au PCR, ou encore à une infection à la COVID-19 par test sérologique. Si le résultat est en attente, indiquer inconnu, mais ajouter la date du prélèvement.	AAAA-MM-JJ
	EpiLinked	Menu déroulant textuel	Si non, le cas a-t-il eu un lien épidémiologique avec un cas confirmé pour la COVID-19?	Veuiller indiquer si le cas a un lien épidémiologique avec un cas confirmé pour la COVID-19 selon la définition. La définition de cas confirmé par lien épidémiologique se retrouve à l'adresse suivante : https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/definition-nosologique-	Oui Non Inconnu
RÉSULTATS DE SANTÉ	Disposition	Menu déroulant textuel	État actuel	Veuillez indiquer le statut actuel du cas	Détérioré Stable En convalescence Rétabli Décédé Inconnu
	DeathDate	Date	En cas de décès, indiquez la date de décès	Date au cours de laquelle le cas est décédé, si applicable	AAAA-MM-JJ

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

Direction générale de la santé publique

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 7 février 2020

Madame Theresa Tam
Administratrice en chef de la santé publique du Canada
Agence de la santé publique du Canada
130, rue Colonnade
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Madame,

La présente est pour vous informer de l'enquête du directeur national de santé publique (DNSP) concernant le nouveau coronavirus 2019-nCoV.

Au Québec, les menaces à la santé doivent être signalées par les professionnels de la santé au directeur de santé publique de leur région. Celui-ci peut ensuite procéder par enquête épidémiologique afin d'obtenir les renseignements personnels des individus et mettre en place les interventions de protection appropriées afin d'enrayer la propagation.

Lorsqu'il est informé d'une situation susceptible de constituer une menace pour la population et qu'il est nécessaire d'en informer des autorités sanitaires extérieures au Québec – ce que représente la menace du 2019-nCoV – la ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec procède par enquête épidémiologique. Cette mesure est édictée dans la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2, chapitre XI, section II, article 116, alinéa 3).

Dans ces circonstances, la ministre agit avec l'assistance du DNSP et les ordres ou directives donnés par ce dernier doivent être exécutés de la même manière que ceux du ministre.

L'enquête épidémiologique permet l'échange (recueil et transmission) de tous les renseignements pertinents concernant le 2019-nCoV, incluant des renseignements nominatifs entre l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et la Direction générale adjointe de la protection de la santé publique (DGAPSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux. Lorsque nécessaire, et conformément aux orientations ministérielles mises en place au Québec, ces renseignements peuvent aussi être échangés avec les autorités de santé publique de la région concernée.

... 2

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

C'est donc en vertu de cette enquête que la DGAPSP reçoit les informations concernant toutes les personnes sous investigation et transfère, le cas échéant, les informations à l'ASPC en lien avec les cas probables et confirmés correspondant à la définition de cas élaborée par cette dernière.

Cette enquête épidémiologique a débuté le 17 janvier 2020 et se terminera lorsque les données nécessaires aux suivis et l'analyse de cette situation auront été obtenues ou sous ordre du DNSP.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

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

Horacio Arruda, M.D., FRCPC

c. c. Aux directeurs de santé publique établissements publics du RSSS
M. Howard Njoo, ASPC

N/Réf. : 20-SP-00066

Émission :	28-01-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-006

Catégorie(s) :
- ✓ Vaccination
- ✓ Rougeole

Directive sur les orientations de la vaccination contre la rougeole 2020-2021

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale de la santé publique (DGSP)**
Destinataires :	Tous les établissements publics du RSSS - Présidents-directeurs généraux et présidentes-directrices générales (PDG) - Directeurs généraux - Directrices et directeurs de santé publique des établissements publics du RSSS - Directrices et directeurs des centres jeunesse des CISSS/CIUSSS

Directive	
Objet :	Modification des orientations ministérielles sur la vaccination contre la rougeole pour l'année scolaire 2020-2021 dans le contexte de la pandémie de COVID-19.
Principe :	Les activités de vaccination contre la rougeole sont considérées comme étant un service essentiel et ne devraient être délestées qu'en dernier recours.
Mesures à implanter :	✓ Mettre à jour le carnet de vaccination et les informations contenues dans le V09 pour l'année scolaire 2020-2021

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes :	
Direction ou service ressource :	Direction générale de santé publique SantéPubliqueQuebec@msss.gouv.qc.ca
Document annexé :	✓ Annexe 1 : Lettre sur les orientations de la vaccination contre la rougeole 2020-2021.

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
Le sous-ministre adjoint,
Horacio Arruda

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Émission :	28-01-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-006

Directive

Les activités de vaccination sont considérées comme étant un service essentiel et ne devraient être délestées qu'en dernier recours. Dans le cas où les activités de vaccination ne pourraient être maintenues, la mise à jour du carnet de vaccination et des informations contenues dans le V09 pour l'année scolaire 2020-2021 peuvent être suspendues jusqu'à nouvel ordre considérant que :

- La 2e vague de la pandémie de COVID-19 est étendue à l'ensemble du territoire québécois;
- La rougeole est considérée comme éliminée au Canada;
- La couverture vaccinale contre la rougeole au Québec atteint un seuil relativement élevé chez les jeunes, soit entre 92 et 94 %, bien qu'en deçà de l'objectif visé de 95 %;
- L'introduction de nouveaux cas de rougeole est généralement liée à des voyages, le virus ne circulant pas au Québec;
- Le nombre de voyageurs est plus restreint et la surveillance de symptômes, dont la fièvre, est accrue chez ces derniers.

L'intervention normalement prévue n'est donc plus exigée, mais devrait être maintenue si vous en avez la capacité. L'intervention comporte la mise à jour du carnet chez les groupes suivants :

- Les élèves entrant à la maternelle;
- Les élèves de la 4e année du primaire;
- Les élèves du 3e secondaire;
- Tout autre nouvel arrivant dans le bâtiment scolaire, soit les élèves de tout niveau scolaire de même que le personnel de l'école et les bénévoles qui seraient également visés par la politique de retrait en cas d'éclosion (nés depuis 1970).

Cette nouvelle directive modifiant les orientations ministérielles au regard du suivi de l'enquête épidémiologique sur la vaccination contre la rougeole au Québec ne s'applique que pour l'année scolaire 2020-2021 ET ne concerne pas la politique de retrait applicable advenant une éclosion de rougeole dans un de vos établissements scolaires qui, elle, doit être maintenue et appliquée. En outre, si des activités de vaccination sont réalisées, la saisie de ces actes doit être complétée au Registre de vaccination selon les délais prescrits.

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux
Québec

**Direction générale adjointe
de la protection de la santé publique**

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 15 juillet 2020

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CISSS/CIUSSS)

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS DES CENTRES JEUNESSE DES CISSS/CIUSSS

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux émet les orientations ministérielles suivantes au regard du suivi de l'enquête épidémiologique concernant la vaccination contre la rougeole au Québec qui se poursuit pour l'année scolaire 2020-2021.

Acte de vaccination contre la rougeole et fichier de vaccination V09

Depuis le 1er septembre 2019, les actes de vaccination contre la rougeole (historiques et nouvellement administrés) peuvent être uniquement saisis dans le registre de vaccination (Système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI) ou fonctions allégées). Les actes de vaccination, le statut de protection et les refus de vaccination contre la rougeole inscrits au registre de vaccination seront extraits et chargés automatiquement, de façon hebdomadaire, dans le V09.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES)

Les données provenant du fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la RAMQ seront extraites et obtenues en juillet 2020. Les données du FIPA seront mises à jour au V09 au courant de l'été 2020 et à l'hiver 2020. Pour l'année scolaire 2020-2021, les données provenant du MEES ne seront disponibles qu'au milieu du mois de novembre 2020. Par conséquent, la mise à jour des informations scolaires dans le V09 ne pourra pas être effectuée avant le début du mois de décembre 2020.

…2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 12e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-6770
Télécopieur : 418 266-6708
www.msss.gouv.qc.ca

Interventions et collecte de données attendues pour tous les bâtiments scolaires

Les groupes ciblés pour l'intervention sont les suivants :

- Les élèves entrant à la maternelle ;
- Les élèves de la 4e année du primaire ;
- Les élèves du 3e secondaire ;
- Tout autre nouvel arrivant dans le bâtiment scolaire, soit les élèves de tout niveau scolaire de même que le personnel de l'école et les bénévoles qui seraient également visés par la politique de retrait en cas d'éclosion (nés depuis 1970).

Les interventions requises pour chaque bâtiment scolaire sont :

- Sortir les listes d'intervention du V09 ;
- Recueillir les preuves de vaccination contre la rougeole manquantes et les saisir dans le registre de vaccination ;
- Offrir la vaccination aux individus considérés comme non protégés contre la rougeole ;
- Saisir l'information relative au statut de protection (sérologie ou attestation médicale, contre-indication) ou au refus à la vaccination dans le V09 si l'individu n'a jamais été vacciné et est donc absent du registre de vaccination.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration et nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le directeur général adjoint,

Yves Jalbert, M.D., M.SC, MBA

c. c. Mmes Nicole Damestoy, INSPQ
Patricia Hudson, INSPQ
Coordonnateurs en maladies infectieuses
PDG de CISSS et CIUSSS

N/Réf. : 20-SP-00496

Québec

22-210-17W