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

ANNEXE 3

DIRECTIVES COVID-19 DU MSSS • FÉVRIER 2021

Votre gouvernement

Québec

Émission :	05-01-2021	Mise à jour :	02-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle

DGSP-008.REV1

Catégorie(s) :
- ✓ Déclaration
- ✓ Dépistage
- ✓ COVID-19

Directive sur la déclaration obligatoire de tous les cas de COVID-19

Cette directive remplace la directive DGSP-008 émise le 5 janvier 2021

Expéditeur :	**Direction générale de la santé publique (DGSP)**	**Destinataires :**	- Aux directeurs des laboratoires privés - Secteur/Unité responsable de son application

Directive	
Objet :	Déclaration obligatoire de tous les cas de COVID-19 dans les meilleurs délais.
Principe :	Déclaration obligatoire de tous les cas de COVID-19 par l'ensemble des laboratoires au Québec privés ou publics
Mesures à implanter :	✓ Déclaration obligatoire de tous les cas de COVID-19 dans les meilleurs délais

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction générale adjointe de la protection de la santé** SantéPubliqueQuebec@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	N/A

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

Original signé par
Le sous-ministre adjoint,
Horacio Arruda

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Émission :	05-01-2021	Mise à jour :	02-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-008.REV1

Directive

La présente est pour vous rappeler qu'étant donné la pandémie de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), la déclaration de tous les cas de COVID-19 doit être considérée comme obligatoire par l'ensemble des laboratoires au Québec, qu'ils soient publics ou privés. Celle-ci doit être effectuée au directeur de santé publique de la région de résidence de la personne testée le plus rapidement possible, soit le jour même. Le lien pour accéder aux coordonnées des directeurs de santé publique et un outil web de recherche sur les territoires sociosanitaires officiels du Québec (disponible pour les laboratoires publics seulement) sont accessibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le respect de cette directive ministérielle est primordial, car elle permet à chacune des directions de santé publique du Québec d'avoir un portrait juste de la situation épidémiologique dans leur région et d'intervenir rapidement auprès des cas et de leurs contacts ce qui contribue à la lutte à la COVID-19.

Des directions de santé publique ont signalé au MSSS que certains laboratoires privés ne respectaient pas cette obligation ou accusaient des délais quant à la divulgation des cas de COVID-19 et nous souhaitons que cette situation soit corrigée le plus rapidement possible. La déclaration des cas est demandée en vertu de l'enquête épidémiologique nationale actuellement en cours, mesure dictée par la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2, chapitre XL, section II, article 116, alinéa 3).

De plus, il est également important de transmettre à notre mandataire, l'Infocentre de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), les fichiers Excel présentant les résultats des tests de SARS-CoV-2 (positifs et négatifs), pour midi chaque jour.

La transmission journalière des fichiers doit être effectuée en utilisant le système de «Partage Sécurisé de Document». Pour ce faire, il est nécessaire d'envoyer une demande d'accès pour l'utilisation du système de «Partage Sécurisé de Document» à l'adresse covid-19.laboratoires@inspq.qc.ca.

Par ailleurs, avant de procéder aux analyses de COVID-19, il est important de s'assurer de la présence des informations personnelles des patients associés aux échantillons fournis, notamment l'adresse et le numéro de téléphone. L'absence de ces informations engendre des délais d'enquête substantiels suivant la transmission des résultats. Les laboratoires offrant ce service d'analyse devront aviser les cliniques de la colligation obligatoire de ces informations préalablement à la production des analyses.

Émission :	02-12-2020	Mise à jour :	04-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-004.REV2

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

Plan provincial de priorisation des activités cliniques
Secteur première ligne médicale

Remplace la version du 2 décembre 2020

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) - Direction des services de proximité en santé physique (DSPSP)**	→	**Destinataires :**	Tous les établissements publics du RSSS : – Présidents-directeurs généraux (PDG); – Directeurs des services professionnels (DSP); – Directrices des soins infirmiers (DSI); – Chef de Département régional de médecine générale (DRMG).

Directive	
Objet :	Compte tenu de l'évolution actuelle de la situation épidémiologique, le Comité clinique de dépistage COVID-19 et 1re ligne a élaboré des orientations selon les niveaux d'alerte, permettant aux établissements, en collaboration avec les Départements régionaux de médecine générale de déterminer les activités cliniques de 1re ligne médicale devant être priorisées selon chaque niveau.
Mesures à implanter :	✓ Prendre connaissance de la mise à jour des critères de référence en clinique désignée d'évaluation (CDÉ) (voir formulaire en annexe, p.14)

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : N/A	
Direction ou service ressource :	Direction des services de proximité en santé physique
Document annexé :	Plan provincial de priorisation des activités cliniques – Secteur première ligne médicale

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Coronavirus COVID-19

PLAN PROVINCIAL DE PRIORISATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES

SECTEUR PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE

MISE À JOUR DU 4 FÉVRIER 2021

Auteurs principaux

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

Coordination

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

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

Avec la contribution du :

Comité clinique de dépistage COVID-19 et première ligne

Docteur Réal Barrette, coprésident du comité et médecin-conseil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Table des matières

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

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

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

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

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

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

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

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

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

STRUCTURE DU DOCUMENT

Le document est constitué de deux grandes sections.

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

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

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

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

ACTIVITÉS CLINIQUES				
Principes	• Contrainte globale d'utilisation optimale des ressources et de mobilité de la main-d'œuvre en vases communicants; • Pertinence des rendez-vous : - Disponibilité minimale requise d'infirmières pour assurer le triage téléphonique en tout temps; - Maintien et consolidation de l'utilisation d'un outil transactionnel autorisé de gestion des rendez-vous entre les partenaires du réseau; - Offre populationnelle renforcée et accès universel aux citoyens avec priorisation selon l'urgence des besoins; - Filtrage des patients à l'arrivée à la clinique; • Utilisation pertinente des téléconsultations en respect de la qualité de l'acte[1].; • La reprise des activités des autres secteurs de 1re ligne (ex. services courants, maladies chroniques, immunisation, santé mentale, etc.) est essentielle pour la complémentarité des activités en cliniques médicales de 1re ligne; • Renforcement des mesures de précaution universelle des infections; • **Jusqu'à nouvel ordre**, adaptation des obligations inhérentes à l'adhésion aux programmes groupe de médecine de famille (GMF), Groupe de médecine familiale – désignation réseau (GMF-R) et groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U); • Intégration des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) aux priorités cliniques de la 1re ligne, au même titre que les médecins de famille. • Selon l'organisation territoriale, le délestage doit se faire en cohérence avec le plan de priorisation des services médicaux en milieux de vie pour aînés (document à venir).			
Accès populationnel	• Accès à la 1re ligne selon les GMF/cliniques d'appartenance; • Réponse à la clientèle orpheline et réorientation par les centres d'appel COVID selon un principe de proximité géographique; • Couverture en vigie des CDÉ en transition vers un modèle qui pourrait s'intégrer aux cliniques de 1re ligne, selon les besoins et	• Couvert par les cliniques selon un principe de proximité géographique, incluant la réponse à la clientèle orpheline et la réorientation; • Collaboration au déploiement du projet Accès réseau pertinence en 1re ligne;	• Couvert par les cliniques selon un principe de proximité géographique, incluant la réponse à la clientèle orpheline et la réorientation; • En fonction des capacités organisationnelles et cliniques : collaboration au projet Accès réseau pertinence en 1re ligne;	• Couvert par les cliniques selon un principe de proximité géographique, incluant la réponse à la clientèle orpheline et la réorientation; • En fonction des capacités organisationnelles et cliniques : Collaboration au projet Accès réseau pertinence en 1re ligne;

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

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

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

Modalités à mettre en place

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

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

Orientation des patients

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

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

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

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

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

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

Volet Santé publique

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

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

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

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

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

POUR LES PATIENTS NON ORIENTÉS EN CDÉ :

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

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

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

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

RAPPEL :

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

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

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

Volet organisation des services (cliniques chaudes et froides)

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

Clientèle visée aux CDÉ

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

ÉVALUATION DES CRITÈRES DES CLINIQUES DÉSIGNÉES D'ÉVALUATION (CDÉ)	
INFORMATION PATIENT	
Nom, prénom :	**Date de naissance :**
Adresse complète :	
Adresse courriel :	**No. Téléphone :**
Nom, prénom du père :	
Nom, prénom de la mère :	
Numéro d'assurance-maladie / date exp :	
INFORMATION DU PROFESSIONNEL SOIGNANT	
Nom et numéro de pratique du professionnel référent :	
No de télécopieur (pour retour note CDÉ au md) :	**Téléphone ligne directe :**
Répond aux critères de référence en CDÉ :	
CRITÈRES DE RÉFÉRENCE EN CDÉ (Obligatoire)	
Référer en CDÉ tout patient, VACCINÉ ou non, répondant au moins à l'un des trois critères suivants (cocher toutes les cases appropriées) :	
☐ **1) CRITÈRE CLINIQUE A : le patient présente ≥ 1 SYMPTÔME(S) parmi les suivants** ☐ Fièvre (>38); ☐ Toux (récente ou chronique exacerbée); ☐ Difficultés respiratoires; ☐ Anosmie d'apparition soudaine sans congestion nasale, avec ou sans agueusie; ☐ Mal de gorge; ☐ Rhinorrhée ou congestion nasale de cause inconnue.	
☐ **2) CRITÈRE CLINIQUE B : le patient présente ≥ 2 SYMPTÔMES généraux parmi :** ☐ Douleur musculaire généralisée non reliée à un effort physique; ☐ Céphalée; ☐ Fatigue marquée; ☐ Perte d'appétit importante; ☐ Douleur abdominale; ☐ Vomissement ou nausée; ☐ Diarrhée (nouvelle ou exacerbée).	
☐ **3) CRITÈRES D'EXPOSITION** ☐ Contact domiciliaire symptomatique : voir les critères cliniques A et B ☐ Patient ayant reçu un diagnostic de **COVID-19** dans les **10 DERNIERS JOURS** (**28 jours** si patient immunosupprimé, **21 jours** si patient ayant séjourné aux soins intensifs); ☐ Contact d'un cas de COVID-19 prouvé dans les **14 derniers jours**; ☐ Séjour de **≥ 48 h** à l'urgence ou l'hôpital dans les **14 derniers jours**; ☐ Séjour de **≥ 48 h** dans une zone considérée à risque (extérieur du Canada ou région en palier orange ou rouge, lorsque la consultation a lieu dans une région verte ou jaune); ☐ Patient contacté par la Santé publique ou visé par une annonce populationnelle de la Santé publique.	
PRÉALABLES OBLIGATOIRES À LA CONSULTATION – toute consultation ne répondant pas à ces critères sera retournée au référent. ☐ Absence de critère de référence à l'urgence; ☐ N'est pas référé seulement pour un dépistage COVID19- (si oui, référez la clientèle ciblée en CDD).	

Clientèle exclue des CDÉ (à orienter vers les urgences)

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

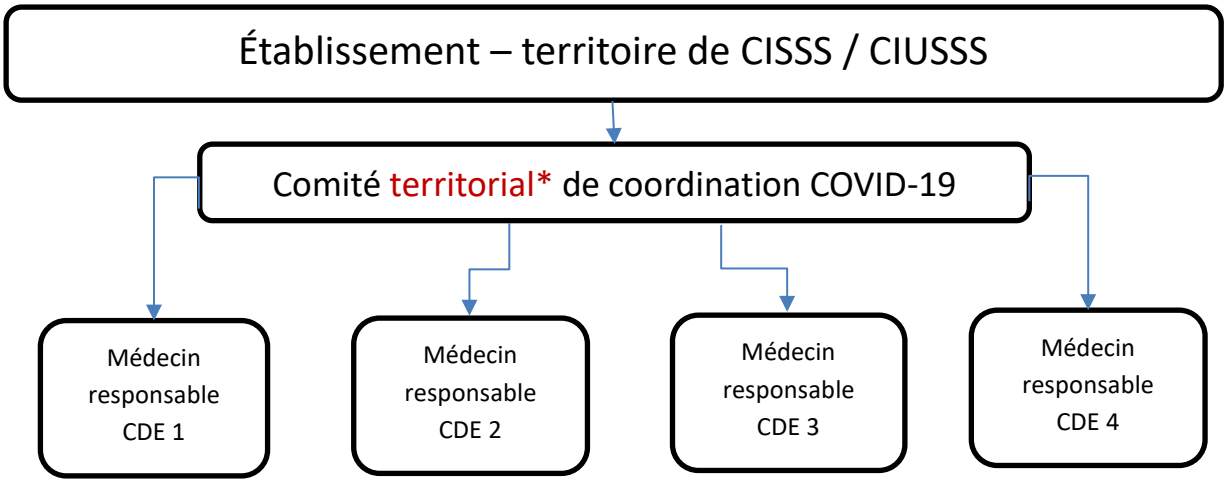
Vigilance accrue pour des patients vus en CDÉ qui présenteraient les signes de gravité et risques de dégradation suivants :

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

Offre de service complémentaire :

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

GOUVERNANCE liée aux CDÉ



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

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

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

RESPONSABILITÉS

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

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

Émission :	04-02-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-015

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

Directive visant la priorisation d'allocation des doses de vaccins – Communautés des Premières Nations et Inuit et les villes/villages éloignée et isolés

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale de la santé publique (DGSP)**

Destinataires :
- PDG et DG des établissements
- Directrices et directeurs de santé publique des établissements
- Coordonnateurs de la planification de la vaccination des Premières Nations et Inuits et les responsables des dossiers autochtones à l'intérieur des établissements
- Acteurs de sécurité civile

Directive	
Objet :	Établir un cadre harmonisé permettant d'établir un ordre de priorité dans l'allocation des doses de vaccin, dont les quantités sont limitées, destinées aux communautés isolées, éloignées ou autochtones (conventionnées ou non) et aux autochtones vivant en milieu urbain.
Principe :	Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, la vaccination des populations à risque de complications ou celles habitant des endroits plus difficilement desservis prend toute son importance. À ce titre, il est essentiel de bien établir les priorités au regard des populations à desservir.
Mesures à implanter :	Informer et guider les instances ayant à décider ou à être consultées dans la priorisation de l'octroi des doses de vaccin, tant au niveau provincial que régional.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction générale de santé publique** Protection@msss.gouv.qc.ca
Document annexé :	✓ Annexe 1 : Modèle de Plan d'action régional pour la vaccination contre la COVID-19 pour les communautés éloignées et/autochtones.

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-015

Directive

Éléments en soutien à la prise de décision

- Les données sur la vaccination des groupes prioritaires 1 à 6 (Opération de la vaccination contre la COVID-19 - Vaccination des groupes prioritaires 1 à 6 (quebec.ca)).
- Travaux et publications du Comité consultatif national de l'immunisation (https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-ccni.html).
- Avis préliminaire sur les groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec émis par l'Institut national de santé publique du Québec (https://www.inspq.qc.ca/publications/3085-groupes-prioritaires-vaccination-covid).
- Modèle de Plan d'action régional pour la vaccination contre la COVID-19 pour les communautés éloignées et/ou autochtones (voir le document en annexe).

Livrables attendus

- Plan d'action régional pour la vaccination contre la COVID-19 pour les communautés éloignées et/ou autochtones
  - Incluant une ligne du temps/plan opérationnel de l'opération de vaccination (à être préparé par les directions de santé publique régionales [DSPublique], en collaboration avec chaque communauté)

Principes généraux guidant les choix, dans l'ordre :

1. Niveau d'isolement de la communauté
   - Offre locale de services de santé limitée
   - Fragilité du système de santé local (rapidement débordé/rupture de service potentielle)
   - Transfert par avion/hélicoptère (notamment) des patients vers les centres mieux desservis
2. Facteurs de vulnérabilité
   - Problèmes de santé (obésité, tabagisme, diabète, etc.)
   - Vulnérabilité socioéconomique, violence, suicides, etc.
   - Préoccupation élevée quant aux impacts psychosociaux liés à la pandémie (notamment consommation accrue de drogues ou d'alcool)
   - Possibilité de transmission importante en raison de la socialisation/proximité élevée (surpeuplement des logements, maisonnées multigénérationnelles)
   - Enjeux de sécurité culturelle et de réconciliation pour les Peuples autochtones (iniquités historiques, etc.)
3. Capacité de mobilisation et organisation de la communauté pour la vaccination
   - Soutien des autorités et des leaders de la communauté
   - Niveau d'acceptabilité dans la population (proportion de la population hésitante à se faire vacciner et pour qui des activités de promotion sont nécessaires)
   - Niveau de préparation
     - Disponibilité d'un plan d'action pour la campagne de vaccination
     - Mise en œuvre des activités de promotion de la vaccination
     - Sécurisation culturelle de l'offre de services de vaccination dans les communautés autochtones

Niveaux de priorisation orientant les décisions :

Le gouvernement du Québec s'est engagé à rendre accessibles les vaccins à toutes les communautés éloignées et autochtones, conventionnées ou non, avant le 31 mars 2021 (Q1), et ce, sous réserve de la disponibilité des vaccins fournis par le gouvernement fédéral. Par ailleurs, les autochtones vivant hors communauté (en milieu urbain) seront vaccinés en même temps que le reste de la population. Cependant, des services sécurisés culturellement leur seront offerts partout où ce sera possible.

Cinq niveaux de priorité ont été identifiés :

1. Transmission active dans la communauté
2. Communautés isolées/éloignées où il existe un risque de transmission immédiat, car contacts directs avec des zones où il y a de la transmission
    - Les Terres-Cries-de-la-Baie-James, le Nord-du-Québec, le nord du Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Côte-Nord sont des exemples de régions où il y a risque de contact avec d'autres régions/communautés pouvant favoriser la transmission
3. Communautés isolées/éloignées où la transmission est relativement contrôlée actuellement, mais avec des efforts et des risques significatifs (exemple : Nunavik)
    - Mécanismes de contrôle en place
        - Protocoles, tests de dépistage avant de prendre l'avion pour s'y rendre
        - Mécanismes de quarantaine à l'arrivée
4. Communautés autochtones en milieu périurbain
    - Très près des centres urbains et de leurs services
    - Généralement, meilleure accessibilité à des services de santé
    - Inclusion de certaines communautés autochtones non reconnues officiellement (ex. : communauté de Washaw Sibi juxtaposée à celle de Pikogan en Abitibi)
5. Autochtones habitant en milieu urbain (hors communautés)

<u>Éléments à considérer dans l'offre de services de vaccination régionale (particulièrement pour les communautés éloignées ou isolées)</u>

Mise en place de corridors de services et de points de services afin d'offrir la vaccination aux personnes se trouvant notamment dans une ou l'autre des situations suivantes :

- Travailleurs permanents ou réguliers en contact avec les membres de la communauté ou résidents des groupes prioritaires 1 à 6, en fonction des priorités du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) :
    - Exemples : policiers, professeurs, premiers répondants, travailleurs de la santé, avec critère de présence de 4 mois sur 12 dans la communauté).
    - Ceux se trouvant déjà dans la communauté : les vacciner avec la communauté.
    - Ceux à l'extérieur de la communauté : procéder à leur vaccination, soit dans la région ou avant leur départ vers la communauté, par le biais de points de services à identifier ou encore, dès leur arrivée dans la communauté. Cela implique que les grands centres de santé devraient conserver des doses en réserve pour ce genre de situations, sous réserve d'ententes de services (avec les DSPublique et/ou les centres intégrés ou les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux concernés).
    - Des doses de vaccins seront allouées centralement à cette fin aux régions concernées pour rendre accessible la vaccination.
- Travailleurs qui offrent une prestation de travail cyclique (travailleurs des mines, de la construction, d'*Hydro Québec*, etc.) : vaccination offerte par leurs centres de santé (ex. : à La Romaine, à Radisson, à la mine *Raglan*), mais vaccins fournis par les DSPublique.
    - Pour *Hydro-Québec*, le contact devrait être fait centralement avec le Bureau de santé de la maison-mère à Montréal en lien avec les autorités locales et la DSPublique.
- Membres des communautés recevant des traitements à l'extérieur de leur région de résidence (ex. : hémodialyse) : les vacciner avant leur retour en communauté.
    - Des ententes seraient à conclure avec un certain nombre d'établissements afin de réserver les doses et les administrer avant leur retour dans la communauté, etc.
    - Si des membres des communautés sont résidents en permanences à l'extérieur de leur communauté, dans un centre urbain par exemple, ils seront vaccinés en fonction des niveaux de priorité proposés par le CIQ, soit dans le réseau de la santé et des services sociaux ou via des points de services établis spécifiquement pour cette clientèle en collaboration avec les Centres d'amitiés autochtones dans une perspective de sécurisation culturelle.

- Étudiants en stage dans la région, les considérer comme des travailleurs
    - Les étudiants d'un centre de formation professionnelle ou d'un centre d'étude collégiale inscrits à un programme d'une durée de plus de 4 mois, par exemple, seront vaccinés en région ou avant d'y arriver.

Annexe 1: Modèle de Plan d'action régional pour la vaccination contre la COVID-19 pour les communautés éloignées et/ou autochtones

Centre de santé:

Population totale :

Population 18 ans et + :

Estimation du nombre de personnes à vacciner : **0**

À réaliser par la communauté avant de présenter le plan au CISSS / CIUSSS

Étapes	Objectifs	Activités réalisées	Données	Notes/précisions
1	Identifier la population cible par groupes prioritaires	Inscire le nombre de personnes de la communauté ayant manifesté un intérêt face à la vaccination dans chaque groupe prioritaire:		
		Nombre de personnes à vacciner dans une RPA ou RI-RTF (foyer) ayant manifesté un intérêt face à la vaccination:		
		Nombre de travailleurs de la santé offrant des soins directs à la population ayant manifesté un intérêt face à la vaccination:		
		En excluant la population ci-dessus, inscire le nombre de personnes de la communauté ayant manifesté un intérêt face à la vaccination dans chaque groupe prioritaire:		
		55 ans et plus:		
		18 à 54 ans avec facteur de risque:		Facteur de risque: présence de maladies chroniques, obésité
		18 à 54 ans: sans facteur de risque		
		Autres personnes à vacciner de 18 ans et plus (ex: allochtone vivant sur communauté, personne d'une autre nation vivant sur communauté,travailleurs de l'extérieur de la communauté, etc.) :		**Veuillez préciser svp:**
2	Suivre l'évolution de la transmission communautaire	Nombre de personnes ayant reçu un test positif à la COVID-19 dans la communauté et en isolement ?		**N.B.** La vigie sanitaire, effectuée par les DSPu, permettent d'estimer précisément les doses requises sur la base de ces informations dont disposent les CISSS et les CIUSSS.
		Y a-t-il des foyers d'éclosion? Si oui, quels sont-ils?		
3	Répondre aux besoins en ressources humaines pour la vaccination	Nombre de ressources humaines disponibles pour la vaccination contre la COVID-19 (infirmiers, médecins):		
		Nombre de ressources humaines disponibles en appui aux infirmiers et aux médecins pour la vaccination contre la COVID-19 (ex: physiothérapeute, ergothérapeute, dentiste, hygiéniste dentaire):		
		Nombre de ressources humaines formées pour la vaccination contre la COVID-19:		
		Nombre de vaccinateurs provenant du CISSS/CIUSSS nécessaire en appui aux ressources humaines locales pour la vaccination contre la COVID-19:		
		Nombre d'interprètes disponibles si des vaccinateurs externes sont nécessaires (langues autochtones, s'il y a lieu):		
		Nombre d'interprètes disponibles si des vaccinateurs externes sont nécessaires (anglais, s'il y a lieu):		
4	Maintenir la chaîne thermique pour assurer la conservation des vaccins	Possédez-vous un réfrigérateur branché sur une génératrice?		
		Possédez-vous un thermomètre à enregistrement graphique et un thermomètre minimal-maximal?		
		Possédez-vous une alarme thermique permettant d'aviser sans délai une personne responsable (au besoin)?		
5	Assurer la sécurité des vaccins et du site de vaccination	Les portes des réfrigérateurs peuvent-êlles être verrouillées?		
		Les portes des locaux d'entreposages peuvent-elle être verrouillées?		
		L'accès aux locaux et au matériel de vaccination sera-t-il limité au personnel responsable de la vaccination?		
		Du personnel de sécurité pour sécuriser l'aire de vaccination et le périmètre externe du centre de vaccination a-t-il été prévu?		
6	Gérer le processus d'approvisionnement du matériel de vaccination	Qui est la personne responsable de la gestion des vaccins pour le centre de santé/poste de soins?		
		L'évaluation du besoin d'équipement de protection individuelle (masque de procédure, protection oculaire, blouse et gants) a-t-elle effectuée?		
		Une demande d'approvisonnement d'équipement de protection individuelle (masque de procédure, protection oculaire, blouse et gants) a-t-elle été effectuée auprès de SAC?		
		Une demande d'approvisionnement pour le matériel de vaccination (aiguilles, seringues) a-t-elle été effectuée auprès de Services aux Autochtones Canada ?		
7	Organiser adéquatement le site de vaccination	Un local adapté permettant la vaccination et respectant la distanciation physique a-t-il été identifé?		**N.B.** Il peut être nécessaire d'apporter des modifications à l'installation, à l'équipement, aux systèmes de ventilation, etc. pour réduire le risque d'exposition à la COVID-19 et à d'autres infections.
		Un mécanisme est-il prévu pour détecter les symptômes de la COVID-19 et faire respecter les mesures socio-sanitaires au site de vaccination?		
		La séquence entourant la vaccination a-t-elle été prévue (inscription, salle d'attente avant et après la vaccination, etc.) ?		**N.B.** il peut être facilitant que la ressource administrative faisant l'inscription des gens lors de leur arrivée sur le site provienne de la communauté et connaisse la population
		L'accompagnement des personnes avec des besoins spéciaux (personnes à mobilité réduite, personnes âgées, etc) a-t-il été prévu?		
8	Rendre disponible les équipements techniques nécessaires pour la prise de rendez-vous et la vaccination	Une ligne téléphonique et un système de confirmation de rendez-vous, ont-ils été mis en place?		
		Un système d'inscription des membres de la communauté qui désirent se faire vacciner (lien web, fichier excel…) a-t-il été mis en place?		
		L'équipe de vaccination a-t-elle un ordinateur à sa disposition et des équipements favorisant la saisie et le transfert des informations sur place?		
9	Assurer la sécurité et l'intégrité des personnes	Les équipes de vaccination ont-elles été informées du plan des mesures d'urgence et de sécurité (ex: évacuation, prise en charge et gestion des réactions allergiques, anaphylactiques ou autres réactions)?		
10	Sensibiliser les responsables de la communauté sur la campagne de vaccination contre la COVID-19	La campagne de la vaccination contre la COVID-19 a-t-elle été présentée aux responsables et dirigeants de la communauté?		
		Un plan de communication pour la population a-t-il été élaboré?		

11	Sensibiliser les membres de la communauté sur la vaccination contre la COVID-19	Des messages radiodiffusés du chef de la communauté et d'autres leaders ont-ils été diffusés?		
		Une capsule vidéo ou photo montrant le chef (ou d'autres leaders) se faire vacciner ou se montrant favorable à la vaccination a-t-elle été réalisée?		
		Une ligne téléphonique pour répondre aux préoccupations de la population a-t-elle été mise en place?		
		Les messages clés sur la vaccination dans divers médias : journal, radio locale, Facebook de la communauté, TV, etc. ont-ils été diffusés?		
		Des documents promouvant la campagne de vaccination ont-ils été affichés dans les lieux publics de la communauté?		
		Un feuillet d'information sur la vaccination a-t-il été distribué aux membres de la communauté?		
12	Planifier l'arrivée des vaccinateurs externes (s'il y a lieu)	Le lieu d'hébergement et les repas pour les vaccinateurs externes ont-ils été planifiés?		

Collaboration entre la communauté et le CISSS/CIUSSS

Étapes	Objectifs	Activités à réaliser	Responsable	Collaborateurs
1	Définir les modalités de la campagne de vaccination contre la COVID-19 dans la communauté	Assurer un suivi de l'état de préparation de la communauté relativement à la campagne de vaccination	CISSS/CIUSSS	Service de santé
2	Identifier la population cible par groupes prioritaires	Identifier le scénario de vaccination selon le nombre de personnes à vacciner, la disponibilité des vaccins et les ressources humaines nécessaires	CISSS/CIUSSS	Service de santé
		Estimer le nombre de jours nécessaire à la vaccination	CISSS/CIUSSS	Service de santé
3	Rendre disponible les équipements nécessaires pour la planification des RDV et la vaccination	S'assurer que chaque vaccinateur ait reçu la formation et qu'il ait accès au SI-PMI	CISSS/CIUSSS	Service de santé
4	Mettre en place les mécanismes permettant une offre de soins culturellement sécuritaire	Sensibiliser les intervenants allochtones aux réalités culturelles autochtones par le biais d'une formation	CISSS/CIUSSS	Service de santé

Responsabilités du CISSS/CIUSSS

Étapes	Objectifs	Activités à réaliser	Responsable	
1	Gérer le processus d"approvisionnement en vaccins	Identifier le coordonateur de la planification de l'établissement	CISSS/CIUSSS	
		Commander les vaccins selon les besoins au DDR	CISSS/CIUSSS	
		Assurer la livraison des vaccins selon les exigences du fabricant	CISSS/CIUSSS-Département de pharmacie, DSTHL, DSPu	
2	Rendre disponible en quantité suffisante le matériel de vaccination, les EPI et autres consommables pour la vaccination dans les RLS du CISSS	Assurer l'approvisionnement du matériel d'injection requis (ex. : seringues, aiguilles, diluant, trousse d'urgence en cas d'anaphylaxie)	CISSS/CIUSSS/DSTHL	**NB :** Confirmer, avec la communauté, qu'elle dispose du matériel de vaccination et des EPI livrés par Services aux Autochtones Canada; certains équipements (ex. gants) peuvent varier selon le type vaccin utilisé
		S'assurer que l'approvisionnement en équipement de protection individuelle : masque de procédure, protection oculaire, blouse et gants a été fait en quantité suffisante	CISSS/CIUSSS	
3	Rendre disponible les équipements nécessaires pour la planification des RDV et la vaccination	Assurer la formation du SI-PMI pour les vaccinateurs et pour le personnel de soutien administratif pour l'entrée des données de vaccination dans le registre	CISSS/CIUSSS	
4	Répondre aux besoins en ressources humaines pour la vaccination	Organiser des rencontres d'échange et de planification avec les équipes de vaccination de la communauté	CISSS/CIUSSS/DSPu	
		Rendre disponible la documentation et les outils relatifs à la vaccination en langue anglaise, si requis, selon la langue d'usage des ressources de la communauté	CISSS/CIUSSS/DSPu	

Émission :	04-02-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DCOM-001

Catégorie(s) : Centres hospitaliers
Milieux de vie
Centres de vaccination

Directive sur la présence des médias dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction des communications (DCOM)** **En collaboration avec la Direction générale de la santé publique (DGSP)**	>	**Destinataire :**	- Présidents directeurs généraux des CISSS/CIUSSS - PDG des établissements non fusionnés - Directeurs régionaux de santé publique - DRHCAJ - Service des communications

Directive	
Objet :	Dans le contexte exceptionnel de la COVID-19, plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux (CISSS/CIUSSS et établissements non fusionnés) sont fréquemment sollicités par les médias pour des demandes de reportages et d'entrevues dans leurs installations. Notons également que l'opération de vaccination, qui est une étape déterminante de la lutte contre la COVID-19, suscite un grand intérêt. Les CHSLD privés conventionnés, les CHSLD privés non conventionnés, les résidences privées pour aînés, les ressources intermédiaires et de type familial et les autres établissements privés ne sont pas visés par la présente directive. Toutefois, les gestionnaires ou les responsables de ces milieux sont invités à contacter le CISSS/CIUSSS de leur territoire, les responsables de la PCI ainsi que la direction régionale de santé publique pour les accompagner afin d'encadrer la présence des représentants des médias pour s'assurer du respect des mesures de prévention et de contrôle des infections ou de toutes autres mesures jugées nécessaires.
Mesures à implanter :	✓ Dans l'analyse de toute demande d'entrevue, de témoignage, de reportage ou de prise d'images de la part d'un représentant des médias au sein des installations publiques, les établissements doivent considérer plusieurs éléments afin de limiter la propagation de la COVID-19, que ce soit au sein même de l'installation ou dans la communauté. ✓ Après analyse, si un établissement public souhaite aller de l'avant avec un projet impliquant la présence des médias dans ses installations, cela doit être convenu avec la direction régionale de santé publique concernée ou les responsables PCI qui pourront présenter, le cas échéant, des recommandations additionnelles de mesures de prévention et de contrôle des infections à mettre en place pour tenir compte du contexte particulier de l'installation visitée par les représentants des médias.

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources	
Notes importantes : non applicable	
Direction ou service-ressource :	**Direction générale de la santé publique (DGSP)** **Direction des communications (DCOM)**
Documents annexés :	- Annexe 1 : Guide de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) sur les productions audiovisuelles.

Émission :	04-02-2021	Mise à jour :	

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

Original signé par
La directrice,
Johanne Pelletier

Le sous-ministre adjoint,
Horacio Arruda

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Émission :	04-02-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DCOM-001

Directive

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 les milieux de soins et les milieux de vie où sont admises ou hébergées des personnes vulnérables.

Considérant l'intérêt des représentants des médias pour effectuer des prises d'images au sein des installations du réseau de la santé, les établissements sont invités à s'assurer de la conformité des éléments ci-dessous lors de toute demande de reportage, d'entrevue ou de prise d'images d'un média, dont le respect des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) habituelles.

Dans l'analyse de toute demande de prise d'images d'un représentant des médias, il est de la responsabilité de l'établissement de s'assurer, dans un premier temps, du respect des différentes directives et consignes ministérielles en vigueur concernant les visites en centres hospitaliers ou en milieux de vie du réseau de la santé et des services sociaux.

Si une décision favorable est prise, il est nécessaire d'accompagner les représentants des médias qui accèdent à l'installation. À noter que seules les autorités de l'établissement peuvent permettre l'accès aux installations.

L'établissement se doit de valider l'absence de critères d'exclusion liés à la COVID-19 des représentants des médias. Les critères d'exclusion visent les personnes :

- infectées par la COVID-19 ayant reçu un résultat positif ou confirmé par lien épidémiologique et qui ne sont pas considérées comme rétablies;
- chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles;
- symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19;
- ayant eu un contact étroit avec un cas confirmé dans les 14 derniers jours et ayant reçu la consigne de s'isoler par la Santé publique;
- 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'établissement a la responsabilité d'assurer la conformité des aspects suivants :

- Les mesures de PCI devront être appliquées en tout temps, et ce, selon les directives en vigueur :
  - distanciation physique de deux mètres;
  - hygiène des mains;
  - disponibilité des ÉPI nécessaires;
  - port du masque médical en tout temps;
- Limiter au minimum le nombre de représentants des médias accédant à la fois à l'installation (ex. : au maximum un journaliste et un technicien);
- Les représentants des médias devront avoir suivi une formation sur le port et le retrait d'équipement de protection individuelle (ÉPI), sur l'hygiène des mains et sur les fondements de la transmission du SRAS-Cov-2 (réf : formations disponibles sur l'ENA Partenaires). Les mesures de PCI devront être appliquées de façon rigoureuse.
- Limiter au maximum l'accès aux zones chaudes. Lorsqu'il est absolument nécessaire d'y entrer, des mesures additionnelles de protection, de nettoyage et de désinfection des équipements d'enregistrement doivent être prévues.
- Lors de l'accès à une zone chaude, il est recommandé d'assurer la présence d'un Champion PCI ou d'une personne formée en PCI pour soutenir les représentants des médias dans le respect des mesures.
- Les représentants des médias devront s'inscrire au registre de gestion des entrées et sorties de l'installation, le cas échéant, afin d'être rapidement contactés par une autorité de santé publique en cas d'éclosion. L'accès sera interdit à toute personne qui refuse de fournir ses coordonnées.

- Ils devront également se conformer en tout temps aux normes édictées dans le Guide de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) sur les productions audiovisuelles (annexe 1).
- La durée de la visite doit être aussi courte que possible pour limiter les risques de contagion.
- Les représentants des médias doivent être accompagnés, en tout temps, par un employé désigné par l'établissement.
- La confidentialité doit être respectée en tout temps. Il est essentiel que l'établissement s'assure également du respect de la vie privée, de la dignité et du fonctionnement de l'institution.
- Si la présence des médias implique de faire une entrevue, recueillir un témoignage ou prendre des images d'un usager ou d'un résident, celui-ci doit donner son consentement ou encore obtenir celui de son représentant légal.

En aucun cas la présence de médias ne doit nuire à la prestation des soins et des services.

Afin de limiter les visites non essentielles au sein des installations, les établissements sont également encouragés :

- à développer leur propre banque d'images;
- à privilégier une formule de caméra *pool* ou à explorer les autres possibilités pour répondre aux besoins d'images des médias (ex. : entrevue à l'extérieur du bâtiment, entrevue virtuelle avec une ressource au sein de l'installation, prises d'images par une ressource à l'interne, etc.).

Vaccination

Les établissements du réseau reçoivent également de nombreuses demandes de reportages sur la mécanique entourant l'opération de vaccination contre la COVID-19, qui se déroule actuellement au Québec. De tels reportages comportent de nombreux avantages, notamment celui d'informer la population.

Étant donné que des clientèles hors milieux de vie seront prochainement vaccinées, des reportages positifs, démontrant l'importante opération logistique déployée ainsi que tous les efforts mis en place pour assurer un environnement sécuritaire, pourraient encourager les personnes réfractaires à se faire vacciner.

De plus, ce type de reportages met en évidence le travail exceptionnel et la mobilisation du personnel du réseau, tout en démontrant que toutes les mesures nécessaires sont prises pour vacciner le plus de gens possible (priorisation des clientèles, protocoles pour éviter le gaspillage de doses, etc.).

Ainsi, les établissements peuvent accepter les demandes de reportage provenant des représentants des médias qui souhaitent présenter à la population l'opération logistique entourant la vaccination contre la COVID-19. Toutefois, certaines conditions devront être respectées pour que ces reportages soient conformes au décret en vigueur et aux mesures sanitaires recommandées par la Santé publique :

- Les mesures PCI doivent être rigoureusement appliquées;
- Les lieux de vaccination externes aux installations du réseau (ex. : salle louée dans un centre communautaire ou centre des congrès) doivent être privilégiés;
- Aucun usager ne doit être sur place et le nombre de membres du personnel présent doit être restreint au minimum nécessaire (vaccinateurs, relationniste, etc.);
- Le nombre de reportages dans les lieux de vaccination doit être limité afin d'éviter une circulation non nécessaire de visiteurs.

Notons qu'en raison de la nature confidentielle du processus de livraison des vaccins, aucune information (trajectoire, compagnie de livraison, etc.) sur la livraison des vaccins ne devrait être rendue publique.

Projets d'infrastructures

En conformité avec l'orientation gouvernementale, souhaitant que toute annonce publique hors COVID-19 soit réalisée à distance et de manière virtuelle, les annonces publiques pour les projets d'infrastructures par communiqué de presse doivent être privilégiées. Pour répondre au besoin des journalistes de recueillir des images sur le terrain, nous sommes favorables à la présence d'un journaliste ou d'un caméraman *pool* sur les lieux de construction, pourvu que le bâtiment en question n'accueille aucun patient ou professionnel de la santé.

L'établissement, sous réserve d'approbation du cabinet concerné, pourrait donc réaliser des visites guidées, en respectant toutes les consignes sanitaires de la Santé publique. Cela vaut pour les pelletées de terre, les étapes subséquentes de construction et les inaugurations. Dans le contexte d'une unité ajoutée à une installation existante (par exemple, un complexe modulaire annexé à un hôpital), nous comptons sur la vigilance et le bon jugement des équipes pour limiter le plus possible les déplacements à l'intérieur des installations. En tout temps, la décision de faire une annonce publique d'infrastructures demeure à l'entière discrétion du ministre concerné.

Guide de normes sanitaires en milieu de travail pour la production audiovisuelle – COVID-19

La SST, c'est l'affaire de tous !

Ce guide vise à soutenir le secteur de la production audiovisuelle pour la prise en charge de la santé et la sécurité du travail (SST) dans leur milieu de travail. Il vise à garantir que les activités puissent reprendre ou continuer dans les conditions les plus sûres et les plus saines possibles dans le contexte de la COVID-19.

En période de crise, il est important qu'ensemble, travailleuses, travailleurs, employeurs et autres acteurs du milieu collaborent afin d'avoir des milieux de travail sains et sécuritaires pour tous ! Le dialogue et la coopération sont essentiels pour y arriver.

Prise en charge de la santé et de la sécurité du travail

La prise en charge, c'est mettre en place les mesures nécessaires pour respecter ses obligations légales, c'est-à-dire identifier, corriger et contrôler les risques, et favoriser la participation des travailleuses et travailleurs à cette démarche de prévention.

La bonne collaboration entre l'employeur et le personnel est capitale pour favoriser une prise en charge de la SST.

L'employeur doit **procéder à une identification des risques de transmission de la COVID-19 dans son milieu de travail**. À défaut de pouvoir éliminer les risques de contamination, il doit viser à les diminuer et à les contrôler. Il doit identifier les tâches durant lesquelles les travailleuses et les travailleurs peuvent être exposés au virus. Les fournisseurs, les sous-traitants et les partenaires ont été informés des mesures de prévention mises en œuvre dans l'entreprise en respectant les lignes directrices émises par la Santé publique pour contrôler les risques associés à la COVID-19 et les sensibiliser à l'importance de les respecter.

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

cnesst.gouv.qc.ca/coronavirus

CNESST

Les mesures de prévention qui peuvent être appliquées reposent sur les principes de l'exclusion des personnes symptomatiques des lieux de travail, de distanciation physique, de l'hygiène des mains, de l'étiquette respiratoire ainsi que du maintien de mesures d'hygiène avec les outils, les équipements et les surfaces fréquemment touchés.

Le contexte de la COVID-19 peut être un facteur de stress important, autant pour l'employeur que pour les travailleurs, les fournisseurs, les sous-traitants et les partenaires, par le chamboulement qu'elle provoque dans les différentes sphères de la société. Une attention particulière doit donc être portée à la santé psychologique du personnel.

Exclusion des personnes symptomatiques des lieux de travail

Les personnes présentant des symptômes font partie de la chaîne de transmission de la COVID-19 dans les lieux de travail. Des procédures tenant compte des éléments suivants peuvent éviter la transmission de la maladie :

- Identification des travailleuses, des travailleurs et des artistes avec des symptômes de la COVID-19 avant l'entrée sur les lieux de travail, par exemple par :
  - un questionnaire,
  - une autoévaluation par les travailleuses, les travailleurs et les artistes ;

  Les réponses à ces questions sont des renseignements de nature confidentielle et l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour s'assurer de la protection de la confidentialité de ces renseignements ;
- Des affiches sont installées, rappelant l'importance de l'hygiène des mains, de l'étiquette respiratoire et de la distanciation physique aux endroits névralgiques et propices à la contamination (ex. : entrée, locaux, lieux de tournage, toilettes, vestiaires, portes extérieures) ;
- Les fournisseurs, les sous-traitants, les partenaires, les travailleurs et les artistes ont été informés des mesures de prévention mises en œuvre dans l'entreprise pour diminuer et contrôler les risques associés à la COVID-19 et les sensibiliser à l'importance de les respecter ;
- Toute personne présentant des symptômes de la COVID-19 est informée de son obligation de cesser sa participation à des activités de production audiovisuelle jusqu'à ce qu'elle soit en mesure de les reprendre dans le respect des normes sanitaires établies ;
- Les producteurs, les travailleurs ou les artistes qui reçoivent un résultat positif à la COVID-19 après avoir fréquenté un ou des lieux de production audiovisuelle doivent en aviser les responsables selon les consignes reçues de la Direction générale de la santé publique ;
- Toute personne qui commence à ressentir des symptômes sur les lieux de travail doit être isolée dans un local ou un autre lieu à l'écart des autres et porter un masque de procédure. La personne symptomatique et toutes les personnes ayant été en contact étroit avec cette dernière doivent appeler au 1 877 644-4545 pour obtenir des consignes de la Direction générale de la santé publique ;

- Les résultats de l'enquête de la santé publique permettront de déterminer si les personnes qui ont été en contact avec la personne symptomatique peuvent revenir au travail ou doivent s'isoler ;
- Une fois que la personne présentant des symptômes est partie, interdire l'accès à ces lieux en attendant de désinfecter la salle, les surfaces et les objets touchés par la personne, s'il y a lieu.

Distanciation physique

- Dans la mesure du possible, une distance minimale de 2 mètres entre les personnes doit être gardée au travail, de l'arrivée à la sortie ;
- Cette distance doit également être maintenue pendant les pauses et l'heure du dîner ;
- L'organisation du travail et des activités a été revue pour respecter, dans la mesure du possible, la distanciation physique minimale de 2 mètres entre les producteurs, les travailleurs et les artistes ;
- La circulation et les interactions de proximité entre les producteurs, les travailleurs et les artistes sont limitées ;
- Le partage d'objets est à éviter. Si ce n'est pas possible, mettre en place des mesures d'hygiène strictes ;
- Si possible, les équipes les plus petites et les plus stables possibles sont privilégiées dans chaque lieu de tournage pour favoriser la distanciation physique et la réduction des contacts, particulièrement dans les différents lieux fermés à espace restreint où plusieurs personnes peuvent être regroupées ;
- Éviter de tenir des réunions nécessitant un regroupement physique ;
- Les poignées de main et les accolades doivent être évitées ;
- Pour les aires de repas, éviter les tables de service ou les plateaux de partage (de type buffet). Lorsque le producteur doit fournir le repas, veiller à ce qu'un service individuel (portion individuelle remise dans un plat individuel) soit offert (y compris pour les boissons) et, dans la mesure du possible, favoriser les services de type « boîtes à lunch ».

Des adaptations doivent être apportées pour limiter le risque de transmission lorsque les principes de distanciation physique ne peuvent être respectés. Par exemple :

- L'utilisation de moyens technologiques (télétravail, vidéoconférence, etc.) est privilégiée (ex. : audition, approbation d'épreuves, etc.) ;
- Des barrières physiques (cloisons pleines) ont été installées entre les différents postes de travail trop proches ou ne pouvant être espacés (ex. : salle de régie ou d'enregistrement sonore) ;

- L'organisation du travail a été revue. Par exemple :
  - réduire le nombre de travailleurs présents au même moment et de rotations de tâches dans le lieu de tournage ou d'enregistrement sonore,
  - limiter au strict nécessaire les déplacements d'un endroit à un autre au cours d'une même journée (ex. : d'une salle à une autre dans un même immeuble ou d'un plateau à la régie),
  - des zones d'activité sont spécifiquement réservées aux producteurs et aux différents groupes de travailleurs et d'artistes, de manière à limiter les contacts entre ces groupes,
  - des modifications aux horaires des activités permettant de minimiser les contacts entre les artistes ont été prévues,
  - des efforts ont été faits pour étaler les heures d'arrivée et de départ des différents départements de manière à éviter des regroupements aux entrées ;
- Un masque de procédure et une protection oculaire (lunettes de protection ou visière recouvrant le visage jusqu'au menton) sont fournis aux producteurs, aux travailleurs et aux artistes qui exécutent une tâche nécessitant d'être à moins de 2 mètres d'une autre personne et en l'absence de barrières physiques ;
- Le public est limité selon les directives de la Santé publique pour les rassemblements. En tout temps, une distance minimale de 2 mètres doit être respectée entre les travailleurs et le public.

Mesures particulières pour les productions audiovisuelles

- Les équipes d'éclairagistes, de machinistes et du décor sont réduites, dans la mesure du possible, et l'horaire de travail est adapté pour permettre le moins de personnel possible sur le plateau en même temps ;
- Autant que possible, limiter le nombre d'équipements, d'éléments de décor ou d'accessoires ;
- Les micros sont désinfectés après chaque utilisation ;
- Il est recommandé de s'informer auprès du locateur du lieu de tournage, s'il y a lieu, de la date de la dernière location, car une bonne pratique est de laisser 24 heures entre chaque équipe de tournage. Si ce n'est pas possible, les surfaces susceptibles d'être touchées par les différentes personnes sur le lieu de tournage doivent être nettoyées et désinfectées avant l'utilisation du lieu de location ;
- Les décors, les équipements, les objets ou les accessoires qui seront utilisés lors d'un tournage doivent être nettoyés et désinfectés avant et après leur utilisation ;
- Les travailleurs et les artistes qui doivent manipuler les décors, des équipements, des objets ou des accessoires lors d'un tournage doivent se laver fréquemment les mains ;

- Si une même loge est utilisée par plus d'un artiste, un à la suite de l'autre, elle doit être nettoyée et désinfectée entre l'utilisation de chaque artiste ;
- Sur les plateaux de tournage, limiter la circulation d'argent comptant (petites caisses). Le remboursement des factures par des virements bancaires est à favoriser. Si de l'argent comptant est utilisé, les personnes qui se sont échangé de l'argent doivent se laver les mains immédiatement après, ou se les désinfecter avec un nettoyant sans rinçage (solution hydroalcoolique à au moins 60 %).

Mesures particulières pour les productions audiovisuelles autorisées à partir du 15 juillet

- Les artistes peuvent être à au moins un mètre des autres personnes, sans masque de procédure ni protection oculaire, s'ils travaillent sur un seul plateau qui leur est spécifiquement consacré et forment une équipe stable de moins de 10 personnes ;
- Pour une période n'excédant pas 15 minutes par jour, de façon cumulative, ces artistes peuvent tourner des scènes à moins d'un mètre, sans masque de procédure ni protection oculaire ;
- Les personnes à risque de complications graves de même que les travailleurs d'équipes non stables ou œuvrant sur plus d'un plateau doivent se tenir à au moins 2 mètres les uns des autres s'ils ne sont pas séparés par une barrière physique ou s'ils ne portent pas de masque de procédure ni de lunettes de protection ;
- En regard des scènes tournées à moins d'un mètre, l'employeur doit transmettre à la CNESST un registre contenant l'information suivante :
  - dates et lieux de tournage,
  - nom des travailleurs concernés ;
- Les scènes entre deux artistes impliquant des contacts physiques (scènes de lit, contacts entre les parties du visage) ne sont pas autorisées.

Mesures particulières pour le personnel attitré à la coiffure et au maquillage

- Se référer au guide pour les soins personnels et de l'esthétique de la CNESST ;
- Le maquilleur utilise une trousse de maquillage individuelle pour chaque personne (artiste, figurant ou invité).

Mesures particulières pour le personnel attitré à la couture ou aux costumes

- Les vêtements neufs doivent être lavés ou laissés de côté pour 3 heures avant un essayage ;
- Les essayages se font dans des espaces isolés et avec le plus petit nombre de personnes à la fois ;
- Les vêtements ou les costumes qui ont été essayés sont lavés ou laissés de côté pour 3 heures avant d'être essayés par un autre artiste ou remis à la disposition de la production ;

- Les couturiers ou les costumiers et les artistes qui doivent manipuler les vêtements ou les costumes doivent se laver fréquemment les mains ;
- Les contacts physiques doivent être réduits au minimum ;
- Un masque de procédure et une protection oculaire (lunettes de protection ou visière recouvrant le visage jusqu'au menton) sont fournis au personnel attitré à la couture ou aux costumes et aux artistes qui exécutent une tâche nécessitant d'être à moins de 2 mètres d'une autre personne ;
- Les vêtements ou les costumes doivent être gardés dans des housses de plastique individuelles ;
- Les vêtements ou les costumes portés sont lavés avec le savon à lessive habituel ou nettoyés à sec.

Mesures pour les véhicules de transport de l'équipe de tournage

- Des barrières physiques (cloisons pleines transparentes conformes aux normes en vigueur) sont installées entre le conducteur et les travailleurs ou les artistes ;
- Dans les véhicules de transport, lorsque la barrière physique n'est pas installée au poste du conducteur, condamner les premiers bancs pour respecter la distance de 2 mètres avec le conducteur ;
- Les producteurs, les travailleurs ou les artistes dans le véhicule doivent être séparés par une barrière physique ou être assis seul dans le banc avec des bancs libres entre eux pour respecter la distance de 2 mètres entre chaque personne ;
- Un masque de procédure et une protection oculaire (lunettes de protection ou visière recouvrant le visage jusqu'au menton) sont fournis au conducteur, aux producteurs, aux travailleurs et aux artistes lorsqu'il n'est pas possible d'être à au moins 2 mètres d'une autre personne, sans barrière physique. De plus, le véhicule est rempli à seulement 50 % de sa capacité ;
- L'aération convenable dans le véhicule est assurée en évitant la recirculation de l'air et en favorisant par exemple l'ouverture de fenêtres, lorsque c'est possible ;
- Le poste du conducteur est nettoyé et désinfecté au minimum après 8 heures de travail ou lors d'un changement de conducteur (ex. : volant, poignées de portières intérieures et extérieures, miroir intérieur, ceintures de sécurité, portes, siège) ;
- Les surfaces fréquemment touchées dans les véhicules sont nettoyées et désinfectées chaque jour (ex. : ceintures de sécurité, portes, sièges).

Mesures particulières pour les studios de postproduction et les studios d'enregistrement sonore

- Un seul artiste est présent à la fois dans le local d'enregistrement sonore pour les prises vocales, à moins que les artistes soient séparés par des barrières physiques (cloisons pleines) ;
- Les micros sont désinfectés après chaque utilisation ;
- Un seul artiste jouant d'un instrument à vent est présent à la fois dans le local d'enregistrement sonore, à moins d'être séparé par des barrières physiques (cloisons pleines) ;
- Après qu'un artiste a joué d'un instrument à vent, le sol de sa zone de travail est nettoyé.

Hygiène des mains

Se laver souvent les mains avec de l'eau et du savon ou avec une solution hydroalcoolique à au moins 60 % pendant au moins 20 secondes limite les risques de transmission dans le milieu de travail, notamment :

- avant de se toucher le visage (yeux, nez, bouche) ;
- après avoir toussé, éternué ou s'être mouché ;
- avant et après avoir mangé ;
- en entrant et en sortant des locaux et, dans la mesure du possible, après chaque utilisation de l'équipement collectif ;
- à l'entrée et à la sortie du site de travail ;
- après avoir manipulé quelque chose de fréquemment touché ou un colis reçu ;
- avant le port et lors du retrait des équipements de protection.

Lorsqu'une installation de lavage des mains n'est pas disponible à proximité, fournir un nettoyant sans rinçage (solution hydroalcoolique à au moins 60 %).

L'étiquette respiratoire

Respecter l'étiquette respiratoire consiste à :

- se couvrir la bouche et le nez lorsque l'on tousse ou éternue, et à utiliser des mouchoirs ou son coude replié ;
- utiliser des mouchoirs à usage unique ;
- jeter immédiatement les mouchoirs utilisés à la poubelle ;
- se laver les mains fréquemment ;
- ne pas se toucher la bouche, le nez ou les yeux avec les mains, qu'elles soient gantées ou non.

Maintien de mesures d'hygiène avec les outils, les équipements et les surfaces fréquemment touchés

Étant donné que le virus responsable de la COVID-19 peut survivre sur les surfaces, l'application de mesures d'hygiène s'avère essentielle.

- Assurer le bon fonctionnement et l'entretien des systèmes de ventilation, en fonction des exigences réglementaires pour le type d'établissement et les tâches effectuées ;
- Nettoyer les installations sanitaires au minimum après 8 heures de travail et les désinfecter quotidiennement ;
- Nettoyer les aires de repas après chaque utilisation et les désinfecter quotidiennement. Par exemple :
  - la poignée du réfrigérateur,
  - les dossiers des chaises,
  - les micro-ondes ;
- Nettoyer et désinfecter, au minimum après 8 heures de travail ou lorsqu'elles sont visiblement souillées, les surfaces fréquemment touchées. Par exemple :
  - les tables,
  - les poignées de portes,
  - la robinetterie,
  - les toilettes,
  - les téléphones,
  - les accessoires informatiques ;
- Nettoyer à la vapeur les divans ou les surfaces de tissu fréquemment touchés ;
- Nettoyer et désinfecter les outils et les équipements utilisés au minimum après 8 heures de travail ou lorsqu'ils doivent être partagés ;
- Utiliser les produits de nettoyage ou de désinfection appropriés (consulter les recommandations du fabricant et ne pas mélanger les produits nettoyants) ;
- Retirer les objets non essentiels (revues, journaux et bibelots) des aires communes ;

Des ressources sont disponibles en ligne pour de plus amples informations concernant le nettoyage des surfaces ou les produits désinfectants recommandés.

Obligations légales

Les obligations légales en santé et sécurité du travail, autant pour l'employeur que pour les travailleurs et travailleuses, doivent être appliquées dans le contexte de la COVID-19. En voici un résumé.

Employeur

L'employeur a l'obligation de protéger la santé et d'assurer la sécurité et l'intégrité physique de ses travailleurs. La *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST) exige que l'employeur prenne toutes les mesures nécessaires pour y parvenir (article 51). Pour ce faire, il doit, entre autres, mettre en œuvre des méthodes d'identification, de correction et de contrôle des risques.

Dans le contexte de la COVID-19, l'employeur doit s'assurer que les mesures de prévention habituellement mises en œuvre sont toujours adaptées. Sinon, il doit les modifier pour protéger les travailleuses et les travailleurs contre les risques de contamination.

L'employeur doit également les informer sur les risques liés à leur travail, y compris ceux liés à la COVID-19. Il doit également leur assurer la formation, la supervision et l'entraînement appropriés afin que tous aient l'habileté et les connaissances requises pour accomplir de façon sécuritaire le travail qui leur est confié.

Travailleuse et travailleur

Chaque travailleuse ou travailleur a l'obligation de prendre les mesures nécessaires pour protéger sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique, et de veiller à ne pas mettre en danger la santé, la sécurité ou l'intégrité physique des autres personnes qui se trouvent sur les lieux de travail (article 49 de la LSST). Pour ce faire, il doit respecter les règles et les mesures mises en application dans le contexte de la COVID-19, au même titre que les autres règles appliquées dans le milieu de travail. La travailleuse ou le travailleur doit aussi participer à l'identification et à l'élimination des risques. S'il voit des risques ou s'il a des suggestions à cet égard, il doit en faire part au comité de santé et de sécurité (s'il y en a un), à son supérieur ou à un représentant de l'employeur.

Tous nos remerciements

- Association québécoise de la production médiatique
- Alliance québécoise des techniciens et techniciennes de l'image et du son
- Association des réalisateurs et réalisatrices du Québec
- Bureau du cinéma et de la télévision du Québec
- Société des auteurs de radio, télévision et cinéma
- Société de développement des entreprises culturelles
- Union des artistes
- Guilde canadienne des réalisateurs
- Alliance internationale des employés de scène, de théâtre et de cinéma
- Direction de la santé publique
- Institut national de santé publique du Québec
- Ministère de la Culture et des Communications
- Alliance of Canadian Cinema, Television and Radio Artists Montreal

Le guide et la trousse résultent d'une réflexion visant à soutenir les milieux de travail dans la prise en charge de la santé et de la sécurité du travail dans le contexte de la COVID-19. Le projet est évolutif et s'harmonisera aux mesures de prévention édictées par la Direction de la santé publique.

Reproduction autorisée avec mention de la source

© Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2020

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2020

ISBN 978-2-550-87478-2 (PDF)

DC100-2169-3 (2020-09)

Ligne d'information COVID-19 : 1 877 644-4545 **Pour joindre un inspecteur de la CNESST : 1 844 838-0808**

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle

DGAPA-017 REV.2

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

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

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

Expéditeur :	**Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)**	**Destinataires :**	- Tous les établissements publics du RSSS : • Directeurs du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA); • Directeurs des services professionnels (DSP); • Directeurs des soins infirmiers (DSI); • Chefs de département régional de médecine générale (DRMG). - Directeurs de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) - Directeurs de santé publique

Directive	
Objet :	Les personnes aînées qui résident dans les CHSLD, les RI et certaines d'entre elles vivant en RPA ou recevant des services de soutien à domicile (SAD) sont particulièrement vulnérables à une infection du coronavirus COVID-19, notamment par leur condition de santé, leur promiscuité et leur âge. La première vague a révélé des enjeux au niveau de la stabilité, de l'étendue et du maintien de la couverture médicale tant dans les CHSLD que dans les autres MVA du Québec. Par ailleurs, la réaffectation médicale, essentielle au maintien des activités dans plusieurs milieux pendant la première vague, ne peut assurer à elle seule la pérennité de la couverture médicale en 2e vague. Par conséquent, afin d'améliorer la qualité des services médicaux des MVA pour les résidents et leurs proches, de consolider la gouvernance des CHSLD, d'assurer la couverture en effectifs médicaux et la prise en charge médicale des résidents ainsi que de renforcer le soutien aux équipes médicales sur place dans les MVA ou aux équipes déployées, diverses mesures doivent être mises en place. Elles seront également accompagnées de documents afférents pour faciliter leurs applications.

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

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

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

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

msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par
La sous-ministre adjointe DGAPA,
Natalie Rosebush

Original signé par
La sous-ministre adjointe DGAUMIP,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Santé et Services sociaux Québec

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

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

Description :

L'ÉMI est une équipe médicale [médecins\infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL)] pour prodiguer des soins médicaux dans les milieux de vie en éclosion. Elle est en renfort aux équipes médicales de base des MVA[1], aux médecins réaffectés dans ces milieux et d'autres médecins des équipes déployées comme le médecin microbiologiste de l'équipe PCI.

Composition :

2-3 médecins/IPSPL en disponibilité[2] (préalerte). Au moins un des membres de l'ÉMI doit être familier[3] avec la clientèle aînée.

Fonctionnement :

Prête à être déployée de 24/48 heures d'avis dans un MVA. Équipe fixe en déploiement une semaine à la fois dans un MVA en éclosion. L'ÉMI est déployée sur place le temps de trouver des effectifs médicaux (médecins/IPSPL) pour prendre la relève.

L'équipe se place en préalerte sur avis des coordonnateurs locaux des effectifs médicaux. Cette préalerte survient dès l'annonce d'une éclosion jugée difficile à contrôler. L'ÉMI sera déployée également à la demande des coordonnateurs, ceux-ci étant sous la gouverne du directeur des services professionnels (DSP) ou du département régional de médecine générale (DRMG).

Les médecins d'une équipe ÉMI doivent être mis en disponibilité[2] afin d'être en mesure de se déployer rapidement. En paliers d'alerte orange et rouge, une équipe devrait toujours être en disponibilité minimalement.

Plusieurs ÉMI pourraient intervenir en même temps sur différentes unités ou différents quarts de travail. Le nombre d'ÉMI est relatif aux nombres de MVA (ou unités) pouvant nécessiter un soutien aux équipes dans les milieux de vie en éclosion ainsi qu'aux particularités géographiques du territoire.

L'ÉMI intervient davantage dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), mais pourrait aussi appuyer les équipes de ressources intermédiaires (RI)/résidence privée pour aînés (RPA)/soins à domicile (SAD) et de sites non traditionnels de soins (SNT) qui répondent aux conditions d'application.

L'ÉMI se retire lorsque les équipes de base sur place suffisent à nouveau aux besoins médicaux des résidents et que leur sécurité et leur intégrité sont assurées. Dans les faits, on parle de 3-4 semaines au maximum. Ceci correspond au temps moyen de l'éclosion. Le retrait des ÉMI est aussi régi par le coordonnateur local des effectifs médicaux sous la gouverne du DSP et/ou DRMG.

Les **tâches attendues pour les membres de l'ÉMI** sont :

- Assurer la couverture médicale des clientèles du MVA en collaboration et coordination avec les équipes déjà en place et participer à la garde médicale de ce milieu (24/7);
  - Contacter l'équipe de soins ou autres professionnels concernés;
  - Prendre connaissance des lieux;
  - Prendre connaissance des besoins en soutien des équipes en place;
- Réaliser toutes tâches attendues de l'équipe traitante de garde.

Prérequis :

- Avoir constitué la banque de médecins disponibles sur le territoire afin d'assurer une couverture. Cette banque devrait être composée en priorité de médecins ayant des connaissances et/ou de l'expériences auprès de la clientèle vulnérable aînée résidant en MVA. Pour les médecins non initiés à la pratique en MVA et/ou auprès de la clientèle vulnérable ainée, il est conseillé de procéder à un pairage avec un médecin expérimenté, lorsque possible.
- Avoir identifié les médecins et IPSPL disponibles par semaine pour un ou plusieurs ÉMI.
- Chaque jour, s'informer des MVA à risque d'éclosion ou en éclosion et vérifier les besoins de renfort.
- Informer les médecins et IPSPL non initiés à la pratique en MVA et auprès des ainés de l'existence des Guides de prise en charge des usagers en MVA [CHSLD, RPA, RI-ressource de type familial (RTF)] ainsi que les capsules de formation sur le site provincial de l'environnement numérique d'apprentissage (notamment sur les équipements de protection individuelle et la prévention et le contrôle des infections).
- **Conditions d'application des ÉMI** :
  . Milieu de vie peut permettre des soins sur place (unité) avec personnel requis (interne et externe).
  . Accueil des ÉMI par l'équipe locale et leadership à conserver par l'équipe locale.

Les avantages

- Réponse plus rapide aux besoins de support des MVA en éclosion;
- Diminution des transports vers les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ou SNT par manque de ressources médicales;
- Assurer une vigie sur l'ensemble de la clientèle du MVA et ainsi éviter la propagation de l'éclosion dans le MVA;
- Assure un soutien aux collègues pratiquant dans ces MVA ou SNT de façon régulière;
- Assurer une couverture médicale proportionnelle aux besoins dans un MVA en éclosion.

Les indicateurs[4]

- Nombre médecins identifiés aux équipes ÉMI;
- Nombre d'équipes ÉMI déployées;
- Nombre de MVA dans l'impossibilité d'avoir accès aux ÉMI;
- Durée de déploiement de l'ÉMI (nombre de jours de l'affectation des médecins en ÉMI);
- Nombre de jours en disponibilité ÉMI.

[1] Les autres usagers présents dans un même milieu en éclosion desservi par une ÉMI, par exemple en CHSLD, RI-RTF, sont également visés par cette équipe de soins médicaux.
[2] Cette disponibilité est possible par un plan de remplacement rapide ou une planification des tâches permettant de se libérer rapidement.
[3] La présence d'un membre initié avec expertise est souhaitable, mais ne devrait pas être un frein à la constitution d'une ÉMI. Dans le cas d'aucune disponibilité d'effectif expert, le pairage ou le monitoring avec les équipes en place ou un médecin expert en assistance en téléconsultation est une alternative possible.
[4] La plateforme Reffeact MD est l'outil envisagé pour le suivi de ces indicateurs; il en revient aux établissements la responsabilité de mettre à jour leurs données dans la plateforme.

Santé et Services sociaux Québec

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

Directive : version RSSS 22-12-2020

Description :

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

Objectifs de la cogestion :

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

Dans un contexte de crise :

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

Composition de la cogestion :

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

Fonctionnement :

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

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

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

1. S'assurer de la qualité des services médicaux et de la sécurité du milieu de vie pour les résidents et leurs proches dans le contexte de la COVID-19;
2. S'assurer que les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) sont appliquées rigoureusement;
3. S'assurer d'une cohérence et d'un équilibre dans le déploiement de l'offre de services médicaux, en respect de l'approche milieu de vie préconisée en CHSLD. Il s'agit de conciliation des approches "milieu de soins/milieu de vie";
4. Mettre en œuvre les directives, orientations, cadres de référence et meilleures pratiques dans les CHSLD en assurant le maintien du lien essentiel entre les résidents, leur famille et les personnes proches aidantes (PPA);
5. Soutenir les équipes en place, notamment la cellule de crise.

Responsabilités spécifiques du médecin cogestionnaire :

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

Prérequis :

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

Avantages :

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

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

Indicateurs :

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

Contexte :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les moyens proposés par type de tension :

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

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

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

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

Les relations interpersonnelles :

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

L'organisation des soins et services :

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

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

Documents consultés

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

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

Santé et Services sociaux Québec

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

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

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

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

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

---

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

[1] [2] Critères de vulnérabilité :
- Personnes de 70 ans et plus
- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosupression.pdf)
- Personnes ayant une maladie chronique, plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. (référer à la page 4 de ce selon l'avis de l'INSPQ sur les travailleurs atteints d'une maladie chronique, page 4 : pour plus de détails : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967_protection_travailleurs_sante_maladies_chroniques.pdf)
- Personnes avec une obésité importante (à titre indicatif, IMC ≥ 40);
- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

Dans le texte qui suit, trois tableaux sont présentés :

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

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

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

Principales règles cliniques :

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

Directives :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Guide pour la prise en charge médicale des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19

Mise à jour 25 janvier 2021

Votre gouvernement

Québec

Édition :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-88468-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

Le présent guide s'inscrit dans le mandat du sous-comité des services médicaux dans les milieux de vie pour aînés du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002786/]

Rédaction :

Dre Julie Deschambeault, cocheffe de médecine générale volet CHSLD, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière;

Mme Catherine Hamelin, conseillère en pertinence clinique, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Soutien à la rédaction :

Dre Danielle Daoust, coprésidente du sous-comité des services médicaux dans les milieux de vie pour aînés, MSSS et médecin de famille, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

Mme Valérie Guillot, conseillère en gérontologie, Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA), MSSS;

Mme Stéphanie Jodoin, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique, MSSS;

Mme Karine Labarre, conseillère experte en soins gériatriques et soins de proximité, DGAUMIP, MSSS;

Dre Michèle Morin, interniste gériatre et cogestionnaire médicale à la direction du programme SAPA, CISSS de Chaudière-Appalaches;

Dre Diane Poirier, directrice générale adjointe de la coordination réseau et directrice de la coordination ministérielle 514-450, Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles, MSSS.

Dre Lucie Poitras, directrice générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique, DGAUMIP, MSSS;

Mme Natalie Rosebush, sous-ministre adjointe et coprésidente du sous-comité des services médicaux dans les milieux de vie pour aînés, DGAPA, MSSS;

Dre Raymonde Vaillancourt, chef du département régional de médecine générale, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;

Dre Sophie Zhang, cocheffe adjointe hébergement, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal;

Révision :

Mme Katherine Brisson, adjointe administrative, DGAUMIP, MSSS

Table des matières

Introduction 1
Vaccination 2
Activités de gestion médicale 2
Gestion des effectifs médicaux lors d'éclosions de COVID-19 en CHSLD 2
Prévention et contrôle des infections (PCI) 3
Dépistage de la COVID-19 chez les travailleurs de la santé incluant les médecins 4
Autres activités de gestion médicale d'importance 4
Activités cliniques 7
Consultations médicales 7
Soins virtuels 8
Indications de dépistage 8
Prise en charge des résidents COVID-19 suspectés ou confirmés 9
Si niveau d'intervention médicale A ou B 10
Si niveau d'intervention médicale C ou D 10
Matériel de protection 10
Traitements spécifiques de la COVID-19, selon l'objectif de soins poursuivi 11
Guérison et prise en charge du déconditionnement 12
CODE bleu dans les CHSLD (arrêt cardiorespiratoire) 13
Constat de décès 13
Bulletin de décès SP-3 13
Déclaration à la Direction de santé publique 14
Formulaire K-27 14
Formulaire MADO 14
Prise en charge des corps 14
Soutien psychologique 14
Ressources Web utiles 15
ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires 21
ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD 22
ANNEXE 3 : Chambres doubles ou multiples – Directives pour l'isolement des cas suspectés ou confirmés de la COVID-19 en CHSLD 23
ANNEXE 4 : Exemple de protocole de détresse respiratoire aiguë 24
ANNEXE 5 : Lettre aux omnipraticiens – Équivalence médicaments pour détresse respiratoire 25
ANNEXE 6 : Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19 27
ANNEXE 7 : Bulletin de décès SP-3 et exemples types 29
ANNEXE 8 : Directives et algorithme décès COVID-19 31

Introduction

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) adresse le présent guide à tout professionnel du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ayant un rôle à jouer dans la prise en charge médicale des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics et privés conventionnés. Ceux des CHSLD privés sont libres de s'en inspirer. Nous pensons notamment aux médecins déjà actifs dans les CHSLD ou à ceux réaffectés dans ces milieux ainsi qu'aux infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL). Le MSSS invite également les médecins impliqués dans la gestion des CHSLD (ex. : cogestionnaires) ainsi que les gestionnaires responsables de ces milieux à s'approprier le contenu du guide.

Le guide sera mis à jour selon l'évolution de la pandémie et demeurera disponible dans sa version la plus récente au : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/.

En raison de l'évolution rapide de la pandémie, les directives du MSSS, mais aussi les règles des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et celles des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) sont mises à jour fréquemment. Il est impératif que les professionnels du RSSS **assurent une surveillance régulière de ces mises à jour** pour éviter de semer la confusion dans les équipes et pour maintenir un canal de communication efficacement cohérent. À ce sujet, il est fortement recommandé de vous abonner à l'infolettre des directives du MSSS en vous inscrivant au : https://www.msss.gouv.qc.ca/abonnement/?l=directives-covid. Si un problème se présente, communiquer avec votre gestionnaire ou médecin responsable immédiat.

Directives COVID-19 du MSSS pour les CHSLD :

* Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
* Directives sur la couverture médicale dans les milieux de vie pour aînés (CHSLD, RI-RTF, RPA) en contexte de la pandémie de la COVID-19
* *Tableau A : Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les RI de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19* [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002741/]

Liens généraux :

* https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/
* INSPQ - Centre d'expertise et de référence en santé publique
* Collège des médecins du Québec

Vaccination

Depuis le 14 décembre 2020, il est maintenant possible de vacciner contre la COVID-19. Afin de diminuer les éclosions en CHSLD, il est fortement recommandé d'offrir la vaccination aux patients, aux proches aidants, aux employés, aux médecins et autres professionnels de la santé. Il est essentiel de connaître les informations relatives à la campagne de vaccination et les directives qui s'appliquent dans les milieux.

- Directive sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 à l'intention des travailleurs de la santé - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca)
- Vaccination contre la COVID-19 - Professionnels de la santé - MSSS (gouv.qc.ca)

Activités de gestion médicale

Jusqu'ici, nous observons que les installations qui se sont montrées les plus performantes dans la gestion de la crise sanitaire sont celles ayant fait preuve d'une bonne cohésion entre l'équipe de gestion et l'équipe médicale, aux niveaux local et régional.

Gestion des effectifs médicaux lors d'éclosions de COVID-19 en CHSLD

L'assurance d'avoir une couverture médicale adéquate s'adaptant à la variabilité des besoins d'un milieu est l'un des enjeux majeurs pendant la pandémie. Elle varie en fonction des éclosions, de la gradation des mesures des paliers d'alerte émise par le MSSS et des niveaux d'alerte du plan de délestage concordant[1].

- *Tableau A : Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les RI de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19* [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002741/]
- *Guide de délestage et de réorganisation des services médicaux en CHSLD selon les niveaux d'alerte des établissements* [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/]

Pour répondre rapidement aux besoins de leur milieu, la cellule de crise locale, les équipes médicales impliquées et le(s) coordonnateur(s) local(aux) des effectifs médicaux du CISSS ou CIUSSS doivent maintenir des liens étroits et agiles sur le plan de la communication et des décisions. La cogestion médico-clinico-administrative est une mesure que le MSSS demande de mettre en place pour soutenir la fluidité de communication et la rapidité de prises de décision.

- La *Fiche descriptive – Cogestion en centre d'hébergement de soins de longue durée* décrit cette mesure [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/].

[1] Le « NIVEAU » d'alerte des établissements est différent du « PALIER » d'alerte communautaire promulgué par les directions régionales de santé publique. Bien qu'ils soient interreliés, le niveau d'alerte est davantage axé sur la réalité de l'établissement en fonction de la situation dans une installation donnée et du délestage conséquent. Il est plus pertinent pour orienter les actions à prendre selon les variables suivantes : utilisations des lits hospitaliers, cibles de lits COVID répartition régionale et interrégionale, capacité ressources humaines, etc.

Une liste COVID-19 de mise en disponibilité doit être élaborée, en tout temps, dans tous les CHSLD afin d'assurer une couverture médicale adaptée aux besoins du milieu. Cette liste de garde doit être planifiée avec des médecins différents pour les zones froides et chaudes lorsque la situation l'exige et le permet. À titre de référence, une éclosion importante et soutenue pourrait exiger une présence médicale quasi quotidienne ou un dédoublement des effectifs médicaux habituels.

Selon les besoins en effectifs médicaux identifiés dans le milieu au moment d'une éclosion jugée difficile à contrôler, il est nécessaire que le coordonnateur local des effectifs médicaux place en préalerte l'équipe médicale d'intervention (ÉMI). Ceci implique que les médecins d'une équipe ÉMI auront, au préalable, été mis en disponibilité afin de pouvoir se déployer rapidement. Les ÉMI sont des équipes médicales composées de 2-3 médecins [et infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL)] qui seront appelés en renfort pour assurer la prise en charge médicale des résidents si, et seulement si, l'équipe déjà en place et ceux de la liste COVID-19 de mise en disponibilité ne suffisent pas pour combler les besoins. L'ÉMI sera également déployée exclusivement à la demande du coordonnateur et demeure le dernier recours après les mécanismes de couverture habituelle.

- La *Fiche descriptive – Équipe médicale d'intervention (ÉMI) en milieu de vie pour aînés (MVA)* décrit la directive MSSS pour la mise en place des ÉMI [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/].

Ultimement, lorsque le coordonnateur local des effectifs médicaux est à bout de ressources, qu'il a consulté la plateforme ReaffectMD et qu'il ne peut pas faire sa réaffectation localement ou régionalement, celui-ci communique avec le comité national de réaffectation des effectifs médicaux (CNREM) [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002786/]; [https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/reaffectation-des-effectifs-medicaux/].

L'outil *Algorithme CHSLD pour assurer la couverture des services médicaux lors d'une éclosion de COVID-19* illustre la séquence des actions à réaliser pour assurer une couverture des services médicaux dans un CHSLD en éclosion et l'interrelation de certains des intervenants clés [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/].

Prévention et contrôle des infections (PCI)

Dans le contexte de la pandémie, il est impératif de travailler étroitement avec l'équipe PCI de votre CISSS/CIUSSS, car celle-ci suit des protocoles mis à jour quotidiennement.

Liens de l'Institut national de la santé publique (INSPQ) sur les mesures PCI et la gestion des éclosions :

- COVID-19 : Prévention et contrôle des infections | INSPQ
- SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés | INSPQ.

On parle d'**éclosion** lorsqu'il y a plus de deux cas (résidents ou travailleurs) nosocomiaux (acquis en milieu de soins) avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours (critère de temps, de lieu ou de personne compatible avec une transmission entre ces cas). Pour la définition d'éclosion, vous référer à celle décrite par l'INSPQ dans la publication SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés | INSPQ.

Il est important d'obtenir quotidiennement un bilan des cas COVID positifs dans vos milieux pour permettre une mise sous tension des équipes médicales, s'il y a des besoins médicaux émergents. Le lien avec l'équipe PCI et la santé publique doit être fluide et rapide et demeure la clef du succès pour contrôler les éclosions et mettre en place sans délai les mesures de biosécurité.

Nous vous encourageons à faire la formation intitulée « Prévention et contrôle des infections : formation de base en contexte de la COVID-19 » disponible sur le site de l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial. Si vous avez une adresse courriel d'établissement, choisissez votre CISSS/CIUSSS d'appartenance. Sinon, cliquer simplement sur le lien pour les partenaires hors réseau. Elle peut aussi être accessible sur le site de votre CISSS/CIUSSS.

Dépistage de la COVID-19 chez les travailleurs de la santé incluant les médecins

Consulter la Directive sur l'utilisation des tests selon le palier d'alerte du MSSS.

Un dépistage systématique des travailleurs de la santé dans les milieux de vie pour aînés est recommandé à une fréquence mensuelle dès le palier d'alerte jaune et rehaussé à une fréquence hebdomadaire à partir du palier d'alerte rouge. Une campagne de communication et des stratégies de promotion du dépistage devraient accompagner l'offre des tests afin d'augmenter l'adhésion du personnel. À noter qu'en cas d'éclosion, la stratégie de dépistage devra être modifiée et rehaussée en fonction de la Directive sur l'utilisation des tests selon le palier d'alerte émise par le MSSS et les Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins de l'INSPQ.

Autres activités de gestion médicale d'importance

1. Assurer en tout temps le respect des mesures d'hygiène et des règles PCI.
    - Lavage des mains | Gouvernement du Québec (quebec.ca)
    - Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires | INSPQ
    - SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés | INSPQ

2. Encourager le maintien en place des mesures permettant le respect rigoureux de la distanciation physique, et ce, quel que soit le taux de vaccination du milieu [ex. : concept de bulle de vie et 2 mètres entre les personnes (tant les résidents que le personnel soignant].
    - Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
    - 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

3. Surveillance et autosurveillance : Informer le personnel soignant des symptômes (typiques et atypiques) à surveiller concernant la COVID-19 pour que ceux-ci puissent agir rapidement (dépistage, isolement et informer le milieu) protégeant ainsi l'usager, l'ensemble des usagers, le personnel et sa famille. Former également le personnel soignant pour qu'il puisse reconnaître la présentation clinique de la COVID-19 chez les résidents en CHSLD.
    - Présentations cliniques INESSS - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca)
    - ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires

4. La création de zone FROIDE (résidents sans symptômes de la COVID-19) et de zone CHAUDE (résidents testés COVID-19 positif) doit se faire dans chaque milieu lors d'une éclosion. Pour les cas suspects en investigation, il est suggéré de laisser le résident en isolement dans sa chambre seul ou de le placer selon l'organisation des zones disponibles dans votre milieu, et ce, pour éviter toute contamination croisée.
[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002707/].
Consultez aussi le Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés du MSSS.

5. Il est recommandé d'avoir des équipes soignantes dédiées dans chacun des CHSLD pour éviter la transmission (principes du « zéro mouvement »). Pour les zones chaudes, il est obligatoire d'avoir du personnel dédié à cette zone.

6. Dans la situation où une admission est permise, le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) suit un **protocole strict** pour vérifier si le résident à admettre présente ou non des symptômes de la COVID-19 ou s'il est à risque de contamination potentielle. Actuellement, un test de dépistage doit être fait préalablement à l'admission, et ce, peu importe la provenance de la personne pour éviter qu'un résident COVID positif soit admis en zone froide.
    - Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
    - *A1 - Trajectoire d'un usager en provenance d'un CH ou d'un milieu de réadaptation ayant pour destination un CHSLD (nouvelle admission ou retour) ou une RI accueillant ou non des usagers vulnérables à la COVID-19*
    [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002756/?&txt=dgapa-005&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC]

- *B1 – Trajectoire d'un usager en provenance d'un domicile, d'une RPA ou d'une RI-RTF vers un CHSLD ou une RI dont les usagers sont vulnérables à la COVID-19 en fonction du palier d'alerte de sa provenance* [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002756/?&txt=dgapa-005&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC]
- Directives sur les zones tampons - Directives COVID-19 du MSSS
- SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés | INSPQ

Le personnel qui intervient auprès du résident nouvellement admis doit s'assurer de porter l'équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié. https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19

7. Pour la présence des proches aidants et des visiteurs auprès des résidents de CHSLD ainsi que pour les permissions de congés temporaires de plus de 24 heures dans la communauté, les mesures varient selon la directive sur la Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte en lien avec la COVID-19. Voir notamment : le *Tableau A : Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les ressources intermédiaires (RI) de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19* de cette directive, et la 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. Vous devez vous conformer aux recommandations ministérielles et les mettre en place dans vos milieux.

Activités cliniques

Consultations médicales

1. Lors de ses interventions auprès des résidents, le médecin doit respecter les règles de distanciation physique de 2 mètres et limiter le temps en contact étroit avec un même résident à moins de 10-15 minutes.

2. Il est possible pour le médecin de couvrir plus d'un milieu dans une même journée. Toutefois, s'il visite des milieux chauds et froids dans la même journée, il doit débuter par les milieux froids, sauf en situation exceptionnelle (ex. : instabilité médicale d'un résident COVID positif qui requière sa présence sur place sans délai).
   (*Guide de délestage et de réorganisation des services médicaux en CHSLD selon les niveaux d'alerte des établissements :* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/).

3. Il est important que la fréquence des consultations médicales soit ajustée à la condition clinique des résidents du CHSLD. Il demeure permis de faire des visites en présence, même dans les unités en éclosion.

4. Le médecin qui fait l'objet d'une mesure d'isolement ou qui a contracté la COVID-19, mais qui demeure apte au travail, peut continuer à rendre des services à partir de son domicile par une voie de correspondance appropriée.

5. **Révision des niveaux d'intervention médicale (NIM) à prioriser**
   Dans le contexte de la COVID-19, la majorité des résidents en CHSLD ne sont pas des candidats pour les soins intensifs et les respirateurs. Pour les résidents âgés de 80 ans et plus, le taux de mortalité est significativement plus élevé. Il l'est encore plus pour les résidents qui présentent de multiples comorbidités. Les durées d'intubation sont également prolongées. Seuls les résidents désirant une intubation ou une ventilation assistée (CPAP, BiPAP) et pour lesquels ce soin est indiqué et pertinent devraient être transférés, à moins que le CHSLD ne soit plus en mesure d'offrir certains soins essentiels. Afin d'identifier les patients qui nécessiteraient des transferts vers l'hôpital, prioriser la révision des niveaux d'intervention médicale des patients ayant un niveau A ou B.

   Nous vous rappelons qu'il appartient déontologiquement au médecin de ne pas offrir un soin futile ou non approprié. Par ailleurs, le NIM doit être rediscuté avec l'usager ou son représentant lors de tout changement de son état de santé ou annuellement minimalement en CHSLD.

   - Rappel important sur les niveaux de soins (cmq.org)
   - Niveaux d'interventions médicales (NIM) : parlons-en dans le contexte de la pandémie COVID-19 (gouv.qc.ca)

6. Dans le même ordre d'idée, afin d'éviter tout transfert non pertinent vers l'urgence, il est essentiel que la situation clinique soit évaluée par un médecin (ou un IPSPL) avant que cette décision ne soit prise, peu importe la raison du transfert (COVID-19 ou autre condition

clinique). Selon le jugement clinique du médecin (ou de l'IPSPL), l'évaluation peut se faire par voie téléphonique, par téléconsultation ou en présentiel. Nous vous rappelons que si l'examen physique d'un résident était susceptible de modifier votre conduite, cet examen pourra/devra être effectué sur place.

7. Il est important de réévaluer l'utilisation de toute intervention médicale générant des aérosols (IMGA) dans les CHSLD (ex. : CPAP et BiPAP). En cas de suspicion de COVID-19, ces traitements devraient être cessés seulement s'ils ne sont pas vitaux pour le résident. Si le traitement est vital et que le résident est en attente de son résultat ou s'il est COVID+, il est recommandé de procéder aux IMGA dans une chambre individuelle en isolement contact aérien et oculaire et N95, avec porte fermée (ou dans une chambre à pression négative, si disponible dans l'installation). Il est recommandé d'attendre 6 heures après la fin de l'IMGA avant de visiter le patient. Si toutes ces conditions ne peuvent être respectées, il est recommandé de transférer le patient dans un milieu pouvant respecter les recommandations.
[https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19]

8. En collaboration avec le pharmacien, évaluer la pertinence de revoir le profil pharmacologique des résidents. Ceci pour permettre d'anticiper les changements à apporter en continu dans un contexte infectieux (ex. : interruption de certains principes actifs, regroupement de l'administration pour en réduire la fréquence, etc.).

Soins virtuels

La télémédecine[1] est un outil complémentaire et non un substitut aux visites en personne. Utilisée de façon judicieuse, elle peut vous aider à prendre des décisions et éviter des transferts inappropriés à l'urgence.

En contexte de pandémie, les soins virtuels sont donc un moyen qui peut favoriser l'accès aux soins et la continuité du suivi des résidents sur le plan médical. À cet égard, la téléconsultation doit respecter les règles de confidentialité, utiliser des outils de communication sécuritaires et rencontrer les exigences de la tenue de dossier.

Indications de dépistage

1. Les résidents présentant des symptômes de la COVID-19 doivent être dépistés dans leur CHSLD selon les critères établis par la santé publique.
    - ANNEXE 1 : Pour les préposés aux bénéficiaires – Observations et changements chez les résidents à rapporter aux infirmières et aux infirmières auxiliaires

[1] Le Collège des médecins du Québec définit la télémédecine comme étant « l'exercice de la médecine à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication (TIC) ». La téléconsultation est une consultation médicale qui met en relation, à distance, le patient et un ou des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de la santé. [http://www.cmq.org/page/fr/utilisation-de-plateformes-web-pour-la-consultation-medicale.aspx] [http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf?t=1611032116808]

- https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/#signes-et-symptômes
- Présentations cliniques INESSS - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca)

a) Fièvre à plus de 37,8 °C rectale ou buccale, ou 1,1 °C au-dessus de la température basale du résident, sans foyer clair.

OU

b) Symptômes respiratoires :
   - Toux sèche;
   - Dyspnée;
   - Perte d'odorat (anosmie) sans congestion nasale;
   - Perte du goût (dysgueusie).

OU

c) Symptômes atypiques :
   - Détérioration de l'état général (DEG);
   - Perte d'appétit;
   - Confusion;
   - Atteinte de l'état de conscience (AEC);
   - Changement comportemental;
   - Déclin fonctionnel autrement inexpliqué (ex. : chute inhabituelle);
   - Céphalée;
   - Troubles gastro-intestinaux;
   - Mal de gorge;
   - etc.

2. Demander uniquement les laboratoires qui modifient le plan thérapeutique et éviter tous les laboratoires de routine.

Prise en charge des résidents COVID-19 suspectés ou confirmés

Veuillez consulter l'ANNEXE 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD.

Si vous soupçonnez qu'un résident peut avoir contracté la COVID-19, celui-ci doit être mis en chambre privée (dans la mesure du possible) avec un isolement de type précaution gouttelettes (masque chirurgical, visière, gants et jaquette pour le personnel soignant). Si la condition le permet, le résident peut recevoir son traitement en CHSLD dans le respect des directives de la mise en place des zones chaude et froide.

1. Mettre le résident en isolement gouttelettes/protection oculaire
   (ANNEXE 3 : Chambres doubles ou multiples – Directives pour l'isolement des cas suspectés ou confirmés de la COVID-19 en CHSLD)

2. Vérifier si le résident présente des critères de sévérité :
   - Désaturation < 90 % à l'air ambiant;
   - Tachypnée > 30 respirations par minute;
   - Détresse respiratoire aiguë;
   - Signe de sepsisme ou de choc (tension artérielle systolique < 90 mm Hg, tachycardie, etc.);
   - Signe de syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA);
   - Tout autre signe jugé sévère par le médecin.

3. Par la suite, suivre l'algorithme décisionnel en fonction du NIM du résident, tel qu'inscrit à son formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » (AH-744 DT9261) [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/d57fc1d9eb98eed385257f50005206c7?OpenDocument].

Si niveau d'intervention médicale A ou B

La prise en charge des résidents présentant des symptômes de COVID-19 implique en premier lieu la revalidation du NIM. Tous les résidents de NIM A ou B devraient pouvoir être pris en charge par le centre hospitalier désigné de leur région si leur condition médicale exige des soins aigus qui ne peuvent être dispensés en CHSLD. L'objectif est de permettre au résident d'avoir accès aux soins appropriés, selon ses volontés et sa condition. Si le résident présente des critères de sévérité, il sera nécessaire de le transférer dans une chambre à pression négative afin de pouvoir offrir les techniques IMGA qui produisent des aérosols (ex. : une intubation).

Si niveau d'intervention médicale C ou D

Le résident peut rester au CHSLD en isolement et y recevoir les soins pour soulager ses symptômes et maintenir son confort. Dans cette clientèle, les IMGA ne sont généralement pas utilisées et l'isolement gouttelettes/protection oculaire suffit. Le résident diagnostiqué COVID-19 positif doit être déplacé dès que possible en zone chaude.

Si le résident présente des critères de sévérité, il faut offrir des traitements actifs ou palliatifs (voir sections suivantes), selon les indications cliniques et les souhaits des usagers et leurs proches, dans le respect de sa dignité.

Matériel de protection

1. Pour tous les cas incluant les cas sévères SANS IMGA :
   a. Isolement gouttelettes et protection oculaire;
   b. Masque de procédure, gants et blouse;
   c. Cesser les CPAP et les BiPAP si non vitaux pour le résident.

2. Pour les cas nécessitant un IMGA
    a. Isolement aérien-contact, protection oculaire et N95;
    b. Ajuster les mesures de précaution (chambre individuelle avec porte fermée, chambre à pression négative si disponible, transfert en centre hospitalier) selon le résultat du test et le NIM du résident.

[SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés | INSPQ]

Traitements spécifiques de la COVID-19, selon l'objectif de soins poursuivi

Conduite générale :

- Surveiller l'état de conscience, température (rectale de préférence), rythme respiratoire, SaO_2, tension artérielle, pouls selon l'état clinique et les signes atypiques gériatriques. Nous voulons éviter les contacts sans valeur ajoutée.
- Interrompre toute médication non essentielle (Vitamine D, Calcium, Statine, Bisphosphonates, etc.) afin de réduire également la fréquence de ces contacts.
- Dès les premiers signes cliniques de détérioration respiratoire, commencer rapidement les traitements selon les diagnostics les plus probables (ex : pneumonie virale vs bactérienne, embolie pulmonaire, surcharge, etc.) et les NIM. À noter que la surinfection bactérienne est rare chez les patients COVID-19 (environ 7 %).
- Communiquer régulièrement avec les proches pour leur transmettre les informations importantes, surtout pour les cas complexes (ex : SCPD, contention) et les fins de vie.

Selon l'état clinique et le niveau d'intervention médicale :

1. Si soins actifs
    - Signes vitaux selon le NIM.
    - Oxygénothérapie par lunettes nasales ou Ventimask à faible débit pour confort (SaO2 > 90 %).
    - Corticostéroïdes p.o.; selon le NIM et les critères d'usage établis par l'INESSS dans l'Outil clinique COVID-19 : Usage des corticostéroïdes systématiques.
    - Thromboprophylaxie à l'aide d'héparine de faible poids moléculaire (ex. : héparine 5000 unités s/c bid ou Fragmin 5000 unités s/c die s/c; enoxaparine 40 mg s/c pour 7 jours) selon les critères établis par l'INESSS [https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/risques-thrombotiques.html]. Prendre en considération les risques de saignement versus le bénéfice.
    - Si bronchospasme : salbutamol et ipratropium en inhalateur 2-4 inhalations qid avec aérochambre-masque (régime plus intensif possible si bronchospasme sévère). ÉVITER toute nébulisation, privilégier aérochambre.
    - Antibiotiques seulement lors de forte suspicion de pneumonie bactérienne (environ 7 % seulement des cas COVID-19). La plupart des pneumonies sont virales, dans le contexte. Donc, ne pas administrer d'emblée à tous les résidents.

- Si signe de déshydratation sévère, évaluer les soins appropriés à dispenser au résident, et ce, dans le respect de sa condition, de son NIM et des bénéfices potentiels de l'intervention selon les équipements et les compétences disponibles.
- Si détérioration de l'état clinique après 48 h, discuter avec le résident ou la famille du mauvais pronostic et ouvrir le dialogue sur les soins de confort offerts sur place, dans un environnement familier et adapté, dispensé par du personnel soignant qui le connait.
- **Si un transfert hospitalier est envisagé (critères de sévérité énumérés plus haut), vous devez toujours communiquer avec le médecin du centre receveur avant le transfert.**

2. Soins de confort (ou soins palliatifs intensifs)

- Cesser la médication orale, selon le jugement clinique.
- Assurez les soins de base (positionnement, soins buccaux, hygiène, sonde urinaire si globe vésical, etc.).
- Oxygénothérapie normalement non indiquée, peut être administrée pour confort seulement.
- L'hydratation intraveineuse n'offre aucun confort ni autre avantage.
- Les opiacés doivent être prescrits selon les algorithmes de votre milieu (ou consulter l'ANNEXE 5 : Lettre aux omnipraticiens – Équivalence médicaments pour détresse respiratoire ou encore l'outil suivant Mini-Guide Palli-Science (palli-science.com) si non disponible). Privilégier des doses régulières (au 4 h) avec des entre-doses pour assurer un niveau de confort stable. Ajuster selon l'évolution et le confort.
- Les détresses respiratoires peuvent parfois évoluer très rapidement. Il pourrait être indiqué de prescrire un protocole de détresse respiratoire d'emblée à tous les patients COVID-19 en fin de vie pour éviter les délais lors de la survenue d'inconfort. Une vigie serrée des symptômes respiratoires est essentielle pour assurer le confort. Il est important de s'assurer d'avoir sur l'unité les médicaments du protocole de détresse en quantité suffisante pour favoriser l'administration rapide. (ANNEXE 4 : Exemple de protocole de détresse respiratoire aiguë).
- Lorsque le patient est en soins palliatifs, il est possible pour la famille proche de rendre visite à la personne en soins de fin de vie. 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. Vous référer à la Directives sur les soins palliatifs et de fin de vie en période de pandémie de la COVID-19 du MSSS.

Guérison et prise en charge du déconditionnement

1. Pour la levée des mesures d'isolement des résidents lors du rétablissement (responsabilité attitrée à l'équipe PCI), cela dépend de la présentation de la maladie (légère ou sévère) ou de son statut d'immunosupprimé ou non. Pour consulter les mesures complètes, vous référer à la section « Durée des mesures » du document de l'INSPQ SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue

durée pour aînés. Pour la définition d'une condition d'immunosuppression, vous référer à celle décrite par l'INESSS dans son rapport COVID-19 et personnes immunosupprimées.

2. La période qui suit la guérison devra inclure la prise en charge du déconditionnement post-infection. Il vous est suggéré de suivre les recommandations mises en place dans vos milieux pour s'assurer que le plan de prévention en lien avec l'immobilisation et le déconditionnement des résidents en CHSLD est appliqué. Vous référer également à Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie du MSSS.

CODE bleu dans les CHSLD (arrêt cardiorespiratoire)

Le MSSS a émis des directives concernant la réanimation cardiorespiratoire pour tous les milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux dans le contexte pandémique. Veuillez consulter le Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19 pour tous les milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux du MSSS

Constat de décès

Bulletin de décès SP-3

Lors d'un décès, le constat de décès est fait par le médecin ou par tout autre professionnel de la santé dûment formé et habilité à le faire, et un bulletin de décès SP-3 doit être rempli (ANNEXE 7 : Bulletin de décès SP-3 et exemples types). Certains établissements ont élaboré une procédure pour les constats de décès à distance. Pour connaître cette procédure propre à votre milieu, veuillez vous informer auprès de la Direction des services professionnels.

Lorsque vous remplissez le bulletin de décès SP-3 à la section « *Causes du décès* » (case 22), vous devez inscrire COVID-19 si le résident est un cas confirmé (par laboratoire ou par lien épidémiologique) ou un cas suspecté[1] lorsque le décès survient en cours d'épisode aigu (voir les particularités à l'ANNEXE 8 : Directives et algorithme décès COVID-19) **ou** s'il est lié à une séquelle tardive de la COVID-19.
Il est important de maîtriser le concept « épisode aigu » ainsi que les définitions de « cas confirmés » et de « cas suspectés » comme celles-ci sont décrites à l'*Annexe - Guide de saisie Décès COVID-19 de la* Directive sur les déclarations des décès liés à la COVID-19 aux directions de santé publique régionales.

Puisque la COVID-19 est une maladie à déclaration obligatoire (MADO) [Directive sur la déclaration obligatoire de tous les cas de COVID-19], il est également important de cocher « OUI » dans la case 27 « *Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire* ».

[1] Un cas sous investigation (prélèvement pré ou post mortem) est un cas suspecté : inscrire « *en attente de résultat* » dans les lignes de la case 22.

Déclaration à la Direction de santé publique

Formulaire K-27

Les auteurs des bulletins SP-3 ou les établissements se doivent de déclarer les décès à la Direction de santé publique de la région de résidence des personnes décédées, et ce, via le formulaire K-27 [https://k27.pub.msss.rtss.qc.ca/DeclarerDeces.aspx]. Le médecin a l'obligation de déclarer tous les décès qui sont reliés à la COVID-19 ou suspectés de l'être. Il ne peut pas déléguer la décision de déclarer le décès, mais il peut déléguer la complétion du formulaire K-27.

Il est à noter que le formulaire contient un champ pour y inscrire tout commentaire jugé pertinent aux fins des interventions de santé publiques[1]

- Directive sur les déclarations des décès liés à la COVID-19 aux directions de santé publique régionales.
    - Veuillez-vous référer à l'*Annexe - Guide de saisie Décès COVID-19* pour connaître les consignes de saisie du formulaire K-27.
- ANNEXE 8 : Directives et algorithme décès COVID-19
- Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19 de l'INSPQ (surveillez les mises à jour).

Formulaire MADO

Vous devez également remplir le Formulaire de déclaration d'une maladie/infection/intoxication à déclaration obligatoire (MADO) selon la Loi sur la santé publique (AS-770_DT9070).

Prise en charge des corps

Pour la prise en charge des corps des résidents COVID-19 positifs ou suspectés, veuillez consulter la section « Gestion de la dépouille » du Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19 de l'INSPQ.

Soutien psychologique

Pour un soutien psychologique en cette période plutôt intense, vous pouvez communiquer en tout temps avec le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) ou votre Programme d'aide aux employés (P.A.E).

[1] Pour un cas suspecté : Inclure les motifs justifiant la suspicion de COVID-19, tels que le tableau clinique, la nature du lien épidémiologique avec un cas confirmé ou tout autre élément circonstanciel que vous jugez pertinent à l'enquête épidémiologique (ex. : milieu en éclosion) [*Annexe - Guide de saisie Décès COVID-19* de la Directive sur les déclarations des décès liés à la COVID-19 aux directions de santé publique régionales].

Ressources Web utiles

1. ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE. *Carrefour de l'ACPM sur la COVID-19,* [En ligne], mis à jour le 23 décembre 2020. [https://www.cmpa-acpm.ca/fr/covid19].

2. CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL. *COVID-19 – Particularités gériatriques – Guide de soins et revue de la littérature*, 19 avril 2020, [en ligne]. [https://www.chudequebec.ca/getmedia/46c08b7f-bba0-4339-9ddd-a8b9eb3f533a/Guide-COVID-19-Particularites-geriatriques-CHU-M-2020-04-13.aspx]. (Consulté le 9 janvier 2021).

3. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Bienvenue sur le site du Collège des médecins du Québec*, [En ligne]. [http://www.cmq.org/].

4. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication : guide d'exercice,* [En ligne], 2015. [http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf?t=1611032116808]. (Consulté le 9 janvier 2021).

5. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Le médecin*, [En ligne], mis à jour le 16 décembre 2020. [http://www.cmq.org/page/fr/rappel-important-sur-les-niveaux-de-soins.aspx]. (Consulté le 10 janvier 2021).

6. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Rappel important sur les niveaux de soins*, [En ligne], mis à jour le 16 décembre 2020. [http://www.cmq.org/page/fr/rappel-important-sur-les-niveaux-de-soins.aspx]. (Consulté le 10 janvier 2021).

7. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Utilisation de plateformes Web pour la consultation médicale : derrière l'écran, de vrais patients!*, [En ligne], mis à jour le 17 avril 2019. [http://www.cmq.org/page/fr/utilisation-de-plateformes-web-pour-la-consultation-medicale.aspx]. (Consulté le 10 janvier 2021).

8. COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE DES MÉDECINS EN CHSLD (CPMC). *Pour l'échange de connaissances, le soutien des meilleures pratiques et la promotion des soins de longue durée au Québec*, [En ligne], 2020. [https://cpmchsld.ca/].
    - ZHANG, S., J. CHABOT, et A. DOUSSAU. *« Guide COVID-19 pour les médecins en CHSLD »*, mis à jour le 24 décembre 2020, [En ligne]. [https://docs.google.com/document/d/1aqY84tYB0ZRyZkFVBr0a7VlNaeY7KenDJD9wJPI13LE/edit]. (Consulté le 9 janvier 2021).
    - ZHANG, S. *« Préparation et gestion COVID-19 : Top 10 + Checklists »*, [En ligne]. [https://docs.google.com/spreadsheets/d/1x8uLA3JyU9Zx8zGaqFF1RgKPNf13rQxa8AZtsRlT7Cc/edit#gid=1292686759]. (Consulté le 9 janvier 2021).
    - CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. *« Ordonnance médicale pour les cas COVID-19 en milieu extrahospitaliers »*, 27 avril 2020, mis à jour le 12 novembre 2020, [En ligne].

[https://drive.google.com/file/d/1eiE6ESen5rPFM6jN6gKMxd6XWvwT14J1/view]. (Consulté le 9 janvier 2021).

- *Fin de vie en contexte de pandémie,* 12 avril 2020, [Vidéo]. [https://www.youtube.com/watch?v=J3HBdYTeZpA&feature=youtu.be]. (Consulté le 9 janvier 2020).
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. *« Ordonnance médicale pour les soins de fin de vie pour résidents dans le contexte de la pandémie COVID-19 – Hébergement et réadaptation*, 17 avril 2020, [En ligne]. [https://drive.google.com/file/d/1jwirpeKz5k4K6cunvZ10ZsxWurHKv067/view]. (Consulté le 9 janvier 2021).
- ROYER-PERRON, E., et Y.S. SON. *« Fin de vie – contexte COVID+ ou suspicion COVID – Outil pour les médecins »*, 19 avril 2020, [En ligne]. [https://drive.google.com/file/d/1Fy3skm3DHZqL2IxKwNw3wiV8iTDFYH4M/view]. (Consulté le 9 janvier 2021).

9. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC – FORMATION CONTINUE PARTAGÉE. *Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial*, [En ligne]. [https://fcp.rtss.qc.ca/ena-login/index.html].

10. FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC. *Section Coronavirus (COVID-19)*, [en ligne], 2021. [https://www.fmoq.org/pratique/coronavirus/].

11. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Lavage des mains*, [En ligne], mis à jour le 11 décembre 2020. [https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/prevention-des-accidents-des-lesions-et-des-maladies/lavage-des-mains/]. (Consulté le 9 janvier 2021).

12. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Centre d'expertise et de référence en santé publique*, [En ligne], 2020. [https://www.inspq.qc.ca/].

13. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *COVID-19 : Mesures exceptionnelles pour les équipements de protection individuelle lors de pandémie*, [En ligne], 24 avril 2020, version 2.0. [https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19] (Consulté le 10 janvier2021).

14. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *COVID-19 : Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19*, [En ligne], 4 septembre 2020, version 4.1. [https://www.inspq.qc.ca/publications/2975-guide-gestion-deces-covid19] (Consulté le 10 janvier2021).

15. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspects ou confirmés COVID-19*, [En ligne], mis à jour le 26 novembre 2020, version 3.1. [https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19] (Consulté le 10 janvier2021).

16. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoires*, [En ligne], 13 septembre 2018. [https://www.inspq.qc.ca/publications/2439]. (Consulté le 20 janvier 2021).

17. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Prévention et contrôle des infections*, 2021, [En ligne], mis à jour le 15 janvier 2021. [https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections]. (Consulté le 20 janvier 2021).

18. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *SRAS-CoV-2 : Mesures* de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins, [En ligne], mis à jour le 3 décembre 2021. [https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19]. (Consulté le 21 janvier 2021).

19. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés*, 2021, [En ligne], mis à jour le 7 janvier 2021. [https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19]. (Consulté le 20 janvier 2021)

20. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *COVID-19 et corticostéroïdes systémiques*, [En ligne], 23 octobre 2020. [https://www.inesss.qc.ca/covid-19/traitements-specifiques-a-la-covid-19/corticosteroides.html]. (Consulté le 20 janvier 2021).

21. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *COVID-19 et personnes immunosupprimées*, [En ligne], 24 septembre 2020. [https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/personnes-immunosupprimees-mise-a-jour-completee-le-24-09-2020.html#c4919]. (Consulté le 21 janvier 2021).

22. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *COVID-19 et réanimation cardiorespiratoire (RCR) en contexte hors-hospitalier*, [En ligne], 3 décembre 2020. [https://www.inesss.qc.ca/covid-19/alternatives-de-traitements-en-contexte-de-pandemie/reanimation-cardiorespiratoire-rcr-en-contexte-hors-hospitalier.html]. (Consulté le 21 janvier 2021).

23. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX. *COVID-19 et risques thrombotiques*, [En ligne], 23 juin 2020. [https://www.inesss.qc.ca/covid-19/presentations-cliniques/risques-thrombotiques.html]. (Consulté le 20 janvier 2021).

24. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Comité directeur clinique COVID-19*, [En ligne], mis à jour le 27 août 2020. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002786/]. (Consulté le 20 janvier 2021).

26. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Coronavirus (COVID-19)*, [En ligne], mis à jour le 23 décembre 2020. [https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/]. (Consulté le 10 janvier 2021).

27. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *COVID-19 pour les professionnels*, [En ligne], 2021. [https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/].

28. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19 – Réaffectation des effectifs médicaux*, [En ligne], mis à jour le 23 octobre 2020. [https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/reaffectation-des-effectifs-medicaux/]. (Consulté le 21 janvier 2021).

29. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directive sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 à l'intention des travailleurs de la santé*, Directive no : DGSP-010, [En ligne], mis à jour le 14 janvier 2021. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002869/]. (Consulté le 22 janvier 2021).

30. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directive sur la déclaration obligatoire de tous les cas de COVID-19*, Directive no : DGSP-008, [En ligne], mis à jour le 5 janvier 2021. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002852/]. (Consulté le 22 janvier 2021).

31. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directive sur les déclarations des décès liés à la COVID-19 aux directions de santé publique régionales*, Directive no : DGSP-004, [En ligne], 30 décembre 2020. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002845/]. (Consulté le 22 janvier 2021).

32. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *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*, Directive no : DGAPA-019, [En ligne], mis à jour le 21 janvier 2021. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002872/?&txt=DGAPA-019&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC]. (Consulté le 22 janvier 2021).

33. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directive sur l'utilisation des tests selon le palier d'alerte*, Directive no : DGSP-001, [En ligne], mis à jour le 8 octobre 2021. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002853/]. (Consulté le 20 janvier 2021).

35. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*, Directive no : DGAPA-007, [En ligne], mis à jour le 30 octobre 2020. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002707/]. (Consulté le 20 janvier 2021).

36. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie*, Directive no : DGAPA-010, [En ligne], 10 novembre 2020. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002719]. (Consulté le 21 janvier 2021).

37. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives sur la couverture médicale dans les milieux de vie pour aînés (CHSLD, RI-RTF, RPA) en contexte de la pandémie de la COVID-19*, Directive no : DGAPA-017, [En ligne], mis à jour le 23 décembre 2020. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002843/]. (Consulté le 20 janvier 2021).

38. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives sur les soins palliatifs et de fin de vie*, Directive no : DGAUMIP-014, [En ligne], 19 janvier 2021. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002865]. (Consulté le 21 janvier 2021).

39. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Directives sur les zones tampons*, Directive no : DGAPA-015, [En ligne], 30 novembre 2020. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002788/]. (Consulté le 21 janvier).

40. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Formulaire AH-744-DT9261 – Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire*, [En ligne], 2016-01. [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/d57fc1d9eb98eed385257f50005206c7?OpenDocument]. (Consulté le 10 janvier 2021).

41. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Formulaire AS-770-DT9070 – Déclaration d'une maladie/infection/intoxication à déclaration obligatoire (MADO) selon la Loi sur la santé publique*, [En ligne], 2019-06. [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/64631465d0d5c09085256ecf006b4afd?OpenDocument]. (Consulté le 22 janvier 2021).

42. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Formulaire de déclaration de cas COVID-19 décédé*, [En ligne], 2020. [https://k27.pub.msss.rtss.qc.ca/DeclarerDeces.aspx] (Consulté le 25 janvier 2021).

43. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel – À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés*, [En ligne], 16 novembre 2020. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002748/]. (Consulté le 10 janvier 2021).

44. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Infolettres – Directives COVID-19*, [En ligne], mis à jour le 12 janvier 2021. [https://www.msss.gouv.qc.ca/abonnement/?l=directives-covid]. (Consulté le 20 janvier 2021).

45. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Niveaux de soins – Niveaux d'intervention médicales (NIM) : Parlons-en dans le contexte de la pandémie de COVID-19 – Coffre à outils pour la conversation avec les personnes vivant dans la communauté*, [En ligne], 24 avril 2020. [https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/4-2_PJ_Coffre_a_outils_NIM_%20parlons-en_2020-04-24.pdf]. (Consulté le 10 janvier 2021).

46. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Présentations cliniques INESSS*, [En ligne], mis à jour le 30 novembre 2020. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002721/]. (Consulté le 9 janvier 2020).

47. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19 pour tous les milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux*, [En ligne], mis à jour le 29 mai 2020. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002512/]. (Consulté le 10 janvier 2020).

48. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Tableaux : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte en lien avec la COVID-19*, Directive no : DGAPA-001, [En ligne], mis à jour le 13 novembre 2020. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002741/]. (Consulté le 20 janvier 2021).

49. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Trajectoires pour les personnes en provenance d'un centre hospitalier, d'un milieu de réadaptation ou de la communauté vers différents milieux de vie et d'hébergement*, Directive no : DGAPA-005, [En ligne], 11 décembre 2020. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002756/?&txt=dgapa-005&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC]. (Consulté le 10 janvier 2021).

50. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. Vaccination contre la COVID-19, 2021, [En ligne], mis à jour le 20 janvier 2021. [https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/vaccination-contre-la-covid-19/]. (Consulté le 22 janvier 2021).

51. PALLI-SCIENCE. *Site québécois de formation en soins palliatifs et oncologie de première ligne*, [En ligne], 2005-2021. [https://palli-science.com].
    - *Mini-guide Palli-Science – Outil pour la prise charge de résidents en soins palliatifs*, 21e édition, 2020, [En ligne]. [http://pdf.palli-science.com/books/zdeq/]. (Consulté le 9 janvier 2021).

ANNEXE 1 : 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

- Signes et symptômes les plus fréquents
  - ✓ Fièvre
  - ✓ Toux sèche

- Autres symptômes possibles
  - ✓ Essoufflement
  - ✓ Fatigue
  - ✓ Perte d'odorat (anosmie) sans congestion nasale
  - ✓ Perte du goût

SYMPTÔMES ATYPIQUES GÉRIATRIQUES POSSIBLES

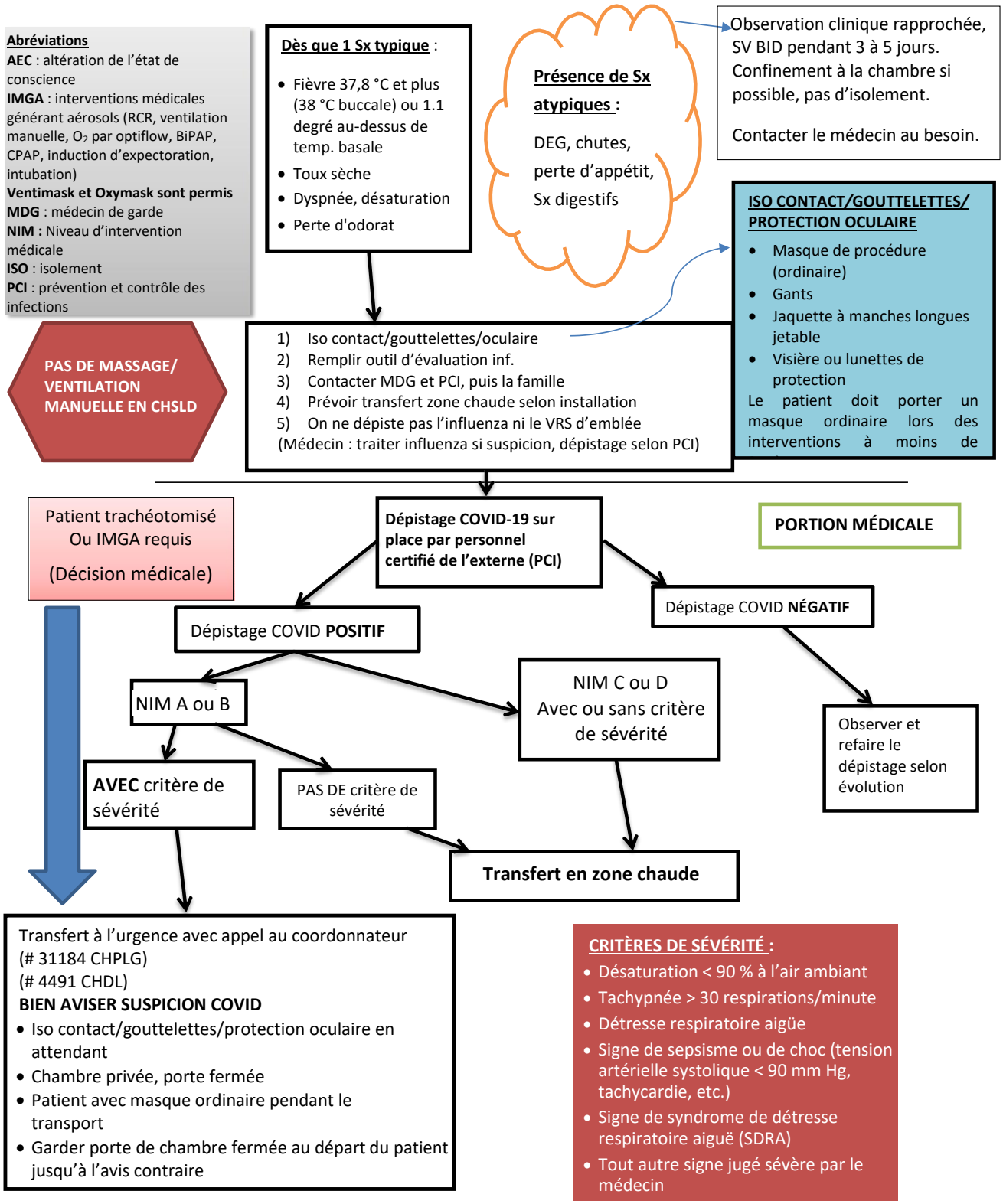
- Changement soudain de l'état mental
  - ✓ Plus confus
  - ✓ Plus somnolent
  - ✓ « On ne le reconnaît plus »
  - ✓ Ne sait plus comment utiliser ses affaires

- 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 2 : Algorithme décisionnel des cas suspects à la COVID-19 en CHSLD



Modèle proposé par Dre Julie Deschambeault, Dre Nadine Gauthier et Mme Annick Larose, 1er janvier 2021_v9. (Reproduit avec l'autorisation des autrices)

ANNEXE 3 : Chambres doubles ou multiples – Directives pour l'isolement des cas suspectés ou confirmés de la COVID-19 en CHSLD

Tenter de transférer les résidents en chambre individuelle. En attendant :

- Garder une séparation d'au moins 2 mètres entre les résidents;
- Dresser un rideau entre les résidents;
- Utiliser une chaise d'aisance pour le résident symptomatique.

ANNEXE 4 : Exemple de protocole de détresse respiratoire aiguë

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
Québec

LN0033

PROTOCOLE DE DÉTRESSE EN FIN DE VIE

Cette prescription est au dossier du client en PRN. Il est administré selon l'évaluation de l'infirmière.
Le midazolam est le premier médicament à être administré, puis le narcotique et la scopolamine dans une même seringue pour la deuxième injection (ce protocole peut également être administré dans trois seringues différentes selon le contexte).

INDICATIONS :

- ☐ Détresse respiratoire (tachypnée supérieure à 28R/min, tirage, anxiété sévère, agitation, panique, impression de mort imminente, cyanose, sécrétions bronchiques, effort marqué afin de prononcer 2 ou 3 mots).
- ☐ Autre indication : _____ (hémorragie, douleur réfractaire).

MÉDICAMENTS :

Seringue #1 MIDAZOLAM (5mg/mL) Versed

Selon les prescriptions actuelles	Prescription
Benzodiazépine PRN ou DIE ou poids inférieur à 70 kg	☐ 5 mg SC
Benzodiazépine supérieur à DIE ou poids supérieur à 70 kg	☐ 10 mg SC
Benzodiazépine PRN à haute dose ou tolérance excessive aux benzodiazépines	☐ 15 mg SC ☐ 20 mg SC

Seringue #2 SCOPOLAMINE (0,6mg/mL)

Peut être combinée avec le narcotique dans la même seringue	Prescription
	☐ 0,4 mg SC
	☐ 0,6 mg SC
	☐ 0,8 mg SC

Seringue #3 NARCOTIQUE Selon les prescriptions actuelles de narcotiques SC q 4h réguler ou l'équivalent

MORPHINE	Prescription
Morphine de 0 à 5 mg SC	☐ 5 mg SC
Morphine supérieur à : 5 à 10 mg SC	☐ 10 mg SC
Morphine supérieur à : 10 à 30 mg SC	☐ 15 mg SC ou
Morphine supérieur à : 30 mg SC	_____mg SC

HYDROMORPHONE	Prescription
Hydromorphone de 0 à 1 mg SC	☐ 1 mg SC
Hydromorphone supérieur à : 1 à 2 mg SC	☐ 2 mg SC
Hydromorphone supérieur à : 2 à 4 mg SC	☐ 3 mg SC
Hydromorphone supérieur à : 4 mg SC	_____mg SC

Fentanyl timbre cutané	Prescription/ morphine	Prescription/ hydromorphone
0 à 25 mcg/h	☐ 5 mg SC	☐ 1 mg SC
Supérieur à : 25 à 50 mcg/h	☐ 10 mg SC	☐ 2 mg SC
Supérieur à : 50 à 100 mcg/h	☐ 15 mg SC	☐ 3 mg SC
Supérieur à : 100 mcg/h	_____mg SC	_____mg SC

APPLICATION DU PROTOCOLE

- ☐ x 1 dose et aviser le médecin
- ☐ Répétable aux 20 minutes SI BESOIN AD SÉDATION MAX 3 DOSES ET AVISER LE MÉDECIN

Signature: _____ Date _____ (aaaa/mm/j) Heure : _____ (hh:mm)

LN0033 (2018-11-01) **PROTOCOLE DE DÉTRESSE EN FIN DE VIE** Dossier médical D.I.C.: 3-4-1 Page 1 de 1

ANNEXE 5 : Lettre aux omnipraticiens – Équivalence médicaments pour détresse respiratoire

Bonjour chères collègues et chers collègues,

La situation actuelle nous mène à devoir nous préparer à répondre à une demande croissante en soins de fin de vie. Dans l'éventualité où l'équipe de soins palliatifs ne serait pas en mesure de répondre à la demande de tous, je vous envoie un **guide** d'utilisation des médicaments en soins palliatifs, plus particulièrement ceux utilisés pour des symptômes respiratoires. Les complications actuelles du COVID-19 semblent être insuffisance respiratoire, IRA, choc septique et CMP virale. Certains d'entre vous sont possiblement déjà à l'aise, tant mieux si vous n'avez pas besoin de ce rappel. Pour les autres, ça donne une base. Nous resterons bien sûr disponibles pour toute question.

- **Dyspnée**
  - Utiliser en priorité les **narcotiques**
    1) ***Dilaudid*** 0,5 mg s/c q4h régulier + q1h PRN (*privilégier re : difficulté d'approvisionnement avec morphine s/c*)
       - On peut augmenter les doses régulières par bond de 0,5 mg à 1 mg s/c.
       - Dose de PRN : 50 % de la dose régulière q4h.
    2) ***Morphine*** 2,5 mg s/c q4h reg + 2,5 q1h PRN
       - On peut augmenter les doses régulières par bond de 2,5 à 5 mg.
       - Dose de PRN : 50 % de la dose régulière q4h.

       *S'il venait à manquer de morphine s/c, la **voie bucco-gingivale pourrait** être utilisée avec du sirop de morphine 5 mg/mL. Les doses de départ seraient alors de 10 mg transgingivale q4h reg + q1h PRN.*

  - Les **benzodiazépines** peuvent aussi être utilisées (*Attention difficulté d'approvisionnement avec l'ativan s/c et le versed s/c*)
    1) ***Ativan*** *p.o.* à privilégier dans le contexte : 0,5 mg p.o. q6h reg + q4h PRN
    2) ***Ativan*** 0,5 mg s/c q 6h régulier + q4h PRN
    3) ***Versed*** 2,5 mg s/c q4h régulier + q2h PRN (Efficace plus rapidement mais tachyphylaxie lorsque dose > 20 mg/24h, donc à utiliser en fin de vie)
    4) *S'il venait à manquer d'ativan et de versed s/c, la **voie bucco-gingivale** pourrait être utilisée avec des comprimés d'ativan s/l, même dose.*

- **Râles**
    - Si surcharge/épanchement, débuter avec ***lasix*** 40 mg s/c (20 mg dans chaque épaule) q30 minutes jusqu'à disparition des symptômes (maximum 3 doses, cesser si inefficace)
        1) Peut être répété q8h si efficace
    - Robinul 0,4 mg s/c q4h (inutile d'augmenter q2h)
    - Scopo 0,6 mg s/c q4h (inutile d'augmenter q2h pour les râles sauf si effet sédatif souhaité)

- **Sédation**
    - Si des difficultés d'approvisionnement avec l'ativan s/c et le versed sont éprouvées, éviter ces molécules et utiliser :
    - ***Nozinan*** 12,5 mg s/c q4h reg
    - ***Scopo*** 0,4 mg s/c q4h reg

- Le **protocole de détresse** est disponible dans tous les bureaux de médecin.
    - *** *Scopo* 0,4 mg s/c dans le protocole, peu importe la dose régulière ***
      (sinon risque de tachyphylaxie)

D^{re} Marianne St-Germain, chef de service de soins palliatifs, Hôpital Pierre Le Gardeur
(Reproduit et mis à jour avec l'autorisation de l'autrice)

ANNEXE 6 : Protocole de réanimation simplifié de la COVID-19

Pour tous les milieux de soins prenant en charge des usagers hors des hôpitaux

Principes directeurs :

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

Quoi faire en présence d'une personne faisant un ACR?

1. Demander de l'aide.
2. Appeler le 911; et mentionner si l'urgence se trouve en zone rouge.
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 ou vous assister par téléphone.
5. Porter des gants, un masque chirurgical, une blouse et une protection oculaire.
6. Mettre un masque chirurgical à la personne en ACR. Si un masque n'est pas à la portée de l'intervenant, celui-ci peut mettre un linge ou un vêtement pour lui couvrir la bouche et le nez.
    - Si disponible, un masque à oxygène sans réinspiration peut être utilisé au lieu du masque de procédure et ainsi fournir une oxygénation passive.
7. Commencer le massage cardiaque immédiatement s'il y a un délai avant l'arrivée du défibrillateur.

8. Installer les pads de défibrillation à la personne. Si les chocs sont recommandés, procéder à la défibrillation en suivant les indications du défibrillateur.
9. Débuter ou poursuivre le massage cardiaque et si utilisé, suivre les indications du défibrillateur jusqu'à l'arrivée des secours.
10. La ventilation active avec un ballon-masque peut être considérée selon le niveau d'expérience de l'intervenant, la disponibilité du matériel de ventilation et de protection et du nombre d'intervenants requis pour cette manœuvre.
11. Poursuivre les soins selon le niveau de compétence jusqu'à ce que les secours (ex. : paramédics) prennent en charge les soins ou que la victime commence à bouger.
12. Une fois les manœuvres terminées, le matériel de protection doit être disposé de manière sécuritaire afin de visant à réduire les risques d'infection.

Pour informations complémentaires, veuillez consulter le rapport COVID-19 et réanimation cardiorespiratoire (RCR) en contexte hors-hospitalier produit par l'INESSS.

ANNEXE 7 : Bulletin de décès SP-3 et exemples types

a) Aperçu du formulaire complet

Québec

Une réalisation de :
- Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Institut de la statistique

SP-3
Bulletin de décès

Bien vouloir remplir le formulaire en lettres moulées avec un stylo ou à la machine à écrire. Appuyer fortement.

LIEU DU DÉCÈS

1. Nom de l'installation où a eu lieu le décès

2. Code d'installation

3. Adresse de l'endroit où a eu lieu le décès (n°, rue, municipalité, province ou pays

Code postal

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE (Inscrire le nom de famille et le(s) prénom(s) selon l'acte de naissance)

4. Nom de famille

6. N° d'assurance maladie

5. Prénom usuel

7. Date de naissance

8. Âge au décès ▶ Si âgé(e) de plus d'un an | Si âgé(e) de moins d'un an | Si âgé(e) de moins de 24 heures | Si âgé(e) de moins de 7 jours, donner le poids à la naissance en grammes

9. État matrimonial
Célibataire (jamais marié (e)) | Divorcé (e)
Marié (e) | Séparé (e) légalement
Veuf (ve)

10. Lieu de naissance (province ou pays)

11. Langue d'usage à la maison
Français | Anglais | Autre (préciser)

12. Nom du (de la) conjoint (e) de la personne décédée

13. Si la personne décédée était mariée, indiquer l'âge de son (sa) conjoint (e)

14. Adresse du domicile de la personne décédée
N° | Rue | Municipalité, province ou pays | Code postal

15. Nom de famille de la mère (selon l'acte de naissance)

16. Prénom usuel de la mère

17. Nom de famille du père

18. Prénom usuel du père

CERTIFICATION MÉDICALE DU DÉCÈS

19. Date et heure du décès

20. Sexe de la personne décédée
Masculin | Féminin | Indéterminé

21. Avis au coroner (voir l'aide-mémoire au verso de la copie 1)
Oui | Non

22. Causes du décès

Intervalle approximatif entre le début étiologique et le décès ▼

1. **Maladie ou affection morbide** ayant directement provoqué le décès*

   Antécédents. Affections morbides ayant éventuellement conduit à l'état précité, l'affection morbide initiale étant indiquée en dernier lieu

   a) _____ due à *(ou consécutive à)*
   b) _____ dues à *(ou consécutives à)*
   c) _____ dues à *(ou consécutives à)*
   d) _____ *(cause initiale)*

2. **Autres états morbides importants** ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué

** Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.*

23. Y a-t-il eu autopsie?
Oui | Non

Si oui, la certification de la cause du décès tient-elle compte de l'information fournie par l'autopsie?
Oui | Non

24. Présence de radio-isotopes
Oui | Non

25. S'il s'agit d'une femme, le décès est-il survenu au cours d'une grossesse ou dans les 42 jours?
Oui | Non

26. Si mort violente, cocher *À DES FINS STATISTIQUES SEULEMENT*
Accident | Suicide | Homicide

27. Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire
Oui | Non | Préciser

28. Lieu (ferme, usine, etc.) et circonstances (noyade, strangulation, etc.)

29. Qualité de l'auteur de la certification médicale
Médecin | Coroner | Autre

30. Nom de famille et prénom usuel de l'auteur de la certification médicale

31. N° de téléphone où l'auteur peut être rejoint

32. Adresse (n°, rue, municipalité, province)

Code postal

J'ai rédigé au meilleur de ma connaissance les causes et les circonstances du décès de cette personne. Les renseignements colligés sont transmis à l'Institut de la statistique du Québec, au ministère de la Santé et des Services sociaux, au directeur de funérailles, à Statistique Canada, au Directeur de l'état civil ainsi qu'aux autorités responsables des données de l'état civil de la province de résidence de la personne décédée s'il y a lieu. Les renseignements transmis sont soumis aux conditions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, sauf en ce qui concerne le Directeur de l'état civil et l'autorité responsable des données civiles de la province de résidence de la personne décédée s'il y a lieu qui ne sont pas assujettis à cette loi. Les conditions sont énumérées au verso de la page 2.

33. Signature de l'auteur de la certification médicale
X

34. Date de la signature

35. Si médecin, n° de permis de la Corp. des médecins

DISPOSITION DU CORPS / DIRECTEUR DE FUNÉRAILLES

36. Mode de disposition
Inhumation | Étude de l'anatomie
Crémation | Transport à l'extérieur du Québec

37. Nom de la maison funéraire

38. N° de permis (dir. de funérailles)

39. Adresse de la maison funéraire (n°, rue, municipalité, province ou pays)

Code postal

40. Date de la prise en charge

41. Nom et prénom du représentant de la maison funéraire

42. Signature du représentant
X

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Institut de la statistique du Québec

SP-3 (2008-03)

1 – INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC

b) Exemple lors d'un décès dû à la COVID-19 (extrait)

CERTIFICATION MÉDICALE DU DÉCÈS

19. **Date** et **heure** du décès

20. Sexe de la personne décédée
Masculin Féminin Indéterminé

21. Avis au coroner (voir l'aide-mémoire au verso de la copie 1) Oui Non

22. Causes du décès

Intervalle approximatif entre le début étiologique et le décès ▼

1. **Maladie ou affection morbide** ayant directement provoqué le décès*

a) COVID-19
due à *(ou consécutive à)*

Antécédents. Affections morbides ayant éventuellement conduit à l'état précité, l'affection morbide initiale étant indiquée en dernier lieu

b) ____
dues à *(ou consécutives à)*

c) ____
dues à *(ou consécutives à)*

d) ____
(cause initiale)

2. **Autres états morbides importants** ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoquée

TNCM

** Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.*

23. Y a-t-il eu autopsie?
Oui Non

Si oui, la certification de la cause du décès tient-elle compte de l'information fournie par l'autopsie?
Oui Non

24. Présence de radio-isotopes
Oui Non

27. Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire
X Oui Non Préciser

25. S'il s'agit d'une femme, le décès est-il survenu au cours d'une grossesse ou dans les 42 jours?
Oui Non

26. Si mort violente, cocher
À DES FINS STATISTIQUES SEULEMENT
Accident Suicide Homicide

28. Lieu (ferme, usine, etc.) et circonstances (noyade, strangulation, etc.)

c) Exemple lors d'un décès lié à une conséquence due à la COVID-19 (extrait)

CERTIFICATION MÉDICALE DU DÉCÈS

19. **Date** et **heure** du décès

20. Sexe de la personne décédée
Masculin Féminin Indéterminé

21. Avis au coroner (voir l'aide-mémoire au verso de la copie 1) Oui Non

22. Causes du décès

Intervalle approximatif entre le début étiologique et le décès ▼

1. **Maladie ou affection morbide** ayant directement provoqué le décès*

a) Insuffisance rénale aiguë
due à *(ou consécutive à)*

Antécédents. Affections morbides ayant éventuellement conduit à l'état précité, l'affection morbide initiale étant indiquée en dernier lieu

b) IRC
dues à *(ou consécutives à)*

c) COVID-19 resolu en date du
dues à *(ou consécutives à)*

d) ____
(cause initiale)

2. **Autres états morbides importants** ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoquée

** Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.*

23. Y a-t-il eu autopsie?
Oui Non

Si oui, la certification de la cause du décès tient-elle compte de l'information fournie par l'autopsie?
Oui Non

24. Présence de radio-isotopes
Oui Non

27. Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire
X Oui Non Préciser

25. S'il s'agit d'une femme, le décès est-il survenu au cours d'une grossesse ou dans les 42 jours?
Oui Non

26. Si mort violente, cocher
À DES FINS STATISTIQUES SEULEMENT
Accident Suicide Homicide

28. Lieu (ferme, usine, etc.) et circonstances (noyade, strangulation, etc.)

ANNEXE 8 : Directives et algorithme décès COVID-19

(Le document qui est présenté ci-après a été produit par la Direction générale des opérations et de la protection en santé publique de la Direction générale de la santé publique du MSSS)

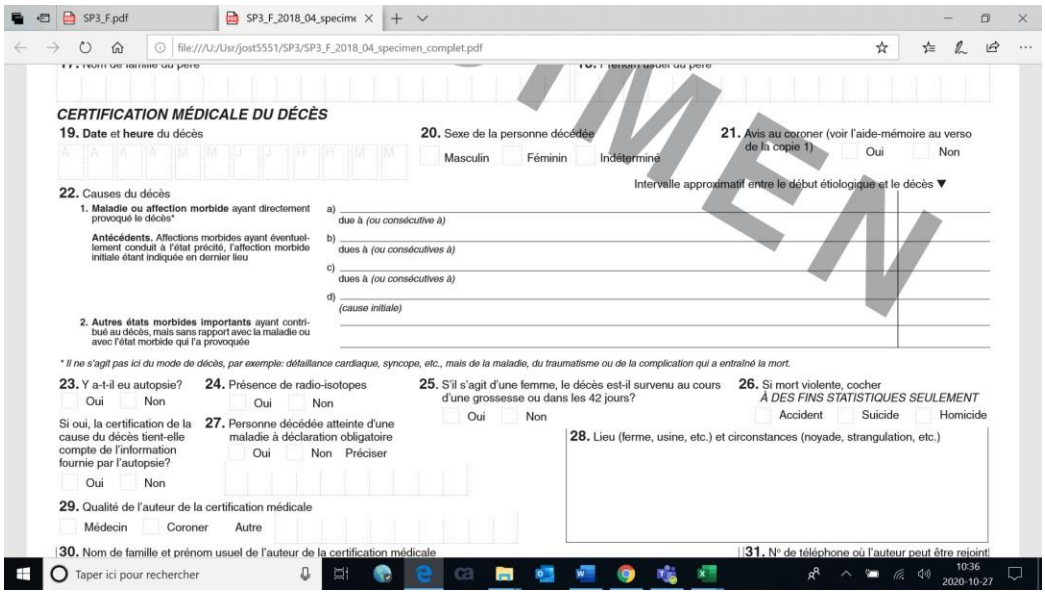
1er décembre 2020

Gestion des décès liés à la COVID-19

ÉTAPE 1- DIRECTIVE POUR LES AUTEURS DES CERTIFICATIONS MÉDICALES (SP-3) ET ÉTABLISSEMENTS

Rappel et directives pour les auteurs des certifications médicales et les établissements :

1. Tous les décès de cas confirmés ou suspectés d'être liés à la COVID-19 doivent être déclarés à la DSPublique de la région de résidence du défunt, via le formulaire K-27, dans la journée de la survenue du décès.
2. Consulter le Guide de gestion des décès liés à la COVID-19[1] (INSPQ) et le Guide de saisie du K-27 du MSSS (p. j.) :
   a. **Pour les auteurs de la certification médicale (SP-3) :**
      - Veuillez consulter les guides mentionnés au point 1 pour connaitre les définitions des décès à déclarer.
      - Il est à noter qu'un K-27 doit être rempli pour :
        - **Les cas actifs ou dont l'épisode aigu est en cours**[2]. La COVID-19 devrait alors être inscrite à la case 22.1. ou 22.2 du SP-3.
          Pour déterminer la période de l'épisode aigu, se référer aux critères de levée d'isolement (voir annexe 1).
        - **Les décès qui surviennent à la suite de séquelles tardives de la COVID-19**, lorsque l'auteur de la certification médicale inscrit la COVID-19 à la case 22.1 ou 22.2 du SP-3, et ce même lorsque l'épisode aigu de la maladie est terminé.

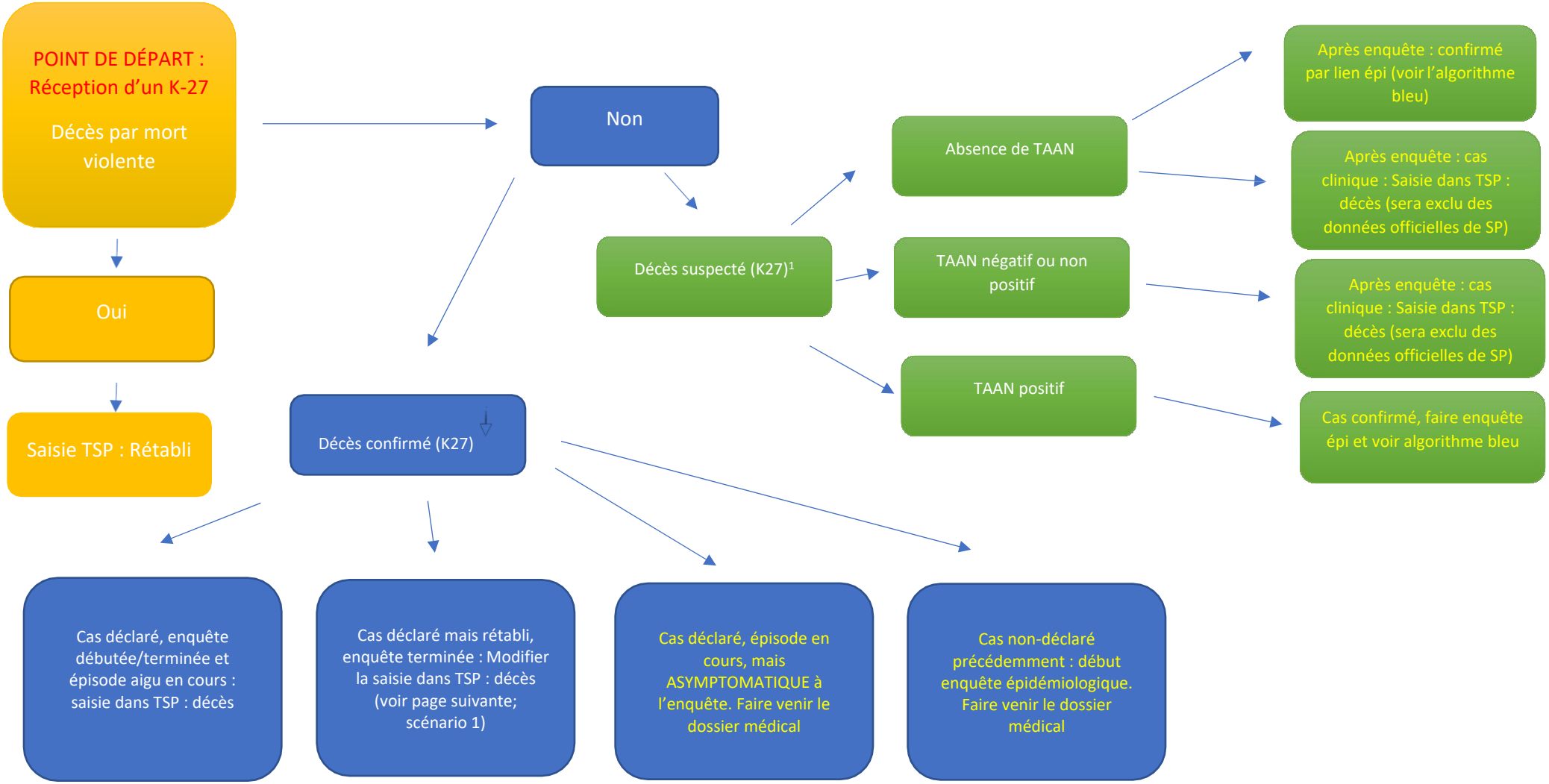


3. La responsabilité de remplir le K-27 incombe à l'auteur de la certification médicale. Toutefois, certains CIUSSS/CISSS ont mis en place un processus afin de déléguer cette responsabilité. Le K-27 doit être rempli dans la journée où survient le décès. Le SP-3 doit être acheminé à l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), selon les procédures habituelles.

[1] Source : Guide de gestion des décès liés à la COVID-19, INSPQ, (https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/COVID/2975-guide-gestion-deces-COVID19.pdf)

1er décembre 2020 Trajectoire de la déclaration des décès liés à la COVID-19

Étape 2 : ALGORITHME POUR LA GESTION DES DÉCÈS COVID-19- DÉCLARÉS PAR K-27



1. Le TAAN peut être réalisé en pré ou post-mortem

1er décembre 2020 Trajectoire de la déclaration des décès liés à la COVID-19

Étape 2 : ALGORITHME POUR LA GESTION DES DÉCÈS COVID-19- DÉCLARÉS PAR K-27

N.B. Valider les décès dans l'indicateur de l'Infocentre. Pour les discordances, faire venir le dossier médical.

Précisions importantes pour les DSPublique

- La validation de la COVID-19 en tant que cause du décès (principale ou secondaire) doit reposer sur le jugement clinique.
- Attentes minimales : Lors de la réception d'un K-27, les nouvelles déclarations (K-27) de décès de cas confirmés non déclarés précédemment ainsi que les décès « suspectés » doivent être enquêtés.
- Les DSPublique doivent vérifier dans l'indicateur de l'Infocentre la concordance entre SP-3 (ISQ) et les données de TSP. Lorsqu'il y a discordance : faire venir le dossier médical et valider. N.B. Des délais dans la réception des SP-3 par l'ISQ sont à prévoir.
- Indicateur des décès COVID-19 de l'Infocentre : Selon les directives définit par l'OMS et utilisés par l'ISQ, les cas confirmés par TAAN devraient être codés U07.1. et les cas confirmés par lien épidémiologique ainsi que les cas cliniques devraient être codés U07.2. Toutefois, il est important de préciser que l'ISQ n'a pas complété son exercice de validation des causes de décès.
- Les cas cliniques sont exclus des données officielles de santé publique, même s'ils sont saisis comme « décédé » dans la section évolution du cas dans TSP (fiche signalétique).

Scénario 1.
Déclaration d'un décès lié à la COVID-19, survenue après l'épisode aigu[3] alors que l'enquête est terminée

- Une personne peut décéder de séquelles tardives de la COVID-19.
- Lorsque vous recevez un K-27 pour un cas que vous aviez classé « rétabli » selon l'algorithme dans TSP; changer l'évolution de ce cas à « décédé » au lieu de « rétabli ». Vérifier dans l'indicateur de l'Infocentre que les données concordent (c'est-à-dire, que la COVID-19 figure bel et bien parmi les causes sur le SP-3). N.B. Des délais dans la réception des SP-3 par l'ISQ sont à prévoir.

Scénario 2.
Les personnes sous investigations (PSI) qui décèdent avant l'obtention du résultat du TAAN ou donc pour lesquelles on effectue un TAAN post-mortem, doivent être déclarées à la DSPublique (k-27), afin que cette dernière puisse faire une enquête épidémiologique et isoler les contacts le cas échéant. Voir l'algorithme (vert) pour la gestion du décès, lorsque le résultat est obtenu.

Scénario3.
La DSPublique consulte l'Indicateur de l'Infocentre pour les décès COVID. Elle voit un décès codé COVID sur les SP-3, alors que dans TSP, cette personne est un contact.

Il s'agit d'un décès suspecté, qui doit être enquêté. L'enquête permettra de déterminer si la personne décédée correspond à la définition de cas confirmé (par lien épidémiologique ou par labo), de cas clinique ou si elle conserve le statut de contact. Si la personne demeure un contact, ne pas saisir son décès dans TSP. Se référer à l'algorithme (bulles en vert).

[3] Voir l'annexe 1 de la définition de la période d'épisode aigu

1er décembre 2020

Gestion des décès liés à la COVID-19

ÉTAPE 3- SAISIE DANS TSP

Directive de saisie pour les décès liés à la COVID-19 :

- La saisie de l'évolution du cas se fait dans la fiche signalétique
- Évolution du cas : Décédé
- Date du décès : se référer au K-27
- Décès lié à une maladie respiratoire : Ce libellé sera modifié dans une prochaine version de la fiche signalétique afin de faciliter la saisie. Entre-temps, inscrire inconnu
- Cause de décès : Inscrire le numéro du SP-3 (commençant par un 3- en haut du K-27). Ce libellé sera modifié dans une prochaine version de la fiche signalétique afin de faciliter la saisie.
- Lieu du décès : sélectionner le bon type de milieu (CH, CHSLD, etc.). Saisir ensuite les coordonnées du milieu. Lorsqu'il s'agit d'un type de milieu pour lequel un référentiel est intégré, saisir le milieu à partir de celui-ci.

Ce décès sera alors comptabilisé parmi les décès liés à la COVID-19 de votre région (à l'exception des cas cliniques).

N.B. Vérifier régulièrement l'indicateur de l'Infocentre pour les discordances entre les décès SP-3 et TSP.

Annexe 1 : Épisode aigu de COVID-19

La période d'épisode aigu de la COVID-19 correspondrait à :

- Période **d'au moins 10 jours** écoulée depuis l'apparition du premier symptôme associé à la COVID-19 (incluant les symptômes non respiratoires).
- Pour les cas ayant eu une maladie sévère (c.-à-d. hospitalisés aux soins intensifs en lien avec la COVID-19), attendre 21 jours plutôt que 10 jours. (incluant les symptômes non respiratoires).
- Pour les cas immunosupprimés, attendre 28 jours plutôt que 10 jours ; toutefois, si deux résultats de TAAN négatifs consécutifs sont obtenus à au moins 24 heures d'intervalle entre les jours 21 et 28, l'isolement peut être levé dès la réception du 2e résultat négatif. (incluant les symptômes non respiratoires).
- Pour les cas confirmés asymptomatiques, la durée de l'isolement est calculée à partir de la date du prélèvement.

Ces 3 périodes de référence sont prolongées tant qu'il n'y a pas résolution des symptômes liés à l'épisode aigu (amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant certains symptômes qui peuvent persister) ET absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétiques)).

La survenue d'un décès durant la période précédant la résolution des symptômes associés à l'épisode aigu constitue un décès durant un épisode aigu de COVID-19.

Santé
et Services sociaux
Québec

20-210-389W

Santé et Services sociaux Québec

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHSLD

Description :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Description : RI

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

Description RTF

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

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

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

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

Résidences privées pour aînés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La zone tampon est une solution de dernier recours et est réservée aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique, incapacité de suivre les consignes) ne permettent pas un isolement à la chambre, et que, l'ensemble du milieu de vie peut être infecté (ex. milieu de vie de type familial).
On doit retrouver dans les zones tampons une zone chaude et une zone tiède. Dans les zones tampons, l'usager peut être considéré admis ou inscrit selon le type de zone.
Ces zones tampons peuvent être situées dans un site non traditionnel (SNT) ou un site traditionnel réaménagé (ST).

- Pour plus de détails, vous pouvez consulter la directive à ce sujet disponible à l'adresse suivante : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgapa-015.pdf

La couverture médicale est nécessaire selon le profil d'usager s'y trouvant. Le choix du site est aussi conditionnel aux besoins en soins et en soutien technique de l'usager.

Différents types de zones tampons :

- Zones tampons de type soins et services où les usagers sont admis : il s'agit d'une ressource transitoire qui offre l'ensemble des services de santé et d'assistance requis par l'usager.
- Zones tampons de type communautaire où la clientèle est inscrite (clientèle RPA, domicile…) est une ressource offrant les services non professionnels (ex. repas, ménage) et certains services professionnels de base. La pharmacie communautaire peut desservir les usagers de cette zone.

Les déclinaisons peuvent être multiples par exemple :

- Zone tampon de type communautaire (sans soins sur places). Type hôtellerie (zone froide ou tiède, chaude avec usagers asymptomatiques) pas d'infirmière sur place.
- Zone tampon avec soins et services. Infirmière sur le site.
- Possibilité d'une unité pour errance (zone tiède – zone chaude) (impossible de retourner dans leur milieu de vie).
- Zone tampon avec soins et services - Type avec unité de soins (lourde perte d'autonomie), infirmière sur le site.

Zones tampons (SNT ou ST)	Nombre de places	Clientèles	Services sur place	Type de personnel sur place	Personne que le médecin peut contacter sur place	Collaboration avec le personnel du CI (U) SSS	Lien administratif avec l'établissement et lien clinique	Facteurs à considérer pour analyse de risque
Zone tampon communautaire (sans soins sur places) **Type hôtellerie (zone froide ou tiède, chaude avec usagers asymptomatiques)**	1 et plus	• Usagers autonomes ou ayant besoin seulement gîtes et couverts; • Ne nécessite pas de soins ni surveillance; • Usagers comprennent les mesures d'isolement, possibilité d'isoler à la chambre;	Gite et couvert; Stimulation.	PAB TS Auxiliaire	Responsable de la zone tampon.	Personnel du CI (U) SSS – mission SAD	Hébergement pour isolement à statut particulier COVID	Besoins d'aide à la médication possible Réaction et adaptation au transfert minime
Zone tampon – avec soins sur places **Possibilité d'une unité pour errance (zone tiède – zone chaude) (impossible de retourner dans leur milieu de vie)**	1 et plus	Usagers ne sont pas en mesure de comprendre les mesures d'isolement, possibilité d'isoler à la chambre Usagers ambulants (errance) Nécessitent de la surveillance ainsi que soutien à leur autonomie pour AVD AVQ, Prévention du déconditionnement Besoins de soins de santé	Gite et couvert Stimulation Surveillance Assistance au AVD et AVQ Assistance à la médication	Infirmière PAB TS Inf Auxiliaire, TES, TS	Infirmière	Personnel du CI (U) SSS – mission SAD	Hébergement pour isolement à statut particulier COVID	Besoins d'aide à la médication Présence de résidents avec : • Troubles cognitifs • SCPD Réaction et adaptation au transfert plus difficile – désorientation

Zone tampon - Type avec unité de soins (lourde perte d'autonomie)	1 et pus	Type unité de soins Usagers avec profils ISO-SMAF 6 à 14 Problématiques de santé variées, mais principalement maladies chroniques, certains pourraient avoir une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. Prévention du déconditionnement	Gite et couvert Stimulation Surveillance Assistance au AVD et AVQ (et à la mobilité, à la communication, etc.) Assistance à la médication Soins actifs	Infirmières, inf. auxil. PAB, TS	Infirmière	Personnel du CI (U) SSS – mission SAD	Hébergement pour isolement et soins à statut particulier COVID	Plateaux techniques nécessaires Possibilité d'être annexé à un milieu hospitalier ou CHSLD

Domicile							
Milieu	**Clientèles**	**Services sur place**	**Type de personnel sur place**	**Personne que le médecin peut contacter sur place**	**Collaboration du CI (U) SSS avec les partenaires**	**Lien administratif avec l'établissement et lien clinique**	**Facteurs à considérer pour analyse de risque**
Domicile : **Maison privée** **Maison de ville** **Condo** **Logement locatif privé ou communautaire (ex. HLM, OBNL-H)**	Toute personne ayant des incapacités temporaires ou permanentes qui doit recevoir à son domicile une partie ou la totalité de ses soins. Clientèles de tous les âges et ayant des problématiques diverses : perte d'autonomie, déficience physique, intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme ou, troubles de santé mentale, maladies chroniques, fin de vie, problème de santé nécessitant des soins aigus. Certains pouvant avoir une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers Les usagers ont des profils ISO-SMAF de 1-14	Les services d'aide à domicile requis sont déterminés par les équipes SAD, à la suite d'une demande de services de l'usager. Ces services peuvent être dispensés par les équipes SAD ou par des prestataires externes (ex. : EESAD, organisme communautaire, travailleur engagé de gré à gré par la modalité AD/CES). Les soins et services professionnels requis sont assurés par les équipes SAD à la suite d'une demande de services de l'usager.	Les professionnels du SAD, ASSS et préposés d'aide à domicile **seront sur place uniquement lorsqu'ils dispensent des services** spécifiquement à un usager.	Usager ou personne proche aidante L'intervenant pivot assigné au dossier de l'usager peut être contacté.	Collaboration avec les prestataires externes de services : EESAD Travailleurs engagés de gré à gré par la modalité AD/CES Organismes communautaires Centres de jour Collaboration avec les pharmacies communautaires et GMF	Entente de collaboration avec les prestataires externes pour la dispensation de services pour le compte de l'établissement	Priorisés en fonction des besoins identifiés à la suite de l'évaluation effectuée par les équipes de SAD. **Attention : présence de certains résidents très vulnérables à domicile** Usagers sans médecin de famille Le niveau de priorité est établi selon le jugement clinique, urgence de la situation, maintien à domicile compromis, facteurs de risques, fragilité, réseau social immédiat, etc. ainsi que des indicateurs de la perte d'autonomie et du niveau de soutien Parmi les usagers, prioriser dans l'ordre : Usagers aux profils 14 à 10 Usagers aux profils 8, 7, 5 Usagers aux profils 9, 6, 4 Usagers au profil 3 et Usager aux profils 1-2 Vérifier la présence de facteurs de vulnérabilité dans OEMC (maladies chroniques, etc.) * document de référence Les personnes résidant dans les quartiers défavorisés (indice de défavorisation sociale et matérielle) pourraient être plus à risque, ainsi que les usagers demeurant dans les édifices d'habitation à loyers modiques (HLM) : aires communes : entrées communes, ascenseurs, etc.

	Présence de conditions stables ou instables. Présence de clientèles à risque de déconditionnement						Les équipes SAD vont couvrir les milieux d'éclosion (ex. : HLM ou OBNL-H) au besoin. En général, les équipes SAD assurent la prise en charge des usagers COVID +. Sinon, aide et soutien des équipes SAD pour l'application des mesures PCI par le personnel provenant des EESAD qui dispensent des services aux usagers COVID + Le RSSS est responsable de fournir les ÉPI aux prestataires externes.

ANNEXE : **Profils du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle par groupe (ISO-SMAF)**

GROUPE 1 **Atteinte aux tâches domestiques**	GROUPE 2 **Atteinte motrice prédominante**	GROUPE 3 **Atteinte mentale prédominante**	GROUPE 4 **Atteinte mixte + mentale aide à la mobilité**	GROUPE 5 **Atteinte mixte + mentale alité et dépendant AVQ**
Profil ISO-SMAF 1 **AVQ**: difficulté : entretien de la personne et la fonction vésicale **Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur et utiliser les escaliers **Comm :** sans particularité **FM :** très légers problèmes de mémoire **AVD** : stimulation ou surveillance : entretien de la maison et les courses. Difficulté : repas, transport et budget.	Profil ISO-SMAF 4 **AVQ** : difficulté, stimulation ou aide partielle : se laver ou entretenir sa personne **Mob :** difficultés : marcher à l'intérieur surveillance : circuler et à l'extérieur aide : utiliser les escaliers **Comm :** sans particularité **FM :** légers problèmes de mémoire des faits récents **AVD** : aide : entretien de la maison, repas, course, lessive. Difficulté avec le téléphone et les médicaments. Aide pour les transactions complexes (budget). Accompagnement pour le transport.	Profil ISO-SMAF 5 **AVQ**: stimulation : se laver et entretien de la personne, difficulté pour les autres items **Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur **Comm :** sans particularité **FM:** problèmes de mémoire des faits récents et d'orientation à l'occasion, lenteur de compréhension et problèmes de jugement **AVD** : aide complète : entretien de la maison, repas, course, lessive. Aide : téléphone, médicaments, budget. Accompagnement pour le transport	Profil ISO-SMAF 11 **AVQ**: aide partielle pour se nourrir, aide partielle ou totale : se laver ou s'habiller. Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente mais continence au niveau fécal. Surveillance ou aide pour les toilettes **Mob :** aide : transferts, marche, fauteuil roulant. N'utilise plus les escaliers **Comm :** diminution : vision, audition langage **FM :** atteinte modérée de toutes les fonctions, surtout jugement. Peu de problèmes de comportement ou problèmes mineurs **AVD**: aide complète. Aide pour le transport	Profil ISO-SMAF 13 **AVQ**: aide partielle pour se nourrir, aide totale : laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence totale (vésicale et intestinale) et n'utilise plus les toilettes **Mob :** aide pour les transferts ou grabataire, ne marche plus et utilise un fauteuil roulant **Comm :** diminution : vision, audition et langage **FM :** atteinte modérée, jugement est le plus atteint. Troubles de comportement mineurs **AVD** : aide complète, aide pour le transport ou ambulance
Profil ISO-SMAF 2 **AVQ** : difficulté : entretien de la personne **Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur ou utiliser les escaliers **Comm :** sans particularité **FM :** très légers problèmes de mémoire **AVD** : aide : entretien de la maison, préparer les repas, faire les courses. Aide totale pour la lessive. Surveillance ou stimulation : transport et budget.	Profil ISO-SMAF 6 **AVQ**: stimulation ou surveillance : se laver et entretien de la personne. Difficulté ou stimulation dans les autres items **Mob :** aide ou surveillance : circuler à l'extérieur, difficulté à marcher à l'intérieur et n'utilise plus l'escalier **Comm :** difficulté à voir et à entendre **FM :** problèmes de mémoire des faits récents, difficultés à évaluer les situations, conseils pour prendre des décisions. Désorientation occasionnelle dans temps et espace **AVD** : aide totale. Supervision: téléphone et transport	Profil ISO-SMAF 7 **AVQ**: aide : se laver, entretenir sa personne, stimulation, aide pour s'habiller. Surveillance ou stimulation pour autres items **Mob :** difficulté : utiliser les escaliers et surveillance : circuler à l'extérieur **Comm :** un peu d'atteinte à la vision et à l'audition **FM :** atteinte modérée : mémoire, orientation, compréhension et particulièrement jugement. Présence de troubles de comportements mineurs **AVD** : aide totale. Aide partielle pour le transport.	Profil ISO-SMAF 12 **AVQ**: stimulation pour se nourrir, aide partielle ou totale : laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire + fécale fréquente ou totale. Aide pour toilettes ou ne l'utilise plus. **Mob :** surveillance ou aide occasionnelle : marcher à l'intérieur et à l'extérieur et n'utilise plus les escaliers **Comm :** diminution : audition et langage mais exprime sa pensée **FM** : atteintes graves, troubles de comportement importants **AVD** : aide totale. Aide transport	Profil ISO-SMAF 14 **AVQ** : aide totale : se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne. Incontinence totale (vésicale et intestinale) **Mob :** grabataire, fauteuil gériatrique ou civière pour les déplacements **Comm :** fonctions très affectées. Communique besoins primaires ou ne communique plus **FM :** déficits cognitifs très sévères, problèmes de comportement sont inexistants ou mineurs comme des jérémiades **AVD** : aide totale
Profil ISO-SMAF 3 **AVQ**: difficulté : se laver ou entretien de la personne **Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur ou utiliser les escaliers **Comm :** sans particularité **FM :** légers problèmes de mémoire et conseils pour la prise de décision **AVD** : aide totale : entretien de la maison, repas, lessive et prise de médicaments. Aide : courses et budget. Supervision : téléphone et transport	Profil ISO-SMAF 9 **AVQ**: difficulté, stimulation à se nourrir. Aide : se laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente, incontinence fécale occasionnelle. Surveillance ou aide : utiliser la toilette **Mob :** aide : transferts et marche, circuler à l'extérieur. Difficulté ou aide : fauteuil roulant n'utilise plus les escaliers. **Comm :** difficultés **FM :** légers problèmes de mémoire et d'orientation à l'occasion. Lenteur de compréhension Problèmes de jugement. **AVD**: aide totale. Aide partielle téléphone et transport.	Profil ISO-SMAF 8 **AVQ**: aide : se laver, entretenir sa personne, l'habillement **Mob :** surveillance : marche, aide pour circuler à l'extérieur, et n'utilise pas les escaliers **Comm :** voir et entendre diminués **FM :** atteinte modérée de toutes les fonctions. Jugement le plus affecté. Troubles de comportement nécessitant un encadrement journalier **AVD** : aide totale sauf pour le transport : aide partielle.		
		Profil ISO-SMAF 10 **AVQ**: stimulation pour se nourrir, aide ou aide totale : se laver, entretenir sa personne, s'habiller. Incontinence urinaire ou routine et surveillance pour les toilettes **Mob :** surveillance : marcher et utiliser les escaliers. Aide : circuler à l'extérieur **Comm :** difficulté, défaut langage **FM :** toutes fonctions sont gravement atteintes, troubles comportements importants qui nécessitent une surveillance plus intensive **AVD** : aide totale. N'utilise plus le téléphone et aide pour le transport.		

Ce sont les caractéristiques les plus fréquentes retrouvées dans chaque profil. Notez bien que dans ce tableau les profils ne sont pas en ordre de numéros de profils, ils sont regroupés par leur prédominance clinique.

Définitions

AVQ : Activités de la vie quotidienne
Mob : Mobilité
Comm : Communication
FM : Fonctions mentales
AVD : Activités de la vie domestique

Atteinte mixte : atteinte motrice + atteinte mentale

Source : Dubuc, N. ; Delli-Colli, N. (2004), version révisée 2011

Pour plus d'information :
Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
Téléphone : 819-821-5122
Courriel : info@expertise-sante.com

Santé et Services sociaux Québec

RÉSUMÉ — Milieux de vie pour aînés et aide à l'organisation de la couverture médicale selon les variables suivantes : vulnérabilité des usagers et disponibilités des services sur place[1].

Le présent document est un résumé d'une version plus complète sur le continuum de milieux de vie pour aînés et ses spécificités. Il s'adresse aux gestionnaires et intervenants du secteur des services médicaux qui seront appelés à prendre des décisions sur la couverture médicale et les trajectoires ou à intervenir en milieux de vie pour aînés. Cette synthèse pourra être utile aux fins d'organisation des services médicaux en adéquation avec les besoins des aînés et la disponibilité du personnel sur place. Le document présente en détail les différents types de milieux de vie pour aînés, soit le nombre de places, les caractéristiques de la clientèle qui y vit, les services offerts, le personnel qui est sur place, la personne que le médecin peut contacter, le personnel du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) y intervenant le cas échéant, le lien administratif et clinique avec l'établissement ainsi que les facteurs à considérer pour l'analyse du risque en lien avec la vulnérabilité des aînés et la réalité du milieu. Voici un tableau résumant le contenu du document :

Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

- Il existe 3 types de CHSLD : public, privé conventionné et privé. Le CHSLD public compte sur du personnel provenant du réseau. Les CHSLD privés conventionnés et privés ont leur propre personnel (employeur privé). Tous les CHSLD doivent avoir au moins une infirmière 24 h sur 24.
- Le nombre de lits est très variable d'un CHSLD à l'autre, soit de 9 à 446 lits. Il est courant que des chambres soient occupées par plus d'une personne [pour réunir un couple ou pour une raison clinique (ex. : gestion de l'anxiété) ou pour une question d'infrastructure].
- Les usagers sont en grande perte d'autonomie : profils système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF) 10 à 14.
- Pour les CHSLD publics : les équipements disponibles sur place de même que l'expertise clinique peuvent limiter les soins aigus pouvant y être réalisés. Il existe une grande variabilité d'un CHSLD à l'autre concernant le type de soins aigus pouvant y être exécutés. Par conséquent, des vérifications doivent être faites auprès des équipes de soins du CHSLD pour connaître la disponibilité des équipements : O_2 sur place, équipement pour soins de fin de vie, soins de plaies complexes, prélèvements et injections, antibiotiques intraveineux ou intramusculaires, sous-cutanées, défibrillateur, appareil BiPAP ou CPAP (à l'individu ou au CHSLD).
- La liaison avec la pharmacie est présente : Le CHSLD public a une entente avec une pharmacie d'établissement ou une pharmacie 24 h sur 24 en entente avec l'établissement (couverture Rx des soins palliatifs possible).
- Pour les CHSLD privés conventionnés et privés : les équipements disponibles sont très variables. La trajectoire entre les centres hospitaliers et les CHSLD privés peut varier.
- La liaison avec la pharmacie est plus compliquée dans certains cas.

Ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF)[1]

- Les RI et les RTF sont des partenaires liés par une entente particulière avec les CISSS et les CIUSSS. Les CISSS et les CIUSSS confient les usagers à des responsables de ressources RI ou RTF. L'approche de ces ressources est de maintenir l'usager dans sa communauté et de favoriser son intégration et sa participation sociale. Les usagers sont donc encouragés à se rendre chez leur médecin en cas de problème de santé.
- Le nombre de lits varie de 4 à plus de 100 places/lits.
- Clientèle très vulnérable, ayant des profils ISO-SMAF de 6 à 12. Dans certaines RI, on peut retrouver plusieurs usagers ayant des profils 12 et exceptionnellement 13 et 14.
- Les soins infirmiers sont habituellement assurés par les soins à domicile (SAD). Lesquels demeurent sur place pendant la durée de son évaluation ou du soin à prodiguer, selon le plan de traitement en cours. Il peut arriver qu'une RI ait à son emploi du personnel infirmier. Cependant, celui-ci ne prodigue pas nécessairement de soins professionnels. Il peut avoir un rôle de gestionnaire ou de coordonnateur. Il peut s'agir d'infirmière auxiliaire. Une vérification est requise auprès de ce personnel pour vérifier quelles responsabilités et fonctions sont attendues de leur part (ex. : activités réglementées comme l'administration de médicaments).
- La seule formation obligatoire pour le personnel de ces ressources est la réanimation cardiorespiratoire (RCR) et le secourisme général. Les employés assurent des tâches similaires à celles d'un auxiliaire aux services de santé et sociaux, d'un préposé aux bénéficiaires (PAB) ou d'une aide de services. Certains membres du personnel peuvent avoir une formation pour les activités réglementées (administration des médicaments et soins invasifs).
- Les équipements sur place pour prodiguer des soins aigus en urgence : il n'est pas possible d'avoir des soins aigus, à moins d'avoir des soins palliatifs et intensifs à domicile (SIAD) dans sa région (fait partie des services SAD). Défibrillateur possible, mais très rare (les responsables des ressources et leur personnel ne sont pas dans l'obligation d'avoir un cours de PAB ou un cours de principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires, mais ils doivent avoir une formation RCR et carte de secourisme). Pas de concentrateur d'O_2, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin.

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

- La liaison avec la pharmacie communautaire — client régulier de sa pharmacie de quartier.
- Description RTF : Idem que RI. Un maximum de 9 usagers peut être confié à une RTF dont le ou les responsables partagent leur lieu de vie principal. Clientèle en RTF : usagers ayant un profil ISO-SMAF de 6 à 12. Certains milieux RTF peuvent accueillir des usagers, dont le profil ISO-SMAF est inférieur. Habituellement, pas de personnel autre que l'exploitant.

Résidences privées pour aînés (RPA)

- Les RPA sont entièrement privées et agissent à titre de partenaires des CISSS et des CIUSSS. Pour qu'une résidence soit reconnue comme une RPA, l'exploitant doit obtenir un certificat de conformité délivré par le CISSS ou le CIUSSS du territoire concerné en vertu du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés. Une entente concernant les modalités de dispensation des services offerts par la RPA et le CISSS ou le CIUSSS doit être conclue. Le Règlement est sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- La RPA est considérée comme le domicile de la personne. Ce sont des personnes âgées de plus de 65 ans autonomes ou semi-autonomes. L'exploitant agit comme locateur et fournisseur de services et un bail est conclu avec la personne âgée. Il peut y avoir des personnes très autonomes, des personnes semi-autonomes nécessitant peu de soins ou de services d'assistance personnelle et des personnes moins autonomes ayant besoin de soins ou de services de façon plus soutenue (ex. : surveillance constante). Cette mixité peut exister à l'intérieur d'une même résidence.
- Le personnel sur place est à l'emploi de la RPA, donc de l'employeur privé. Il y a 4 catégories de RPA. Ces catégories sont déterminées en fonction de l'offre de services de la RPA (et non sur un profil de besoins de la personne). La RPA est responsable de son offre de services, mais n'est pas responsable de répondre aux besoins des résidents. Seule la catégorie 4 offre des services infirmiers (avec ou sans unité de soins). Même dans cette catégorie de RPA, on y retrouve tous les profils d'autonomie.
- La possibilité de donner des soins aigus sur place par ce personnel est faible. L'environnement physique n'est souvent pas adapté pour des soins aigus sur place, même dans les RPA de catégorie 4. S'il y a présence d'unités de soins, celle-ci est souvent réservée que pour un nombre restreint de résidents.
- Les équipes SAD des CISSS et des CIUSSS peuvent offrir des services aux personnes qui habitent en RPA. Donc, des infirmières du SAD peuvent être sur place pendant la durée de l'évaluation d'un usager ou du soin. Selon le choix de la personne âgée en RPA, tout comme chaque citoyen, elle peut demander des soins palliatifs ou de fin de vie à son domicile. Ces soins sont offerts par les équipes SAD. Les infirmières et infirmiers auxiliaires de RPA peuvent également donner des soins selon l'offre de services de la RPA.
- À noter que les personnes en RPA ne sont pas toutes connues des services de SAD.
- Le nombre d'unités locatives d'une RPA est très variable; allant de 1 à plus de 1 300 unités locatives.
- Les équipements sur places pour prodiguer des soins aigus en urgence :
    - Défibrillateur possible, mais rare. Les personnes responsables d'assurer la surveillance ont l'obligation d'avoir complété une formation RCR et secourisme général;
    - Pas de concentrateur d'O_2, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin;
    - Pharmacien communautaire lié à la personne (sa pharmacie de quartier).
- Il existe quelques résidences privées spécialisées auprès d'usagers atteints d'une maladie neurodégénérative et faisant de l'errance (unité prothétique).

Maison de soins palliatifs

- Dans la province : 1 maison de soins palliatifs de plus de 20 places et 33 de 20 places et moins.
- Infirmières sur place 24 h/7 jours.
- Garde médicale 24 h/7 jours.

Communauté religieuse

- Usagers dont les profils peuvent varier de 1 à 14 (niveau d'autonomie très variable).
- Infirmières possibles sur place (de la résidence ou du SAD) et une responsable de la communauté.
- Personnel de soins (religieuse sur place) ou civil.

Zone tampon — site non traditionnel et site traditionnel adapté (créé en contexte de COVID-19)

- La zone tampon est une solution de dernier recours et est réservée aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique, incapacité de suivre les consignes) ne permettent pas un isolement à la chambre et que l'ensemble du milieu de vie peut être infecté (ex. : milieu de vie de type familial). On doit retrouver dans les zones tampons, une zone chaude et une zone tiède. Dans les zones tampons, l'usager peut être considéré admis ou inscrit selon le type de zone.
- Ces zones tampons peuvent être situées dans un site non traditionnel ou un site traditionnel réaménagé.
- Pour plus de détails, vous pouvez consulter la directive à ce sujet disponible à l'adresse suivante : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgapa-015.pdf.
- La couverture médicale est nécessaire selon le profil d'usager s'y trouvant. Le choix du site est aussi conditionnel aux besoins en soins et en soutien technique de l'usager.

Différents types de zones tampons

1. **Zones tampons de type soins et services où les usagers sont admis : il s'agit d'une ressource transitoire qui offre l'ensemble des services de santé et d'assistance requis par l'usager.**
2. **Zones tampons de type communautaire où la clientèle est inscrite (clientèle RPA, domicile, etc.) : il s'agit d'une ressource offrant des services non professionnels (ex. : repas, ménage) et certains services de base professionnels. La pharmacie communautaire peut desservir les usagers de cette zone.**

Les déclinaisons peuvent être multiples par exemple :

- Zone tampon de type communautaire (sans soin sur place). Type hôtellerie (zone froide ou tiède, chaude avec usagers asymptomatiques) pas d'infirmière sur place.
- Zone tampon avec soins et services. Infirmière sur le site.
- Possibilité d'une unité pour errance (zone tiède — zone chaude) (impossible de retourner dans leur milieu de vie).
- Zone tampon avec soins et services — type avec unité de soins (lourde perte d'autonomie), infirmière sur le site.

Domicile

- Ce qui est considéré comme le domicile : maison privée, maison de ville, condo, logement locatif privé ou communautaire (ex. : habitation à loyer modéré, organisme à but non lucratif-habitation) et, comme vu précédemment, les RPA.
- Un peu plus de 10 % des 65 ans et plus sont desservis par le SAD. Il s'agit d'une clientèle de tous les âges et ayant des problématiques diverses : perte d'autonomie, déficience physique, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, troubles de santé mentale, maladies chroniques, soins palliatifs, fin de vie ou problème de santé nécessitant des soins aigus. Certains ayant plus spécifiquement une maladie chronique non contrôlée ou compliquée assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers.
- Les soins et services professionnels requis sont assurés par les équipes SAD à la suite d'une demande de services de l'usager. Certains services (ex. : l'entretien ménager, services d'assistance personnelle) peuvent être offerts par des prestataires externes [ex. : entreprises d'économie sociale d'aide à domicile, organisme communautaire, travailleur engagé de gré à gré par la modalité allocation directe/chèque emploi service (AD/CES)].
- Les usagers ont des profils ISO-SMAF de 1 à 14.
- Présence de conditions stables ou instables.
- Présence de clientèle à risque de déconditionnement.

<u>ANNEXE</u> : Profils du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle par groupe (ISO-SMAF)

<u>GROUPE 1</u> **Atteinte aux tâches domestiques**	<u>GROUPE 2</u> **Atteinte motrice prédominante**	<u>GROUPE 3</u> **Atteinte mentale prédominante**	<u>GROUPE 4</u> **Atteinte mixte + mentale aide à la mobilité**	<u>GROUPE 5</u> **Atteinte mixte + mentale alité et dépendant AVQ**
Profil ISO-SMAF 1 **AVQ**: difficulté : entretien de la personne et la fonction vésicale **Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur et utiliser les escaliers **Comm :** sans particularité **FM :** très légers problèmes de mémoire **AVD** : stimulation ou surveillance : entretien de la maison et les courses. Difficulté : repas, transport et budget.	Profil ISO-SMAF 4 **AVQ** : difficulté, stimulation ou aide partielle : se laver ou entretenir sa personne **Mob :** difficultés : marcher à l'intérieur surveillance : circuler et à l'extérieur aide : utiliser les escaliers **Comm :** sans particularité **FM :** légers problèmes de mémoire des faits récents **AVD** : aide : entretien de la maison, repas, course, lessive. Difficulté avec le téléphone et les médicaments. Aide pour les transactions complexes (budget). Accompagnement pour le transport.	Profil ISO-SMAF 5 **AVQ**: stimulation : se laver et entretien de la personne, difficulté pour les autres items **Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur **Comm :** sans particularité **FM:** problèmes de mémoire des faits récents et d'orientation à l'occasion, lenteur de compréhension et problèmes de jugement **AVD** : aide complète : entretien de la maison, repas, course, lessive. Aide : téléphone, médicaments, budget. Accompagnement pour le transport	Profil ISO-SMAF 11 **AVQ**: aide partielle pour se nourrir, aide partielle ou totale : se laver ou s'habiller. Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente mais continence au niveau fécal. Surveillance ou aide pour les toilettes **Mob :** aide : transferts, marche, fauteuil roulant. N'utilise plus les escaliers **Comm :** diminution : vision, audition langage **FM :** atteinte modérée de toutes les fonctions, surtout jugement. Peu de problèmes de comportement ou problèmes mineurs **AVD**: aide complète. Aide pour le transport	Profil ISO-SMAF 13 **AVQ**: aide partielle pour se nourrir, aide totale : laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence totale (vésicale et intestinale) et n'utilise plus les toilettes **Mob :** aide pour les transferts ou grabataire, ne marche plus et utilise un fauteuil roulant **Comm :** diminution : vision, audition et langage **FM :** atteinte modérée, jugement est le plus atteint. Troubles de comportement mineurs **AVD** : aide complète, aide pour le transport ou ambulance
Profil ISO-SMAF 2 **AVQ** : difficulté : entretien de la personne **Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur ou utiliser les escaliers **Comm :** sans particularité **FM :** très légers problèmes de mémoire **AVD** : aide : entretien de la maison, préparer les repas, faire les courses. Aide totale pour la lessive. Surveillance ou stimulation : transport et budget.	Profil ISO-SMAF 6 **AVQ**: stimulation ou surveillance : se laver et entretien de la personne. Difficulté ou stimulation dans les autres items **Mob :** aide ou surveillance : circuler à l'extérieur, difficulté à marcher à l'intérieur et n'utilise plus l'escalier **Comm :** difficulté à voir et à entendre **FM :** problèmes de mémoire des faits récents, difficultés à évaluer les situations, conseils pour prendre des décisions. Désorientation occasionnelle dans temps et espace **AVD** : aide totale. Supervision: téléphone et transport	Profil ISO-SMAF 7 **AVQ**: aide : se laver, entretenir sa personne, stimulation, aide pour s'habiller. Surveillance ou stimulation pour autres items **Mob :** difficulté : utiliser les escaliers et surveillance : circuler à l'extérieur **Comm :** un peu d'atteinte à la vision et à l'audition **FM :** atteinte modérée : mémoire, orientation, compréhension et particulièrement jugement. Présence de troubles de comportements mineurs **AVD** : aide totale. Aide partielle pour le transport.	Profil ISO-SMAF 12 **AVQ**: stimulation pour se nourrir, aide partielle ou totale : laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire + fécale fréquente ou totale. Aide pour toilettes ou ne l'utilise plus. **Mob :** surveillance ou aide occasionnelle : marcher à l'intérieur et à l'extérieur et n'utilise plus les escaliers **Comm :** diminution : audition et langage mais exprime sa pensée **FM** : atteintes graves, troubles de comportement importants **AVD** : aide totale. Aide transport	Profil ISO-SMAF 14 **AVQ** : aide totale : se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne. Incontinence totale (vésicale et intestinale) **Mob :** grabataire, fauteuil gériatrique ou civière pour les déplacements **Comm :** fonctions très affectées. Communique besoins primaires ou ne communique plus **FM :** déficits cognitifs très sévères, problèmes de comportement sont inexistants ou mineurs comme des jérémiades **AVD** : aide totale
Profil ISO-SMAF 3 **AVQ**: difficulté : se laver ou entretien de la personne **Mob :** difficulté : circuler à l'extérieur ou utiliser les escaliers **Comm :** sans particularité **FM :** légers problèmes de mémoire et conseils pour la prise de décision **AVD** : aide totale : entretien de la maison, repas, lessive et prise de médicaments. Aide : courses et budget. Supervision : téléphone et transport	Profil ISO-SMAF 9 **AVQ**: difficulté, stimulation à se nourrir. Aide : se laver, habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente, incontinence fécale occasionnelle. Surveillance ou aide : utiliser la toilette **Mob :** aide : transferts et marche, circuler à l'extérieur. Difficulté ou aide : fauteuil roulant n'utilise plus les escaliers. **Comm :** difficultés **FM :** légers problèmes de mémoire et d'orientation à l'occasion. Lenteur de compréhension Problèmes de jugement. **AVD**: aide totale. Aide partielle téléphone et transport.	Profil ISO-SMAF 8 **AVQ**: aide : se laver, entretenir sa personne, l'habillement **Mob :** surveillance : marche, aide pour circuler à l'extérieur, et n'utilise pas les escaliers **Comm :** voir et entendre diminués **FM :** atteinte modérée de toutes les fonctions. Jugement le plus affecté. Troubles de comportement nécessitant un encadrement journalier **AVD** : aide totale sauf pour le transport : aide partielle.		
		Profil ISO-SMAF 10 **AVQ**: stimulation pour se nourrir, aide ou aide totale : se laver, entretenir sa personne, s'habiller. Incontinence urinaire ou routine et surveillance pour les toilettes **Mob :** surveillance : marcher et utiliser les escaliers. Aide : circuler à l'extérieur **Comm :** difficulté, défaut langage **FM :** toutes fonctions sont gravement atteintes, troubles comportements importants qui nécessitent une surveillance plus intensive **AVD** : aide totale. N'utilise plus le téléphone et aide pour le transport.		

Ce sont les caractéristiques les plus fréquentes retrouvées dans chaque profil. Notez bien que dans ce tableau les profils ne sont pas en ordre de numéros de profils, ils sont regroupés par leur prédominance clinique.

<u>Définitions</u>

AVQ : Activités de la vie quotidienne
Mob : Mobilité
Comm : Communication
FM : Fonctions mentales
AVD : Activités de la vie domestique

Atteinte mixte : atteinte motrice + atteinte mentale

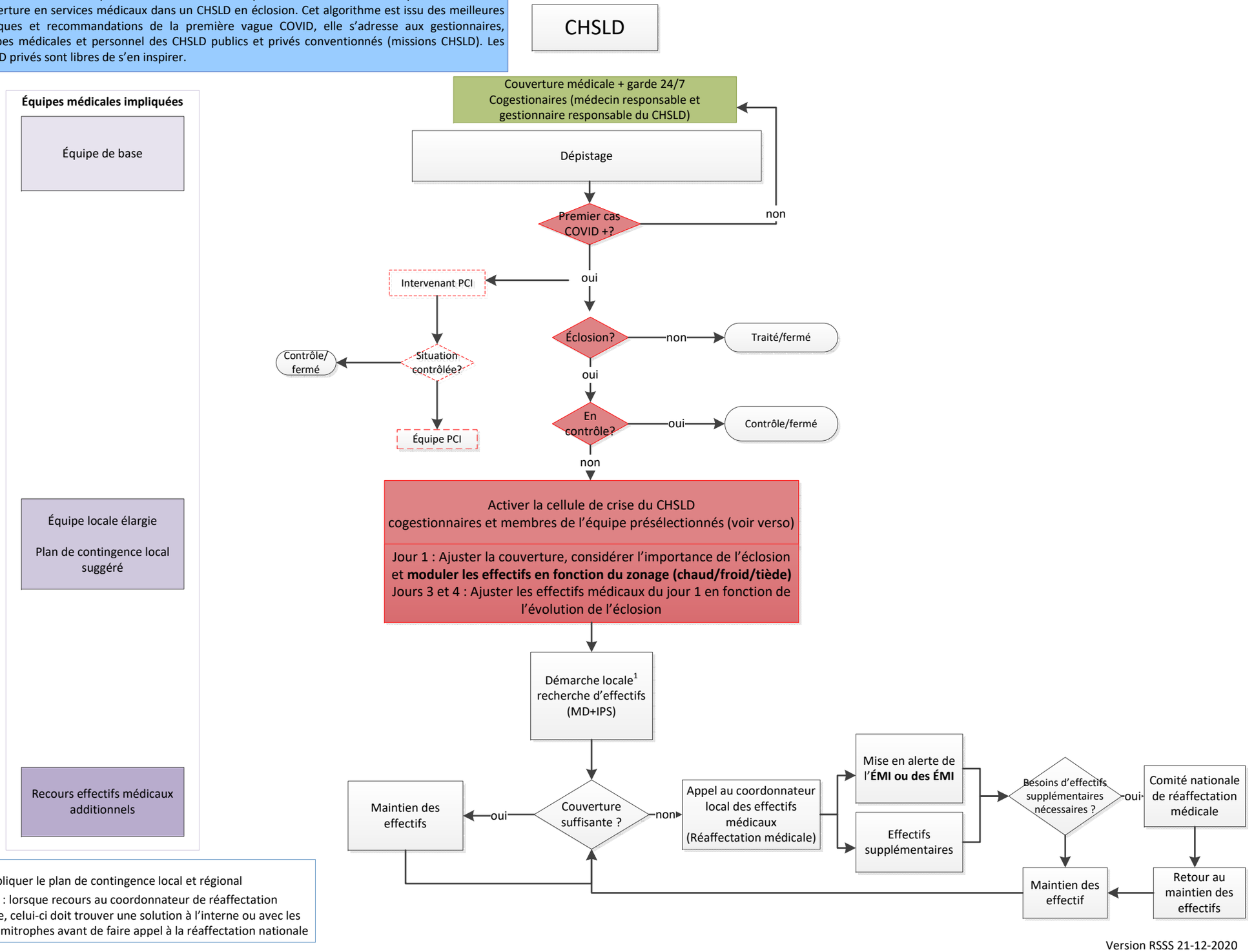
<u>Source</u> : Dubuc, N. ; Delli-Colli, N. (2004), version révisée 2011

<u>Pour plus d'information :</u>
Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
Téléphone : 819-821-5122
Courriel : info@expertise-sante.com

Santé et Services sociaux Québec

Algorithme CHSLD pour assurer la couverture des services médicaux lors d'une éclosion de COVID-19

L'algorithme CHSLD a pour but d'illustrer les étapes des actions à réaliser pour assurer une couverture en services médicaux dans un CHSLD en éclosion. Cet algorithme est issu des meilleures pratiques et recommandations de la première vague COVID, elle s'adresse aux gestionnaires, équipes médicales et personnel des CHSLD publics et privés conventionnés (missions CHSLD). Les CHSLD privés sont libres de s'en inspirer.



[1] Appliquer le plan de contingence local et régional

Note : lorsque recours au coordonnateur de réaffectation locale, celui-ci doit trouver une solution à l'interne ou avec les RLS limitrophes avant de faire appel à la réaffectation nationale

Version RSSS 21-12-2020

Cogestion

Description :
Dans ce schéma de l'algorithme, la cogestion illustrée est sur le plan local soit au niveau même du centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). La cogestion est une approche intégrée par laquelle le processus réflexif et la prise de décision sont partagés entre deux individus ayant des expertises différentes, mais hautement complémentaires, mises au service du résident, de ses proches et du système, au plus grand bénéfice de ceux-ci. Les cogestionnaires appartiennent souvent à deux directions (clinique et administrative) distinctes. Elle s'inscrit dans une culture organisationnelle innovante et trouve sa pertinence et sa légitimité dans le long terme, même hors pandémie.

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

Dans un contexte de crise :
L'objectif est de gagner de la vélocité pour des prises de décisions dans un contexte d'urgence impliquant la vie et la santé des résidents en CHSLD.

Composition de la cogestion :
Elle s'actualise à travers deux personnes, soit le gestionnaire responsable du CHSLD et un médecin impliqué dans le CHSLD. Les cogestionnaires peuvent compter sur la collaboration des chefs d'unités du milieu.

Tâches :
1. Assurer la qualité et la sécurité du milieu de vie pour les résidents et leurs proches dans le contexte de la COVID-19;
2. S'assurer que les mesures au regard de la prévention et du contrôle des infections (PCI) soient appliquées de façon rigoureuse, dans un contexte de milieu de vie;
3. Assurer la coordination des activités de PCI et soutien aux pratiques professionnelles;
4. Mettre en œuvre les directives, orientations et meilleures pratiques dans les CHSLD en respectant la gradation des mesures en fonction du palier d'alerte, le maintien du lien essentiel avec les résidents, leur famille et les personnes proches aidantes;
5. Soutenir les équipes en place, notamment la cellule de crise;
6. Assurer une réponse en services médicaux en fonction des besoins;
7. Poursuivre ses activités cliniques en adéquation avec les besoins;
8. etc.

À noter qu'un des facteurs de réussite pour une cogestion agile et efficace est l'autonomie décisionnelle de ces gestionnaires en CHSLD. Cependant, ces cogestionnaires peuvent compter sur le directeur de l'hébergement ou leur directeur adjoint au soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), ainsi qu'un médecin représentant les services médicaux en CHSLD sur le territoire lors de difficulté.

Bien que ce document soit l'un des livrables du sous-comité des services médicaux en milieux de vie pour aînés, celui-ci inclut également les usagers adultes vivant dans ces milieux de vie pour aînés (MVA).

Cellule de crise

Description :
La cellule de crise est une instance locale propre au CHSLD. Elle est composée d'intervenants-clés clairement identifiés au sein du personnel du milieu et de l'établissement. En situation extrême, comme une pandémie et, à plus forte raison, une éclosion, elle est un outil de fonctionnement indispensable. Ainsi, la cellule de crise se rencontre plus souvent (voire quotidiennement) lorsque le milieu est en éclosion et moins souvent à mesure du rétablissement ou en période de vigie, quand la transmission communautaire est significative. Elle permet donc au CHSLD d'être prêt à réagir en réunissant les acteurs nécessaires pour mettre en place les changements.

Composition :
Cogestionnaires du CHSLD, infirmière assistante au supérieur immédiat (ASI), infirmière PCI, Hygiène et salubrité/maintenance des immeubles, logistique (pour les équipements). D'autres acteurs pourraient s'y joindre, par exemple : un représentant des ressources humaines, le conseiller du MVA et le représentant des services alimentaires.

Adaptation :
Il est recommandé d'avoir une cellule de crise par CHSLD. Dans le cas de rareté de ressources, la cellule (en partie ou en totalité) pourrait exceptionnellement couvrir plus d'un CHSLD.

Tâches :
1. Selon les directives de la santé publique et les équipes PCI :
   a. recommander la mise en place des mesures de gestion d'éclosion hygiène salubrité, et PCI;
   b. aménager les espaces pour prévenir la propagation;
   c. faire la logistique de circulation du personnel;
   d. au besoin, adapter des directives PCI au milieu de vie;
   e. vérifier le matériel et équipements de protection.
2. Évaluation des risques (en continu);
3. Suivi des indicateurs via le tableau de suivi épidémiologique disponible dans la trousse de gestion de la Direction régionale de la Santé publique (DRSP);
4. Autre transmission rapide et cohérente des informations aux équipes dans le CHSLD via des canaux de communication préalablement identifiés et harmonisés, notamment à tous les médecins qui y exercent;
5. Prises de décision et solutions aux problèmes rencontrés par les équipes et difficultés observées;
6. Transmission rapide de l'information des cogestionnaires CHSLD vers le niveau régional, notamment pour interpeler le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le département régional de médecine générale (DRMG) et le directeur des services professionnels (DSP) lors d'une rupture de services médicaux anticipée ou présente.

*En cas de difficulté, la cellule de crise en CHSLD via les cogestionnaires, escalade les difficultés à la table des chefs ou au comité de direction selon le cas (où il y a le DSP et le président-directeur général (PDG), le chef des médecins généralistes, le directeur SAPA ainsi que le directeur des soins infirmiers (DSI)).

À noter que certains établissements ont mis en place une cellule de crise régionale en soutien aux cellules locales. Sa composition est la suivante : directeur SAPA adjoint ou directeur de l'hébergement, médecin chef adjoint de l'hébergement, un chef PCI, un microbiologiste attitré au MVA, un expert biosécurité, le directeur des services technique au besoin (hygiène et salubrité/ maintenance des immeubles), un chef des soins infirmiers.

ÉMI : équipe médicale d'intervention

Description :
L'ÉMI est une équipe médicale [médecins\infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL)] pour prodiguer des soins médicaux dans les milieux de vie en éclosion. Elle est en renfort aux équipes médicales de base du CHSLD, aux médecins réaffectés dans ce milieu et d'autres médecins dans des équipes déployées, tel que le médecin microbiologiste de l'équipe PCI.

Composition :
2-3 médecins/IPSPL en disponibilité[1] (préalerte). Au moins un des membres de l'ÉMI doit être familier[2] avec la clientèle aînée.

Fonctionnement :
Prête à être déployée de 24/48 heures d'avis dans un MVA en éclosion. Équipe fixe en déploiement une semaine à la fois dans un MVA en éclosion. L'ÉMI est déployée sur place le temps de trouver des effectifs médicaux (médecins/IPSPL) pour prendre la relève.

L'équipe se place en préalerte sur avis des coordonnateurs locaux des effectifs médicaux. Cette préalerte survient dès l'annonce d'une éclosion jugée difficile à contrôler. L'ÉMI sera déployée également à la demande des coordonnateurs. Ceux-ci étant sous la gouverne du DSP ou du DRMG.

Les médecins d'une équipe ÉMI doivent être mis en disponibilité[1] afin d'être en mesure de se déployer rapidement. En paliers d'alerte orange et rouge de l'établissement, une équipe devrait toujours être en disponibilité minimalement.

L'ÉMI se retire lorsque les équipes de base sur place suffisent à nouveau aux besoins médicaux des résidents et que leur sécurité et intégrité sont assurées.

Plusieurs ÉMI pourraient intervenir en même temps sur différentes unités ou différents quarts de travail.

Tâches :
1. Assurer la couverture médicale des clientèles du MVA en collaboration et coordination avec les équipes déjà en place et participer à la garde médicale de ce milieu (24/7);
   a. Contacter l'équipe de soins ou autres professionnels concernés;
   b. Prendre connaissance des lieux;
   c. Prendre connaissances des besoins en soutien des équipes en place;
2. Réaliser toutes tâches médicales attendues de l'équipe traitante de garde.

Bien que l'algorithme soit pour CHSLD, l'ÉMI est appliquée aux différents types de MVA.

---

[1]Cette disponibilité est possible par un plan de remplacement rapide ou une planification des tâches permettant de se libérer rapidement.

[2]La présence d'un membre initié avec expertise est souhaitable, mais ne devrait pas être un frein à la constitution d'une ÉMI. Dans le cas d'aucune disponibilité d'effectif expert, le pairage ou le monitoring avec les équipes en place ou un médecin expert en assistance en téléconsultation est une alternative possible.

L'équipe PCI

Description :
L'équipe PCI est une équipe interpellée lors d'éclosion (voir *Guide de gestion des éclosions en CHSLD* – MSSS (publication à venir). Sa mission est de s'assurer de mettre les mesures en place pour circonscrire l'éclosion.

Composition :
Sa composition peut être, par exemple, un représentant de la DRSP, un chef PCI, un microbiologiste attitré aux MVA, un expert en biosécurité.

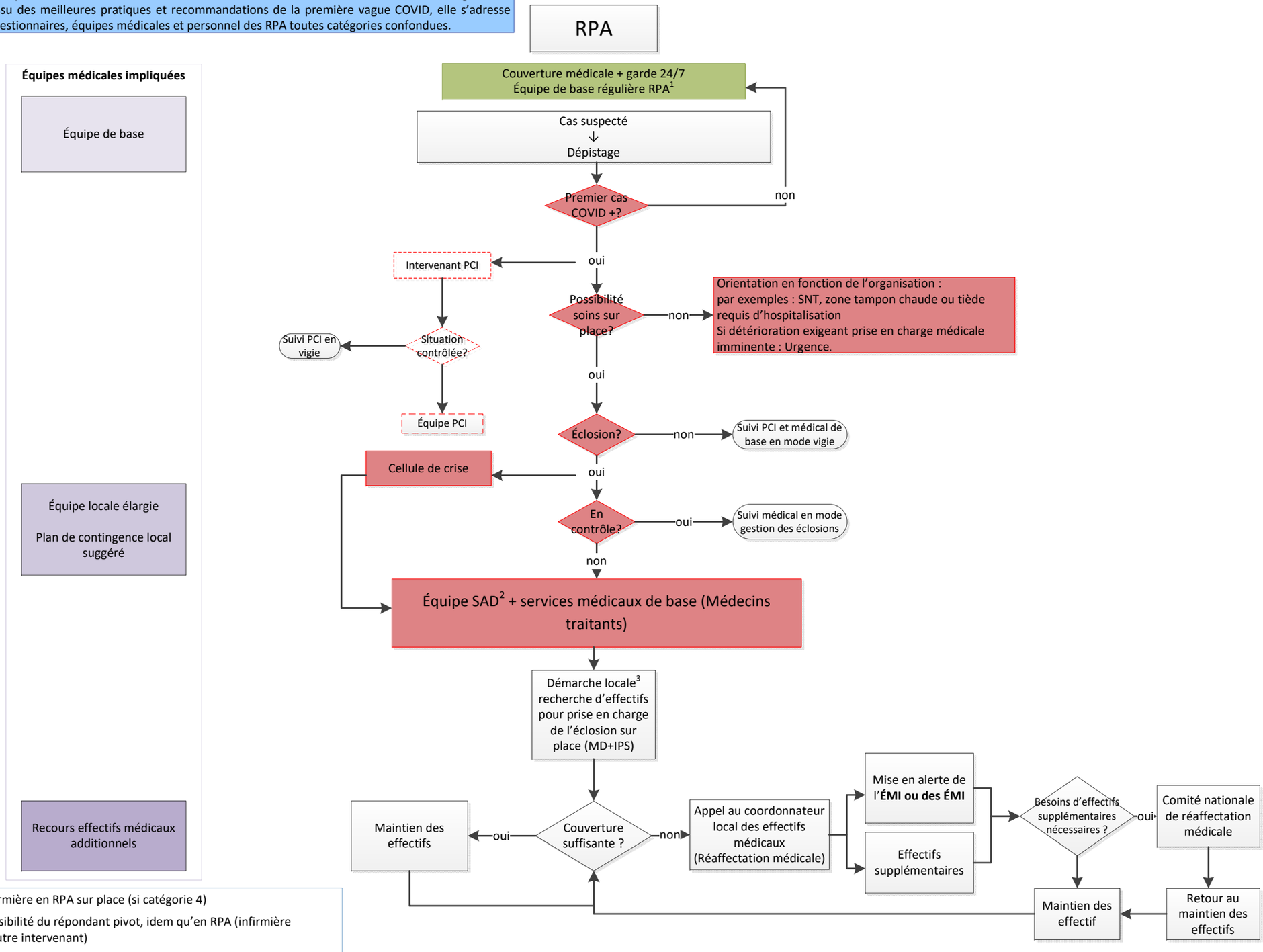
Tâches :
1. Responsable d'appliquer les directives du *Guide de gestion des éclosions en CHSLD*;
2. Apporte une expertise dans les contextes plus complexes (éclosions complexes, qui ne se résorbent pas, etc.);
3. Vient en appui à la cellule de crise du CHSLD;
4. Se déplace sur les lieux de l'éclosion et analyse les lieux;
5. Vérifie le matériel et les équipements de protection;
6. Recommande la mise en place des mesures de gestion d'éclosion (hygiène, salubrité et prévention et contrôle des infections);
7. Aménage les espaces pour prévenir la propagation;
8. Fait la logistique de circulation du personnel;
9. etc.

À noter que la distinction entre l'équipe ÉMI et l'équipe PCI est claire, et s'exprime de la façon suivante :
L'ÉMI est une équipe de médecins/IPSPL qui intervient au niveau médical en appui aux équipes médicales en place. L'équipe PCI est une équipe qui fait un plan d'intervention dans le milieu pour circonscrire l'éclosion. Cette dernière est composée d'acteurs autres que les services médicaux. Elle peut compter un médecin microbiologiste, mais aucun en pratique médicale.

Santé et Services sociaux Québec

Algorithme RPA pour assurer la couverture des services médicaux lors d'une éclosion de COVID-19

L'algorithme Résidences privées pour ainés (RPA) a pour but d'illustrer les étapes des actions à réaliser pour assurer une couverture en services médicaux dans une RPA en éclosion. Cet algorithme est issu des meilleures pratiques et recommandations de la première vague COVID, elle s'adresse aux gestionnaires, équipes médicales et personnel des RPA toutes catégories confondues.



[1] Infirmière en RPA sur place (si catégorie 4)

[2] Possibilité du répondant pivot, idem qu'en RPA (infirmière ou autre intervenant)

[3] Appliquer le plan de contingence local et régional

Note : lorsque recours au coordonnateur de réaffectation locale, celui-ci doit trouver une solution à l'interne ou avec les RLS limitrophes avant de faire appel à la réaffectation nationale.

Version RSSS 21-12-2020

Les résidences privées pour aînés (RPA)

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

La RPA est considérée comme le domicile de la personne. Ce sont des personnes âgées de plus de 65 ans. L'exploitant agit comme locateur et fournisseur de services et un bail est conclu avec la personne âgée. Il peut y avoir des personnes très autonomes, des personnes semi-autonomes nécessitant peu de soins ou de services d'assistance personnelle et des personnes moins autonomes ayant besoin de soins ou de services de façon plus soutenue
(ex. : surveillance constante).

Le personnel sur place est à l'emploi de la RPA, donc de l'employeur privé. Il y a 4 catégories de RPA. Ces catégories sont déterminées en fonction de l'offre de services de la RPA. La RPA est responsable de son offre de services. Seule la catégorie 4 offre des services infirmiers (avec ou sans unités de soins). Même dans cette catégorie de RPA, on y retrouve tous les profils d'autonomie.

Pour l'ensemble des RPA, toutes catégories confondues, les équipes SAD des CISSS et CIUSSS peuvent offrir des services aux personnes qui y habitent. Donc, des infirmières peuvent être sur place pendant la durée de l'évaluation d'un usager ou du soin. Selon le choix de la personne âgée vivant en RPA, tout comme chaque citoyen, elle peut demander des soins palliatifs ou de fin de vie à son domicile. Ces soins sont offerts par les équipes des SAD.

Les personnes en RPA ne sont pas toutes connues des SAD.

La possibilité de donner des soins aigus sur place par ce personnel est faible. L'environnement physique n'est souvent pas adapté pour des soins aigus sur place.

Le nombre d'unités locatives d'une RPA est très variable; allant de 1 à plus de 1 300 unités locatives.

Les équipements sur places pour prodiguer des soins aigus en urgence:

- Défibrillateur possible. Les personnes responsables d'assurer la surveillance ont l'obligation d'avoir complété une formation RCR et secourisme général;
- Pas de concentrateur d'oxygène, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin.

Pharmacien communautaire lié à la personne (sa pharmacie de quartier)

Les équipements de protection individuelle doivent être disponibles.

Il existe quelques résidences privées spécialisées auprès d'usagers atteints d'un trouble neurocognitif sévère et faisait de l'errance (unité prothétique).

Des places RI peuvent exister en RPA.

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

Bien que ce document soit l'un des livrables du sous-comité des services médicaux en milieux de vie pour aînés, celui-ci inclut également les usagers adultes vivant dans ces milieux de vie pour aînés (MVA).

Couverture médicale

Description :
Les effectifs médicaux pour les personnes âgées en RPA sont assurés d'abord par le médecin de famille auprès duquel elles sont inscrites. À noter que la majorité des personnes habitant en RPA sont autonomes et en mesure de se déplacer pour aller consulter leur médecin de famille.

Dans la situation où le médecin de famille pratique en GMF n'est pas disponible, il est possible qu'un médecin remplaçant du GMF soit rejoint.

En dehors des heures de bureau, la garde médicale 24/7 est assurée pour les personnes qui y sont inscrites. En cas de nécessité et bris de service, la garde 24/7 (garde SAD) est aussi disponible de jour pour celles-ci.

Dans certaines régions, une garde médicale RPA (24/7 uniquement pour les Catégories 3 et 4 a été mise en place lors de la première vague) pour répondre aux demandes lors d'une détérioration clinique du résident.

Dans le cas de la clientèle orpheline, la personne sera invitée à s'inscrire au Guichet d'accès à un médecin de famille.

L'infirmière du SAD pourrait décider, selon certains critères, d'inscrire une personne vulnérable ayant un médecin de famille à la garde 24/7.

Lors de cas COVID+, l'infirmière pivot RPA réfère les services médicaux requis à la situation clinique.

Garde médicale de première ligne (évolution de la garde RPA dans certaines régions) est aussi une mesure de disponibilité d'effectifs médicaux dans certaines régions.

La disponibilité des médecins peut être de différents types, en cabinet, en présence à domicile ou en téléconsultation.

Cellule de crise régionale

Description :
La cellule de crise régionale a été mise en place par certains établissements. Elle est composée d'intervenants-clés au sein de l'établissement. En situation extrême, comme une pandémie et, à plus forte raison, lors d'une éclosion, elle constitue un outil de fonctionnement indispensable.

À noter que certains établissements ont mis en place une cellule de crise à l'échelle régionale en soutien aux cellules locales. Sa composition peut être, par exemple : directeur SAPA adjoint ou directeur de l'hébergement, Médecin-chef adjoint de l'hébergement, Chef ou conseillère-cadre en Prévention et contrôle des infections (PCI), un microbiologiste attitré MVA, un expert biosécurité, chef de la PCI, directions des servies techniques au besoin (Hygiène et salubrité et maintenance immeuble), un chef en soins infirmiers.

Elle est surtout mise à contribution pour aider des éclosions dans les CHSLD mais dans le cas d'éclosion en RPA, celle-ci peut aussi aider à la gestion de la crise.

L'équipe PCI (Prévention contrôle des infections)

Description :
L'équipe PCI est une équipe interpellée lors d'éclosion.

(Voir Guide de gestion des éclosions – MSSS (inédit pour l'instant)). Sa mission est de s'assurer de mettre les mesures en place pour circonscrire l'éclosion.

Composition :
Sa composition peut être, par exemple : un représentant de la direction régionale de la santé publique, un chef PCI, un microbiologiste attitré MVA, expert en biosécurité.

Tâches:
Elle est responsable d'appliquer les directives du Guide de gestion des éclosions.

Elle apporte une expertise dans les contextes plus complexes (éclosions complexes, qui ne se résorbent pas, etc.).

- Viens en appui à la cellule de crise;
- Va sur les lieux de l'éclosion et analyse les lieux;
- Vérifie le matériel et l'équipement de protection;
- Recommande la mise en place des mesures de gestion d'éclosion (hygiène, salubrité et prévention et contrôle des infections);
- Aménage les espaces pour prévenir la propagation;
- Fais la logistique de circulation du personnel;
- etc.

À noter la distinction claire entre l'équipe ÉMI et l'Équipe PCI est:

L'ÉMI est une équipe de médecins/IPS qui intervient au niveau médical en appui aux équipes médicales en place. L'Équipe PCI est une équipe qui fait un plan d'intervention dans le milieu pour circonscrire l'éclosion. Cette dernière est composée d'acteurs autres que les services médicaux. Elle peut compter un médecin microbiologiste, mais aucun en pratique médicale.

ÉMI : équipe médicale d'intervention

Description :
L'ÉMI est une équipe médicale (médecins/IPSPL) pour prodiguer des soins médicaux dans les milieux de vie en éclosion. Elle est en renfort aux médecins réaffectés dans ce milieu et d'autres médecins dans des équipes déployées tel que le médecin microbiologiste de l'équipe PCI ainsi que les gardes médicales normalement interpellées.

Composition :
2-3 médecins/IPSPL en disponibilité[1] (pré alerte). Au moins un des membres de l'ÉMI doit être familier[2] avec la clientèle aînée.

Fonctionnement :
Prête à être déployée à 24/48 heures d'avis dans Milieu de vie pour aînés (MVA) en éclosion. Équipe fixe en déploiement une semaine à la fois dans une MVA en éclosion. L'ÉMI est déployée sur place le temps de trouver des effectifs médicaux (médecins/IPSPL) pour prendre la relève.

L'équipe se place en pré alerte sur avis des coordonnateurs locaux des effectifs médicaux sous recommandation du DSP ou du DRMG. Cette pré alerte survient dès l'annonce d'une éclosion jugée difficile à contrôler.

Les médecins d'une équipe ÉMI doivent être mis en disponibilité[1] afin d'être en mesure de se déployer rapidement. En paliers d'alerte orange et rouge (ou niveau d'alerte 3 et 4 de l'établissement), une équipe devrait toujours être en disponibilité minimalement.

L'ÉMI se retire lorsque les équipes de base (services médicaux de base et l'équipe SAD) sur place suffisent à nouveau pour répondre aux besoins médicaux des résidents et que leur sécurité et intégrité sont assurés.

Plusieurs ÉMI pourraient intervenir en même temps sur différentes unités ou différents quarts de travail.

Le leadership est assuré par la cellule de crise en collaboration avec l'infirmière responsable des soins dans cette RI-RTF et l'ÉMI, si besoin.

Conditions d'application des ÉMI :
- Milieu de vie peut permettre des soins sur place (unité) avec personnel requis (interne et externe);
- Cette analyse de l'environnement physique et humain doit être faite au préalable du déploiement des ÉMI (ex. Cellule de crise régionale ou subrégionale).

Tâches :
- Assurer la couverture médicale des clientèles du MVA en collaboration et coordination avec les équipes déjà en place et participer à la garde médicale de ce milieu (24/7);
- Prendre connaissance des lieux;
- Prendre connaissance des besoins en soutien des équipes impliquées;
- Réaliser toutes tâches médicales attendues.

[1] Cette disponibilité est possible par un plan de remplacement rapide ou une planification des tâches permettant de se libérer rapidement.

[2] La présence d'un membre initié avec expertise est souhaitable, mais ne devrait pas être un frein à la constitution d'une ÉMI. Dans le cas d'aucune disponibilité d'effectifs experts, le pairage ou le mentorat avec les équipes en place ou un médecin expert en assistance en téléconsultation est une alternative possible.

Santé et Services sociaux Québec

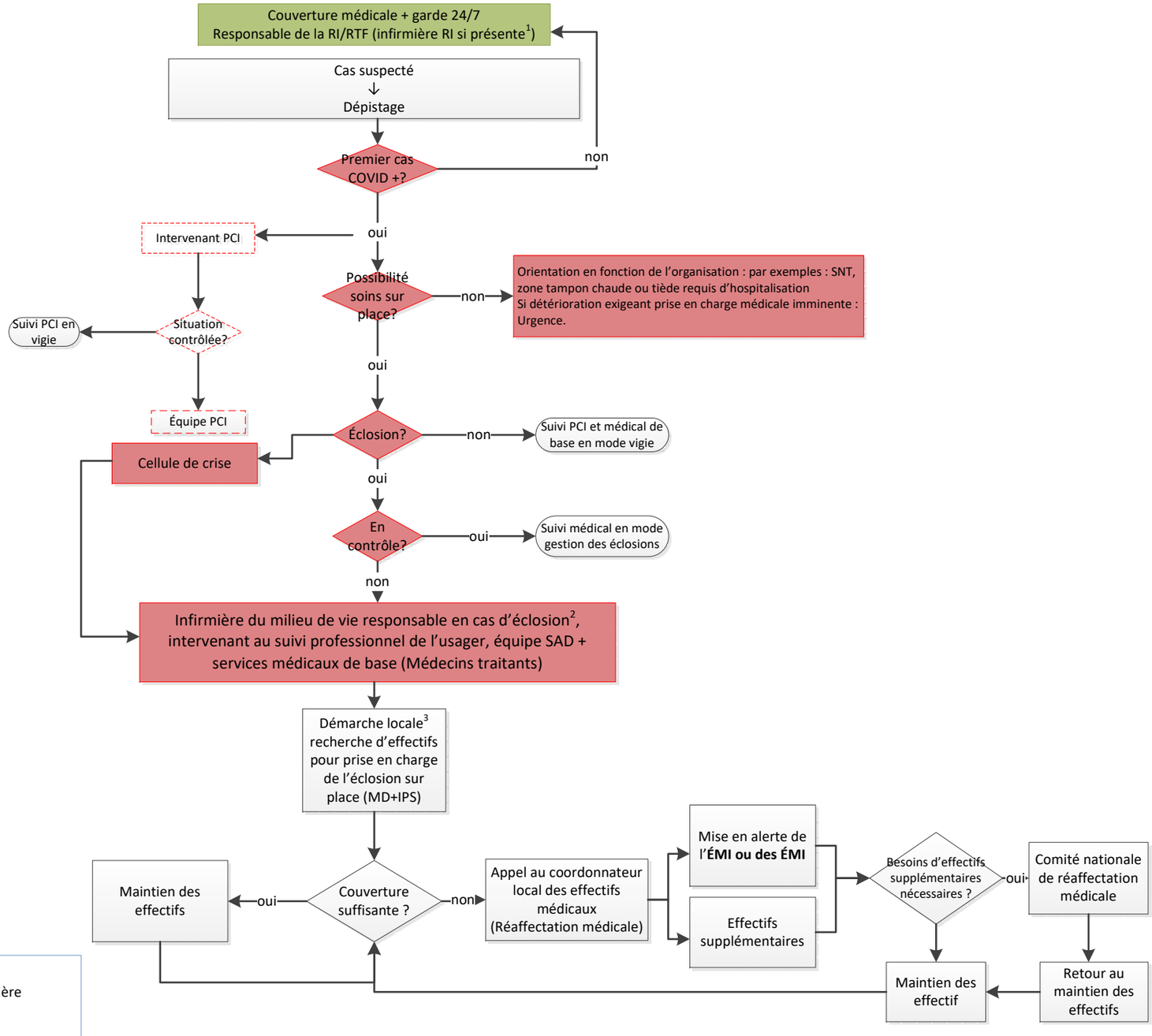
Algorithme RI-RTF pour assurer la couverture des services médicaux lors d'une éclosion de COVID-19

L'algorithme Ressource intermédiaires (RI) et Ressources de type familial (RTF) a pour but d'illustrer les étapes des actions à réaliser pour assurer une couverture en services médicaux dans une RI/RTF en éclosion. Cet algorithme est issu des meilleures pratiques et recommandations de la première vague COVID, elle s'adresse aux gestionnaires, équipes médicales et personnel des RPA toutes catégories confondues.

RI-RTF

Équipes médicales impliquées

- Équipe de base
- Équipe locale élargie
- Plan de contingence local suggéré
- Recours effectifs médicaux additionnels



[1] Infirmière en RI sur place (très rare)

[2] Possibilité du répondant pivot, idem qu'en RPA (infirmière ou autre intervenant)

[3] Appliquer le plan de contingence local et régional

Note : lorsque recours au coordonnateur de réaffectation locale, celui-ci doit trouver une solution à l'interne ou avec les RLS limitrophes avant de faire appel à la réaffectation nationale

Version RSSS 21-12-2020

Ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familiale (RTF)

Description :
Les RI et RTF sont des partenaires liés par une entente particulière avec les CISSS et CIUSSS. Les CISSS et CIUSSS confient les usagers à des responsables de RI ou de RTF. L'approche de ces ressources est de maintenir l'usager dans sa communauté et de favoriser son intégration et sa participation sociale. Les usagers sont donc encouragés à se rendre chez leur médecin en cas de problème de santé.

Le nombre de lits varie de 4 à plus de 100 places/ lits.

Clientèle très vulnérable, ayant des profils du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF) de 6 à 12. Dans certaines RI, on peut retrouver plusieurs usagers ayant des profils 12 et exceptionnellement 13 et 14.

Les soins infirmiers sont habituellement assurés par le SAD. Lesquels demeurent sur place pendant la durée de son évaluation ou du soin à prodiguer, selon le plan de traitement en cours. Il peut arriver qu'une RI ait à son emploi du personnel infirmier. Cependant, celui-ci ne prodigue pas nécessairement de soins professionnels. Il peut avoir un rôle de gestionnaire ou coordonnateur. Il peut s'agir d'une infirmière auxiliaire. Une vérification est requise auprès de ce personnel pour vérifier quelles responsabilités et fonctions sont attendues de leur part (ex. activités réglementées comme l'administration de médicaments).

La seule formation obligatoire pour le personnel de ces ressources est le RCR et secourisme général. Les employés assurent des tâches similaires à celles d'un ASSS ou d'un PAB, ou d'un aide de services. Certains membres du personnel, peuvent avoir une formation pour les activités règlementées (administration des médicaments et soins invasifs).

Les équipements sur places pour prodiguer des soins aigus en urgence : pas possible d'avoir des soins aigus, à moins d'avoir SIAD dans sa région (fais partie des services SAD). Défibrillateur possible, mais très rare (les responsables des ressources et leur personnel ne sont pas dans l'obligation d'avoir un cours de PAB ou PDSB, mais ils doivent avoir une formation RCR et carte de secourisme) pas de concentrateur d'oxygène, mais peut être prêté par l'intermédiaire du SAD au besoin.

Liaison avec la pharmacie communautaire – client régulier de sa pharmacie de quartier.

Description RTF
Idem que RI

Un maximum de 9 usagers peut être confié à une RTF dont le ou les responsables partagent leur lieu de résidence principale. Clientèle en RTF : usagers ayant un profil ISO-SMAF de 6 à 12. Certains milieux RTF peut accueil des usagers dont le profil ISO-SMAF inférieur. Habituellement pas de personnel outre que l'exploitant

Bien que ce document soit l'un des livrables du sous-comité des services médicaux en milieux de vie pour aînés, celui-ci inclut également les usagers adultes vivant dans ces milieux de vie pour aînés (MVA).

Couverture médicale

Description :
Les effectifs médicaux pour les personnes âgées en RI-RTF est assurée d'abord par le médecin de famille auprès duquel elles sont inscrites. À noter qu'un bon nombre de personnes habitant en RI-RTF sont suffisamment autonomes et en mesure de se déplacer pour aller consulter son médecin de famille, parfois seul ou accompagnés par un proche ou la ressource.

Dans la situation où le médecin de famille pratique en GMF n'est pas disponible, il est possible qu'un médecin remplaçant du GMF soit rejoint.

En dehors des heures de bureau, la garde médicale 24/7 est assurée pour les personnes qui y sont inscrites. En cas de nécessité et bris de service, la garde 24/7 (garde SAD) est aussi disponible de jour pour celles-ci.

Dans certaines régions, une garde médicale RPA couvrant également les RI et RTF a été mise en place pour répondre aux demandes lors d'une détérioration clinique d'une personne.

Dans le cas de la clientèle orpheline, le responsable de la RI-RTF doit informer l'intervenant du SAD afin d'effectuer les démarches pour l'inscrire au Guichet d'accès à un médecin de famille.

L'infirmière du SAD en collaboration avec le responsable de la ressource pourrait, selon certains critères, décider d'inscrire une personne vulnérable ayant un médecin de famille à la garde 24/7.

Lors de cas COVID+, le responsable de la RI-RTF avise l'intervenant assigné au dossier de l'usager.

Garde médicale de première ligne (évolution de la garde RPA dans certaines régions) est aussi une mesure de disponibilité d'effectifs médicaux dans certaines régions. Celles-ci couvrent les RI-RTF.

La disponibilité des médecins de garde peut être accessible selon différentes modalités, en cabinet, en présence à domicile ou en téléconsultation.

Cellule de crise régionale

Description :
La cellule de crise régionale a été mise en place par certains établissements. Elle est composée d'intervenants-clés au sein de l'établissement. En situation extrême, comme une pandémie et, à plus forte raison, une éclosion, elle constitue un outil de fonctionnement indispensable.

À noter que certains établissements ont mis en place une cellule de crise à l'échelle régionale en soutien aux cellules locales de CHSLD. Sa composition peut être la suivante : directeur SAPA adjoint ou directeur de l'hébergement, Médecin-chef adjoint de l'hébergement, un gestionnaire responsable de la Prévention et contrôle des infections (PCI), un microbiologiste attitré MVA, un expert biosécurité, chef ou conseillère-cadre de la PCI, directeurs des services techniques, au besoin (Hygiène et salubrité et maintenance immeuble), un chef soins infirmiers.

Elle est surtout mise à contribution pour les CHSLD, mais dans le cas d'éclosion en RI-RTF, celle-ci peut aussi aider à la gestion de la crise.

L'équipe PCI (prévention contrôle des infections)

Description :
L'équipe PCI est une équipe interpellée lors d'éclosion.
Sa mission est de s'assurer de mettre les mesures en place pour circonscrire l'éclosion.

Composition :
Sa composition peut être, par exemple : un représentant de la direction régionale de la santé publique, une infirmière spécialisée en PCI, un microbiologiste attitré MVA, expert en biosécurité.

Tâches:
Elle est responsable d'appliquer les directives du Guide de gestion des éclosions.

Elle apporte une expertise dans les contextes plus complexes (éclosions complexes qui ne se résorbent pas, etc.).
- Viens en appui à la cellule de crise;
- Va sur les lieux de l'éclosion et analyse les lieux;
- Vérifie le matériel et l'équipement de protection;
- Recommande la mise en place des mesures de gestion d'éclosion (hygiène, salubrité et prévention et contrôle des infections);
- Aménage les espaces pour prévenir la propagation;
- Fais la logistique de circulation du personnel;
- etc.

À noter la distinction claire entre l'équipe ÉMI et l'équipe PCI est:

L'ÉMI est une équipe de médecins/Infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) qui intervient au niveau médical en appui aux équipes médicales en place. L'équipe PCI est une équipe qui fait un plan d'intervention dans le milieu pour circonscrire l'éclosion. Cette dernière est composée d'acteurs autres que les services médicaux. Elle peut compter un médecin microbiologiste, mais aucun en pratique médicale.

ÉMI : équipe médicale d'intervention

Description :
L'ÉMI est une équipe médicale (médecins et IPSPL) pour prodiguer des soins médicaux dans les milieux de vie en éclosion. Elle est en renfort aux médecins réaffectés dans ce milieu et d'autres médecins dans des équipes déployées tel que le médecin microbiologiste de l'équipe PCI ainsi que les gardes médicales normalement interpellées.

Composition :
2-3 médecins/IPSPL en disponibilité[1] (pré alerte). Au moins un des membres de l'ÉMI doit être familier[2] avec la clientèle aînée.

Fonctionnement :
Prête à être déployée à 24/48 heures d'avis dans un MVA en éclosion. Équipe fixe en déploiement une semaine à la fois dans une MVA en éclosion. L'ÉMI est déployée sur place le temps de trouver des effectifs médicaux (médecins/IPSPL) pour prendre la relève.

L'équipe se place en pré alerte sur avis des coordonnateurs locaux des effectifs médicaux sous recommandation du DSP ou du DRMG. Cette pré alerte survient dès l'annonce d'une éclosion jugée difficile à contrôler.

Les médecins d'une équipe ÉMI doivent être mis en disponibilité[1] afin d'être en mesure de se déployer rapidement. En paliers d'alerte orange et rouge (ou niveau d'alerte 3 et 4 de l'établissement), une équipe devrait toujours être en disponibilité minimalement.

L'ÉMI se retire lorsque les équipes de base (services médicaux de base et l'équipe SAD) sur place suffisent à nouveau pour répondre aux besoins médicaux des résidents et que leur sécurité et intégrité sont assurés.

Plusieurs ÉMI pourraient intervenir en même temps sur différentes unités ou différents quarts de travail.

Leadership est assuré par la cellule de crise en collaboration avec l'infirmière responsable des soins dans cette RI-RTF et l'ÉMI, si besoin.

Conditions d'application des ÉMI :
- Le milieu de vie peut permettre des soins sur place (unité) avec personnel requis (interne et externe);
- Cette analyse de l'environnement physique et humain doit être faite au préalable du déploiement des ÉMI (ex. Cellule de crise régionale ou subrégionale).

Tâches :
- Assurer la couverture médicale des clientèles du MVA en collaboration et coordination avec les équipes déjà en place et participer à la garde médicale de ce milieu (24/7);
- Prendre connaissance des lieux;
- Prendre connaissance des besoins en soutien des équipes impliquées;
- Réaliser toutes tâches médicales attendues.

[1] La présence d'un membre initié avec expertise est souhaitable, mais ne devrait pas être un frein à la constitution d'une ÉMI. Dans le cas d'aucune disponibilité d'effectifs experts, le pairage ou le mentorat avec les équipes en place ou un médecin expert en assistance en téléconsultation est une alternative possible.

[2] Cette disponibilité est possible par un plan de remplacement rapide ou une planification des tâches permettant de se libérer rapidement.

5Émission :	04-04-2020	Mise à jour :	05-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-022

Catégorie(s) :
- ✓ Hémodynamie
- ✓ Services médicaux

Informations et consignes concernant les interventions hémodynamiques

Remplace les consignes hémodynamie émises le 4 avril 2020 (non codifiées)

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) – Direction des services hospitaliers (DSH)**	**Destinataires :**	Tous les établissements publics du RSSS : – Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG) – Directeurs des services professionnels (DSP) – Directrices des soins infirmiers (DSI)

Directive	
Objet :	Les consignes en hémodynamie ont pour but de présenter les principes directeurs pour la gestion des usagers ayant besoin de traitement en hémodynamie durant la 2e vague de la pandémie à la COVID-19.
Mesures à implanter :	✓ Prendre connaissance des modifications apportées aux consignes hémodynamie.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction des services hospitaliers** (DSH)
Document annexé :	✓ Consignes hémodynamie COVID-19

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Coronavirus COVID-19

2021-02-05

En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 au Québec, nous souhaitons vous transmettre de nouvelles informations et des consignes concernant les ***interventions hémodynamiques***.

CONSIGNES HÉMODYNAMIE

1. Consignes générales :

a. Durant la pandémie de la COVID-19, il est essentiel d'avoir un protocole hospitalier pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et pour le personnel soignant. De plus, les protocoles de soins nécessitent de minimiser l'impact de la COVID-19 sur la mortalité et la morbidité chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires, et ce, en cohérence avec les politiques de prévention et de contrôle des infections.

b. Tous les cas urgents qui présentent des risques élevés d'incident cardiaque doivent être traités sans délai.

c. Poursuivre l'investigation des patients et les procédures tant que la disponibilité des plateaux techniques le permet. La situation épidémiologique peut changer rapidement et avoir un impact sur les processus. Par conséquent, les protocoles devraient être adaptables pour assurer la qualité des soins.

d. Pour les visites de suivis, prioriser la téléconsultation ou reporter les visites si cela est jugé à faible risque pour le patient.

e. Il est recommandé à tous les services d'hémodynamie d'utiliser les équipes minimales requises pour les interventions et de diminuer autant que possible la rotation du personnel pendant les interventions. Ceci permet de maintenir un souci constant d'économies de matériel et d'équipements de protection.

f. Lorsque c'est possible, une salle d'hémodynamie devrait être dédiée au traitement des patients atteints de la COVID-19.

2. Consignes pour les infarctus aigus du myocarde (IAM) :

Dans les cas d'infarctus aigu du myocarde (IAM), poursuivre les traitements et trajectoires habituels, indépendamment du statut COVID-19 confirmé ou à risque élevé du patient. De plus, le traitement de reperfusion doit être réalisé en temps opportun.

Un cas à risque élevé de COVID-19 est défini comme suit :

- lors d'une intervention générant des aérosols OU
- personne confirmée infectée de la COVID-19 OU
- personne vivant en contact étroit[1] avec un cas confirmé OU
- personne avec symptômes compatibles d'une infection à la COVID-19, soit :
  - fièvre OU
  - toux OU
  - difficulté respiratoire

IAM avec élévation du segment ST :

a. Pour les patients nécessitant un transfert, une communication doit avoir lieu avec l'installation avant le transfert du patient.

b. Pour les patients transportés par ambulance, un bref arrêt à l'unité d'urgence d'un centre d'hémodynamie est recommandé pour une évaluation rapide du risque de COVID-19 et de l'état respiratoire au lieu d'une arrivée directe à la salle d'hémodynamie.

c. Dans le cas où le centre d'hémodynamie ne serait pas disponible, les pharmacies hospitalières doivent s'assurer d'avoir des trousses de thrombolyse en inventaire.

d. Se référer, au besoin, à l'ordonnance de fibrinolyse de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux à l'adresse suivante : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/Outil_fibrinolyse.pdf

IAM sans élévation du segment ST :

a. Préconiser un traitement médical.

b. Si, malgré le traitement médical, le patient présente des douleurs thoraciques récurrentes, de l'insuffisance cardiaque ou des arythmies malignes réfractaires, contacter l'hémodynamicien pour évaluer la pertinence et la possibilité d'une coronarographie.

[1] Contact étroit se définit comme une personne vivant sous le même toit ou personnel soignant avec contact physique sans équipement de protection adéquate ou contact physique étroit

3. Dépistage de la COVID-19

Le dépistage vise les patients hospitalisés, de même que les patients qui se présentent à l'urgence, ayant une présentation clinique ou radiologique compatible avec un diagnostic de la COVID-19 (incluant les tests requis pour la levée d'isolement). La nécessité d'un test de dépistage devrait tenir compte de la prévalence de la maladie selon les différentes régions et selon la transmission communautaire locale.

Par ailleurs, aucun délai de traitement ne doit être engendré par l'attente d'un résultat de test chez des patients présentant des risques élevés d'incident cardiaque.

Émission :	05-02-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-017

Catégorie(s) :
- ✓ Services médicaux
- ✓ Thrombectomie — Accident vasculaire cérébral (AVC)

Consignes concernant le traitement de thrombectomie (AVC)

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) — Direction des services hospitaliers (DSH)**
Destinataires :	Tous les établissements publics du RSSS : – Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG) – Directeurs des services professionnels (DSP)

Directive	
Objet :	Cette directive permettra d'améliorer et de préserver l'accès à la thrombectomie des cinq centres hospitaliers du Québec qui offrent ces services, durant la 2e vague de la pandémie de la COVID-19. Celle-ci regroupe des principes directeurs de gestion. Une implication des centres hospitaliers non désignés en AVC de la région de Montréal est possible.
Mesures à implanter :	✓ Prendre connaissance des consignes.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction des services hospitaliers (DSH)
Document annexé :	✓ Consignes thrombectomie COVID-19

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Coronavirus COVID-19

2021-02-05

Traitement de thrombectomie

En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19, nous souhaitons vous transmettre **les consignes** concernant le *traitement de thrombectomie, pour les victimes d'accidents vasculaires cérébraux aigus (AVC).*

Les établissements offrant les services de thrombectomie en AVC sont :

- Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CH 3)
- CUSM, Hôpital neurologique de Montréal (CH 3)
- CHU de Québec – Université Laval, Hôpital de l'Enfant-Jésus (CH 3)
- CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Hôpital de Fleurimont (CH 3)
- CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Hôpital de Chicoutimi (CH 2)

CONSIGNES CONCERNANT L'ACCÈS À LA THROMBECTOMIE

a. Le centre de thrombectomie est responsable d'aviser le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)[1] des difficultés vécues limitant l'accessibilité à la thrombectomie.

b. Le centre de thrombectomie est responsable d'assurer un support clinique aux établissements référents de son bassin de desserte, comme à l'habitude.

c. Chaque centre référent doit rapatrier et prioriser, **sans droit de refus et systématiquement le plus tôt possible (en moins de < 48 heures)** les AVC stables à la demande du centre de thrombectomie.

d. La stabilité de la condition médicale est déterminée par le neurologue traitant du centre de thrombectomie, comme à l'habitude.

e. Le centre référent qui ne peut pas rapatrier sa clientèle **doit identifier un centre hospitalier de sa région qui dispose de l'expertise AVC qui correspond aux soins requis et qui rapatriera le patient.**

f. Tous les centres hospitaliers ayant une capacité d'accueil avec expertise AVC peuvent être mis à contribution. Selon le modèle régional AVC, l'appartenance géographique et la capacité d'hospitalisation des centres hospitaliers (CH), les patients sont hospitalisés dans l'ordre habituel : centre tertiaire (CH 3), centre secondaire (CH 2) et centre primaire (CH 1).

g. L'implication des centres hospitaliers non désignés n'est pas recommandée, que ce soit pour une pré-évaluation à la thrombectomie ou un transfert post-traitement.

[1] Le directeur des services professionnels de l'établissement informe la direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques du MSSS.

Toutefois, **pour la région de Montréal, l'implication des centres non désignés avec expertise et présence de neurologue ou d'interniste est une mesure d'exception pour un transfert post-traitement, lorsque la condition du patient est stable**. Dans ces cas, les CH doivent offrir en hospitalisation la réadaptation intensive et précoce aux patients AVC avec équipe interdisciplinaire. Le soutien des centres de réadaptation et le transfert en réadaptation doivent être disponibles rapidement. Le MSSS est informé de la participation des centres hospitaliers non désignés par le centre tertiaire.

Les centres non désignés de la région de Montréal sont :

Vous référez au Protocole AVC aigu, Réseau montréalais et lavallois
H Santa Cabrini/CEMTL
H Notre-Dame/CSMTL
H de Verdun/CSMTL
H Fleury/CNMTL
H Jean-Talon/CNMTL
H général du Lakeshore/COMTL
H de LaSalle/COMTL
CH de Sainte-Mary/COMTL
H de Lachine/CUSM
CH Hôpital Royal-Victoria/CUSM
CH Hôpital Général de Montréal/CUSM

h. Les centres de thrombectomie, particulièrement ceux de la région de Montréal, se tiennent mutuellement informés des difficultés d'accès et des contributions possibles de leur établissement au maintien de l'accès régional.

i. Afin de favoriser la capacité d'hospitalisation du réseau des patients AVC dans tous les CH, les centres de réadaptation doivent prioriser l'admission des patients AVC stables. La même priorité est donnée aux patients AVC avec besoin de soins de longue durée (centre d'hébergement et de soins de longue durée ou autres).

j. Le *Plan provincial de contingence des centres hospitaliers* de la Direction des services hospitaliers du MSSS indique que **le maintien des activités cliniques chronodépendantes est essentiel.** La rupture des services de thrombectomie ou de thrombolyse n'est donc pas envisagée.

Émission :	16-04-2020	Mise à jour :	05-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-018

Catégorie(s) :
- ✓ Chirurgie cardiaque
- ✓ Services médicaux

Consignes en chirurgie cardiaque

Remplace les consignes en chirurgie cardiaque 1re vague émises le 16 avril 2020 (non codifiées)

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) — Direction des services hospitaliers (DSH)**	**Destinataires :**	Tous les établissements publics du RSSS : – Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG) – Directeurs des services professionnels (DSP) – Directeurs, directrices des soins infirmiers (DSI)

Directive	
Objet :	La directive concernant la chirurgie cardiaque a pour objectif de présenter les principes directeurs pour la gestion des usagers ayant besoin d'une chirurgie cardiaque durant la 2e vague de la pandémie à la COVID-19.
Mesures à implanter :	✓ Prendre connaissance des consignes modifiées.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction des services hospitaliers (DSH)
Document annexé :	✓ Consignes chirurgie cardiaque

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

Coronavirus COVID-19

2021-02-05

En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 au Québec, nous souhaitons vous transmettre de nouvelles informations et des consignes concernant les ***interventions de chirurgies cardiaques***.

CONSIGNES CHIRURGIE CARDIAQUE

1. Consignes générales :

a. Durant la pandémie COVID-19, il est essentiel d'avoir un protocole hospitalier pour la prestation sécuritaire de soins pour les patients et pour le personnel soignant. De plus, les protocoles de soins nécessitent de minimiser l'impact de la COVID-19 sur la mortalité et la morbidité chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires, et ce, en cohérence avec les politiques de prévention et de contrôle des infections.

b. Chaque centre de chirurgie cardiaque doit prendre en charge ses patients nécessitant une chirurgie cardiaque selon les corridors de services habituels.

c. Pour les patients nécessitant un transfert, une communication doit avoir lieu avec l'installation avant le transfert du patient.

d. Tous les transferts de patients COVID-19 positifs sont coordonnés par le Centre d'optimisation occupation des lits de soins intensifs.

Tous les cas urgents qui présentent des risques élevés d'incident cardiaque doivent être traités sans délai indépendamment du statut COVID-19 confirmé ou à risque élevé du patient. Un cas à risque élevé de COVID-19 est défini comme suit :

- lors d'une intervention générant des aérosols OU
- personne confirmée infectée de la COVID-19 OU
- personne vivant en contact étroit[1] avec un cas confirmé OU
- personne avec symptômes compatibles d'une infection à la COVID-19, soit :
  - fièvre OU
  - toux OU
  - difficulté respiratoire

[1] Contact étroit se définit comme une personne vivant sous le même toit ou personnel soignant avec contact physique sans équipement de protection adéquate ou contact physique étroit

e. Pour les cas suspectés ou confirmés de COVID-19, il est demandé d'établir une zone chaude, tant au bloc opératoire qu'aux soins intensifs et les unités d'hospitalisation.

f. Poursuivre l'investigation des patients et les interventions tant que la disponibilité des plateaux techniques le permet. La situation épidémiologique peut changer rapidement et affecter les processus. Par conséquent, les protocoles devraient être adaptables pour assurer la qualité des soins.

g. Si une restriction de services s'impose, maintenir un accès pour les interventions urgentes et semi-urgentes.

h. Il est recommandé d'utiliser les équipes minimales requises pour les interventions chirurgicales et de diminuer autant que possible la rotation du personnel pendant les interventions. Ceci permet de maintenir un souci constant d'économies de matériel et d'équipements de protection.

2. Dépistage de la COVID-19

Le dépistage vise les patients hospitalisés, de même que les patients qui se présentent à l'urgence ayant une présentation clinique ou radiologique compatible avec un diagnostic de la COVID-19 (incluant les tests requis pour la levée d'isolement). La nécessité d'un test de dépistage devrait tenir compte de la prévalence de la maladie selon les différentes régions et selon la transmission communautaire locale.

Par ailleurs, aucun délai de traitement ne doit être engendré par l'attente d'un résultat de test chez des patients présentant des risques élevés d'incident cardiaque.

Émission :	Mars- juin 2020	Mise à jour :	05-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-023

Catégorie(s) :
- ✓ Services médicaux
- ✓ Hospitalisation
- ✓ Centres hospitaliers
- ✓ Milieux de vie
- ✓ Admissions et transferts

Lignes directrices hospitalières pour la 2e vague

Remplace les lignes directrices 1re vague émises entre mars à juin 2020 (non codifiées)

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) – Direction des services hospitaliers**	**Destinataires :**	Tous les établissements publics du RSSS : – 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 :	Les lignes directrices pour l'hospitalisation ont pour but de présenter les principes directeurs pour les gestions des usagers COVID-19 à travers le réseau de la santé.
Mesures à implanter :	✓ Prendre connaissance des lignes directrices 2e vague COVID-19. Aucune nouvelle directive.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction des services hospitaliers**
Document annexé :	✓ Lignes directrices 2e vague COVID-19

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

2021-02-05

En prévision de la 2e vague de COVID-19, voici une mise à jour des lignes directrices en hospitalisation.

Hospitalisation

Consignes générales

Nous maintenons la désignation de centres pour la prise en charge de la clientèle COVID-19 positive en prévision de la deuxième vague de pandémie. Plusieurs installations additionnelles ont été désignées afin de rejoindre les régions et d'éviter les transferts sur de longs trajets. Les centres sont désignés afin de couvrir les trois premiers niveaux d'alerte. Des désignations supplémentaires pourraient être faites au cas par cas selon les niveaux d'alerte 1, 2, 3, donc :

a) En tout temps, se référer au tableau de bord des niveaux d'alerte. Les deux classifications de centres hospitaliers (CH) sont définies de la manière suivante :
   i. Centre désigné COVID-19 : Centre de prise en charge hospitalière de patients confirmés à la COVID-19, tant au niveau local que par suite de transferts d'autres CH.
   ii. CH « froid » : CH conservé pour la prise en charge de patients hospitalisés Non-COVID-19. Transfère leurs patients positifs vers les centres désignés. En contexte de transmission communautaire, il est nécessaire de désigner des zones tièdes pour les patients suspectés d'avoir contracté la COVID-19 en attendant le résultat du test de dépistage.

b) Les CH non désignés COVID-19 doivent reprendre dans leur établissement les patients actuellement hospitalisés en CH spécialisé et désigné selon les indications suivantes :

   i. Les patients COVID-19 négatifs qui ont congé d'un centre spécialisé doivent être retournés si besoin de poursuivre l'hospitalisation dans leur CH de proximité. Les recommandations de la Santé publique quant aux transferts inter établissements sont disponibles sur le site : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2906-tableau-transfert-inter-etablissements-covid19.pdf.

c) Les patients hospitalisés suspectés d'avoir contracté la COVID-19 doivent demeurer dans leur CH jusqu'à confirmation du résultat positif. Les protocoles appropriés de prévention des infections doivent donc être mis en place.
d) Les transferts de patients adultes devant être hospitalisés d'une salle d'urgence, ou d'un CH non désigné, à un centre désigné sont coordonnés par le centre d'optimisation occupation des lits de soins intensifs (COOLSI), tant pour l'hospitalisation générale, qu'en soins intensifs et en santé mentale.
e) Les transferts de pédiatrie, néonatalogie et obstétrique sont coordonnés par le centre de coordination en périnatalogie au Québec (CCPQ). Les transferts pour des raisons de soins intensifs maternels sont orientés à la suite d'une discussion entre le CCPQ et le COOLSI.
f) Une communication avec le CH désigné doit obligatoirement avoir lieu avant tout transfert de personnes COVID-19 positif.
g) Les centres désignés ont l'obligation d'accepter le transfert de patients confirmés positifs à la COVID-19, et ce, en cohérence avec le décret d'état d'urgence sanitaire.
h) Les centres non désignés ont l'obligation de reprendre leur patient (d'appartenance régionale) dès la levée des mesures d'isolement dues au COVID-19.
i) Dans l'éventualité d'une éclosion dans un centre non désigné, l'installation doit conserver les usagers à même l'installation en zone chaude.

Consignes pour les clientèles ou trajectoires spécifiques

Obstétrique

Les directives détaillées sont disponibles sur le site :
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002565/

Santé mentale

a) Tous les patients de psychiatrie COVID-19 confirmés doivent être transférés en centre désigné pour la psychiatrie2, adulte ou pédiatrique, via le COOLSI ou le CCPQ pour la pédopsychiatrie.

b) Tous les patients COVID-19 confirmés ayant besoin de soins en santé physique doivent être transférés en centre désigné de soins aigus.

c) Unités de psychiatrie non désignées : Les consignes sanitaires, dont la distanciation sociale, doivent être appliquées. Lors d'apparition de symptômes chez un patient, confiner à la chambre en instaurant les mesures de précautions requises jusqu'à la réception du résultat au test de dépistage. Si COVID-19 confirmée, transférer en centre désigné.

Soins palliatifs ou de confort

- Se référer à la directive disponible sur le site :
  https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/.

Émission :	13-11-2020	Mise à jour :	09-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-009.REV1

Catégorie(s) :
- ✓ Directives cliniques
- ✓ Urgence

Directives services d'urgence

Remplace la directive émise le 13 novembre 2020

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) – Direction des services d'urgence (DSU)**	→	**Destinataires :**	– Tous les établissements publics du RSSS; – Directeurs des services professionnels (DSP); – Gestionnaires et chefs médicaux des urgences; – Directeurs des soins infirmiers.

Directive	
Objet :	Cet envoi contient une mise à jour des directives cliniques spécifiques aux services d'urgence dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Vous trouverez ci-joint l'Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence (Annexe 2), qui a été mis à jour à la suite de la publication de nouveaux critères de dépistage par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Veuillez également prendre note que l'Annexe 1 (Critères suspicion maladie infectieuse COVID-19 – DGAPUAC) a été archivée.
Mesures à implanter :	✓ Application des modifications apportées à l'Outil de triage

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : Ces recommandations sont matière à changement ou à éclaircissement au fur et à mesure de l'évolution de la situation.	
Direction ou service ressource :	**Direction des services d'urgence** Courriel : dsu@msss.gouv.qc.ca Téléphone : 514 864-3215
Documents annexés :	✓ Annexe 1 – Critères suspicion maladie infectieuse COVID-19 – DGAPUAC (archivée en date du 1er février 2021) ✓ Annexe 2 – Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence – COVID-19 (mise à jour le 29 janvier 2021) ✓ Annexe 3 – Outil d'orientation pour le filtrage à l'urgence – COVID-19 ✓ Annexe 4 – Plan de contingence et de gestion de la capacité des urgences – COVID-19 ✓ Annexe 5 – Zones de traitement à l'urgence

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

Coronavirus (COVID-19)

Québec

2021-01-29

OUTIL DÉCISIONNEL POUR L'INFIRMIÈRE AU TRIAGE DE L'URGENCE*

PARTIE 1 – CONFIRMATION LABORATOIRE

- **Avez-vous reçu un diagnostic de la COVID-19 (test de dépistage positif) dans les 3 derniers mois?**

Si NON → Passer à la PARTIE 2
Si OUI dans les 10 derniers jours → Cas confirmé et passer à la PARTIE 3
Si OUI et > 10 jours → Valider si « rétabli » (voir Annexe 1re puce) **: Si rétabli →** cas non suspecté et passer à la PARTIE 4 **| Si non rétabli →** cas confirmé et passer à la PARTIE 3

PARTIE 2 – CRITÈRES D'EXPOSITION ET CRITÈRES CLINIQUES

- **Avez-vous eu une exposition à risque modéré ou élevé à la COVID-19 dans les 14 derniers jours?**
  - Personne vivant sous le même toit ou partenaire intime d'une personne confirmée de la COVID-19;
  - Contact prolongé (> 15 minutes cumulatives ou continues), à moins de 2 mètres, avec une personne confirmée de la COVID-19 (sans port du masque chirurgical ou médical);
  - Personne prodiguant des soins corporels à un cas confirmé de la COVID-19 ou personnel soignant en contact direct avec un cas confirmé de la COVID-19 (sans port EPI approprié);
  - Personnel ayant eu un contact direct avec des liquides biologiques infectieux (expectorations ou crachats reçus dans le visage, les yeux, etc.);
  - Exposition dans un milieu identifié comme « en éclosion » par la santé publique (école, restaurant, résidence pour personnes âgées, milieu de travail, etc.);
  - Séjour de plus de 48h dans un centre hospitalier en éclosion (hospitalisation ou séjour à l'urgence);
  - Séjour de plus de 48h dans une zone considérée à risque (extérieur du Canada ou région en palier orange ou rouge, lorsque la consultation a lieu dans une région verte ou jaune).

Si OUI → Cas suspecté et passer à la PARTIE 3 **| Si NON →** Passer à la question suivante

- **Est-ce que vous ou l'un de vos contacts domiciliaires avez 1 des symptômes suivants :**
  - Fièvre (≥ 38,1°C buccale)
  - Toux (nouvelle ou aggravée)
  - Rhinorrhée ou congestion nasale de cause inconnue
  - Mal de gorge
  - Difficultés respiratoires ou essoufflement (dyspnée)
  - Anosmie soudaine (sans congestion nasale) avec ou sans agueusie

OU au moins 2 des symptômes suivants :

- Fatigue intense
- Perte d'appétit importante
- Douleur abdominale
- Nausées ou vomissements
- Douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique)
- Céphalée
- Diarrhée

Si OUI → Cas suspecté et passer à la PARTIE 3 **| Si NON →** Cas non suspecté et passer à la PARTIE 4

PARTIE 3 – PRISE EN CHARGE DES CAS SUSPECTÉS *(Zone tiède)* OU CONFIRMÉS *(Zone chaude)*

1. Faire porter un masque de procédure à l'usager**;
2. Placer l'usager dans une pièce individuelle avec la porte fermée si disponible, sinon à plus de 2 mètres des autres usagers (voir Annexe 2e puce pour l'orientation en zone tiède);
3. Mesures contre la transmission par gouttelettes/contact avec protection oculaire**;
4. Si usagers susceptibles d'avoir une IMGA : Précautions aériennes-contact avec protection oculaire et isolement en chambre à pression négative si disponible (sinon pièce fermée).
5. **Réorientation :** Offrir systématiquement la réorientation pour les cas réorientables en clinique désignée d'évaluation (CDÉ) via RVSQ.

PARTIE 4 – PRISE EN CHARGE DES CAS NON SUSPECTÉS OU « RÉTABLIS » *(Zone froide)*

1. Faire porter un masque de procédure à l'usager**;
2. Tous les travailleurs de la santé qui sont à moins de 2 mètres de l'usager doivent porter un masque de procédure** (ajout d'une protection oculaire si région en palier orange ou rouge);
3. **Réorientation :** Offrir systématiquement la réorientation pour les cas réorientables en clinique froide.

*Le questionnaire et l'orientation des usagers demeurent les mêmes, que la personne ait été vaccinée ou non.
**Se référer aux recommandations de l'INSPQ concernant le choix des masques de procédure.

Annexe

1. Réadmission d'un usager « rétabli » ayant eu un diagnostic antérieur de la COVID-19

Situation de l'usager « rétabli »		Prise en charge
MALADIE LÉGÈRE OU MODÉRÉE **Plus de 10 jours** après le début des symptômes	Usager COVID confirmée (test de laboratoire) • qui rencontre le délai de 10 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)	Admettre en **zone froide**
MALADIE SÉVÈRE (ADMIS À USI EN LIEN AVEC LA COVID-19) **Plus de 21 jours** après le début des symptômes	Usager COVID confirmée (test de laboratoire) • qui rencontre le délai de 21 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)	Admettre en **zone froide**
USAGER IMMUNOSUPPRIMÉ **Plus de 21 jours et moins de 28 jours** après le début des symptômes	Usager COVID confirmée (test de laboratoire) • qui rencontre le délai de plus de 21 jours, mais moins de 28 jours post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) • et n'ayant pas eu de test de laboratoire de contrôle	Admettre en **zone chaude** et • Attendre le délai de 28 jours après le début des symptômes puis transférer en zone froide. **OU** • Réaliser un test de laboratoire de contrôle : ○ Si positif : attendre le délai de 28 jours après le début des symptômes puis transférer en zone froide ○ Si 2 tests de laboratoire négatifs (à 24 heures d'intervalle) : transférer en zone froide
USAGER IMMUNOSUPPRIMÉ **Plus de 28 jours** après le début des symptômes	COVID confirmée (test de laboratoire) • qui rencontre le délai de 28 jours, post début des symptômes avec absence de fièvre* depuis 48 heures et amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)	Admettre en **zone froide**

* Sans prise d'antipyrétique

2. Orientation des patients suspectés en zone tiède

Sans créer des sous-sections physiquement distinctes dans la zone tiède, il faut, **dans la mesure du possible**, diminuer la proximité des usagers suspectés à « risque FAIBLE OU MODÉRÉ » des usagers à « risque ÉLEVÉ ».

COVID-19 Suspecté « Risque Élevé »	Tableau clinique positif (+) + critères d'exposition positifs (+)
COVID-19 Suspecté « Risque Faible ou Modéré »	Tableau clinique positif (+) + critères d'exposition négatifs (-) Tableau clinique négatif (-) + critères d'exposition positifs (+)

Émission :	13-11-2020

Mise à jour :	08-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle

DGAPA-001. REV2

Catégorie(s) :

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

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

Remplace les tableaux diffusés le 13 novembre 2020 DGAPA-001.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 Sainte-Justine - Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James - Associations et organismes représentatifs de RI-RTF - Exploitants des CHSLD PC et PNC - Association des établissements privés conventionnés - Association des établissements de longue durée privés du Québec - Exploitants des RPA

Émission :	02-10-2020

Mise à jour :	08-02-2021

	- 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. Considérant les annonces du gouvernement concernant les consignes à appliquer selon les nouveaux paliers d'alerte rouge et orange, 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, foyers de groupe, milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou réadaptation modérée et RI-RTF jeunesse). Les directives sanitaires applicables aux différents milieux de vie sont établies en fonction de 2 principaux éléments : • Les facteurs de vulnérabilité à la COVID-19 des personnes d'un même milieu de vie; • L'organisation de services du milieu de vie (milieu de vie similaire à une cellule familiale ou non, nombre de personnes différentes qui offrent les services aux usagers, nombre potentiel de visites).
Mesures à implanter :	Les établissements et les milieux de vie doivent mettre en place et respecter les mesures de protection en lien avec la COVID-19 en fonction des milieux de vie et de la gradation des paliers d'alerte. La présente mise à jour vise à apporter certaines précisions d'application. **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 ou couvre-visage selon les directives en vigueur) en tout temps en RPA;

- L'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des surfaces à potentiel élevé de contamination (notamment les boutons d'ascenseurs, poignées de porte, etc.). De plus, les surfaces fréquemment touchées dans les aires communes et les salles de bain communes doivent être nettoyées et désinfectées au moins une fois par jour (à augmenter selon l'achalandage ou la situation épidémiologique) et jusqu'à 4 fois par jour lors d'une éclosion.

Rappelons qu'un personnel stable favorise la mise en place des mesures ci-haut nommées.

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 l'assouplissement des mesures du 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 : www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/assouplissements-mesures-confinement-covid-19/.

Considérant la campagne de vaccination qui est toujours en cours dans les différents milieux de vie, ainsi que le nombre d'éclosions de la COVID-19 encore actives, il est impératif de poursuivre l'application de toutes les mesures actuelles qui visent à limiter la propagation de la COVID-19. Ces mesures demeurent en vigueur, pour les raisons suivantes :

- Les connaissances scientifiques actuelles sur l'immunité après avoir contracté la COVID-19 demeurent à être confirmées. En effet, il a été démontré qu'il est possible d'avoir plus d'une fois la COVID-19 à quelques semaines d'intervalle;
- Bien que certains résidents auraient reçu un diagnostic de la COVID-19, ceux qui ne l'ont pas contractée sont les plus à risque de développer des complications graves;
- Une période de 14 jours est nécessaire pour développer une réponse immunitaire suffisante d'au moins 92 % pour les vaccins de Moderna et Pfizer. Cette période pourrait être plus longue chez les personnes âgées, car la réponse immunitaire pourrait être plus lente;

- Une personne qui a été en contact avec le virus durant les jours précédant la vaccination pourrait développer la COVID-19;
- Après 2 doses, le vaccin est efficace à 94 % pour prévenir une infection à la COVID-19 et à 100 % pour prévenir une maladie grave. Son efficacité à prévenir la transmission du virus n'est pas connue. Ainsi, être vacciné ne signifie pas qu'on ne peut pas contaminer une autre personne;
- Les éclosions sont encore nombreuses dans les milieux de vie de même que les décès;
- Des efforts collectifs sont demandés à la population du Québec pour protéger les clientèles les plus vulnérables aux complications de la COVID-19 qui se trouvent dans les milieux de vie.

Tant et aussi longtemps que le ministère de la Santé et des Services sociaux ne modifie pas ou ne remplace pas les directives actuellement en vigueur, qui se trouvent à l'adresse suivante : msss.gouv.qc.ca/directives, notamment concernant la prévention et le contrôle des infections, le port des équipements de protection individuelle, le respect des règles d'hygiène des mains et de l'étiquette respiratoire, le dépistage, le zonage, le contrôle des entrées et des sorties de même que la distanciation physique de 2 mètres, ces dernières doivent continuer d'être appliquées rigoureusement, afin de maintenir un environnement de vie, de soins et de travail sécuritaire.

Les gestionnaires et les responsables des milieux de vie sont invités à faire la promotion des mesures de prévention et de contrôle des infections pour les travailleuses et les travailleurs de la santé vaccinés que l'on retrouve au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002860/.

Peu importe le palier d'alerte en vigueur, les milieux de vie doivent mettre en place les mesures suivantes :

- Les personnes proches aidantes qui sont accueillies dans les différents milieux de vie 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 attestation permettant les déplacements lors du couvre-feu lorsque cliniquement requis pour l'usager, et ce, selon la directive DGAPA-20 sur les personnes proches aidantes et le respect du couvre-feu, disponible à l'adresse suivante : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002876/?&txt=couvre-feu&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC.

- Seules les personnes proches aidantes connues du milieu de vie sont autorisées à accéder au milieu de vie. Ces personnes proches aidantes ont été formées et 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. Le jugement clinique demeure important dans toutes les situations afin d'éviter l'épuisement des personnes proches aidantes ou selon l'état psychologique des résidents. • 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, le cas échéant. • Seuls les déplacements de personnes proches aidantes entre territoires limitrophes sont acceptés.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : sans objet	
Direction ou service ressource :	**Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial** guichetRIRTF@msss.gouv.qc.ca **Direction du soutien à domicile** certification@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Tableau A : Directives applicables dans tous les CHSLD et dans toutes les RI de 20 places ou plus, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19 ✓ Tableau B : Directives applicables dans les RI de 19 places ou moins, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, dont le milieu de vie n'est pas le lieu principal de résidence des responsables, les RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19 ainsi que les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte) ✓ Tableau C : Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA) ✓ Tableau D : Directives applicables aux RI adultes, aux RAC, aux foyers de groupe et aux internats (adultes DP-DI-TSA) 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), aux RAC, aux internats, aux foyers de groupe et aux milieux de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique (DP-DI-TSA jeunesse) ✓ Feuillet d'information sur les mesures applicables à partir du 8 février 2021 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 à partir du 8 février 2021 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

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

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

TABLEAU A

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

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnes proches aidantes (PPA) (voir définition[1])			
À l'intérieur du milieu dans la chambre	Permis 1 PPA connue et identifiée du milieu de vie[2] à la fois pour un maximum 2 PPA connues et identifiées par jour Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs	Permis Maximum 1 PPA connue et identifiée du milieu de vie par jour Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs	Permis Maximum 1 PPA connue et identifiée du milieu de vie par jour Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs
À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger, etc.)	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre ou accompagner le résident/usager pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les autres résidents/usagers et avec le port du masque médical selon les directives en vigueur	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre ou accompagner le résident/usager pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les autres résidents/usagers et avec le port du masque médical selon les directives en vigueur	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre
Sur le terrain du milieu de vie	Permis Maximum 2 PPA par jour	Permis Maximum 1 PPA par jour	Isolement préventif ou isolement : Non permis Si éclosion est localisée : Non permis, sauf avec l'autorisation de l'équipe PCI
Visiteurs[3]			
À l'intérieur du milieu dans la chambre	Non permis Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs	Non permis Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs	Isolement préventif ou isolement : Non permis Si éclosion est localisée : Non permis, sauf avec l'autorisation de l'équipe PCI

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

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

[3] Visiteurs : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. Malgré le fait que les déplacements entre régions ne sont pas recommandés, pour les visiteurs qui proviennent d'une région n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, les directives du palier d'alerte les plus contraignants s'appliquent. Pour les visiteurs provenant des autres provinces ou territoires où il n'y a pas de palier d'alerte, ce sont les mesures les plus contraignantes qui s'appliquent entre celles du territoire de provenance du visiteur et le palier d'alerte du Québec.

*CHSLD seulement
**RI seulement

TABLEAU A

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

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
			Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs
À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger, etc.)	Non permis	Non permis	Non permis
Sur le terrain du milieu de vie	Non permis	Non permis	Isolement préventif ou isolement : Non permis Si éclosion est localisée : Non permis, sauf avec l'autorisation de l'équipe PCI Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs
Autres			
Professionnels réguliers de l'équipe interdisciplinaire en CHSLD (ergothérapeute, physiothérapeute, TS, nutri, etc.)*	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon, ajuster la fréquence selon les besoins signalés	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon, ajuster la fréquence selon les services essentiels	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon, services essentiels seulement
Professionnels de la santé et des services sociaux de l'établissement en RI (ex. : éducateur, ergothérapeute, infirmière, etc.) **	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon, ajuster la fréquence selon les besoins signalés	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon, ajuster la fréquence selon les services essentiels	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon, services essentiels seulement
Professionnels hors établissements (ex. : orthésistes, podologue, etc.)	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon, ajuster la fréquence selon les services essentiels	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon, ajuster la fréquence selon les services essentiels	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique, sauf pour les services urgents qui nécessitent une intervention dans le milieu
Personnel rémunéré par le milieu pour des activités de loisirs (ex. : musicothérapie, zoothérapie, chansonnier, etc.)	Non permis	Non permis	Non permis
Personnel rémunéré par le milieu pour des activités de groupe supervisées visant à prévenir le déconditionnement mental, cognitif et physique (ex. récréologue, kinésiologue)	Permis Formation PCI obligatoire et fortement recommandé que le personnel soit dédié à un milieu de vie	Permis Formation PCI obligatoire et le personnel doit être dédié à un seul milieu de vie	Non permis

*CHSLD seulement
**RI seulement

TABLEAU A

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

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Membres des comités des usagers ou de résidents*	Permis, toutefois favoriser les rencontres virtuelles	Permis, toutefois favoriser les rencontres virtuelles	Permis si l'éclosion est localisée
Services privés offerts dans les murs du CHSLD (ex. : coiffeuse avec local avec respect rigoureux des consignes sanitaires)	Permis aux conditions suivantes : • aucune salle d'attente[4];	Permis aux conditions suivantes : • en respectant les mesures sanitaires; • aucune salle d'attente[4]; • avec l'autorisation de l'équipe PCI.	Non permis
Personnel engagé par le résident/usager ou les proches (ex. : soins de pieds)	Non permis, sauf pour les services essentiels	Non permis, sauf pour les services essentiels	Isolement préventif ou isolement : Non permis Si éclosion est localisée : Non permis, sauf avec l'autorisation de l'équipe PCI pour les services essentiels
Bénévoles contribuant aux activités visant à prévenir le déconditionnement mental, cognitif et physique	Permis aux conditions suivantes : • limiter le nombre de bénévoles différents par jour; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; • si possible, limiter à un bénévole par résident/usager.	Permis aux conditions suivantes : • limiter le nombre de bénévoles différents par jour; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; • si possible, limiter à un bénévole par résident/usager; • en concertation entre le gestionnaire/responsable de l'installation/ressource et l'équipe PCI locale.	Non permis
Travailleurs pour la construction, la rénovation ou la réparation	Permis pour terminer les travaux déjà débutés ou essentiels	Non permis, sauf les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité	Non permis, sauf les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité
Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS), visites de vigie qualité du milieu de vie (MSSS), d'inspection de la CNESST ou du MAPAQ	Permis	Permis	Permis
Visites par Agrément Canada*	Non permis	Non permis	Non permis
Visites d'évaluation ministérielle de la qualité des milieux de vie (MSSS)	Non permis	Non permis	Non permis
Visites du processus de contrôle de la qualité des services rendus à l'usager (RSSS)**	Permis	Non permis, sauf si visite essentielle	Non permis

[4] Pour plus d'informations, consulter le : https://www.inspq.qc.ca/publications/2997-soins-esthetiques-covid19

*CHSLD seulement
**RI seulement

TABLEAU A

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

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Nettoyage des vêtements des résidents/usagers par les familles à l'extérieur du milieu de vie	Permis	Permis	Non permis
Livraison pour les résidents/usagers (nourriture, achats, etc.) et biens apportés par les familles	Permis avec mécanisme sécuritaire pour la livraison. Dépôt à l'accueil, nettoyage et désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 24 heures et remis aux résidents/usagers en respectant les mesures de PCI. Hygiène des mains avant et après la manipulation	Permis avec mécanisme sécuritaire pour la livraison. Dépôt à l'accueil, nettoyage et désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 24 heures et remis aux résidents/usagers en respectant les mesures de PCI. Hygiène des mains avant et après la manipulation	Permis avec mécanisme sécuritaire pour la livraison. Dépôt à l'accueil, nettoyage et désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 24 heures et remis aux résidents en respectant les mesures de PCI. Hygiène des mains avant et après la manipulation
Animaux de compagnie qui accompagnent une personne proche aidante ou visiteur	Non permis	Non permis	Non permis
Hébergement temporaire (ex. : lits de répit, dépannage, convalescence)	Non permis – sauf pour urgence et avec isolement préventif de 14 jours	Non permis – sauf pour urgence et avec isolement préventif de 14 jours	Non permis
Résidents / usagers			
Sur le terrain	Permis avec supervision ou non selon la condition / problématique de l'usager en respectant les 2 mètres de distanciation physique	Permis avec supervision ou non selon la condition / problématique de l'usager en respectant les 2 mètres de distanciation physique	Non permis
Surveillance des symptômes	Quotidiennement	Quotidiennement	Quotidiennement et ajuster en fonction des directives cliniques
Repas à la salle à manger	En respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps ou en appliquant le concept de bulle ou et en limitant le nombre de résidents/usagers	En respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps ou en appliquant le concept bulle et en limitant le nombre de résidents/usagers	Isolement préventif ou isolement : Non permis Si éclosion localisée : Non permis sauf si autorisation de l'équipe PCI
Repas à la chambre	Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou pour respecter le choix de l'usager	Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou pour respecter le choix de l'usager	Isolement préventif ou isolement : Repas à la chambre nécessaire Si éclosion est localisée : Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou pour respecter le choix de l'usager avec autorisation de l'équipe PCI
Activités de groupe dans le milieu ou à l'extérieur sur le terrain du milieu	Permis Soit en appliquant le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps et en limitant le nombre de résidents/usagers	Permis Soit en appliquant le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps et en limitant le nombre de résidents/usagers	Non permis Si éclosion localisée : Permis, si l'organisation des soins et des activités le permet et si le personnel est suffisant et disponible avec l'autorisation de l'équipe PCI

*CHSLD seulement
**RI seulement

TABLEAU A

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

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Activités socio-professionnelles (école, stages, travail, centre de jour, etc.) **	Permis	Permis en fonction des consignes qui s'appliquent à la population générale	Non permis Si éclosion localisée : avec l'autorisation de l'équipe PCI
Marche intérieure et extérieure	Marche extérieure : Permis, supervisée ou non selon la condition / problématique de l'usager et selon les conditions météorologiques, surtout en période hivernale. Marche intérieure : Permis si le résident/usager est en mesure de comprendre et d'appliquer les mesures de PCI pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les résidents/usagers et avec le port du masque médical.	Marche extérieure : Permis, supervisée ou non selon la condition / problématique de l'usager et selon les conditions météorologiques, surtout en période hivernale. Marche intérieure : Permis si le résident/usager est en mesure de comprendre et d'appliquer les mesures de PCI pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les résidents/usagers et avec le port du masque médical.	Non permis Si éclosion localisée : Non permis, sauf avec l'autorisation de l'équipe PCI
Sorties extérieures seuls ou accompagnés d'un PPA (ex. : restaurant, pharmacie, commerce)	Non permis : CHSLD Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager Limiter aux sorties essentielles ou/et privilégier la livraison pour le restaurant, la pharmacie, les commerces	Non permis : CHSLD RI : Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique de l'usager Limiter aux sorties essentielles ou/et privilégier la livraison pour le restaurant, la pharmacie, les commerces	Non permis, sauf sorties essentielles Non permis en tout temps pour les personnes en isolement
Sorties extérieures pour rendez-vous médicaux[5] ou autres rendez-vous (ex. notaire)	Limiter la fréquence des sorties Favoriser la consultation et l'intervention à distance lorsque possible	Limiter la fréquence aux sorties essentielles Favoriser la consultation et l'intervention à distance lorsque possible	Non permis pour les personnes en isolement, sauf si la vie de la personne est en danger Favoriser la consultation et l'intervention à distance lorsque possible
Congé temporaire dans la communauté	Limiter la fréquence aux sorties essentielles S'assurer que le résident est en mesure de suivre les conditions d'isolement au retour, le cas échéant. Le jugement clinique s'applique et pour une situation exceptionnelle une solution d'exception peut s'appliquer.	Non recommandé Favoriser le maintien du lien social par des moyens alternatifs. Permettre seulement, en situation exceptionnelle pour préserver l'intégrité et la santé de la personne : • si essentiel pour l'usager; • dans une zone de même niveau d'alerte; • chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint); • privilégier les sorties plus longues et réduire la fréquence des sorties.	Non permis pour les personnes en isolement

[5] Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur – voir tableau A-1.

*CHSLD seulement
**RI seulement

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

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
		et selon une évaluation du risque en concertation entre l'équipe clinique de l'usager et la PCI de l'établissement. S'assurer que le résident est en mesure de suivre les conditions d'isolement au retour, le cas échéant. Le jugement clinique s'applique et pour une situation exceptionnelle une solution d'exception peut s'appliquer.	
Personnel/remplaçant/stagiaire[6]			
Personnel/remplaçants dédiés à un seul milieu de vie	Obligatoire : CHSLD Fortement recommandé : RI	Obligatoire CHSLD Fortement recommandé : RI	Obligatoire
Personnel/remplaçants dédiés à un étage ou unité ou en respectant les différentes zones (chaude, tiède, froide)[6]	Obligatoire : CHSLD pour les PAB Fortement recommandé : RI	Obligatoire : CHSLD pour les PAB Fortement recommandé : RI	Obligatoire, incluant salle de repos dédiée à un étage ou unité
Recours au personnel d'agence[6]	En derniers recours, si personnel exclusif au milieu de vie et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	En derniers recours, si personnel exclusif au milieu de vie et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	En derniers recours, si personnel exclusif à un milieu de vie et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI
Changement des vêtements avant et après chaque quart de travail[7]	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

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

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

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

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

[6] Doit également être en conformité avec d'autres directives ministérielles ou arrêtés ministériels s'appliquant aux ressources humaines, notamment la directive sur les stagiaires.
[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.

*CHSLD seulement
**RI seulement

- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

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

- les différents services se trouvent sur des étages différents;
- les pièces communes (salle à manger, salon) sont distinctes, selon le milieu de vie, à la fois pour les usagers et pour les membres du personnel;
- les employés sont dédiés à chacun des services.

Pour les milieux de vie mixtes RPA-RI, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les places RPA sont sur un étage ou un bâtiment différent des places RI;
- les pièces communes ne sont pas fréquentées à la fois par les résidents de la RPA et les usagers de la RI.

Toutefois, si les milieux ne sont pas distincts selon les conditions précitées, les directives selon la vocation principale (majorité de places RI, RTF ou RPA) seront celles applicables.

Les directives RPA concernant le port du masque de procédure ou du couvre-visage de même que la tenue d'un registre pour les sorties et entrées des usagers, des visiteurs et du personnel doivent être appliquées selon l'arrêté ministériel 2020-064, et ce, même si la vocation principale est RI ou RTF.

Les principes précédents sont applicables à l'ensemble des directives qui pourraient être concernées par la mixité.

*CHSLD seulement
**RI seulement

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

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

TABLEAU B
Directives applicables dans les RI de 19 places ou moins, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, dont le milieu de vie n'est pas le lieu principal de résidence des responsables, les RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19 ainsi que les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte)

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnes proches aidantes (PPA) (voir définition[1])			
À l'intérieur du milieu, dans la chambre ou dans une pièce dédiée	Permis 1 PPA connue et identifiée du milieu de vie à la fois[2] pour un maximum de 2 PPA connues par jour Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis 1 PPA connue et identifiée du milieu de vie par jour [2] Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs	Permis 1 PPA connue et identifiée du milieu de vie par jour Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs
À l'intérieur du milieu, dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger, etc.)	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre ou accompagner le résident/usager pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les autres résidents/usagers et avec le port du masque médical selon les directives en vigueur	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre ou accompagner le résident/usager pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les autres résidents/usagers et avec le port du masque médical selon les directives en vigueur	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre
Sur le terrain du milieu de vie	Permis Maximum 2 PPA connues et identifiées du milieu de vie par jour	Permis Maximum 1 PPA connue et identifiée du milieu de vie par jour	Isolement préventif ou isolement : Non permis Si éclosion localisée : Non Permis, sauf si autorisation de l'équipe PCI

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

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

[2] Dans une situation exceptionnelle, pour la clientèle DP-DI-TSA adultes, il pourrait être permis que 2 parents d'une même bulle puissent avoir accès en même temps au milieu de vie, et ce, selon le jugement clinique.

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

TABLEAU B
Directives applicables dans les RI de 19 places ou moins, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, dont le milieu de vie n'est pas le lieu principal de résidence des responsables, les RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19 ainsi que les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte)

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Visiteurs[3]			
À l'intérieur du milieu, dans la chambre ou dans une pièce dédiée	Non permis Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs	Non permis Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs	Non permis Sauf si autorisation de l'équipe PCI Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs
À l'intérieur du milieu, dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger, etc.)	Non Permis	Non permis	Non permis
Sur le terrain du milieu de vie	Non permis	Non permis	Non permis
Autres			
Professionnels de la santé et des services sociaux de l'établissement (ex.: éducateur, ergothérapeute, infirmière, etc.)	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon ajuster la fréquence selon les besoins signalés	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels seulement
Personnel engagé (par l'usager ou la PPA) (ex. soins de pieds, coiffeuse, etc.)	Non permis Sauf pour services essentiels	Non permis Sauf pour services essentiels	Non permis Sauf pour services essentiels
Bénévoles contribuant aux activités visant à prévenir le déconditionnement mental, cognitif et physique	Permis, aux conditions suivantes : • limiter le nombre différent de bénévoles par jour; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; • si possible, limiter à un bénévole par résident/usager.	Permis, aux conditions suivantes : • limiter le nombre différent de bénévoles par jour; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; • si possible, limiter à un bénévole par résident/usager; • en concertation entre le gestionnaire/responsable de l'installation/ressource et l'équipe PCI locale.	Non permis

[3] Visiteurs : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. Malgré le fait que les déplacements entre régions ne sont pas recommandés, pour les visiteurs qui proviennent d'une région n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, les directives du palier d'alerte les plus contraignants s'appliquent. Pour les visiteurs provenant des autres provinces ou territoires où il n'y a pas de palier d'alerte, ce sont les mesures les plus contraignantes qui s'appliquent entre celles du territoire de provenance du visiteur et le palier d'alerte du Québec.

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

TABLEAU B
Directives applicables dans les RI de 19 places ou moins, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, dont le milieu de vie n'est pas le lieu principal de résidence des responsables, les RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19 ainsi que les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte)

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Travailleurs pour la construction, la rénovation ou la réparation	Permis Pour terminer les travaux déjà débutés ou essentiels	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité
Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS), visites de vigie qualité du milieu de vie (MSSS), d'inspection de la CNESST ou du MAPAQ	Permis	Permis	Permis
Visites d'évaluation ministérielle de la qualité des milieux de vie (MSSS)	Non permis	Non permis	Non permis
Visites du processus de contrôle de la qualité des services rendus à l'usager	Permis	Non permis Sauf si visite essentielle	Non permis
Livraison pour les usagers (nourriture, achats, etc.) et biens apportés par les familles	Permis avec mécanisme sécuritaire pour la livraison. Dépôt à l'accueil, nettoyage et désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 24 heures et remis à l'usager en respectant les mesures de PCI Hygiène des mains avant et après la manipulation	Permis avec mécanisme sécuritaire pour la livraison. Dépôt à l'accueil, nettoyage et désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 24 heures et remis à l'usager en respectant les mesures de PCI. Hygiène des mains avant et après la manipulation	Permis avec mécanisme sécuritaire pour la livraison. Dépôt à l'accueil, nettoyage et désinfection de l'emballage ou du contenant ou un délai de 24 heures et remis à l'usager en respectant les mesures de PCI. Hygiène des mains avant et après la manipulation
Animaux de compagnie qui accompagnent PPA ou visiteur	Non permis	Non permis	Non permis
Hébergement temporaire (répit, dépannage, convalescence)	Permis Pour les ressources qui ont comme seule mission ce type de placement. Recommandé d'offrir des séjours moins fréquents, mais prolongés	Non permis Sauf pour urgence avec isolement préventif de 14 jours	Non permis
Repas à la salle à manger	Permis En réduisant le nombre d'usagers en même temps, augmenter les heures de repas et en appliquant le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps	Permis En réduisant le nombre d'usagers en même temps, augmenter les heures de repas et en appliquant le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps	Isolement préventif ou isolement : Non permis Si éclosion localisée : Non permis, sauf si autorisation de l'équipe PCI
Repas à la chambre	Non recommandé Sauf si condition clinique particulière ou pour respecter le choix de l'usager	Non recommandé Sauf si condition clinique particulière ou pour respecter le choix de l'usager	Isolement préventif ou isolement : nécessaire Si éclosion localisée : Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou pour respecter le choix de l'usager avec autorisation de l'équipe PCI

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

TABLEAU B
Directives applicables dans les RI de 19 places ou moins, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, dont le milieu de vie n'est pas le lieu principal de résidence des responsables, les RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19 ainsi que les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte)

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Activités de groupe dans le milieu ou sur le terrain	Permis Soit en appliquant le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps	Permis Soit en appliquant le concept de bulle ou en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps	Isolement préventif/Isolement : Non permis Si éclosion localisée : Non permis sauf avec autorisation de l'équipe PCI
Activités socio-professionnelles (école, stages, travail, centre de jour, etc.)	Permis	Permis en fonction des consignes qui s'appliquent à la population générale	Non permis Si éclosion localisée : avec l'autorisation de l'équipe PCI, pour l'usager qui exerçait déjà l'activité et qui ne présente pas de facteurs de vulnérabilité à la COVID-19
Sorties extérieures seuls ou accompagnés (ex. : restaurant, pharmacie, commerce)	Privilégier la livraison Le cas échéant, limiter aux sorties essentielles	Privilégier la livraison Le cas échéant, limiter aux sorties essentielles	Isolement préventif/Isolement : Non permis En éclosion : Non permis sauf avec autorisation de l'équipe PCI
Marche extérieure et intérieure	Marche extérieure : Permis Supervisée ou non selon la condition / problématique de l'usager et selon les conditions météorologiques, surtout en période hivernale. Marche intérieure : Permis si le résident/usager est en mesure de comprendre et d'appliquer les mesures de PCI pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les résidents/usagers et avec le port du masque médical	Marche extérieure : Permis Supervisée ou non selon la condition / problématique de l'usager et selon les conditions météorologiques, surtout en période hivernale. Marche intérieure : Permis si le résident/usager est en mesure de comprendre et d'appliquer les mesures de PCI pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les résidents/usagers et avec le port du masque médical	Isolement préventif/Isolement : Non permis Si éclosion localisée : Non permis sauf avec autorisation de l'équipe PCI
Sorties extérieures pour rendez-vous médicaux[4] ou autres rendez-vous (ex. notaire)	Limiter la fréquence des sorties Favoriser la consultation et l'intervention à distance lorsque possible	Limiter la fréquence aux sorties essentielles Favoriser la consultation et l'intervention à distance lorsque possible	Non permis pour les personnes en isolement, sauf si la vie de la personne est en danger, favoriser la consultation et l'intervention à distance lorsque possible Si éclosion localisée : limiter la fréquence aux sorties essentielles
Congé temporaire dans la communauté	Limiter la fréquence aux sorties essentielles	Non recommandé	Non permis pour les personnes en isolement

[4] Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur – voir tableau A-1.

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

TABLEAU B
Directives applicables dans les RI de 19 places ou moins, ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, dont le milieu de vie n'est pas le lieu principal de résidence des responsables, les RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant un ou des usagers vulnérables à la COVID-19 ainsi que les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte)

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	S'assurer que le résident est en mesure de suivre les conditions d'isolement au retour, le cas échéant. Le jugement clinique s'applique et pour une situation exceptionnelle une solution d'exception peut s'appliquer.	Favoriser le maintien du lien social par des moyens alternatifs. Permettre seulement, en situation exceptionnelle pour préserver l'intégrité et la santé de la personne : • si essentiel pour l'usager; • dans une zone de même niveau d'alerte; • chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint); • privilégier les sorties plus longues et réduire la fréquence des sorties. et selon une évaluation du risque en concertation entre l'équipe clinique de l'usager et la PCI de l'établissement. S'assurer que le résident est en mesure de suivre les conditions d'isolement au retour, le cas échéant. Le jugement clinique s'applique et pour une situation exceptionnelle une solution d'exception peut s'appliquer.	
Personnel/remplaçant/stagiaire[5]			
Personnel/remplaçant dédié au milieu de vie	Fortement recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire
Personnel/remplaçant dédié à l'étage ou en respectant les différentes zones (chaude, tiède, froide)	Recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire
Recours au personnel d'agence	En dernier recours, si personnel exclusif au milieu de vie et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	En dernier recours, si personnel exclusif au milieu de vie et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	En dernier recours, si personnel exclusif au milieu de vie et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI
Changement de vêtement avant et après chaque quart de travail	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

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

[5] Doit également être en conformité avec d'autres directives ministérielles ou arrêtés ministériels s'appliquant aux ressources humaines, notamment la directive sur les stagiaires.

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

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

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

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

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

- les différents services se trouvent sur des étages différents;
- les pièces communes (salle à manger, salon) sont distinctes, selon le milieu de vie, à la fois pour les usagers et pour les membres du personnel;
- les employés sont dédiés à chacun des services.

Pour les milieux de vie mixtes RPA-RI, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les places RPA sont sur un étage ou un bâtiment différent des places RI;
- les pièces communes ne sont pas fréquentées à la fois par les résidents de la RPA et les usagers de la RI.

Toutefois, si les milieux ne sont pas distincts selon les conditions précitées, les directives selon la vocation principale (majorité de places RI, RTF ou RPA) seront celles applicables.

Les directives RPA concernant le port du masque de procédure ou du couvre-visage de même que la tenue d'un registre pour les sorties et entrées des usagers, des visiteurs et du personnel doivent être appliquées selon l'arrêté ministériel 2020-064, et ce, même si la vocation principale est RI ou RTF.

Les principes précédents sont applicables à l'ensemble des directives qui pourraient être concernées par la mixité.

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

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

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnes proches aidantes (PPA) (voir définition[1])			
À l'intérieur dans l'unité locative peu importe la durée incluant un coucher	Permis 1 PPA connue et identifiée du milieu de vie[2] à la fois pour un maximum 2 PPA connues et identifiées par jour Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs	Permis Maximum 1 PPA connue et identifiée du milieu de vie par jour Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs	Permis Maximum 1 PPA connue et identifiée du milieu de vie par jour Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs
À l'intérieur de la résidence dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger)	Non permis Sauf pour circuler vers l'unité locative ou accompagner le résident pour une marche dans un corridor en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres avec les autres résidents et avec le port du masque médical	Non permis Sauf pour circuler vers l'unité locative ou accompagner le résident pour une marche dans un corridor en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres avec les autres résidents et avec le port du masque médical	Non permis Sauf pour circuler vers l'unité locative
Sur le terrain de la RPA	Permis Maximum 4 personnes par jour (PPA et/ou visiteurs)	Permis Maximum 2 personnes par jour (PPA et/ou visiteurs)	Isolement préventif/Isolement : Non permis Si éclosion localisée : Non permis, sauf avec autorisation de l'équipe PCI
Visiteurs[3] :			
À l'intérieur de l'unité locative	Non permis	Non permis	Non permis

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

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

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

[3] Visiteurs : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. Malgré le fait que les déplacements entre régions ne sont pas recommandés, pour les visiteurs qui proviennent d'une région n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, les directives du palier d'alerte les plus contraignantes s'appliquent. Pour les visiteurs provenant des autres provinces ou territoires où il n'y a pas de palier d'alerte, ce sont les mesures les plus contraignantes qui s'appliquent entre celles du territoire de provenance du visiteur et le palier d'alerte du Québec.

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs	Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs	Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs
À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger, etc.)	Non permis	Non permis	Non permis
Parloir	Permis 1 personne maximum par jour	Non permis	Non permis
Sur le terrain de la RPA	Permis Maximum 4 personnes par jour (PPA et/ou visiteurs)	Permis Maximum 2 personnes par jour (PPA et/ou visiteurs)	Non permis Si éclosion localisée : Non permis, sauf avec autorisation de l'équipe PCI
Autres			
Professionnels de la santé et des services sociaux de l'établissement (ex. : éducateur, ergothérapeute, infirmière)	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon ajuster la fréquence selon les besoins signalés	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels
Professionnels de la santé et des services sociaux hors établissement (ex. audioprothésiste)	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance lorsque possible cliniquement Sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels	Non permis Sauf dans les zones qui ne sont pas en éclosion, lorsque l'éclosion est localisée
Personnel rémunéré par la résidence pour des activités de loisirs (ex. musicothérapie, zoothérapie)	Non permis	Non permis	Non permis
Personnel rémunéré par la résidence pour des activités de groupe supervisées visant à prévenir le déconditionnement mental, cognitif et physique (ex. récréologue, kinésiologue)	Permis Formation PCI obligatoire et fortement recommandé que le personnel soit dédié à un milieu de vie	Permis Formation PCI obligatoire et le personnel doit être dédié à un seul milieu de vie	Non permis
Personnel des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) ou travailleur dans le cadre la modalité allocation directe/chèque emploi service (AD/CES)	Permis : maintenir l'intensité habituelle	Permis : maintenir l'intensité habituelle	Non permis Sauf pour les services essentiels – pour plus de précisions, voir le tableau gradation des mesures Soutien à domicile

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnel engagé (par le résident ou la PPA) (ex. soins de pieds, coiffeuse, entretien ménager, etc.)	Non permis Sauf pour services essentiels	Non permis Sauf pour services essentiels	Non permis Sauf pour services essentiels
Services privés offerts dans les murs de la RPA (ex. salon de coiffure, dépanneur)	Permis Seulement pour les résidents de la RPA, avec respect rigoureux des consignes sanitaires, incluant dans la salle d'attente. La clientèle autre que résidente est permise, s'il y a un accès extérieur seulement et elle ne doit pas circuler dans la résidence.	Permis Aucune salle d'attente Seulement pour les résidents de la RPA, avec respect rigoureux des consignes sanitaires[4] et vérification de leur application. La clientèle autre que résidente est permise, s'il y a un accès extérieur seulement et elle ne doit pas circuler dans la résidence.	Non permis Sauf avec autorisation de l'équipe PCI
Bénévoles contribuant aux activités visant à prévenir le déconditionnement mental, cognitif et physique	Permis aux conditions suivantes : • limiter le nombre différent de bénévoles par jour; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; • si possible, limiter à un bénévole par résident.	Permis aux conditions suivantes : • limiter le nombre de bénévoles différents par jour; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; • si possible, limiter à un bénévole par résident; • en concertation entre le responsable de la résidence, l'équipe PCI locale et l'équipe clinique, le cas échéant.	Non permis
Travailleurs de la construction ou de rénovation	Non permis Sauf pour terminer les travaux déjà débutés ou essentiels	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaire pour assurer la sécurité des résidents	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité des résidents
Visites de location	Permis Favoriser les visites virtuelles ou limiter la fréquence	Non recommandé Favoriser les visites virtuelles ou s'assurer de mettre en place toutes les mesures PCI et limiter le nombre de personnes présentes lors de la visite, soit au futur résident et à une personne proche aidante qui peut l'accompagner	Non permis Sauf pour urgence
Visites des équipes responsables de la certification des RPA	Permis	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, avec accompagnement de l'équipe PCI

[4] Pour plus d'informations, consulter le : https://www.inspq.qc.ca/publications/2997-soins-esthetiques-covid19

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS), d'inspection de la CNESST ou du MAPAQ	Permis	Permis	Permis
Visites ministérielles d'inspection	Permis	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents
Visites d'évaluation de la conformité effectuées par Agrément Canada	Permis	Non permis	Non permis
Livraison pour les résidents (médicaments, nourriture, achats, etc.) et biens apportés par les familles	Permis Hygiène des mains avant et après la manipulation	Permis Hygiène des mains avant et après la manipulation	Permis Hygiène des mains avant et après la manipulation
Animaux de compagnie qui accompagnent une personne proche aidante ou visiteur	Non permis	Non permis	Non permis
Hébergement temporaire (répit, dépannage, convalescence)	Non permis Sauf pour urgence et avec isolement préventif de 14 jours, à convenir avec le CISSS/CIUSSS lorsqu'il y a entente de services	Non permis Sauf pour urgence et avec isolement préventif de 14 jours, non recommandé lorsqu'il y a entente de services avec CISSS/CIUSSS	Non permis
Nettoyage des vêtements des résidents par les familles	Permis En respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres à la buanderie, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une désinfection doit être faite après utilisation Ou Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile	Permis Maximum de 2 personnes, en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres à la buanderie, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une désinfection doit être faite après utilisation Ou Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile	Non permis
Repas			
Salle à manger	Permis avec mesures sanitaires strictes : • L'exploitant doit s'assurer que toutes les mesures ont été mises en place pour respecter en tout temps la	Non permis Les repas doivent être servis aux unités locatives en appliquant de façon rigoureuse les mesures de prévention et	Non permis Si l'éclosion est localisée : avec autorisation de l'équipe PCI

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	distanciation physique de 2 mètres et les autres mesures PCI à l'intérieur de la salle à manger ainsi qu'aux abords de celle-ci. • Afin de réduire le nombre de personnes pouvant avoir accès en même temps à la salle à manger, plusieurs tablées pour un même repas devront être offertes aux résidents. • Maximum de 2 personnes par table. • Selon la grandeur de la salle, un maximum de 35 à 50 résidents pourra avoir accès à la salle à manger lors d'une même tablée pour éviter les goulots à l'entrée et à la sortie de la salle à manger. • Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. • Retirer les repas style buffet et bar à salades • Assurer une surveillance lors des déplacements afin que les usagers respectent le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur), la distanciation du 2 mètres et éviter les attroupements (ex. ascenseur, devant la salle, etc.).	de contrôle des infections. On réitère que les frais de livraison de plateaux ne sont pas permis durant la pandémie de la COVID-19. Exceptions permises : • les RPA où l'exploitant partage son lieu de résidence avec les résidents (souvent des RPA de 9 unités et moins); • pour les résidents nécessitant de la surveillance ou une aide à l'alimentation; • pour les résidents en unité de soins, lorsque le concept de bulle est applicable; • pour les résidents qui vivent dans une unité locative de type chambre sans mobilier permettant la prise de repas adéquate et sécuritaire. S'il advenait une situation exceptionnelle dans une RPA, une demande de dérogation temporaire pourrait être adressée à l'établissement du territoire concerné. La demande sera alors appréciée par l'établissement, en collaboration avec la direction régionale de santé publique. L'établissement devra faire un suivi serré auprès de la RPA et la situation sera réévaluée régulièrement. Le MSSS devra être informé par le PDG de l'établissement des demandes acceptées et de leur durée.	
À l'unité locative	Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou pour respecter le choix de l'usager	Obligatoire, sauf pour les situations d'exceptions prévues précédemment	Obligatoire Si l'éclosion est localisée : avec autorisation de l'équipe PCI
Activité de groupe supervisée dans la RPA visant à prévenir le déconditionnement mental, cognitif et physique	Permis avec un maximum de 10 personnes	Permis avec un maximum de 10 personnes	Non permis Si l'éclosion est localisée : avec autorisation de l'équipe PCI

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	En respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres, le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et l'absence de partage d'objets. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans l'aire commune afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque groupe. Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué.	En respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres, et le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et en l'absence de partage d'objets. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans l'aire commune afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque groupe. Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué.	
Piscine et salle de conditionnement physique	Permis Sous la supervision d'un membre du personnel avec un nombre restreint de résidents (maximum 10 personnes) pour l'application rigoureuse des mesures PCI, dont la distanciation physique de 2 mètres en tout temps, le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) lors des déplacements et l'absence de partage d'objets. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et aux surfaces à risque élevé de contamination dans l'aire commune afin qu'elles soient nettoyées et désinfectées minimalement entre chaque usage. Le vestiaire doit rester fermé, sauf pour utilisation des salles de bain.	Non permis Sauf, si utilisé à la suite d'une recommandation d'un professionnel de la santé et sous la supervision d'un membre du personnel avec un nombre restreint de résidents (maximum 10 personnes) pour l'application rigoureuse des mesures PCI, dont la distanciation physique de 2 mètres en tout temps, le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) lors des déplacements et l'absence de partage d'objets. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et aux surfaces à risque élevé de contamination dans l'aire commune afin qu'elles soient nettoyées et désinfectées minimalement entre chaque usage. Le vestiaire doit rester fermé, sauf pour utilisation des salles de bain.	Non permis Si l'éclosion est localisée : avec autorisation de l'équipe PCI.
Espaces communs partagés (ex. : bibliothèque, salle de billard, salle de quilles, etc.)	Non Permis Sauf pour utilisation individuelle et nettoyage et désinfection après chaque usage	Non permis Sauf pour utilisation individuelle et nettoyage et désinfection après chaque usage	Non permis

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
			Si l'éclosion est localisée : avec autorisation de l'équipe PCI pour utilisation individuelle seulement et nettoyage et désinfection après chaque usage.
Salle de cinéma maison, auditorium, etc.	Permis À compter du 26 février 2021, avec place assise, avec un nombre restreint de résidents pour l'application rigoureuse des mesures PCI, dont la distanciation physique de 2 mètres en tout temps, le port du masque médical.	Non permis	Non permis Si l'éclosion est localisée : avec autorisation de l'équipe PCI.
Activités de culte	Permis 25 personnes maximum avec application rigoureuse des mesures PCI, dont la distanciation physique de 2 mètres en tout temps, le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) lors des déplacements et l'absence de partage d'objets. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et aux surfaces à risque élevé de contamination dans l'aire commune afin qu'elles soient nettoyées et désinfectées minimalement entre chaque usage.	Permis 10 personnes maximum avec application rigoureuse des mesures PCI, dont la distanciation physique de 2 mètres en tout temps, le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) lors des déplacements et l'absence de partage d'objets. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et aux surfaces à risque élevé de contamination dans l'aire commune afin qu'elles soient nettoyées et désinfectées minimalement entre chaque usage.	Non permis Si l'éclosion est localisée : avec autorisation de l'équipe PCI.
Activités socio-professionnelles (stages, travail, centre de jour, etc.)	Permis	Permis	Non permis Si éclosion localisée : avec l'autorisation de l'équipe PCI
Sorties extérieures seuls ou accompagnés (ex. : restaurant, pharmacie, commerce)	Privilégier la livraison. Le cas échéant, limiter aux sorties essentielles	Privilégier la livraison. Le cas échéant, limiter aux sorties essentielles	Isolement préventif/Isolement : Non permis En éclosion : Non permis (sauf avec autorisation de l'équipe PCI)
Marche extérieure	Permis	Permis	Isolement préventif/Isolement : Non permis Si éclosion localisée : Non permis (sauf avec autorisation de l'équipe PCI)
Marche intérieure (dans les corridors de la RPA)	Permis En respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres et le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) De plus, une attention	Permis En respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres et le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) De plus, une attention particulière	Isolement préventif/Isolement : Non permis Si éclosion localisée : Non permis, sauf avec autorisation de l'équipe PCI

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et aux surfaces à risque élevé de contamination dans l'aire commune afin qu'elles soient nettoyées et désinfectées minimum une fois par jour.	devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et aux surfaces à risque élevé de contamination dans l'aire commune afin qu'elles soient nettoyées et désinfectées minimum une fois par jour	
Sorties extérieures pour rendez-vous médicaux[5] ou autres rendez-vous (ex. notaire)	Limiter la fréquence des sorties	Limiter la fréquence aux sorties essentielles	Non permis pour les personnes en isolement, sauf si la vie de la personne est en danger, favoriser la consultation et l'intervention à distance Si éclosion localisée : limiter la fréquence aux sorties essentielles
Sorties extérieures pour plus de 24 heures[6] sans rassemblement (ex. : chalet personnel)	Limiter la fréquence des sorties Le résident doit être en mesure de suivre les conditions d'isolement au retour, le cas échéant.	Limiter la fréquence aux sorties essentielles Le résident doit être en mesure de suivre les conditions d'isolement au retour, le cas échéant.	Non permis
Sorties extérieures pour des rassemblements	Non permis Sauf pour une personne qui habite seule qui va visiter une autre personne seule, toujours la même S'applique également à 2 résidents seuls de 2 unités différentes de la même RPA, toujours les 2 mêmes résidents.	Non permis Sauf pour une personne qui habite seule qui va visiter une autre personne seule, toujours la même S'applique également à 2 résidents seuls de 2 unités différentes de la même RPA, toujours les 2 mêmes résidents.	Non permis
Surveillance des symptômes	Quotidiennement à l'unité de soins seulement	Quotidiennement à l'unité de soins seulement	Quotidiennement à l'unité de soins seulement
Personnel/remplaçant/stagiaire[7]			
Personnel/remplaçants dédiés à un milieu de vie	Fortement recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire
Personnel/remplaçants dédiés à l'étage ou l'unité ou en respectant les différentes zones (chaude, tiède, froide)	Recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire, incluant salle de repos dédiée à un étage ou unité
Recours au personnel d'agence	Permis En dernier recours, prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	Permis	Permis

[5] Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur – voir tableau A-2.
[6] Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur – voir tableau B-3.
[7] Doit également être en conformité avec d'autres directives ministérielles ou arrêtés ministériels s'appliquant aux ressources humaines, notamment la directive sur les stagiaires.

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
		En dernier recours selon le plan de contingence et si le personnel est exclusif à la résidence. S'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI.	En dernier recours selon le plan de contingence et si le personnel est exclusif à la résidence. S'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI.
Changement de vêtements avant et après chaque quart de travail	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
Assurer le contrôle des accès et des sorties Le contrôle habituel des accès et des sorties est assumé par la RPA. Toutefois, en contexte de pandémie, les RPA pourraient avoir recours aux modalités prévues à la directive DGAPA-009 en vigueur pour les agents de sécurité si le besoin est reconnu par le CISSS ou CIUSSS.[8]	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
Entretien des vêtements et de la literie	Permis Maintenir l'intensité habituelle Si de rupture de services, prioriser les clientèles plus vulnérables ou ayant des besoins spécifiques (ex. : usager en situation d'incontinence ou ayant peu de vêtements)	Permis Maintenir l'intensité habituelle Si rupture de services, prioriser les clientèles plus vulnérables ou ayant des besoins spécifiques (ex. : usager en situation d'incontinence ou ayant peu de vêtements)	Suspendre de façon générale les services d'entretien des vêtements et de la literie, excepté si l'interruption de ce service compromet l'intégrité ou la sécurité de l'usager, notamment en raison d'un risque d'insalubrité
Services d'entretien ménager dans les unités locatives et dans les espaces communs	Maintenir la fréquence habituelle si les services sont offerts par la RPA ou par une EESAD ou par un travailleur dans le cadre de la modalité AD/CES Dans les espaces communs, assurer l'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des surfaces à potentiel élevé de contamination (notamment les boutons d'ascenseurs, poignées de porte). Ainsi, les surfaces fréquemment touchées dans les aires communes et les salles	Maintenir la fréquence habituelle si les services sont offerts par la RPA ou par une EESAD ou par un travailleur dans le cadre de la modalité AD/CES Dans les espaces communs, assurer l'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des surfaces à potentiel élevé de contamination (notamment les boutons d'ascenseurs, poignées de porte). Ainsi, les surfaces fréquemment touchées dans les aires communes et les salles	Suspendre les services d'entretien ménager, excepté si l'interruption de ce service compromet l'intégrité ou la sécurité de l'usager, notamment en raison d'un risque d'insalubrité Prise en charge de la gestion des services devant être maintenus par le RSSS lorsque ces services sont habituellement offerts par un autre prestataire que la RPA Dans les espaces communs, assurer l'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de

[8] En complément d'information, se référer à la directive DGAPA-009 en vigueur pour les agents de sécurité dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	de bain communes doivent être nettoyées et désinfectées au minimum une fois par jour.	de bain communes doivent être nettoyées et désinfectées au minimum une fois par jour.	soins partagés et des surfaces à potentiel élevé de contamination (notamment les boutons d'ascenseurs, poignées de porte). Ainsi, les surfaces fréquemment touchées dans les aires communes doivent être nettoyées et désinfectées plusieurs fois par jour, jusqu'à 4 fois par jour.
Services d'assistance personnelle (ex. : aide à l'alimentation, aux soins d'hygiène, à l'habillage, administration des médicaments, lavage des cheveux)	Maintenir l'intensité habituelle. Évaluer la possibilité que l'usager ou la personne proche aidante participe aux soins et l'accompagner dans la prise en charge de certains soins	Maintenir l'intensité habituelle Évaluer la possibilité que l'usager ou la personne proche aidante participe aux soins et l'accompagner dans la prise en charge de certains soins	Réduire la fréquence des services dans la mesure où ceux-ci ne compromettent pas l'intégrité ou la sécurité de l'usager et de la personne proche aidante. Permettre la dispensation des services par le prestataire habituel (personnel de l'EESAD ou de la RPA), à la condition que ce dernier soit formé sur les mesures PCI (notamment sur le port et le retrait de l'ÉPI) et qu'il les applique de façon rigoureuse. Prise en charge par le RSSS des services habituellement dispensés dans le cadre de l'AD/CES
Distribution des médicaments	Permis Mettre en place des moyens alternatifs permettant de limiter les contacts, par exemple, laisser les médicaments à l'unité locative et appeler le résident par téléphone pour sa prise de médication	Permis Mettre en place des moyens alternatifs permettant de limiter les contacts, par exemple, laisser les médicaments à l'unité locative et appeler le résident par téléphone pour sa prise de médication	Permis Mettre en place des moyens alternatifs permettant de limiter les contacts, par exemple, laisser les médicaments à l'unité locative et appeler le résident par téléphone pour sa prise de médication. Permettre la dispensation des services par le prestataire habituel (personnel de l'EESAD ou de la RPA), à la condition que ce dernier soit formé sur les mesures PCI (notamment sur le port et le retrait de l'ÉPI) et qu'il les applique de façon rigoureuse. Prise en charge par le RSSS des services habituellement dispensés dans le cadre de l'AD/CES
Services de soins infirmiers	Maintenir l'intensité habituelle	Poursuivre uniquement les services infirmiers essentiels	Poursuivre uniquement les services infirmiers essentiels

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

TABLEAU C
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Services de répit ou de convalescence par la RPA	Permis pour urgence et avec isolement préventif de 14 jours	Permis pour urgence et avec isolement préventif de 14 jours	Suspendu

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

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

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

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

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

- les différents services se trouvent sur des étages différents;
- les pièces communes (salle à manger, salon) sont distinctes, selon le milieu de vie, à la fois pour les usagers et pour les membres du personnel;
- les employés sont dédiés à chacun des services.

Pour les milieux de vie mixtes RPA-RI, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les places RPA sont sur un étage ou un bâtiment différent des places RI;
- les pièces communes ne sont pas fréquentées à la fois par les résidents de la RPA et les usagers de la RI.

Toutefois, si les milieux ne sont pas distincts selon les conditions précitées, les directives selon la vocation principale (majorité de places RI, RTF ou RPA) seront celles applicables.

Les directives RPA concernant le port du masque médical ou du couvre-visage de même que la tenue d'un registre pour les sorties et entrées des usagers, des visiteurs et du personnel doivent être appliquées selon l'arrêté ministériel 2020-064, et ce, même si la vocation principale est RI ou RTF.

Les principes précédents sont applicables à l'ensemble des directives qui pourraient être concernées par la mixité.

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

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

TABLEAU D

Directives applicables aux RI adultes, aux RAC, aux foyers de groupe et aux internats (adultes DP-DI-TSA) 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.

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnes proches aidantes (PPA) (voir définition[1])			
À l'intérieur du milieu dans la chambre ou dans une pièce dédiée	Permis 1 PPA connue et identifiée du milieu de vie à la fois[2] pour un maximum de 2 PPA connues et identifiées par jour Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs	Permis Maximum 1 PPA connue et identifiée du milieu de vie par jour[2] Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs	Permis 1 PPA connue et identifiée du milieu de vie par jour Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs
À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger)	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre ou accompagner le résident/usager pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les autres résidents/usagers et avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur)	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre ou accompagner le résident/usager pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les autres résidents/usagers et avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur)	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre
Sur le terrain du milieu	Permis Maximum 2 PPA connues et identifiées du milieu de vie par jour	Permis Maximum 1 PPA connue et identifiée du milieu de vie par jour	Isolement préventif/Isolement : Non permis Si éclosion localisée : Non permis, sauf avec autorisation de l'équipe PCI

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

[2] Dans une situation exceptionnelle, pour la clientèle DP-DI-TSA adultes, il pourrait être permis que 2 parents d'une même bulle puissent avoir accès en même temps au milieu de vie, et ce, selon le jugement clinique.

***RPA seulement**
**** RI-RTF seulement**

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

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Visiteurs[3]			
À l'intérieur du milieu, dans la chambre ou dans une pièce dédiée	Non permis Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs	Non permis Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs	Non permis Sauf avec autorisation de l'équipe PCI Pour les résidents/usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs
À l'intérieur dans les espaces communs	Non permis	Non permis	Non permis
Sur le terrain du milieu de vie	Non permis	Non permis	Non permis
Autres			
Professionnels de la santé et des services sociaux de l'établissement (ex. : éducateur, ergothérapeute, infirmière)	Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon ajuster la fréquence selon les besoins signalés	Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels seulement	Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels seulement
Professionnels de la santé et des services sociaux hors établissement (ex. audioprothésiste) *	Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels	Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels	Non permis Sauf urgence et en dehors du milieu
Personnel rémunéré par le responsable du milieu de vie pour des activités de loisir (ex. : musicothérapie, zoothérapie)*	Non permis	Non permis	Non permis
Personnel rémunéré par la résidence pour des activités de groupe supervisées visant à prévenir le déconditionnement mental, cognitif et physique (ex. récréologue, kinésiologue)*	Permis Formation PCI obligatoire et fortement recommandé que le personnel soit dédié à un milieu de vie	Permis Formation PCI obligatoire et le personnel doit être dédié à un seul milieu de vie	Non permis
Personnel des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) ou travailleur dans le cadre de la modalité allocation directe/chèque emploi service (AD/CES) *	Permis : maintenir l'intensité habituelle	Permis : maintenir l'intensité habituelle	Non permis Sauf pour les services essentiels – pour plus de précisions, voir le tableau gradation des mesures Soutien à domicile

[3] Visiteurs : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. Malgré le fait que les déplacements entre régions ne sont pas recommandés, pour les visiteurs qui proviennent d'une région n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, les directives du palier d'alerte les plus contraignants s'appliquent. Pour les visiteurs provenant des autres provinces ou territoires où il n'y a pas de palier d'alerte, ce sont les mesures les plus contraignantes qui s'appliquent entre celles du territoire de provenance du visiteur et le palier d'alerte du Québec.

***RPA seulement**
**** RI-RTF seulement**

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

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnel engagé (par le résident/usager ou la PPA) (ex. soins de pieds, coiffeuse, entretien ménager*)	Non permis Sauf pour services essentiels	Non permis Sauf pour services essentiels	Non permis Sauf pour services essentiels
Bénévoles contribuant aux activités visant à prévenir le déconditionnement mental, cognitif et physique	Permis aux conditions suivantes : • limiter le nombre différent de bénévoles par jour; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; • si possible, limiter à un bénévole par usager/résident.	Permis aux conditions suivantes : • limiter le nombre de bénévoles différents par jour; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; • si possible, limiter à un bénévole par usager/résident; • en concertation entre le responsable de la résidence, l'équipe PCI locale et l'équipe clinique, le cas échéant.	Non permis
Travailleurs pour la construction, la rénovation ou la réparation	Non permis Sauf pour terminer les travaux déjà débutés ou essentiels	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité
Visites de location*	Permis Favoriser les visites virtuelles ou limiter la fréquence	Non recommandé Favoriser les visites virtuelles ou s'assurer de mettre en place toutes les mesures PCI et limiter le nombre de personnes présentes lors de la visite : soit au futur résident et à une personne proche aidante qui peut l'accompagner	Non permis Sauf pour urgence
Visites des équipes responsables de la certification des RPA*	Permis	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents
Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS), visites de vigie de la qualité du milieu de vie (MSSS), d'inspection de la CNESST ou du MAPAQ	Permis	Permis	Permis
Visites ministérielles d'inspection*	Permis	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents	Non Permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents
Visites d'évaluation de la conformité effectuées par Agrément Canada*	Permis	Non permis	Non permis
Visites d'évaluation ministérielle de la qualité des milieux de vie (MSSS)**	Non permis	Non permis	Non permis
Visites du processus de contrôle de la qualité des services rendus à l'usager**	Permis	Non permis, Sauf si visite essentielle	Non permis

***RPA seulement**
**** RI-RTF seulement**

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

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Livraison pour les résidents/usagers (nourriture, achats, etc.) et biens apportés par les familles	Permis Hygiène des mains avant et après la manipulation	Permis Hygiène des mains avant et après la manipulation	Permis Hygiène des mains avant et après la manipulation
Animaux de compagnie qui accompagnent PPA ou visiteur	Non permis	Non permis	Non permis
Hébergement temporaire (répit, dépannage, convalescence)	Non permis Sauf pour les ressources qui ont comme seule mission ce type de placement. Recommandé d'offrir des séjours moins fréquents mais prolongés	Non permis	Non permis
Nettoyage des vêtements des résidents par les familles*	Permis En respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres à la buanderie, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une désinfection doit être faite après utilisation Ou Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile	Permis En respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres à la buanderie, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une désinfection doit être faite après utilisation Ou Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile	Non permis
Repas à la salle à manger	Permis	Permis	Non permis pour la personne concernée
Repas à la chambre	Non recommandé Sauf pour condition clinique particulière de l'usager ou pour respecter le choix de l'usager	Non recommandé Sauf pour condition clinique particulière de l'usager ou pour respecter le choix de l'usager	Obligatoire
Activités de groupe	Permis	Permis	Non permis pour la personne concernée
Activités socio-professionnelles, (école, stages, travail, centre de jour, etc.)	Permis	Permis en fonction des consignes qui s'appliquent à la population générale	Non permis Si éclosion localisée : avec l'autorisation de l'équipe PCI
Sorties extérieures seuls ou accompagnés (ex. : restaurant, pharmacie, commerce)	Privilégier la livraison Le cas échéant, limiter aux sorties essentielles	Privilégier la livraison Le cas échéant, limiter aux sorties essentielles	Isolement préventif/Isolement : Non permis En éclosion : Non permis sauf avec autorisation de l'équipe PCI

***RPA seulement**
**** RI-RTF seulement**

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

Mesures	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Marche extérieure	Permis	Permis	Isolement préventif/Isolement : Non permis Si éclosion localisée : Non permis sauf avec autorisation de l'équipe PCI
Sorties extérieures pour rendez-vous médicaux[4] ou autres rendez-vous (ex. notaire)	Limiter la fréquence des sorties	Limiter la fréquence aux sorties essentielles	Non permis pour les personnes en isolement, sauf si la vie de la personne est en danger, favoriser la consultation et l'intervention à distance Si éclosion localisée : limiter la fréquence aux sorties essentielles
Sorties extérieures pour des rassemblements	Non permis RI de type appartement supervisé : Sauf pour une personne qui habite seule qui va visiter une autre personne seule, toujours la même S'applique également à 2 usagers seuls d'appartements différents de la même ressource, toujours les 2 mêmes personnes.	Non permis Sauf pour une personne qui habite seule qui va visiter une autre personne seule, toujours la même S'applique également à 2 résidents seuls de 2 unités différentes de la même RPA, toujours les 2 mêmes personnes.	Non permis
Congé temporaire dans la communauté [5]	Limiter la fréquence aux sorties essentielles S'assurer que le résident est en mesure de suivre les conditions d'isolement au retour, le cas échéant Le jugement clinique s'applique et pour une situation exceptionnelle une solution d'exception peut s'appliquer	Non recommandé Favoriser le maintien du lien social par des moyens alternatifs. Permettre seulement, en situation exceptionnelle pour préserver l'intégrité et la santé de la personne : • si essentiel pour l'usager; • dans une zone de même niveau d'alerte; • chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint); • privilégier les sorties plus longues et réduire la fréquence des sorties. et selon une évaluation du risque en concertation entre l'équipe clinique de l'usager et la PCI de l'établissement. S'assurer que le résident est en mesure de suivre les conditions d'isolement au retour, le cas échéant.	Non permis pour les personnes en isolement

[4] Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur. Voir tableau A-3
[5] Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur. Voir tableau B-4

***RPA seulement**
**** RI-RTF seulement**

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

		Le jugement clinique s'applique et pour une situation exceptionnelle une solution d'exception peut s'appliquer.	
Personnel/remplaçant/stagiaire[6]			
Personnel/remplaçant dédié au milieu de vie	Fortement recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire
Recours au personnel d'agence[4]	Permis Prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	Permis En dernier recours, prioriser le même personnel des agences et s'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI	Permis En dernier recours, si exclusif à la résidence
Autres services offerts par la RPA : Voir tableau gradation des mesures C : Résidences privées pour aînés (RPA)			

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

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

- les différents services se trouvent sur des étages différents;
- les pièces communes (salle à manger, salon) sont distinctes, selon le milieu de vie, à la fois pour les usagers et pour les membres du personnel;
- les employés sont dédiés à chacun des services.

Pour les milieux de vie mixtes RPA-RI, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les places RPA sont sur un étage ou un bâtiment différent des places RI;
- les pièces communes ne sont pas fréquentées à la fois par les résidents de la RPA et les usagers de la RI.

Toutefois, si les milieux ne sont pas distincts selon les conditions précitées, les directives selon la vocation principale (majorité de places RI, RTF ou RPA) seront celles applicables.

Les directives RPA concernant le port du masque médical ou du couvre-visage de même que la tenue d'un registre pour les sorties et entrées des usagers, des visiteurs et du personnel doivent être appliquées selon l'arrêté ministériel 2020-064, et ce, même si la vocation principale est RI ou RTF.

Les principes précédents sont applicables à l'ensemble des directives qui pourraient être concernées par la mixité.

[6] Doit également être en conformité avec d'autres directives ministérielles ou arrêtés ministériels s'appliquant aux ressources humaines, notamment la directive sur les stagiaires.

***RPA seulement**
**** RI-RTF seulement**

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

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

TABLEAU E

Directives applicables aux RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ / LSSSS), aux RAC, aux internats, aux foyers de groupe et aux milieux de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique (DP-DI-TSA jeunesse)

Mesures	Palier d'alerte 3 Alerte	Palier d'alerte 4 Alerte maximale	Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Visiteurs[1]			
À l'intérieur et à l'extérieur (sur le terrain) du milieu	Non permis à l'intérieur et permis à l'extérieur en respect des consignes émises par la santé publique pour la population générale	Non permis à l'intérieur et permis à l'extérieur en respect des consignes émises par la santé publique pour la population générale	Non permis
Accompagner l'usager à l'extérieur du terrain (ex. : marche)	Permis en respect des consignes émises par la santé publique pour la population générale	Permis en respect des consignes émises par la santé publique pour la population générale	Non permis
Parents[2](ou toute autre personne en contexte d'ordonnance)			
Visites à l'intérieur du milieu dans la chambre de l'usager	Permis Maximum 1 parent à la fois ou 2 parents d'une même bulle en même temps en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres et avec le port du masque médical ou du couvre-visage. Ajuster la fréquence en compensant par d'autres moyens (ex. : téléphonique ou virtuel)	Permis Maximum 1 parent à la fois ou 2 parents d'une même bulle par jour en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres et avec le port du masque médical ou du couvre-visage pour apporter son aide ou son soutien au jeune, dans sa chambre ou dans une pièce dédiée.	Permis Maximum 1 parent par jour en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres et avec le port du masque médical ou du couvre-visage 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 à la fois ou 2 parents d'une même bulle en même temps en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres. Ajuster la fréquence en compensant par d'autres moyens (ex. : téléphonique).	Permis Maximum 1 parent à la fois ou 2 parents d'une même bulle en même temps en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres. Ajuster la fréquence en compensant par d'autres moyens (ex. : téléphonique).	Permis Maximum 1 parent par jour en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres. Ajuster la fréquence en compensant par d'autres moyens (ex. : téléphonique).
Sortie liée au contact parent-enfant	Permis En respectant les mesures édictées par la santé publique ainsi que l'arrêté ministériel 2020-032 et l'algorithme décisionnel sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant	Permis En respectant les mesures édictées par la santé publique ainsi que l'arrêté ministériel 2020-032 et l'algorithme décisionnel sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant	Non permis Prévoir, dans la mesure du possible, des modalités alternatives
Professionnels de la santé et des services sociaux de l'établissement (ex. : éducateur, ergothérapeute, infirmière, etc.)	Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique Sinon ajuster la fréquence selon les besoins signalés .	Services essentiels seulement N.B. Les interventions faites dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse sont toutes considérées comme des services essentiels.	Services essentiels seulement N.B. Les interventions faites dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse sont toutes considérées comme des services essentiels

[1] **Visiteurs** : Toute personne qui souhaite visiter l'usager. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. De plus, pour les visiteurs qui proviennent d'une région n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, les directives du palier d'alerte les plus contraignantes s'appliquent. Malgré le fait que les déplacements entre régions ne sont pas recommandés, pour les visiteurs qui proviennent d'une région n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, les directives du palier d'alerte les plus contraignants s'appliquent.

[2] Pour les parents qui proviennent d'une région n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, les directives du palier d'alerte les plus contraignantes s'appliquent.

TABLEAU E

Directives applicables aux RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ / LSSSS), aux RAC, aux internats, aux foyers de groupe et aux milieux de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique (DP-DI-TSA jeunesse)

Mesures	Palier d'alerte 3 Alerte	Palier d'alerte 4 Alerte maximale	Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnel rémunéré par la ressource pour des activités de loisirs (ex. : récréologie, musicothérapie, zoothérapie)	Non permis	Non permis	Non permis
Bénévole(s) qui entrent dans la ressource	Permis aux conditions suivantes : • limiter le nombre différent de bénévoles par jour; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures.	Permis aux conditions suivantes : • limiter le nombre de bénévoles différents par jour; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; • si possible, limiter à un bénévole par résident; • en concertation entre le responsable de la résidence, l'équipe PCI locale et l'équipe clinique, le cas échéant.	Non permis
Travailleurs pour la construction, la rénovation ou la réparation	Permis Pour terminer les travaux déjà débutés ou essentiels	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité
Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS), visites de vigie de la qualité du milieu de vie (MSSS) ou d'inspection de la CNESST ou du MAPAQ	Permis	Permis	Permis
Visites d'évaluation ministérielle de la qualité des milieux de vie (MSSS)	Non Permis	Non Permis	Non Permis
Visites du processus de contrôle de la qualité des services rendus à l'usager	Permis	Non permis Sauf si visite essentielle	Non permis
Livraison pour les usagers (nourriture, achats, etc.) et biens apportés par les familles	Permis Hygiène des mains avant et après la manipulation	Permis Hygiène des mains avant et après la manipulation	Permis Hygiène des mains avant et après la manipulation
Animaux de compagnie qui accompagnent un visiteur	Non permis	Non permis	Non permis
Hébergement temporaire (répit, dépannage) Exclut les placements d'urgence	Permis	Non permis	Non permis Sauf si l'usager en besoin d'hébergement temporaire est COVID positif et ce, en guise de zone tampon
Usagers			
Repas à la salle à manger	Permis	Permis	Non permis pour la personne concernée
Repas à la chambre	Non recommandé	Non recommandé	Obligation pour la personne concernée
Activités de groupe	Permis	Permis	Non permis

TABLEAU E
Directives applicables aux RI-RTF hébergeant la clientèle jeunesse (placements en vertu de la LPJ / LSSSS), aux RAC, aux internats, aux foyers de groupe et aux milieux de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique (DP-DI-TSA jeunesse)

Mesures	Palier d'alerte 3 Alerte	Palier d'alerte 4 Alerte maximale	Isolement préventif / Isolement ou Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
			Pour la personne concernée
Fréquentation de garderie / milieu scolaire (incluant les stages reliés au contexte scolaire)	Se référer aux directives du ministère de la Famille / du ministère de l'Éducation	Se référer aux directives du ministère de la Famille / du ministère de l'Éducation	Non permis
Activités socio-professionnelles/ cliniques ou thérapeutiques (intégration par les stages, travail, centre de jour, etc.)	Permis En cohérence avec l'algorithme décisionnel sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant	Permis En cohérence avec l'algorithme décisionnel sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant	Non permis
Sorties extérieures (restaurants, pharmacie, etc.)	Non recommandé / privilégier la livraison pour le restaurant, la pharmacie, les commerces	Limiter aux sorties essentielles ou/et privilégier la livraison pour le restaurant, la pharmacie, les commerces	Non permis pour tous
Marches à l'extérieur	Permis	Permis Uniquement sur le terrain ou à l'extérieur du terrain avec supervision seulement	Non permis pour la personne concernée
Personnel/remplaçant/stagiaire[3]			
Personnel/remplaçant dédié au milieu de vie	Fortement recommandé	Fortement recommandé	Obligatoire

N.B. Les facteurs de vulnérabilité des autres personnes vivant dans ces RI-RTF (usagers ainsi que les responsables et les membres de leur famille) doivent néanmoins, dans le cadre des consignes, des mesures et informations émises par la Direction de la santé publique, être pris en considération pour identifier les directives qu'il serait raisonnable d'appliquer (catégorie 2 ou 4).

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

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

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

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

[3] Doit également être en conformité avec d'autres directives ministérielles ou arrêtés ministériels s'appliquant aux ressources humaines, notamment la directive sur les stagiaires.

Émission :	09-02-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGGMO-003

Catégorie(s) : ✓

Directive sur la mise en œuvre de la gestion du risque d'exposition aux aérosols de SRAS-CoV-2 des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

Expéditeur :	**Direction générale de la gestion de la main-d'œuvre**	**Destinataires :**	- Tous les établissements publics du RSSS - Hors cadre responsables du dossier PCI - Comités stratégiques PCI - Directeurs de santé publique - Directeurs de services professionnels - Directeurs des soins infirmiers - Directeurs du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées - Directeurs logistiques - Directeurs des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Directive	
Objet :	Actualisation des mesures de prévention liées à la gestion du risque d'exposition aux aérosols de SRAS-CoV-2 des travailleurs de la santé dans les milieux de soins et dans les milieux de vie en lien avec l'implantation de zones chaudes avec usagers regroupés suivant la publication, le 27 janvier 2021, de l'avis de l'Institut national de santé publique (INSPQ) intitulé : «*SRAS-CoV-2 : Avis du CINQ sur la gestion du risque d'exposition aux aérosols des travailleurs de la santé en situation d'éclosion non contrôlée dans les milieux de soins* »
Principe :	Augmenter les mesures de protection dans les zones chaudes qui découlent d'un regroupement d'usagers confirmés par laboratoire pour le SRAS-CoV-2 au sein d'une même unité de soins.
Mesures à implanter :	Dans **toutes les installations du réseau et dans les résidences pour personnes âgées (RPA)**, implanter les mesures décrites dans la section suivante.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction de l'expérience employé – DGGMO ssqvt@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	N/A

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Josée Doyon

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Émission :	09-02-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGGMO

Directive

Le 27 janvier 2021, l'Institut national de santé publique (INSPQ) publiait un avis intitulé : «*SRAS-CoV-2 : Avis du CINQ sur la gestion du risque d'exposition aux aérosols des travailleurs de la santé en situation d'éclosion non contrôlée dans les milieux de soins* ».

Le 1er février dernier, le directeur national de santé publique retirait son ordonnance du 8 juin 2020 et référait à l'avis de l'INSPQ ci-dessus. Le 9 février 2021, la Commission des normes, de l'équité et la santé et sécurité au travail (CNESST) actualisait son guide de normes à l'égard des équipements de protection individuels requis pour les travailleurs des milieux de soins.

La présente directive vise à présenter aux établissements du réseau les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) au regard de l'actualisation des mesures de prévention liées à la gestion du risque d'exposition aux aérosols de SRAS-CoV-2 des travailleurs de la santé dans les milieux de soins et dans les milieux de vie en lien avec l'implantation de zones chaudes avec usagers regroupés.

Dans le cadre des interventions auprès des usagers atteints de COVID-19, le port des APR, dont le N-95, a jusqu'à maintenant été orienté vers les situations d'interventions médicales générant des aérosols (IMGA). Ceci a été appliqué en cohérence avec des avis du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'INSPQ et appuyé par une ordonnance du Directeur national de santé publique publiée le 8 juin 2020.

Au cours des derniers mois, il s'est développé un corpus grandissant de connaissances sur la dynamique des aérosols. Il est maintenant considéré que la transmission du SRAS-CoV-2 est tributaire d'un continuum de particules de différentes tailles : (https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19.pdf).

L'avis du 27 janvier 2021 du CINQ s'inscrit dans cette évolution des connaissances en soulignant la possibilité de l'augmentation du risque de transmission par des particules respiratoires aérosolisées dans des espaces restreints, ventilés de façon inadéquate, à forte densité d'occupants et lorsque la durée d'exposition est prolongée.

Le CINQ considère notamment qu'une situation d'éclosion non contrôlée malgré le respect rigoureux de l'ensemble des mesures recommandées pourrait représenter une situation où la concentration d'aérosols du SRAS-CoV-2 serait potentiellement plus élevée et où la possibilité de porter des APR pourrait être envisagée.
Or, afin de s'assurer de la conformité de la présente directive avec les exigences de la CNESST, les établissements doivent appliquer les mesures de gestion du risque d'exposition aux aérosols de SRAS-CoV-2 des travailleurs de la santé dans les milieux de soins et dans les milieux de vie. Le principe est d'augmenter les mesures de protection dans les zones chaudes qui découlent d'un regroupement d'usagers confirmés par laboratoire pour le SRAS-CoV-2 au sein d'une même unité de soins. Cette modalité permet d'agir en prévention lorsqu'il y a une densité d'usagers confirmés à la COVID-19 dans un espace restreint.

<u>Dans toutes les installations du réseau et dans les résidences pour personnes âgées (RPA)</u>

- Tous les établissements doivent posséder des politiques et procédures concernant la préparation en vue d'une éclosion de COVID-19, ainsi que les modalités d'intervention lors d'une éclosion.
- À compter du 11 février 2021, les établissements impliqués doivent prendre les actions nécessaires pour appliquer les mesures émises par la CNESST.
- Considérant les enjeux de capacité liés aux tests d'ajustement (fit-test), des modalités de transition sont prévues.

Un suivi de l'utilisation des APR par les établissements sera réalisé par le MSSS afin de déterminer l'ampleur de l'application de cette mesure à travers la province et d'identifier les enjeux d'application, le cas échéant.

Émission :	05-08-2020	Mise à jour :	10-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-024

Catégorie(s) :
- ✓ Soins intensifs
- ✓ Urgence
- ✓ Oxygénothérapie
- ✓ Services médicaux

Guide de procédures techniques Soins intensifs et urgence SARS-CoV-2 (COVID-19)

Remplace le guide du 5 août 2020

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)**	**Destinataires :**	Tous les établissements publics du RSSS : – Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG) ; – Directeurs des services professionnels (DSP) ; – Chefs de soins intensifs ; – Directrices des soins infirmiers (DSI).

Directive	
Objet :	Le Guide de procédures techniques Soins intensifs et Urgence SARS-CoV-2 (COVID-19) et ses annexes sont **destinés aux centres québécois susceptibles de prendre en charge des patients de soins critiques atteints ou suspectés porteurs d'une infection à la COVID-19.** Ils sont le fruit d'un travail de collaboration entre des experts provenant de la communauté des soins intensifs **adultes et pédiatriques** représentant les quatre universités québécoises.
Mesures à implanter :	✓ Prendre connaissance des mises à jour du Guide : o en date du 26 janvier 2021 : Annexe 7 - Utilisation et surveillance de l'oxygénothérapie à haut débit (OHD) en dehors des soins intensifs, pour la clientèle adulte, en période de pandémie. ✓ Si nécessaire et applicable, mettre en place l'utilisation et la surveillance de l'oxygénothérapie à haut débit (OHD) en dehors des soins intensifs.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**DGAUMIP**
Documents annexés :	✓ Guide de procédures techniques Soins intensifs et urgence SARS-CoV-2 (COVID-19) ✓ Annexe 7 : Utilisation et surveillance de l'oxygénothérapie à haut débit (OHD) en dehors des soins intensifs, pour la clientèle adulte, en période de pandémie

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

Santé
et Services sociaux
Québec

Guide de procédures techniques

SOINS INTENSIFS ET URGENCE

SARS-CoV-2

(COVID-19)

Dernière mise à jour : 26 janvier 2021

Document préparé par :

Sous-comité ministériel COVID-19 des soins critiques et adopté par le Comité directeur clinique COVID-19

Présidente :

Dre Diane Poirier

Participants :

Dr Patrick Bellemare

Dre Macha Bourdages

Dr Antoine Delage

Dr Charles Francoeur

Dr Ashvini Gursahaney

Dr Denny Laporta

Dr Marc-André Leclair

Dr Jean-François Lizé

Dre Louise Passerini

Dr Germain Poirier

Dr Mathieu Simon

Dr Baruch Toledano

Dr Paul Warshawsky

Dr Pierre-Alexis Lépine

Avec la participation de l'équipe de la Direction de la coordination ministérielle 514-450 :

Marie-Ange de Boutray

Julie Parent-Taillon

Avec la collaboration du groupe d'urgentologues pour le volet urgence et prise en charge d'un ACR

Responsable :

Dr François Paquet

Membres

Dre Marie-Pier Boucher

Dr Gilbert Boucher

Dr Alexis Cournoyer

Dre Isabelle Genest

Dr Louis-Philippe Pelletier

Dr Sébastien Robert

Table des matières

Table des matières 3
Préambule 5
La définition d'un cas suspecté 5
IMPORTANT 5
1. Préparation initiale (en tout temps) 7
2. Équipement de protection personnelle (ou individuelle) 7
3. Procédure d'admission d'un patient 8
a. Critères de consultation aux soins intensifs selon le MSSS 8
b. Critères d'intubation endotrachéale 8
c. Critères pédiatriques de consultation aux soins intensifs pédiatriques 9
d. Préparation 9
e. Admission du patient à l'unité des soins intensifs 10
5. Procédure de prise en charge des voies aériennes - cas suspects COVID sévères 11
6. Procédure de support ventilatoire et bronchoscopie 13
7. Extubation 14
8. Procédures stériles et techniques (voie centrale, canule artérielle, drain thoracique) 14
9. Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire chez un patient suspect ou infecté à la Covid-19 aux soins intensifs ou dans une unité dédiée à des patients suspects ou positifs à la Covid-19 15
a. Création d'un chariot de réanimation – COVID-19 16
b. Liste des tâches avant/après être entré dans la chambre 16
10. Arrêt cardio-respiratoire au niveau du pré-hospitalier, à l'urgence et dans les unités froides d'hospitalisation 17
11. ECMO – ECPR 20
12. Prélèvements et laboratoires 20
13. Pharmacothérapie 21
14. Éthique - Allocation de ressources - Fin de vie 21
15. Simulation et formation 21
Annexe 1 : Filtres haute efficacité et usage pédiatrique 22
Annexe 2 : Particularités d'une intubation endotrachéale chez un patient adulte suspecté ou prouvé Covid-19+ 23
Annexe 3 : Particularités d'une intubation endo-trachéale chez un patient pédiatrique suspecté ou prouvé Covid-19+ 25
Annexe 4 : Résumé des étapes pour revêtir et retirer l'EPI approprié dans le cadre d'une intubation endotrachéale 27
Annexe 5 : L'arrêt cardiorespiratoire pédiatrique pour une clientèle suspecte ou avérée porteuse de Covid-19 et ses particularités 28
Annexe 6 : Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire chez un patient suspect ou infecté à la Covid-19 aux soins intensifs ou dans une unité dédiée à des patients suspects ou positifs à la Covid-19 29
Annexe 7 : Utilisation et surveillance de l'oxygénothérapie à haut débit (OHD) en dehors des soins intensifs, pour la clientèle adulte, en période de pandémie 30

Note au lecteur

Voici la mise à jour du 3 avril 2020 du ***Guide de procédures techniques Soins intensifs et Urgence SARS-CoV-2 (COVID-19)***, avec des modifications issues de discussions et multiples réflexions par le comité ministériel de soins critiques au niveau des sections suivantes :

Ce document est un guide. Chaque situation clinique doit être évaluée selon la sévérité, l'offre de service du milieu, l'unité de soins et la prévalence du Covid-19.

- Section 2 Équipement de protection individuelle
- Section 3 Procédure d'admission d'un patient
- Section 6 Procédure pour support ventilatoire et bronchoscopie
- Section 8 Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire

Afin de faciliter le suivi des changements, le texte modifié a été mis en surbrillance en jaune le 26 janvier 2021.

Tous les cas critiques peuvent être discutés entre le médecin référent et le médecin conseil du COOLSI :

(Clientèle adulte seulement)

1 844 990-8084 ou 514 890-8084

Préambule

Le présent document est destiné aux centres québécois susceptibles de prendre en charge des patients de soins critiques atteints ou suspectés porteurs d'une infection à COVID-19. Il est le fruit d'un travail de collaboration entre des experts provenant de la communauté des soins intensifs adultes et pédiatriques représentant les quatre universités québécoises. Il s'agit d'un document générique qui ne saurait se substituer aux travaux adaptés par les équipes de soins critiques et de prévention de contrôle des infections (PCI) de tous les centres individuels. La situation pandémique évoluant sur une base quotidienne, il est probable que ces lignes directrices devront être adaptées en fonction de l'évolution de la situation. Nous vous invitons à demeurer au fait de l'actualisation de ces données.

D'aucune façon, cet algorithme de prise en charge ne se substitue à votre jugement clinique. La sécurité des gestes pour les soignants et les patients sont prioritaires.

La définition d'un cas suspecté

La définition de cas suspectés pour les soins intensifs sera la même que celle fournie par la santé publique du Québec. Pour le moment, tous les cas d'infections respiratoires sévères COVID-19 négatives sans étiologie demeurent en isolation COVID-19 et re-testés à 48 h. Si le second test est négatif, les patients doivent être traités en isolement gouttelette contact jusqu'à identification de l'étiologie avec protection aérienne procédurale pour les procédures générant des aérosols.

IMPORTANT

Les procédures décrites dans ce document doivent être effectuées directement par l'intensiviste ou à défaut par la personne la plus familière avec ces procédures jusqu'à nouvel ordre. *En cas d'absence ou d'impossibilité de l'intensiviste ou d'un médecin disponible sur place*, elles se font par le résident le plus sénior disponible.

En tout temps, la sécurité du personnel hospitalier est la priorité.

1. Préparation initiale (en tout temps)

Une chambre à pression négative est gardée libre en tout temps et préparée à accueillir un patient critiquement malade et suspecté ou prouvé SARS-CoV-2 (COVID-19) pour toute procédure à haut risque d'aérosolisation (intubation, bronchoscopie, stabilisation).

- Si la chambre à pression négative est occupée ou non disponible, une alternative devrait être libre et disponible (chambre alternative).
- Lorsqu'une seule chambre à pression négative est disponible, elle devrait être protégée comme chambre de procédures à haut risque (intubation, bronchoscopie, stabilisation).
- Si aucune chambre à pression négative n'est disponible, un isolement aérien strict doit être fait pour toute procédure invasive à haut risque, telle que décrite ci-haut.
- Le personnel vérifie quotidiennement la préparation adéquate des chambres à pression négative ou désignées, incluant :
    - Système à pression négative fonctionnel avec porte fermée ;
    - Système de communication sans-fil disponible et fonctionnel ;
    - Solution hydro-alcoolique disponible à l'intérieur de la chambre, dans l'entre-chambre et à la sortie.
- L'équipement de protection individuelle (toutes grandeurs) est disponible rapidement et en tout temps à proximité de la chambre désignée.
- Le personnel dédié est identifié en permanence pour s'occuper du 1er cas à tous les quarts de travail (un membre du personnel infirmier, inhalothérapeute, préposé si nécessaire).
- Ce guide ainsi que les protocoles locaux (adaptés du guide actuel et inspirés des recommandations de l'INSPQ et des équipes locales de PCI) doivent être facilement disponibles et accessibles auprès du personnel de soins critiques (incluant les gestionnaires et médecins).

2. Équipement de protection individuelle

Des précautions additionnelles de type aérienne + contact + protection oculaire est requise pour les cas de soins intensifs suspectés ou prouvés de SARS-CoV-2 (COVID-19) jugés à haut risque de transmission ou lors de procédures générant des aérosols. Des précautions additionnelles de type gouttelettes + contact + protection oculaire est considéré adéquate dans les autres cas. Veuillez-vous tenir informé des dernières recommandations du Comité sur les Infections Nosocomiales du Québec - CINQ :

- Le personnel en place devrait être vêtu d'uniformes qui sont fournis et lavés par le centre hospitalier et les chaussures portées devraient être utilisées seulement dans les unités de travail et l'hôpital.
- L'équipement de protection individuelle devrait être installé sous la supervision d'une personne apte à revêtir ce type de protection.

- Voici des vidéos supplémentaires, au besoin, pour assurer un habillage et déshabillage sécuritaire :
    - Français : https://www.youtube.com/watch?v=M_yJBBobclk&feature=youtu.be
    - Anglais : https://www.youtube.com/watch?v=0o6ZvKg0QSw&feature=youtu.be

- Lors d'une intervention médicale générant des aérosols (IGMA), l'équipement de protection individuelle minimal inclut :
    i. Blouse imperméable
    ii. Masque N95
    iii. Gants longs (qui recouvrent manches des blouses)
    iv. Protection oculaire (visière)

Voici plusieurs publications pertinentes de l'INSPQ au sujet de la désinfection des masques N95 et des mesures exceptionnelles en cas de pénuries réelles :

- https://www.inspq.qc.ca/publications/2957-mesures-exceptionnelles-protection-individuelle-covid19
- https://www.inspq.qc.ca/publications/2966-desinfection-protections-respiratoires-n95-covid19
- https://www.inspq.qc.ca/publications/2965-desinfection-n95

Nous vous référons également au site de l'INSPQ et du MSSS pour les mises à jour régulières.

3. Procédure d'admission d'un patient

a. Critères de consultation aux soins intensifs selon le MSSS

Les critères proposés de consultation aux soins intensifs adultes sont les suivants :

1. FIO2 ≥ 40 % pour saturation > 90 %
2. Détresse respiratoire significative ou RR > 24
3. Instabilité hémodynamique persistante malgré une réanimation volémique adéquate
4. Altération de l'état de conscience
5. Tout patient intubé ou nécessitant une ventilation non-invasive
6. Tout autre critère jugé sévère par le clinicien

Ces critères seront modulables selon l'évolution de la pandémie et le taux d'occupation des lits.

b. Critères d'intubation endotrachéale

Considérant les particularités inhérentes à l'intubation d'un patient suspect ou confirmé COVID-19, incluant le transfert en chambre à pression négative, la nécessité de revêtir les EPI et le recours préférentiel à la séquence rapide,l'intubation devrait se faire de la façon la plus élective possible par une équipe expérimentée et préparée adéquatement.

Une discussion entre le médecin traitant (urgence ou étage) et le médecin de garde aux soins intensifs est recommandée pour tous les cas ambigus ou incertains. Dans tous les cas, le jugement clinique prévaut.

À l'heure actuelle, la majorité des usagers présentant une décompensation aiguë de MPOC ne sont pas porteurs de la COVID-19. Les traitements habituels doivent donc être privilégiés. Pour les patients suspectés ou prouvés COVID présentant une décompensation de leur MPOC et des critères de support ventilatoire non invasif, la VNI doit être effectuée dans une chambre à pression négative et une protection aérienne + contact + oculaire est requise pour le personnel. Les traitements aérosolisés doivent être administrés par aérochambre. **L'utilisation des nébulisations est à éviter**. Advenant un résultat COVID négatif, la VNI pourra alors être poursuivie dans les conditions usuelles d'isolement des maladies respiratoires fébriles. Ces éléments seront réévalués selon l'évolution de la pandémie.

- Dans la situation actuelle, les usagers qui ne souhaitent pas être intubés peuvent bénéficier d'un support ventilatoire palliatif selon les ressources disponibles. Présentement, l'utilisation de la VNI dans une chambre à pression négative peut être jugée adéquate.
- Il est suggéré de se familiariser avec un protocole de détresse respiratoire dans un contexte de support ventilatoire palliatif.

c. Critères pédiatriques de consultation aux soins intensifs pédiatriques

1. FIO2 ≥ 30 % pour saturation > 90 %
2. Détresse respiratoire significative
3. Instabilité hémodynamique persistante malgré une réanimation volémique adéquate
4. Altération de l'état de conscience
5. Tout patient intubé ou nécessitant une ventilation non-invasive
6. Tout autre critère jugé sévère par le clinicien

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

d. Préparation

- Le médecin responsable du patient critiquement malade et suspecté ou prouvé SARS-CoV-2 (COVID-19) appelle l'intensiviste de garde pour demander une admission à l'unité des soins intensifs (USI).
- Selon le niveau d'alerte, (*voir le Plan de contingence soins critiques COVID-19 pour le Québec*) doit être considéré, si l'état clinique le permet :
    - Pour la clientèle adulte nécessitant une admission aux soins intensifs, le transfert vers un centre désigné via le COOLSI *(voir procédure de transfert COOLSI*). Transférer les cas **prouvés** de SARS-COVID-19 (les cas suspectés restent dans le centre référent à moins d'entente locale).
    - Pour la clientèle pédiatrique, la procédure de transfert régulière s'applique dans les centres désignés (les patients pédiatriques **suspectés** doivent être transférés dans les centres désignés via le CCPQ).
    - Les mesures de précautions aériennes-contact strict sont nécessaires pour les cas suspectés qui demeurent dans le centre référent.
    - Pour la procédure de transport préhospitalier, se référer au document : *« Protocole de prise en charge des patients susceptibles de présenter une maladie respiratoire sévère »* du MSSS.

- Si le patient est accepté, aviser immédiatement l'assistant-chef ou le chef d'unité. Ce dernier doit aviser les équipes infirmières, les inhalothérapeutes, les préposés et la PCI. L'assistante infirmière-chef (AIC) attribue la chambre du patient. L'infirmière et l'inhalothérapeute du patient sont désignés.

e. Admission du patient à l'unité des soins intensifs

- Le médecin responsable des soins intensifs autorise l'admission du patient et transmet les informations nécessaires pertinentes, notamment l'équipement nécessaire et la médication particulière requise à l'accueil du patient.
- Le médecin responsable des soins intensifs est chargé de la décision d'admission aux soins intensifs, d'un transfert vers un autre centre ou vers l'étage.
- Le patient est transféré de l'urgence avec le personnel dédié incluant infirmière/inhalothérapeute/préposé, si nécessaire, avec leur équipement de protection individuelle.
- Le personnel dédié à l'admission à l'USI attend le patient dans la chambre, avec l'équipement de protection individuelle déjà en place :
    - Infirmier(e) attitré au patient et l'AIC selon l'état clinique
    - Inhalothérapeute
    - Médecin responsable
    - Préposé si nécessaire
- Le personnel non-essentiel ne devrait pas être présent pour éviter toute exposition inutile.
- Le transport devrait être facilité pour éviter le plus possible le contact avec le reste de la communauté hospitalière.

4. Procédure de transport intra-hospitalier

Comme il constitue un risque de transmission, le transport des patients devrait être réduit au minimum.

- Conséquemment, la décision de procéder à des examens devrait être réfléchie :
    - Est-ce que l'examen a une haute probabilité de répondre à une question clinique changeant la conduite?
    - Avant le départ du patient de l'urgence vers les soins intensifs ou du département de radiologie, considérer l'ensemble des imageries potentiellement nécessaires à la prise en charge du patient.
    - Privilégier les examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques au chevet du patient.
    - Pour les examens mobiles, voir le document « *PROCÉDURE D'UTILISATION ET DE DÉSINFECTION DES APPAREILS MOBILES EN RADIOLOGIE, EN CAS DE MALADIES RESPIRATOIRES SÉVÈRES INFECTIEUSES (MRSI)* »
- Une procédure de transport pour les patients COVID-19 devrait être mise en place dans chaque centre pour diminuer l'exposition au personnel et à la communauté hospitalière. À cet effet, il est recommandé que la procédure tienne compte des suggestions suivantes :

- Déterminer le personnel nécessaire pour accompagner le patient hors de l'unité :
    - Infirmière, inhalothérapeute, médecin, préposé au besoin (tous avec équipement de protection individuelle).
- Le transport du patient doit être coordonné entre les différentes unités. Par exemple, l'urgence devra s'assurer que les soins intensifs sont prêts à recevoir le patient pour limiter le temps de transport au minimum.
- Il est impératif de déterminer à l'avance la trajectoire des patients au sein du centre hospitalier. Le trajet doit toujours être le même.
- Le trajet emprunté par le patient doit être libre de tout obstacle et le transport doit être effectué lorsque les corridors et les ascenseurs sont libres pour éviter tout contact avec du personnel ou des patients. Ainsi, un agent de sécurité doit libérer les corridors et les ascenseurs avant le transfert du patient.
- Selon les normes de protection en vigueur, tout patient Covid-19+ non intubé **DOIT** porter un masque lorsqu'il circule dans l'hôpital. À cet effet, un masque de procédure doit lui être fourni.
- Demander à l'usager de se laver les mains au départ et au retour à sa chambre.
- Il est recommandé de ne pas faire de manœuvres qui génèrent des aérosols pendant le transport des patients dans le centre hospitalier.
- Les espaces communs utilisés pour le transport des patients (ex: ascenseur) doivent être désinfectés par le personnel d'entretien immédiatement après le transport du patient.
- Le dossier médical du patient devrait être placé dans un sac de plastique (ou faxé à l'unité qui reçoit le patient) afin de minimiser le risque de transmission du virus entre les unités de soins.

5. Procédure de prise en charge des voies aériennes - cas suspects COVID sévères

- La ventilation non invasive et la ventilation par canule nasale à haut débit sont des options valables, mais une hypoxie d'installation rapide devrait amener à considérer une intubation endotrachéale. Les modalités non invasives doivent être gérées idéalement comme des IMGA en environnement de pression négative.
- Considérer précocement l'intubation : une intubation urgente augmente les risques de transmission en exposant le personnel soignant et les autres patients à des aérosols.
- Ces recommandations priorisent la sécurité du geste médical
    - Un chariot d'intubation dédié aux infections à SARS-CoV-2 devrait être mis en place dans les lieux où l'intubation peut avoir lieu (urgence, soins intensifs, bloc opératoire).
    - L'ensemble du matériel doit être disponible à proximité, incluant le matériel nécessaire pour gérer un grade d'intubation difficile.
- Se référer à une liste de vérification avant d'entrer dans la chambre.
- L'intubation doit :

- Être réalisée dans une chambre à pression négative ou en mesure de précaution aérienne-contact avec protection oculaire strict si non disponible.
- Être réalisée avec l'équipement de protection individuelle pour tous, tel qu'il est décrit plus haut.
- Être réalisée par l'intensiviste, l'urgentologue ou la personne la plus expérimentée disponible.
- Pré-oxygénation FiO2 100 % (Ventimask réservoir 15L/min d'O2) x cinq (5) minutes si la situation le permet. La ventilation au masque (Ambu/Bagmask) **devrait être évitée autant que possible**. Si une ventilation au masque est administrée, placer un filtre haute efficacité entre le masque et l'Ambu, ventiler à deux personnes et utiliser une canule oropharyngée (canule de Guedel) et ventiler à petits volumes courants.

- Le personnel dans la chambre doit être réduit au minimum

- À l'intérieur de la salle:
  - Infirmière responsable du patient (EPI)
  - Inhalothérapeute (EPI)
  - Professionnel qui intube (EPI)

- À l'extérieur de la salle

  - Lorsque disponible, 1 médecin externe prêt (EPI, doit attendre que sa présence soit requise pour mettre le masque N-95) et ayant en main le matériel du plan B pour supporter le médecin dans la salle.

  - 1 assistant (sans EPI : prise de notes)

  - 1 intervenant qui vérifie s'il y a eu contamination (si disponible).

- Un vidéolaryngoscope (Glidescope/C-Mac) devrait être utilisé et dédié aux cas de COVID-19.
- Une intubation à séquence rapide doit être favorisée (limite le risque de toux et d'aérosols).
- Éviter d'utiliser de la lidocaïne topique (la manœuvre pourrait produire des aérosols).
- Dès que le tube est dans la trachée :
  - Gonfler le ballonnet
  - **Ne pas ventiler le patient avec le Bag avant de connecter le respirateur.**

  - D'un même geste, installation immédiate et simultanée d'un circuit avec filtre haute efficacité (e.g. Hepa SteriVent ou équivalent pédiatrique – Annexe 1) sur la branche expiratoire du respirateur, d'un système de succion en circuit fermé, d'un filtre échangeur d'humidité (nez artificiel, HME) si circuit non chauffant utilisé et du capteur à CO_2 (si disponible) et connecter le tout au respirateur. **Une technique d'aspiration endo-bronchique ne devrait pas être entreprise sans l'utilisation d'un circuit de succion fermé** (le plus souvent disponible dans les unités de soins intensifs et rarement à l'urgence).

- Installation immédiate d'un tube naso ou oro-gastrique et des cathéters requérant un contrôle radiologique, le cas échéant.

- S'il survient un échec à l'intubation et que le patient doit être ventilé : placer un filtre haute efficacité sur le masque (Ambu/Bagmask), ventiler à deux personnes afin d'assurer une meilleure étanchéité, ventiler à petits volumes courants et utiliser une canule oropharyngée (canule de Guedel).
- Les plans B menant à un « airway » **définitif** doivent être **privilégiés** (utilisation de la bougie, diminution de la taille du tube endotrachéal, etc.)
- Les dispositifs de ventilation supra-glottique (KingLT, masque laryngé, etc.) ne doivent être utilisés qu'en dernier recours.
- **AUCUN** patient ne devrait sortir de la salle à pression négative **AVANT** d'avoir un tube endotrachéal en place, et ce, afin de limiter l'aérosolisation. Ainsi, même si le dispositif supraglottique assure une bonne ventilation, la personne la plus qualifiée devrait être appelée pour intuber définitivement le patient.
- Si un échec au plan B survient (can't intubate, can't ventilate), privilégiez votre plan usuel.

Les patients porteurs de pathologies requérant l'usage chronique de CPAP ou de ventilation non-invasive doivent pouvoir poursuivre ces thérapies essentielles malgré le contexte pandémique. Indépendamment de leur statut COVID-19, ces patients doivent idéalement être pris en charge dans des salles à pression négative. Si une chambre à pression négative n'est pas disponible, une chambre à pression neutre est acceptable. Les soignants doivent utiliser des précautions gouttelettes modifiées lorsqu'ils pénètrent dans la chambre pendant la période d'utilisation du CPAP ou de l'appareil de ventilation. L'usage de l'appareil et du masque personnels du patient sont fortement recommandés. Cette directive ne s'applique pas aux patients chez qui un tel support est initié dans le cadre d'une insuffisance respiratoire progressive liée à un COVID confirmé ou suspecté.

6. Procédure de support ventilatoire et bronchoscopie

- Appliquer les plus hauts standards de ventilation protectrice pour les SDRA (e.g. « ARDSNet »).
- Thérapies de secours :
  - La ventilation en position ventrale peut être pratiquée et doit être appliquée selon les lignes directrices et pratiquée dans des centres ayant l'expertise dédiée. L'avis d'un expert ou centre tertiaire doit être considéré selon l'expérience du milieu.
  - Les cas d'hypoxémie sévère réfractaire devraient être discutés rapidement et éventuellement dirigés vers des centres ayant une expertise en SDRA sévère.
  - Les gestes requérant un avis d'expert pour la clientèle adulte peuvent être discutés avec un médecin conseil via le **COOLSI** au 1844-990-8084 ou 514-890-8084.

- Les gestes requérant un avis d'expert pour la clientèle pédiatrique peuvent être discutés avec le médecin expert du RUIS où le patient va être transféré. **Un système de succion en circuit fermé doit être utilisé**
- **Éviter autant que possible de déconnecter le respirateur.**
    - Si le respirateur doit être déconnecté, clamper le tube endotrachéal au préalable et mettre le respirateur en attente.
- Une extubation accidentelle requérant une ré-intubation devrait être traitée comme une situation à haut risque d'aérosols où la sécurité du personnel et des lieux sont prioritaires.
- **Les bronchoscopies génèrent beaucoup d'aérosols et doivent être évitées autant que possible :**
    - **La décision de les pratiquer doit être prise en tenant compte des bénéfices escomptés pour le patient (diagnostic alternatif qui ne peut être obtenu autrement).**
    - Elle doit être faite en pression négative.
    - La curarisation est encouragée pour la procédure.

7. Extubation

L'extubation étant considérée comme une IMGA, une protection contact aérienne avec protection oculaire doit être mise en place si le patient est considéré encore infecté.

Lorsque le patient est candidat au sevrage de la ventilation mécanique, une épreuve de respiration spontanée quotidienne ou biquotidienne est indiquée. L'épreuve de respiration spontanée doit se faire sur le ventilateur; le tube en T est prohibé. Une des modalités à considérer de l'épreuve de respiration spontanée est :

- PEEP = 5 cmH2O
- Aide inspiratoire = 5 cm H2O
- Durée = 30 minutes

- Si l'épreuve est tolérée, le patient peut être extubé.
- Durant la procédure, il est suggéré :
    - Mode spontané avec aide inspiratoire à 0 cmH2O
    - PEEP = 0 cm H2O
    - Retrait du tube endotrachéal connecté au ventilateur

8. Procédures stériles et techniques (voie centrale, canule artérielle, drain thoracique)

- Les procédures sont réalisées par l'intensiviste, l'urgentologue ou la personne la plus expérimentée disponible.
- Les standards usuels d'asepsie s'appliquent.
- Idéalement, l'habillage stérile à l'extérieur de la salle et les mouvements vers la salle à procédure se font à deux personnes, dont une non-stérile qui facilite le maintien de l'asepsie de l'opérateur principal.
- Le personnel habilité à travailler dans des conditions d'asepsie assiste le médecin.
- Préparer et réviser tout le matériel à l'avance pour réduire les entrées et sorties.
- Minimiser le matériel dans la chambre.

- L'utilisation de l'échographie est encouragée.
- Les appareils d'échographie doivent être nettoyés selon les recommandations du fabricant et de la PCI après chaque procédure.

9. Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire chez un patient suspect ou infecté à la Covid-19 aux soins intensifs ou dans une unité dédiée à des patients suspects ou positifs à la Covid-19

Un comité éthique a émis des recommandations sur des niveaux de priorités de triage si la pandémie rend cette éventualité nécessaire. Ce guide est disponible à l'adresse suivante : http://www.cmq.org/pdf/coronavirus/msss-protocole-national-triage-soins-intensifs-pandemie-def.pdf

Ce guide ne saurait remplacer le jugement clinique et en particulier dans les situations où la victime d'un arrêt cardiaque n'était pas identifiée comme COVID + ou "cas suspect". Dans ces cas, en gardant comme préoccupation première la sécurité des soignants, les gestes principaux d'une réanimation habituelle doivent être envisagés en lien avec les normes usuelles de réanimation (i.e. ACLS).

L'algorithme qui suit a été conçu et adapté pour une clientèle suspecte ou avérée porteuse de COVID 19. La présente mise à jour s'appuie sur la prévalence actuelle de la Covid-19 qui est différente au sein des unités de soins intensifs par rapport à d'autres unités de soins ainsi qu'au niveau de la population générale en pré-hospitalier. De plus, cette prévalence varie également d'une région socio-sanitaire à une autre.

Une adaptation locale des protocoles peut être effectuée.

L'arrêt cardiorespiratoire pédiatrique pour une clientèle suspecte ou avérée porteuse de Covid-19 et ses particularités est mise en annexe 5.

Indépendamment de la situation pandémique, les soignants devraient s'assurer d'un niveau de soins approprié pour leur clientèle.

Les manœuvres de réanimation sont considérées à haut risque de propagation d'aérosols et le risque potentiel pour le personnel soignant est à balancer avec les bénéfices escomptés pour le patient.

Sauf de rares circonstances, les arrêts cardio-respiratoires aux soins intensifs et en intra-hospitalier ont un mauvais pronostic. Dans de rares circonstances ciblées (exemple : arythmie qui pourrait mener à une défibrillation), des manœuvres pourraient être justifiables. Dans toutes les autres circonstances, la décision et l'intensité de la réanimation doivent être modulées en fonction du risque pour le personnel et le reste de la clientèle. L'échographie doit être considérée pour guider la décision clinique. En effet, l'absence de contractilité cardiaque peut être utilisée pour cesser les manœuvres rapidement.

L'intensité des soins doit être réévaluée sur une base régulière et rediscutée avec les patients et/ou leurs proches.

a. Création d'un chariot de réanimation – COVID-19

Principes sous-jacents :

- Éviter les procédures produisant des aérosols (compression thoracique externe, ventilation manuelle, etc.).
- Exposer le minimum de personnel.
- Utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle.
- **Sécuriser les voies aériennes d'emblée (ABC plutôt que CAB).**
- Diviser entre une équipe interne (responsable des manœuvres et administration des traitements auprès du patient) et une équipe externe (prépare la médication et documente).

Tout le personnel doit prendre le temps de mettre l'équipement de protection individuelle avant d'entrer dans la chambre.

b. Liste des tâches avant/après être entré dans la chambre

1. Vérification du **NIM** (niveau d'intervention médicale) au dossier ou DMA
2. **Équipe de réanimation demandée** (disponible et désignée dans tous les hôpitaux)
3. **Protection du personnel** : le personnel soignant se doit de mettre les EPI (équipement de protection individuelle : N-95, jaquette, visière…) avant de débuter toute réanimation.
4. Assigner les **rôles** et déterminer le leader.
5. Masque de procédure au patient
6. Vérification du rythme et mise en place des palettes de défibrillation :
   a. **Défibrillation immédiate** si fibrillation ventriculaire ou tachycardie ventriculaire sans pouls.
7. Si le patient est déjà intubé, **massage cardiaque**
8. Il est préférable de protéger les voies respiratoires du patient (si patient COVID-19 suspecté ou positif et non intubé) avant de débuter le massage cardiaque face au risque élevé d'aérosolisation mettant en danger le personnel soignant.
9. Prise en charge des voies respiratoires selon les principes déjà énoncés précédemment :
   a. La ventilation manuelle est à proscrire dans la majorité des cas. Si une ventilation est impérative, utiliser une ventilation à deux personnes et une canule oropharyngée (Guedel) pour diminuer la présence de fuites autour du masque. Mettre un filtre haute efficacité entre le masque et le bag et ventiler l'usager à des petits volumes courants.
   b. Intubation séquence rapide (référez-vous au *Guide des procédures techniques en soins intensifs SARS-CoV-2 (COVID-19) - Précision sur les techniques et procédures techniques* mis en ligne par le MSSS).
   c. Après la confirmation de l'intubation, poursuite de la réanimation usuelle.

d. Attendre le délai prescrit après l'intubation pour toute intervention non urgente dans la salle et faire sortir le personnel non essentiel.

10. Durée de la réanimation selon le pronostic

11. Voir l'annexe 2 pour la procédure ci-dessous formatée pour imprimer et afficher.

Mettre l'équipement de protection individuelle

↓

Défibrillation

(Si appropriée)

↓

Intubation

↓

Massage cardiaque

↓

Poursuivre la réanimation

10. Arrêt cardio-respiratoire au niveau du pré-hospitalier, à l'urgence et dans les unités froides d'hospitalisation

À la lumière des plus récentes recommandations de l'ILCOR, de l'AHA, et de l'INESSS, voici une **mise à jour de la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire** pour les patients de l'urgence issus du pré-hospitalier, pour ceux qui sont observés au service d'urgence et pour les patients hospitalisés dans une unité froide « non Covid ».

Les présentes recommandations doivent être modulées par les comités de réanimation des établissements. Ainsi, selon la réalité propre à chaque région, des éléments de la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire pourront différer.

La présente mise à jour s'appuie sur les éléments suivants :

- Les arrêts cardio-respiratoires issus du préhospitalier sont le plus souvent secondaires à des pathologies d'étiologie cardiaque pour lesquelles la défibrillation précoce et le massage en continu sont primordiaux.
- La prévalence actuelle de la Covid-19 au sein de la population générale et dans les unités d'hospitalisation froides est nettement inférieure à celle de la clientèle hospitalisée aux soins intensifs ou dans les unités d'hospitalisation chaudes « Covid + ».
- La défibrillation cardiaque n'est pas une intervention médicale générant des aérosols (IMGA).
- Le massage cardiaque est considéré comme une intervention médicale à faible risque de générer des aérosols, tel que présenté dans le document de l'INESSS du 15 mai 2020. Ainsi, une protection gouttelettes-contact est suffisante pour **débuter** le massage cardiaque.
- Une harmonisation des pratiques de réanimation effectuées à l'urgence, sur les unités d'hospitalisation et en pré-hospitalier est souhaitable.
- Il est recommandé d'apposer à l'entrée de l'unité ou de la chambre, une affiche indiquant le statut Covid aux équipes soignantes.
- Dans les situations où la victime d'un arrêt cardiaque n'est pas identifiée comme « COVID + », les gestes principaux d'une réanimation habituelle doivent être envisagés en lien avec les normes usuelles de réanimation et ce, en s'assurant en tout temps de la protection des soignants.

Les principes suivants doivent être appliqués en tout temps :

- Exposer le minimum de personnel;
- Diviser le personnel soignant entre une équipe interne (responsable des manœuvres et administration des traitements auprès du patient) et une équipe externe (prépare la médication et documente les actes).

Avant de débuter les manœuvres de réanimation :

- Vérifier le **NIM** au dossier et/ou les DMA;
- Assigner les **rôles** et déterminer le leader;
- Mettre un masque de procédure au patient.

Revêtir l'équipement de protection individuelle et mettre un masque de procédure au patient

↓

Défibrillation si appropriée

(une défibrillation peut être administrée <u>avant</u> de revêtir l'EPI)

↓

Massage cardiaque

↓

Intubation

(protection aérienne-contact)

↓

Poursuivre la réanimation

Pour les patients en arrêt cardio-respiratoire à l'urgence ou dans une unité d'hospitalisation froide « non Covid », selon l'évaluation du risque effectuée par le médecin :

- La défibrillation et le massage cardiaque peuvent être envisagés **<u>avant</u>** que le patient ne soit amené dans une salle à pression négative (ou une salle de réanimation dédiée si disponible) et que le personnel soignant ne porte l'équipement de protection individuelle relatif aux IMGA. Il n'est pas nécessaire de déplacer un patient dans une salle dédiée si son statut covid est connu et négatif.
- Un masque de procédure, un ventimask ou un masque avec filtre HEPA doit être placé sur le visage du patient pendant le massage cardiaque lorsque la prise en charge définitive des voies respiratoires est différée.
- Si une ventilation est impérative, l'ensemble de l'équipe doit revêtir au minimum une protection gouttelettes-contact. Il est conseillé de recourir à une ventilation à deux personnes et d'utiliser une canule oropharyngée (Guedel) pour diminuer la présence de fuites autour du masque. De plus, un filtre haute efficacité doit être placé entre le masque et le bag et l'usager doit être ventilé à des petits volumes courants.
- Lorsque le patient est dans une salle à pression négative (ou une salle de réanimation dédiée), et que l'ensemble des membres de l'équipe de réanimation portent un EPI de type protection aérienne-contact, le personnel peut alors prendre en charge définitivement les voies aériennes du patient. Ainsi, les membres de l'équipe ayant entamé la réanimation (massage et défibrillation au besoin) permettent à l'équipe qui prendra en charge les voies aériennes de revêtir les précautions aériennes, sans compromettre la qualité des soins du patient.
- La durée de la réanimation doit être proportionnelle au pronostic attendu.

En ce qui concerne les patients issus du pré-hospitalier, les éléments suivants doivent être portés à l'attention des urgentologues :

- À l'arrivée d'un usager en ambulance, lors du déplacement vers la salle de réanimation, il est suggéré de suspendre les manœuvres pouvant générer des aérosols (telle que la ventilation) jusqu'à l'arrivée dans la salle dédiée pour la réanimation.
- La ventilation à l'aide d'un Combitube peut être continuée pendant le transfert du patient si le circuit est sécurisé et qu'il a été vérifié préalablement.
- Si les techniciens ambulanciers/paramédics ont installé un Combitube et que celui-ci permet une ventilation adéquate du patient, il n'est pas recommandé de le retirer et de procéder à l'intubation endotrachéale pendant la réanimation. En effet, les manipulations des voies aériennes sont considérées à haut risque de propagation d'aérosols et le risque potentiel pour le personnel soignant est à considérer en regard des bénéfices escomptés pour l'usager.
- Si l'usager est réanimé, il est alors suggéré de changer le Combitube pour un tube endotrachéal **avant** de quitter la salle où a été effectuée la réanimation. Le retrait du Combitube et l'intubation endotrachéale doivent être réalisés par la personne la plus expérimentée disponible.

Cette mise à jour s'appuie sur les guides de pratiques suivants :

https://www.ilcor.org/covid-19
https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047463
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_RCR.pdf

11. ECMO – ECPR

Les membres du comité considèrent que, dans le contexte pandémique, il n'y a pas de rôle pour la réanimation par ECMO veino-artériel en arrêt cardiaque, indépendamment du statut infectieux.

Dans la grande majorité des cas de SDRA liés à la COVID-19, surtout dans le contexte pandémique, le comité est d'avis que l'ECMO veino-veineux devrait être évitable. Dans la majorité des cas, une décision de canulation doit faire l'objet d'un consensus de service (pas de décision individuelle) qui tient compte des ressources disponibles et de l'impact sur celles-ci.

12. Prélèvements et laboratoires

Limiter les prélèvements à ceux urgents et qui changeront votre conduite. Les prélèvements seront manipulés selon les procédures institutionnelles en place du protocole MRSI.

13. Pharmacothérapie

De nombreux essais cliniques sont en cours de réalisation et l'état actuel des connaissances scientifiques sur le sujet est en constante évolution. Le comité supporte les recommandations de l'INESS (https://www.inesss.qc.ca/covid-19/traitements-specifiques-a-la-covid-19.html).

Le comité, basé sur la littérature disponible, recommande l'utilisation de la dexaméthasone (6 mg I.V. die pour 10 jours) chez les patients sous ventilation invasive ou oxygénothérapie.

Le comité reconnait le rôle potentiel du remdesivir chez certains patients (COVID-19 sévère, sous oxygénothérapie sans ventilation invasive, symptomatique depuis moins de 10 jours, ayant plus de 12 ans et plus de 40 kg). Le recrutement dans les essais cliniques en cours demeure prioritaire.

Le comité est d'avis que les données actuelles ne supportent pas l'usage de l'hydroxychloroquine.

Tout autre intervention thérapeutique ciblée pour le COVID-19 devrait se faire dans le cadre d'un protocole de recherche.

14. Éthique - Allocation de ressources - Fin de vie

Plusieurs questions demeurent en suspens au moment de la rédaction de ce document. Un comité éthique s'est penché sur ces questions qui évolueront avec la pandémie.

Les modalités de soins de fin de vie doivent représenter une décision partagée qui tient compte de la dignité du patient, des volontés de la famille, du risque contagieux et des ressources disponibles.

Indépendamment de la situation pandémique, les soignants devraient s'assurer d'un niveau de soins approprié pour leur clientèle.

L'actualisation des niveaux de soins de toutes les clientèles devrait être une priorité.

15. Simulation et formation

Il est fortement suggéré de procéder à des simulations et des formations dans votre milieu afin de tester les zones de procédures de même que les techniques qui devront être adaptées à la COVID-19 dans chaque milieu, et ce, même pour les techniques considérées comme maîtrisées et connues dans d'autres circonstances.

Des centres tertiaires se rendent disponibles pour offrir de la formation à ceux qui le souhaiteraient, selon les besoins.

Annexe 1 : Filtres haute efficacité et usage pédiatrique

Exemple du montage pour la ventilation manuelle avec ballon autogonflable ou anesthésique

Exemples des filtres pouvant être utilisés :

<u>Mécanique</u>

10 à 20 kg Sterivent mini
>20 kg Sterivent mini ou régulier

<u>Électrostatique (filtre viral et bactérien, 99,99 % d'efficacité de filtration)</u>

Filta-Guard

ou

≤ 10 kg Barrier baby
>10 kg Aquasure

En toutes circonstances, il faut **protéger le personnel soignant de la contamination** par les aérosols.

En l'absence de dispositifs pédiatriques adaptés, il est proposé d'utiliser des filtres adultes en adaptant le volume courant administré au patient.

Annexe 2 : Particularités d'une intubation endotrachéale chez un patient adulte suspecté ou prouvé Covid-19+

Localisation

- L'intubation d'un patient avec un diagnostic de la COVID-19 confirmé ou suspecté doit être réalisée dans une chambre à pression négative.

Habillement

Voir Annexe 4.

Communication

- S'assurer d'avoir un téléphone ou un walkie-talkie pour les communications avec l'extérieur de la salle à pression négative.
- Donner des instructions simples et claires pendant l'intubation.
- S'assurer de la compréhension au besoin par des boucles de communication.

Intubation

- Intuber le patient avec une technique d'intubation à séquence rapide.
- Utiliser la vidéolaryngoscopie (GlideScope, C-Mac, KingVision).

  <u>GlideScope</u>

  - Considérer recouvrir le boîtier de l'appareil (écran) d'un sac de plastique transparent afin de diminuer les risques de contamination de l'appareil. Le retrait du sac doit être fait par un membre de l'équipe habillé avec un EPI avant de sortir de la salle, et ce, afin d'éviter la contamination de l'équipe d'entretien.
  - **Privilégier l'utilisation de lames jetables**. Si les lames jetables ne sont pas disponibles dans votre milieu, déconnecter le câble de son point de connexion à la lame, puis mettre la lame et le stylet dans un sac de plastique double pour envoyer à la désinfection.

  <u>King Vision</u>

  - Ce vidéo laryngoscope portatif fonctionne avec des piles AAA. Il faut donc s'assurer d'avoir des piles de rechange en réserve dans le sas.
  - L'écran ne peut pas être immergé dans une solution désinfectante en raison des contacts électroniques. Il faut donc le nettoyer avec des lingettes désinfectantes virucides.

- Privilégier les plans B qui confèrent une prise en charge définitive des voies respiratoires (exemple : utilisation de la Bougie). Si un dispositif supra-glottique doit être utilisé, les éléments suivants doivent être considérés :

  <u>King LT (obturateur œsophagien)</u>

- À utiliser seulement en cas d'échec à l'intubation endotrachéale.
- Gonfler les ballonnets avec le **maximum** indiqué selon le calibre utilisé. Les fuites au pourtour du ballonnet situé dans l'oropharynx seront ainsi minimisées et la dispersion d'aérosols sera moindre. Ce dispositif ne sera utilisé que dans l'attente de l'aide d'un collègue, le risque de nécrose des tissus mous n'est donc pas une préoccupation.
- L'obturateur œsophagien est une modalité temporaire de prise en charge. Aucun patient ne doit être transféré avec ce type de dispositif afin d'éviter la dispersion d'aérosols.

Ventilation

- Toujours brancher le tube endotrachéal au ventilateur avant de ventiler le patient.
- Si une déconnexion entre le tube endotrachéal et le ventilateur survient, clamper le tube avec une pince Hemostat.
- Paramètres suggérés pour un adulte :
  - Volume 6-8 cc/kg de poids idéal (calculé avec la taille)
  - FiO2 100 % initiale puis titrer pour une saturation autour de 90 % ou PaO2 de 60 mmHg
  - PEEP suggéré à 5-10 (suivre les recommandations du ARDSnet) à titrer selon oxygénation
  - Pression de plateau inférieure à 30 cmH_20

Sédation

- Prévoir la poursuite de la sédation (habituellement profonde, +/- curarisation).

Transfert du patient intubé vers une autre unité

- Maximiser la sédation du patient et privilégier un curare de longue action (exemple : rocuronium) afin d'éviter l'extubation accidentelle, la toux générant des aérosols, etc.

Annexe 3 : Particularités d'une intubation endo-trachéale chez un patient pédiatrique suspecté ou prouvé Covid-19+

- **Avant d'entrer dans la chambre, se référer à la liste** de vérification pour le matériel nécessaire à amener dans la chambre.
- **L'intubation doit :**
  - Être réalisée dans une chambre à pression négative
  - **Équipement de protection individuelle** : voir Annexe 4
  - Activer un **système de communication avec l'extérieur** de la chambre
  - **Pré-oxygénation** FiO2 100 % (Ventimask réservoir) x 5 minutes si la situation le permet. Arrêter tout oxygénation au moment de la laryngoscopie.

- **Procédure :**
  - **La ventilation au masque (Bagmask) doit être évitée autant que possible**. Si une ventilation au masque est administrée, placer un **filtre** haute efficacité entre le masque et l'ambu (voir Annexe 1), ventiler à **deux personnes** (4 mains) et utiliser une canule oropharyngée (**canule de Guedel**) et ventiler à petits volumes courants.
  - Le **vidéolaryngoscope** devrait être utilisé et dédié aux cas de COVID-19.
  - Une **intubation à séquence rapide** doit être favorisée (limite le risque de toux et d'aérosols). Toujours utiliser un curare (sauf si critères d'intubation difficile) et à bonne dose (Rocuronium 1,2 mg/kg). Exemple : Ketamine + Rocuronium administrés simultanément, ou Fentanyl-propofol-rocuronium si hémodynamique stable. **Prévoir la poursuite de la sédation** (habituellement profonde, +/- curarisation) d'emblée. Utilisation de l'atropine pré intubation au besoin selon les pratiques habituelles.
  - Éviter d'utiliser de la lidocaïne topique (cela pourrait produire des aérosols).
  - Préparer le respirateur (en stand-by mode) avec un filtre haute efficacité sur la sortie expiratoire du respirateur, un trachcare, et l'EtCO2. Toujours utiliser un tube trachéal à ballonnet.
  - **Dès que le tube est dans la trachée** :
    - **Gonfler** le ballonnet
    - **Ne pas ventiler le patient avec le Bag avant de connecter le respirateur.**
    - Connecter le patient au circuit, avec le trachcare, et le capteur à CO_2
    - Démarrer le respirateur seulement quand tout est connecté, filtre haute efficacité sur la valve expiratoire.
  - **Installer** un tube naso ou oro-gastrique et des cathéters requérants contrôle radiologique, le cas échéant.
  - Vérifier et **ajuster la ventilation** avec l'inhalothérapeute.
  - Paramètres initiaux suggérés pour un enfant :
    - Volume 6 à 7 cc/kg de poids idéal (calculé avec la taille)
    - FiO2 100% initiale puis à titrer pour viser saturation ≥ 90%
    - PEEP suggéré 5 à 8
    - Pression de plateau inférieure à 30 cmH20

- Si possible, tout le personnel doit **quitter la chambre** pour 20 à 30 minutes, le temps que la charge en aérosol diminue. Faire très attention lors du retrait de l'équipement de protection (contamination) et effectuer une hygiène des mains précautionneuse.

Sommaire INTUBATION À l'URGENCE - Patient suspecté/diagnostiqué

ATTENTION
• Salle à pression négative
• EPI avec N-95 et doubles gants pour la personne qui intubent
• Intubation par la personne la plus expérimentée disponible
• **Minimiser**
  • Le personnel dans la salle
  • Le matériel dans la salle
  • L'ouverture de la porte
• Boucles de communication avec l'extérieur
	PENDANT L'INTUBATION
	• Intuber avec le mandrin dans le TET
	• S'assurer d'une bonne curarisation avant de débuter la laryngoscopie
	• Dès que le TET est en place, gonfler le ballonnet
	• Connecter d'emblée le patient au respirateur
	  • Filtre HEPA/Sterivent
	  • Trachcare
	  • $EtCO_2$
	• Confirmer l'intubation à l'aide de l'$EtCO_2$
	• Éviter de ventiler au ballon

AVANT L'INTUBATION
• Préparer le VIDEOLARYNGOSCOPE
• Préparer médicaments d'intubation et de sédation/analgésie post intubation
• Pré-oxygénation avec VM 100% x 5min si possible
• Sac plan B dans la salle (laryngo directe, ML)
• **ÉVITER ventilation au masque-ballon :** Si doit être fait :
  • 4 mains
  • Filtre HEPA/Stérivent
  • Guedel
  • Petits volumes et basses pressions
	APRÈS L'INTUBATION
	• Analgésie/sédation adéquate
	• Installer TNG avant RXP
	• Retrait de la deuxième paire de gants pour la personne qui a intubé
	• Changer gants et blouse pour accompagner le patient
	
	SI ARRÊT CARDIAQUE
	
	Toujours intuber avant de débuter le massage cardiaque

Annexe 4 : Résumé des étapes pour revêtir et retirer l'EPI approprié dans le cadre d'une intubation endotrachéale

Voir la section Prévention et contrôle des infections du site du MSSS pour les dernières recommandations *:*

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

Annexe 5 : L'arrêt cardiorespiratoire pédiatrique pour une clientèle suspecte ou avérée porteuse de Covid-19 et ses particularités

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE DE RÉANIMATION PROTÉGÉ

- Limiter le personnel qui entre dans la chambre lors de l'intervention.
- Il est suggéré que le chariot de réanimation soit gardé à l'extérieur de la chambre.
- Une personne à l'extérieur de la chambre sera dédiée au chariot de réanimation et la préparation des médicaments d'urgence afin d'assister l'équipe de réanimation qui entre dans la chambre.
- Une personne à l'extérieur de la chambre sera responsable de calculer le temps de réanimation ; après 20 minutes de réanimation active, elle devra aviser l'équipe médicale à l'interne.

LA RÉANIMATION PROTÉGÉE

- LES PROCÉDURES À RISQUE ET LA RÉANIMATION DOIVENT ÊTRE FAITES PAR LES PERSONNES LES PLUS EXPÉRIMENTÉES et HABILITÉES.
- LA PRISE EN CHARGE DES VOIES AÉRIENNES DOIT ÊTRE FAITE PAR L'ÉQUIPE DE RÉANIMATION AVANCÉE QUI A ÉTÉ FORMÉE À CETTE PROCÉDURE.
- L'équipement de protection individuelle doit être revêtu par toutes les personnes entrant dans la salle.
- Initier oxygène à 100 %, dégager les voies respiratoires
- **La ventilation au ballon est permise SEULEMENT** si muni d'un filtre haute efficacité et le masque est sécurisé (idéalement à quatre mains).
- Si le **patient est ventilé au masque** et que **l'étanchéité du masque de ventilation est assurée**, le **massage cardiaque** peut être débuté **en préparant** l'intubation immédiate.
- **Si le patient n'est pas ventilé au masque, mettre un masque réservoir** (recouvert d'un masque de procédure) **100% oxygène au patient et débuter** le massage cardiaque
- Si pas de pouls ET rythme à défibriller, initier le choc
- **Intubation en séquence rapide** à préconiser tôt dans la démarche par la personne la plus expérimentée
- Donner sédation et curare à chaque patient pour éviter la toux durant laryngoscopie (même si état de conscience altéré).
- Arrêter massage cardiaque lors de la laryngoscopie.
- Attention de bien clamper le tube à chaque déconnexion du circuit.
- Si des lieux physiques ont été dédiés aux parents accompagnateurs suspectés ou confirmés COVID, ils peuvent être dirigés vers ces lieux durant la réanimation si jugé approprié.
- À part les spécificités liées à l'infection SARS-CoV-2 suivre algorithme de réanimation proposé par La American Heart Association (https://www.ahajournals.org)
- https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047463
- Pour tous les autres patients pédiatriques non suspectés ou infectés de la COVID19, suivre les algorithmes de réanimation habituels proposés également par la AHA.

Annexe 6 : Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire chez un patient suspect ou infecté à la Covid-19 aux soins intensifs ou dans une unité dédiée à des patients suspects ou positifs à la Covid-19

Mettre l'équipement de protection individuelle

↓

Défibrillation (si appropriée)

↓

Intubation

↓

Massage cardiaque

↓

Poursuivre la réanimation

Annexe 7 : Utilisation et surveillance de l'oxygénothérapie à haut débit (OHD) en dehors des soins intensifs, pour la clientèle adulte, en période de pandémie

Ce guide ne se substitue pas au jugement clinique et aux pratiques médicales actuelles mises en place dans vos installations si elles sont jugées plus optimales.

Critères d'utilisation et de surveillance de l'OHD en dehors des soins intensifs

Mise en place de l'OHD:

- **Consultation ou avis d'un intensiviste** au besoin selon les procédures locales.
- **Modalités d'initiation de l'OHD en dehors des unités de soins intensifs :**
  1. Patient hospitalisé sur une unité régulière dont le niveau de soin :
     a) **exclue** le recours à l'assistance ventilatoire et l'intubation endotrachéale mais dont l'état clinique requiert un support supérieur à ce qui peut être fourni à l'aide des dispositifs d'oxygène à faible débit.
     b) **inclue** le recours à l'assistance ventilatoire et l'intubation endotrachéale, un **support modéré** (FiO2 ≤ 60% et débit à ≤ 50L/min) et qui ne démontre aucun signe de détresse ou de détérioration clinique rapide.
  2. Patient hospitalisé sur une unité de soins intensifs qui transfère vers une unité régulière dans un contexte d'amélioration et/ou de stabilité clinique.
- **Contre-indications à l'utilisation de l'OHD en dehors des unités de soins intensifs :**
  - Patients agités et non coopérants
  - Patients instables hémodynamiquement
  - Patients avec une altération de l'état de conscience,
  - Patients ayant subi une chirurgie nasale récente (<2 semaines) ou présentant un épistaxis modéré à important.
  - Patients avec un mauvais pronostic de survie à court terme.
- **Paramètres suggérés d'initiation de l'oxygénothérapie et saturation visée :**
  - FIO2 ≥50% et viser SaO2 ≥92% et 88-92% si MPOC
  - Débit à débuter à 40-50L/min et augmenter selon la SaO2 et tolérance du patient.
- **Sevrage** : Prévoir sevrage de l'OF lorsque FiO2 <50% et autre modalité thérapeutique (LN ou VM) lorsque FiO2 ≤ 40% et débit ≤30 L/min.
- **Mesures d'isolement** : EPI de type précaution aérienne-contact avec protection oculaire et chambre à pression négative. Dans la mesure du possible, favoriser le cohortage.
- **Monitorage** : Surveillance clinique étroite avec saturométrie. Visites fréquentes des inhalothérapeutes et du personnel infirmier.

Volet pédiatrique : Les critères d'utilisation et de surveillance de l'oxygénothérapie non invasive par canule à haut débit (Optiflow), en période de pandémie, sont les mêmes qu'en période hors pandémie.

Santé
et Services sociaux
Québec

ANNEXE 7 :

Utilisation et surveillance de l'oxygénothérapie à haut débit (OHD) en dehors des soins intensifs, pour la clientèle adulte, en période de pandémie

extrait du

Guide de procédures techniques

SOINS INTENSIFS ET URGENCE

SARS-CoV-2

(COVID-19)

Dernière mise à jour du Guide : 26 janvier 2021

Document préparé par :

Sous-comité ministériel COVID-19 des soins critiques et adopté par le Comité directeur clinique COVID-19

Présidente :

Dre Diane Poirier

Participants :

Dr Patrick Bellemare

Dre Macha Bourdages

Dr Antoine Delage

Dr Charles Francoeur

Dr Ashvini Gursahaney

Dr Marc-André Leclair

Dr Jean-François Lizé

Dre Louise Passerini

Dr Germain Poirier

Dr Mathieu Simon

Dr Baruch Toledano

Dr Paul Warshawsky

Dr Pierre-Alexis Lépine

Avec la participation de l'équipe de la Direction de la coordination ministérielle 514-450 :

Marie-Ange de Boutray

Safiatou Mabaye

Annexe 7 : Utilisation et surveillance de l'oxygénothérapie à haut débit (OHD) en dehors des soins intensifs, pour la clientèle adulte, en période de pandémie

Ce guide ne se substitue pas au jugement clinique et aux pratiques médicales actuelles mises en place dans vos installations si elles sont jugées plus optimales.

Critères d'utilisation et de surveillance de l'OHD en dehors des soins intensifs

Mise en place de l'OHD:

- **Consultation ou avis d'un intensiviste** au besoin selon les procédures locales.
- **Modalités d'initiation de l'OHD en dehors des unités de soins intensifs :**
    1. Patient hospitalisé sur une unité régulière dont le niveau de soin :
        a) **Exclue** le recours à l'assistance ventilatoire et l'intubation endotrachéale mais dont l'état clinique requiert un support supérieur à ce qui peut être fourni à l'aide des dispositifs d'oxygène à faible débit.
        b) **Inclue** le recours à l'assistance ventilatoire et l'intubation endotrachéale, un **support modéré** (FiO2 ≤ 60% et débit à ≤ 50L/min) et qui ne démontre aucun signe de détresse ou de détérioration clinique rapide.
    2. Patient hospitalisé sur une unité de soins intensifs qui transfère vers une unité régulière dans un contexte d'amélioration et/ou de stabilité clinique.
- **Contre-indications à l'utilisation de l'OHD en dehors des unités de soins intensifs :**
    - Patients agités et non coopérants
    - Patients instables hémodynamiquement
    - Patients avec une altération de l'état de conscience,
    - Patients ayant subi une chirurgie nasale récente (<2 semaines) ou présentant un épistaxis modéré à important.
    - Patients avec un mauvais pronostic de survie à court terme.
- **Paramètres suggérés d'initiation de l'oxygénothérapie et saturation visée :**
    - FIO2 ≥50% et viser SaO2 ≥92% et 88-92% si MPOC
    - Débit à débuter à 40-50L/min et augmenter selon la SaO2 et tolérance du patient.
- **Sevrage** : Prévoir sevrage de l'OF lorsque FiO2 <50% et autre modalité thérapeutique (LN ou VM) lorsque FiO2 ≤ 40% et débit ≤30 L/min.
- **Mesures d'isolement** : EPI de type précaution aérienne-contact avec protection oculaire et chambre à pression négative. Dans la mesure du possible, favoriser le cohortage.
- **Monitorage** : Surveillance clinique étroite avec saturométrie. Visites fréquentes des inhalothérapeutes et du personnel infirmier.

Volet pédiatrique : Les critères d'utilisation et de surveillance de l'oxygénothérapie non invasive par canule à haut débit (Optiflow), en période de pandémie, sont les mêmes qu'en période hors pandémie.

Émission :	10-02-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-025

Catégorie(s) :
- ✓ Médicaments et services pharmaceutiques
- ✓ Résidences privées pour aînés (RPA)
- ✓ Ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF)

Trousse de médicaments d'urgence en résidence privée pour ainés (RPA) et en ressources intermédiaires (RI)

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)** **– Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament (DAPM)**	→	**Destinataire :**	Tous les établissements publics du RSSS : – Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG); – Directeurs des services professionnels (DSP); – Chefs de département de pharmacie; – Directrices des soins infirmiers; – Directeurs du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Directive	
Objet :	Cette directive vise à rendre disponible une trousse de médicaments d'urgence en résidence privée pour ainés (RPA) et en ressources intermédiaires (RI) selon une évaluation du besoin clinique par le chef du département de pharmacie, en conformité avec l'arrêté numéro 2021-003 du ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 21 janvier 2021 et le guide d'application de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) (en annexes). La mesure doit permettre d'assurer des soins pharmaceutiques sécuritaires et de qualité dans les milieux concernés, particulièrement dans un contexte de soins palliatifs. Le positionnement de trousses d'urgence de médicaments est une possibilité et non une obligation. Le chef du département de pharmacie doit, à la suite d'une demande des équipes de soins impliquées dans la prise en charge d'une éclosion de COVID-19, évaluer si les conditions sont réunies pour positionner une trousse d'urgence dans une RPA ou une RI. Avant de fournir une trousse et pendant sa mise en disponibilité, le chef du département de pharmacie qui fournit une trousse et l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire doivent respecter toutes les conditions prévues aux exemptions de Santé Canada, si la trousse contient des substances désignées (ex. opioïdes). Les médicaments doivent être conservés dans une armoire, un tiroir ou un local verrouillé hors de la portée des résidents ou des visiteurs. Le chef du département de pharmacie détermine après consultations des professionnels de la santé les médicaments qui devraient composer la trousse. La trousse ne peut être utilisée que par une infirmière, une infirmière auxiliaire, un pharmacien ou un médecin prodiguant des soins sur place, suivant une ordonnance d'un prescripteur autorisé.

	Les médicaments de la trousse doivent être utilisés seulement en situation d'urgence lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir les produits requis de la pharmacie communautaire du patient. Tous les médicaments réguliers doivent continuer d'être servis par le pharmacien communautaire, au nom du résident. Pour les RPA et RI qui utilisent une feuille d'administration des médicaments (FADM) fournie par le pharmacien communautaire, il est encouragé de maintenir ce mécanisme et de mettre à jour la FADM lors des changements des thérapies régulières. Les ordonnances des médicaments administrés en ayant recours à la trousse d'urgence devront être transmises pour information au pharmacien communautaire, en précisant le nombre de doses administrées à partir de la trousse afin que ce dernier puisse en tenir compte dans son évaluation. La procédure établie dans le guide de l'OPQ lors de l'utilisation d'un médicament de la trousse doit être respectée en tout point.
Mesures à implanter :	✓ Diffuser le guide de l'OPQ auprès des équipes de soins susceptibles d'être impliquées dans l'implantation et l'utilisation d'une trousse de médicaments d'urgence. ✓ S'assurer que les professionnels de la santé impliqués comprennent et respectent les modalités d'utilisation de la trousse, les politiques et procédures et les exemptions de Santé Canada. ✓ Informer le ou les responsables de la résidence en temps opportun, lorsque le besoin d'une trousse se manifeste et obtenir les collaborations requises pour son entreposage sécuritaire.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament
Documents annexés :	✓ *COVID-19 Trousse de médicaments d'urgence en RPA et en RI : Guide d'application de l'arrêté ministériel no 2021-003 du ministère de la Santé et des Services sociaux en date du 21 janvier 2021*, de l'Ordre des pharmaciens du Québec. ✓ *Arrêté ministériel no 2021-003 du ministère de la Santé et des Services sociaux en date du 21 janvier 2021.*

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

ORDRE DES
PHARMACIENS
DU QUÉBEC

Présent pour vous

COVID-19

Trousse de médicaments d'urgence en RPA et en RI

Guide d'application de l'arrêté ministériel n° 2021-003 du ministère de la Santé et des Services sociaux en date du 21 janvier 2021

Date : 21 janvier 2021

Table des matières

Contexte 3

Rôles et responsabilités.....4

Conditions requises 5

Règles d'utilisation de la trousse d'urgence.....6

Annexe 1.....8

Annexe 2.....11

Nous tenons à remercier tous nos partenaires qui ont contribué à la réalisation de ce guide, soit le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, l'Association professionnelle des pharmaciens salariés du Québec, l'Association des bannières et chaînes de pharmacies du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec* et le Collège des médecins du Québec.

* Les termes « infirmière » et « infirmière auxiliaire » sont utilisés dans le document afin d'alléger le texte.

Contexte

La pandémie de la COVID-19 affecte considérablement l'accès aux soins. Les résidents en résidence privée pour aînés (RPA) ou dans certaines ressources intermédiaires (RI) devraient, selon leur niveau de soins, être transférés en établissement de santé lorsque leur état de santé se détériore, ce qu'il n'est pas toujours possible de faire rapidement dans les circonstances actuelles. Ces résidents ont parfois besoin d'être traités dans leur milieu de vie. Ils peuvent avoir urgemment besoin de thérapies médicamenteuses pour soulager une douleur ou la détresse respiratoire. L'amorce urgente d'un traitement peut aussi être nécessaire pour d'autres indications. La situation de pandémie actuelle impose d'avoir recours à un mécanisme bien connu en milieu hospitalier, soit de rendre disponible, sur place, une trousse de médicaments d'urgence.

L'exemption de Santé Canada prise en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* prévoit que des médicaments, incluant des substances désignées, peuvent être fournis par un pharmacien à un établissement de santé communautaire au sens de la loi fédérale[1] selon les conditions mentionnées dans cette exemption. Les RPA et les RI où une infirmière ou infirmière auxiliaire exerce correspondent à cette définition. Or, le *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments*, pris en vertu de la *Loi sur la pharmacie*, ne le permet pas. Considérant l'état d'urgence sanitaire déclaré par le gouvernement en raison de la pandémie de la COVID-19, il convient donc, d'adopter un arrêté ministériel autorisant le pharmacien, à fournir ces médicaments, incluant des substances désignées, à des RPA ou à des RI.

Le présent guide vise à encadrer et à sécuriser l'utilisation d'une telle trousse de médicaments dans le cadre de cet arrêté. Veuillez noter que le chef de département n'est pas tenu d'évaluer la situation dans toutes les RPA et RI de son territoire. Les consignes présentées ici lui permettront d'établir les façons de faire pour ces milieux où les besoins le justifient.

[1] **Établissement de santé communautaire au sens de la loi fédérale:** s'entend d'un établissement où des soins en santé sont donnés et gérés par un infirmier dans le cadre de sa pratique professionnelle.

Rôles et responsabilités

Rôles et responsabilités du chef du département de pharmacie
Déterminer si les conditions prévues dans les exemptions de Santé Canada sont réunies pour permettre l'utilisation d'une trousse d'urgence dans une RPA ou une RI.
Déterminer le contenu de la trousse, les modalités, les politiques et les procédures reliées à la gestion de la trousse, qui répondent minimalement aux exigences de Santé Canada[1,2]. Les modalités en vigueur au sein de l'établissement de santé peuvent s'appliquer en RPA ou RI, ou être adaptées s'il y a lieu.
Réévaluer régulièrement la nécessité de maintenir cette trousse.
S'assurer de l'application des procédures.
Fournir les formulaires de suivis et de consignation nécessaires lorsqu'il distribue une trousse.

L'arrêté ministériel précise qu'en tout temps, les médicaments conservés par une résidence privée pour aînés sont sous le contrôle du département de pharmacie de l'établissement de santé et de services sociaux les ayant fournis, jusqu'à ce qu'ils soient administrés par un professionnel de la santé dûment autorisé à cet effet. Néanmoins, la responsabilité du bon usage de ces trousses est partagée avec les médecins, les infirmières et les infirmières auxiliaires qui exercent dans la RPA ou RI concernée. Tous ces professionnels doivent travailler en étroite collaboration en assumant les rôles et responsabilités suivants.

Rôles et responsabilités partagés par les pharmaciens, médecins, infirmières et infirmières auxiliaires quant au bon usage des trousses de médicaments d'urgence
Surveiller globalement la qualité et de la sécurité des soins.
Collaborer avec le chef du département de pharmacie pour déterminer le contenu de la trousse, y compris la liste des médicaments et leur quantité. Il importe de prévoir la plus petite quantité possible pour rencontrer les besoins urgents.
Appliquer les politiques et procédures déterminées par le chef du département de pharmacie.
Gérer les incidents et accidents, le cas échéant.
Prévenir et minimiser les risques de diversion.

Conditions requises

Le chef du département de pharmacie évalue les besoins. Il peut décider de fournir une trousse d'urgence si ces besoins le justifient et si les présentes conditions requises sont réunies.

Avant de fournir une trousse et pendant sa mise en disponibilité, le pharmacien hospitalier qui fournit une trousse et l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire doivent respecter toutes les conditions prévues aux exemptions de Santé Canada, si la trousse contient des substances désignées (voir annexes 1 et 2).

Cette trousse ne peut être utilisée que par une infirmière, une infirmière auxiliaire, un pharmacien ou un médecin prodiguant des soins sur place, suivant une ordonnance d'un prescripteur autorisé.

Lorsque le chef du département de pharmacie décide de fournir une trousse d'urgence, il le fait en appliquant les politiques et procédures de son établissement. Il s'assure que les professionnels de la santé impliqués comprennent et respectent les modalités d'utilisation de la trousse, les politiques et procédures et les exemptions de Santé Canada (voir annexes 1 et 2).

L'exploitant de la RPA ou le propriétaire de la RI doit être informé de la nécessité de fournir une trousse et sa collaboration doit être obtenue par le chef du département de pharmacie, particulièrement pour l'application des mesures d'entreposage sécuritaire de la trousse.

Le chef du département de pharmacie doit réévaluer régulièrement la situation pour s'assurer que les besoins justifient toujours la présence de la trousse d'urgence et que les conditions requises sont maintenues.

Règles d’utilisation de la trousse d’urgence

1. Maintenir la continuité des soins

Tous les médicaments réguliers doivent continuer d’être servis par le pharmacien communautaire, au nom du résident. Pour les RPA et RI qui utilisent une feuille d’administration des médicaments (FADM) fournie par le pharmacien communautaire, il est encouragé de maintenir ce mécanisme et de mettre à jour la FADM lors des changements des thérapies régulières.

Ainsi, les ordonnances des médicaments administrés en ayant recours à la trousse d’urgence devront être transmises pour information au pharmacien communautaire, en précisant le nombre de doses administrées à partir de la trousse afin que ce dernier puisse en tenir compte dans son évaluation. Selon le traitement et selon les modalités définies par le chef du département de pharmacie, si les médicaments prescrits doivent être administrés de façon régulière, ils devront être servis par le pharmacien communautaire pour la suite du traitement, plutôt que d’avoir recours à la trousse d’urgence.

2. Utiliser les médicaments de la trousse d’urgence seulement lorsque nécessaire

Les médicaments de la trousse d’urgence sont utilisés de façon exceptionnelle, soit seulement lorsqu’un nouveau médicament prescrit doit être administré **immédiatement** au résident.

Cette trousse peut aussi être utilisée en cas de non-disponibilité du service de la pharmacie communautaire (ex. médicament urgent prescrit en dehors des heures d’ouverture de la pharmacie). Les médicaments disponibles dans cette trousse doivent se limiter strictement aux médicaments urgents.

3. Utiliser la trousse de médicaments d’urgence selon les politiques et procédures définies par le chef du département de pharmacie du CISSS ou CIUSSS

Ces politiques et procédures doivent comprendre minimalement les éléments suivants.

a. Sécuriser l’accès à la trousse de médicaments d’urgence

Les médicaments de la trousse, qui peut contenir également des substances désignées (stupéfiants/médicaments contrôlés et ciblés), doivent être conservés hors de portée des résidents et des visiteurs et leur accès doit être limité aux professionnels prodiguant des soins. Les médicaments doivent être conservés dans une armoire, un tiroir ou un local verrouillé.

b. Lorsqu'un médicament de la trousse est utilisé :

- Le professionnel doit noter, sur la feuille de décompte fournie avec la trousse, le nom du résident, le médicament utilisé, la dose administrée, l'heure de l'administration et la quantité restante du médicament.
- Les quantités restantes doivent être disposées tel que prévu dans les procédures.
- L'ordonnance est envoyée au pharmacien communautaire du résident en y indiquant la quantité de médicaments qui a été prise dans la trousse. Comme la trousse est fournie par l'établissement de santé, le pharmacien communautaire n'a pas à fournir la médication pour remplacer les quantités prises dans la trousse.
- Une copie de l'ordonnance est laissée dans la trousse afin que le pharmacien désigné qui est responsable de la trousse puisse effectuer les contrôles nécessaires.

c. Contrôle de la qualité

L'infirmière ou l'infirmière auxiliaire doit s'assurer qu'un décompte des médicaments de la trousse est effectué de façon régulière et consigné sur un formulaire prévu à cet effet. Les formulaires de décompte doivent être envoyés régulièrement au pharmacien désigné afin d'assurer un contrôle étroit, d'identifier les diversions le cas échéant et d'intervenir rapidement.

Annexe 1

Exemption de catégorie prévue au paragraphe 56(1) pour la personne responsable d'un hôpital et/ou le pharmacien qui fournit des substances désignées à un établissement de santé communautaire

La version reproduite ici est une mise à jour publiée le 9 janvier 2019.
Pour consulter une version mise à jour, cliquez ici.

Conformément au paragraphe 56(1) de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCDAS), la personne responsable d'un hôpital et/ou le pharmacien est exempté, à des fins médicales, de l'application des dispositions suivantes de la LRCDAS et de ses règlements :

- paragraphe 4(1) de la LRCDAS concernant toute substance figurant à l'annexe I, II ou III de la LRCDAS;
- paragraphes 5(1) et 5(2) de la LRCDAS concernant toute substance figurant à l'annexe I, II, III ou IV de la LRCDAS;
- paragraphes 8(1), 31(1) et 65(1) et article 69 du Règlement sur les stupéfiants (RS) en ce qui concerne tout stupéfiant figurant à l'annexe du RS;
- article G.02.001, article G.03.002, paragraphe G.05.003 (1) et article G.06.002 de la partie G du Règlement sur les aliments et drogues (partie G-RAD) en ce qui concerne toute drogue désignée figurant en annexe de la partie G du RAD.

Définitions

À l'égard de cette exemption et sauf définition contraire ci-dessous, les termes applicables ont le sens prévu dans la LRCDAS et ses règlements :

Établissement de santé communautaire
s'entend d'un établissement où des soins en santé sont donnés et gérés par un infirmier dans le cadre de sa pratique professionnelle.

Fournisseur de services de soins de santé
s'entend du gouvernement du Canada, des gouvernements provinciaux ou territoriaux, des conseils de bande, des autorités sanitaires des Premières Nations, ou une agence publique, régionale ou communautaire qui donnent des soins de santé et emploient des infirmiers pour fournir de tels services dans un établissement de santé communautaire.

Hôpital
s'entend d'un établissement autorisé, approuvé ou désigné par une province ou un territoire en vertu de ses lois pour donner des soins ou des traitements de santé à des personnes, ou qui appartient au gouvernement du Canada ou d'une province ou d'un territoire ou est exploité par lui et qui fournit des services de santé.

Infirmier
s'entend d'une personne qui est inscrite et autorisée en vertu des lois d'une province ou d'un territoire à pratiquer les soins infirmiers (infirmier autorisé, infirmier auxiliaire autorisé, infirmières psychiatriques autorisées, etc.), qui est employée ou engagée par un fournisseur

de services de soins de santé pour donner des soins en santé et qui est autorisée par cette province ou ce territoire à administrer des médicaments aux patients.

Ministre
s'entend du ministre fédéral de la Santé.

Personne responsable
s'entend d'une personne chargée de surveiller les activités (possession, administration, vente, etc.) et les conditions liées à la présente exemption (tenue de dossiers, sécurité, production de rapports, etc.) lorsqu'il s'agit des activités menées avec des substances désignées dans un hôpital; c'est aussi la personne chargée de superviser les employés (pharmaciens, techniciens en pharmacie, etc.) dans un hôpital.

Pharmacien
s'entend d'une personne inscrite ou autorisée en vertu des lois d'une province à exercer la profession de pharmacien et à exploiter une pharmacie ou une officine et qui exerce cette profession dans la province en question.

Praticien
s'entend d'une personne inscrite et autorisée en vertu des lois d'une province ou d'un territoire à exercer dans cette province ou ce territoire la profession de médecin ou de dentiste, ainsi que de toute catégorie de personnes désignées comme praticiennes en vertu du Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens.

Substance désignée
s'entend de toute substance figurant à l'annexe I, II, III ou IV de la LRCDAS.

Conditions

Cette exemption confère à la personne responsable d'un hôpital et/ou au pharmacien le pouvoir de posséder, de vendre, de fournir, d'envoyer, de transporter et de livrer des substances désignées à un établissement de santé communautaire, sous réserve des modalités de cette exemption.

Cette exemption ne s'applique que si les conditions suivantes sont réunies. La personne responsable d'un hôpital ou le pharmacien doit :

1. vendre, fournir, envoyer, transporter ou livrer des substances désignées seulement sur réception d'une commande signée et datée à la fois par un infirmier travaillant dans un établissement de santé communautaire et un praticien/pharmacien et où les signatures ne sont pas reconnues par la personne responsable, il les vérifie;
2. consigner toutes les opérations concernant la vente, la fourniture, l'expédition, la réception, le transport et la livraison de substances désignées avec les indications suivantes :
    a. marque ou appellation attribuée de la substance désignée;
    b. quantité et, le cas échéant, concentration par unité de la substance désignée;
    c. date de vente, de réception, de fourniture, d'expédition, de transport ou de livraison de la substance désignée;
    d. nom de la personne qui a vendu, reçu, fourni, envoyé, transporté ou livré la substance désignée;
    e. nom et adresse de la personne qui a commandé ou envoyé la substance désignée;
    f. nom et adresse de l'établissement de santé communautaire qui recevra ou expédiera la substance désignée;

3. conserver les documents mentionnés au paragraphe 2 pendant au moins deux (2) ans à compter de la date à laquelle le document a été établi;
4. fournir au ministre, sur demande, des dossiers sur les activités menées avec des substances désignées à l'hôpital et/ou à la pharmacie;
5. prendre les mesures nécessaires pour protéger les substances désignées contre la perte ou le vol à l'hôpital et/ou à la pharmacie et pendant le transport à destination et en provenance de celui-ci. Ceci comprend l'utilisation d'une chaîne de signatures avec consignation des signatures, des noms complets et des dates de réception des divers envois;
6. La personne responsable d'un hôpital où le pharmacien devrait accepter le transfert de substance désignée d'un établissement de santé communautaire fermé et tenir un dossier sur le transfert; et
7. signaler toute perte ou tout vol de substances désignées à la Division de la conformité et de la surveillance, Santé Canada, à hc.ocs.reporting-rapporter.bsc.sc@canada.ca, dans les 10 jours suivant la découverte.

Le ministre peut, à tout moment et pour quelque raison que ce soit, révoquer ou modifier les modalités de cette exemption. Si tel est le cas, vous en serez informé par écrit avec indication des motifs de la révocation ou de la modification.

Une suspension de cette exemption sans préavis peut être ordonnée si le ministre juge qu'elle est nécessaire pour la santé, la sécurité ou la protection du public.

Cette exemption remplace l'Exemption de catégorie de l'article 56 pour la personne responsable d'un hôpital qui fournit des substances désignées à un établissement de santé dans une collectivité éloignée ou isolée.

Cette exemption demeurera en vigueur jusqu'à la date à laquelle elle aura été remplacée ou révoquée.

Original signé par :
Michelle Boudreau, Directrice générale
Direction des substances contrôlées
Direction générale d'intervention en matière d'opioïde
Santé Canada

Date d'entrée en vigueur : 5 septembre 2018

Modifiée le : 9 janvier 2019

Annexe 2

Exemption de catégorie prévue au paragraphe 56(1) pour les infirmiers qui fournissent des soins de santé dans un établissement de santé communautaire

La version reproduite ici est une mise à jour publiée le 9 janvier 2019.
Pour consulter une version mise à jour, cliquez ici.

Conformément au paragraphe 56(1) de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCDAS), les infirmiers qui donnent des soins en santé dans un établissement de santé communautaire sont exemptés, à des fins médicales, de l'application des dispositions suivantes de la LRCDAS et de ses règlements :

- paragraphe 4(1) de la LRCDAS concernant toute substance figurant à l'annexe I, II ou III de la LRCDAS;
- paragraphes 5(1) et 5(2) de la LRCDAS concernant toute substance figurant à l'annexe I, II, III ou IV de la LRCDAS;
- paragraphe 8(1) et article 69 du Règlement sur les stupéfiants (RS) en ce qui concerne tout stupéfiant figurant à l'annexe du RS;
- paragraphe 2(1) du Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées (RBASC) en ce qui concerne toute substance ciblée figurant aux annexes du RBASC;
- articles G.02.001 et G.06.002 de la partie G du Règlement sur les aliments et drogues (partie G-RAD) en ce qui concerne toute substance désignée figurant en annexe de la partie G du RAD.

Définitions

À l'égard de cette exemption et sauf définition contraire ci-dessous, les termes applicables ont le sens prévu dans la LRCDAS et ses règlements.

Détruire
signifie altérer ou dénaturer une substance désignée au point où sa consommation devienne impossible ou improbable.

Établissement de santé communautaire
s'entend d'un établissement où des soins en santé sont donnés et gérés par un infirmier dans le cadre de sa pratique professionnelle.

Fournisseur
s'entend d'un distributeur autorisé en vertu de la LRCDAS et de ses règlements à vendre ou à fournir des substances désignées; il peut aussi s'agir de la personne responsable d'un hôpital ou un pharmacien qui répond aux conditions de l'Exemption de catégorie prévue au paragraphe 56(1) pour la personne responsable d'un hôpital et/ou le pharmacien qui fournit des substances désignées à un établissement de santé communautaire.

Fournisseur de services de soins de santé
s'entend du gouvernement du Canada, des gouvernements provinciaux ou territoriaux, des conseils de bande, des autorités sanitaires des Premières Nations, ou une agence publique, régionale ou communautaire qui donnent des soins de santé et emploient des infirmiers pour fournir de tels services dans un établissement de santé communautaire.

Hôpital
s'entend d'un établissement autorisé, approuvé ou désigné par une province ou un territoire en vertu de ses lois pour donner des soins ou des traitements de santé à des personnes, ou qui appartient au gouvernement du Canada ou d'une province ou d'un territoire ou est exploité par lui et qui fournit des services de santé.

Infirmier
s'entend d'une personne qui est inscrite et autorisée en vertu des lois d'une province ou d'un territoire à pratiquer les soins infirmiers (infirmier autorisé, infirmier auxiliaire autorisé, infirmières psychiatriques autorisées, etc.), qui est employée ou engagée par un fournisseur de services de soins de santé pour donner des soins en santé et qui est autorisée par cette province ou ce territoire à administrer des médicaments aux patients.

Ministre
s'entend du ministre fédéral de la Santé.

Praticien
s'entend d'une personne inscrite et autorisée en vertu des lois d'une province ou d'un territoire à exercer dans cette province ou ce territoire la profession de médecin ou de dentiste, ainsi que de toute catégorie de personnes désignées comme praticiennes en vertu du Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens.

Stock inutilisable
s'entend d'un produit pharmaceutique contenant un stupéfiant, une drogue contrôlée ou une substance ciblée qui est inutilisable, périmé et/ou non distribuable sur ordonnance.

Substance désignée
s'entend de toute substance figurant à l'annexe I, II, III ou IV de la LRCDAS.

Cette exemption confère aux infirmiers le pouvoir de posséder, de vendre, de fournir, d'administrer, de transporter, d'envoyer et de livrer des substances désignées dans le cadre de la prestation de services de soins de santé aux patients des établissements de santé communautaire, sous réserve des modalités qui y sont énoncées.

Conditions

Elle ne s'applique que si les conditions suivantes sont réunies.

1. Les infirmiers doivent fournir et administrer des substances désignées sous les conditions suivantes :
    a. la personne à qui une substance désignée est fournie ou administrée est un patient relevant du traitement professionnel de l'infirmier qui fournit ou administre la substance désignée;
    b. la substance désignée est requise pour l'affection visée par le traitement;
    c. avant de fournir ou d'administrer une substance désignée, l'infirmier doit obtenir une ordonnance signée et datée par un praticien;
    d. l'infirmier doit suivre les politiques et les procédures du fournisseur de services de soins de santé pour la manipulation des médicaments contenant des substances désignées dans l'établissement de santé;

2. Les infirmiers doivent retourner au fournisseur pour destruction ou détruire sur place tout stock inutilisable de substances désignées. Pour la destruction sur place, la personne qui détruit la substance doit le faire en présence d'un témoin (un autre praticien, un pharmacien, un stagiaire en pharmacie, un technicien en pharmacie ou un inspecteur de Santé Canada).
3. En vertu de cette exemption, les infirmiers ne peuvent demander et recevoir une réserve de substances désignées que d'un fournisseur.
4. L'infirmier qui vend, fournit ou administre des substances désignées à un patient en vertu de cette exemption doit consigner les renseignements suivants :
    a. marque ou appellation attribuée de la substance désignée;
    b. quantité et, le cas échéant, concentration par unité de la substance désignée;
    c. administration ou non de la substance au patient sur place;
    d. date de vente, de fourniture ou d'administration de la substance désignée;
    e. nom de la personne qui a reçu la substance désignée;
    f. nom de la personne qui a prescrit la substance désignée; et
    g. nom de l'infirmier qui a vendu, fourni ou administré la substance désignée.
5. Les infirmiers doivent consigner toutes les opérations comportant une commande, la réception ou le renvoi de substances désignées. Ces dossiers doivent contenir les renseignements suivants :
    a. marque ou appellation attribuée de la substance désignée;
    b. quantité et, le cas échéant, concentration par unité de la substance désignée;
    c. date de commande, de réception ou de renvoi de la substance désignée;
    d. nom et adresse du fournisseur pour la réception ou le renvoi de la substance désignée;
    e. nom de la personne qui a commandé, reçu ou renvoyé la substance désignée.
6. Les infirmiers doivent conserver les dossiers à tenir en vertu de cette exemption pendant au moins deux (2) ans à compter de la date à laquelle le dossier a été établi.
7. Les infirmiers doivent doit fournir au ministre, sur demande, les dossiers relatifs aux activités menées avec des substances désignées dans un établissement de santé communautaire.
8. Les infirmiers doivent prendre les mesures nécessaires pour protéger les substances désignées contre la perte ou le vol dans un établissement de santé communautaire et pendant le transport à destination et en provenance de tels établissements. Ceci comprend l'utilisation d'une chaîne de signatures avec consignation des signatures, des noms complets et des dates de réception des divers envois.
9. En cas de fermeture d'un établissement de santé communautaire, l'infirmier doit transférer toutes les substances désignées à un fournisseur et tenir un dossier sur le transfert.
10. Les infirmiers doivent restreindre l'accès à tout endroit où des substances désignées sont entreposées (armoire, réfrigérateur, chariot d'urgence, etc.).
11. Les infirmiers doivent immédiatement signaler toute perte ou tout vol de médicaments destinés à un client au pharmacien qui les a préparés; ils doivent signaler toute perte ou tout vol d'autres substances désignées à la Division de la conformité et de la surveillance

de Santé Canada, à hc.ocs.reporting-rapporter.bsc.sc@canada.ca, dans les 10 jours suivant la découverte.

Le ministre peut, à tout moment et pour quelque raison que ce soit, révoquer ou modifier les modalités de cette exemption. Si tel est le cas, vous en serez informé par écrit avec indication des motifs de la révocation ou de la modification.

Une suspension de cette exemption sans préavis peut être ordonnée si le ministre juge qu'elle est nécessaire pour la santé, la sécurité ou la protection du public.

Le ministre fournit par écrit toute donnée de fait au sujet d'un infirmier qui a été obtenue en vertu de la Loi, de ses règlements ou de la présente exemption, et ce, à l'autorité provinciale ou territoriale responsable de l'inscription ou de l'autorisation d'exercer de l'intéressée.

Cette exemption remplace l'Exemption de catégorie de l'article 56 pour les infirmières qui fournissent des soins de santé dans un établissement de santé situé dans une collectivité éloignée ou isolée. Cette exemption demeurera en vigueur jusqu'à la date à laquelle elle aura été remplacée ou révoquée.

Original signé par
Michelle Boudreau, Directrice générale
Direction des substances contrôlées
Direction générale d'intervention en matière d'opioïdes
Santé Canada

Date d'entrée en vigueur : 5 septembre 2018

Modifiée le : 9 janvier 2019

Arrêté numéro 2021-003 du ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 21 janvier 2021

Loi sur la santé publique
(chapitre S-2.2)

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

---ooo0ooo---

LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX,

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

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

VU que l'état d'urgence sanitaire a été renouvelé jusqu'au 29 mars 2020 par le décret numéro 222-2020 du 20 mars 2020, jusqu'au 7 avril 2020 par le décret numéro 388-2020 du 29 mars 2020, jusqu'au 16 avril 2020 par le décret numéro 418-2020 du 7 avril 2020, jusqu'au 24 avril 2020 par le décret numéro 460-2020 du 15 avril 2020, jusqu'au 29 avril 2020 par le décret numéro 478-2020 du 22 avril 2020, jusqu'au 6 mai 2020 par le décret numéro 483-2020 du 29 avril 2020, jusqu'au 13 mai 2020 par le décret numéro 501-2020 du 6 mai 2020, jusqu'au 20 mai 2020 par le décret numéro 509-2020 du 13 mai 2020, jusqu'au 27 mai 2020 par le décret numéro 531-2020 du 20 mai 2020, jusqu'au 3 juin 2020 par le décret numéro 544-2020 du 27 mai 2020, jusqu'au 10 juin 2020 par le décret numéro 572-2020 du 3 juin 2020, jusqu'au 17 juin 2020 par le décret numéro 593-2020 du 10 juin 2020, jusqu'au 23 juin 2020 par le décret numéro 630-2020 du 17 juin 2020, jusqu'au 30 juin 2020 par le décret numéro 667-2020 du 23 juin 2020, jusqu'au 8 juillet 2020 par le décret numéro 690-2020 du 30 juin 2020, jusqu'au 15 juillet 2020 par le décret numéro 717-2020 du 8 juillet 2020, jusqu'au 22 juillet 2020 par le décret numéro 807-2020 du 15 juillet 2020, jusqu'au 29 juillet 2020 par le décret numéro 811-2020 du 22 juillet 2020, jusqu'au 5 août 2020 par le décret numéro 814-2020 du 29 juillet 2020, jusqu'au 12 août 2020 par le décret numéro 815-2020 du 5 août 2020, jusqu'au 19 août 2020 par le décret numéro 818-2020 du 12 août 2020, jusqu'au 26 août 2020 par le décret numéro 845-2020 du 19 août 2020, jusqu'au 2 septembre 2020 par le décret numéro 895-2020 du 26 août 2020, jusqu'au 9 septembre 2020 par le décret numéro 917-2020 du 2 septembre 2020, jusqu'au 16 septembre 2020 par le décret numéro 925-2020 du 9 septembre 2020, jusqu'au 23 septembre 2020 par le décret numéro 948-2020 du 16 septembre 2020, jusqu'au 30 septembre 2020 par le décret numéro 965-2020 du 23 septembre 2020, jusqu'au 7 octobre 2020 par le décret numéro 1000-2020 du 30 septembre 2020, jusqu'au 14 octobre 2020 par le décret numéro 1023-2020 du 7 octobre 2020 jusqu'au 21 octobre 2020 par le décret numéro 1051-2020 du 14 octobre 2020, jusqu'au 28 octobre 2020 par le décret numéro 1094-2020 du 21 octobre 2020, jusqu'au 4 novembre 2020 par le décret numéro 1113-2020 du 28 octobre 2020, jusqu'au 11 novembre 2020 par le décret numéro 1150-2020 du 4 novembre 2020, jusqu'au 18 novembre 2020 par le décret numéro 1168-2020 du 11 novembre 2020, jusqu'au 25 novembre 2020 par le décret numéro 1210-2020 du 18 novembre 2020, jusqu'au 2 décembre 2020 par le décret numéro 1242-2020 du 25 novembre 2020, jusqu'au 9 décembre 2020 par le décret numéro

1272-2020 du 2 décembre 2020, jusqu'au 18 décembre 2020 par le décret numéro 1308-2020 du 9 décembre 2020, jusqu'au 25 décembre 2020 par le décret numéro 1351-2020 du 16 décembre 2020, jusqu'au 1er janvier 2021 par le décret numéro 1418-2020 du 23 décembre 2020, jusqu'au 8 janvier 2021 par le décret numéro 1420-2020 du 30 décembre 2020, jusqu'au 15 janvier 2021 par le décret numéro 1-2021 du 6 janvier 2021, jusqu'au 22 janvier 2021 par le décret numéro 3-2021 du 13 janvier 2021 et jusqu'au 29 janvier 2021 par le décret numéro 31-2021 du 20 janvier 2021;

VU que le décret numéro 1020-2020 du 30 septembre 2020, modifié par les arrêtés numéros 2020-074 du 2 octobre 2020, 2020-077 du 8 octobre 2020, 2020-079 du 15 octobre 2020, 2020-080 du 21 octobre 2020, 2020-081 du 22 octobre 2020, 2020-084 du 27 octobre 2020, 2020-085 du 28 octobre 2020, 2020-086 du 1er novembre 2020, 2020-087 du 4 novembre 2020, 2020-090 du 11 novembre 2020, 2020-091 du 13 novembre 2020, 2020-093 du 17 novembre 2020, 2020-104 du 15 décembre 2020, 2020-105 du 17 décembre 2020, 2020-106 du 20 décembre 2020 et 2021-001 du 15 janvier 2021 et les décrets numéros 1039-2020 du 7 octobre 2020 et 2-2021 du 8 janvier 2021, prévoit notamment, malgré toute disposition contraire d'un décret ou d'un arrêté ministériel pris en application de l'article 123 de la Loi sur la santé publique, certaines mesures particulières applicables sur certains territoires;

VU que ce décret habilite également le ministre de la Santé et des Services sociaux à ordonner toute modification ou toute précision relative aux mesures qu'il prévoit;

VU que le décret numéro 31-2021 du 20 janvier 2021 habilite également le ministre de la Santé et des Services sociaux à prendre toute mesure prévue aux paragraphes 1° à 8° du premier alinéa de l'article 123 de la Loi sur la santé publique;

CONSIDÉRANT QU'il y a lieu d'ordonner certaines mesures pour protéger la santé de la population;

ARRÊTE CE QUI SUIT :

QU'un établissement de santé et de services sociaux puisse fournir, sans ordonnance, à une résidence privée pour aînés ou à une ressource intermédiaire des médicaments requis pour des soins aigus de ses résidents ou des usagers qui y sont pris en charge, incluant des substances désignées au sens de la Loi règlementant certaines drogues et autres substances (L.C. 1996, c. 19), conformément aux conditions prévues à l'exemption accordée en vertu de l'article 56 de cette loi;

QU'une résidence privée pour aînés ou une ressource intermédiaire soit autorisée à conserver les médicaments fournis conformément à l'alinéa précédent et à les administrer conformément aux conditions prévues à l'exemption accordée en vertu de l'article 56 de cette loi;

QUE, jusqu'à ce qu'ils soient administrés par un professionnel de la santé dûment autorisé à cet effet, en tout temps, les médicaments conservés par une résidence privée pour aînés ou une ressource intermédiaire conformément à l'alinéa précédent soient sous le contrôle du département de pharmacie de l'établissement de santé et de services sociaux les ayant fournis conformément au premier alinéa;

QUE le dixième alinéa du dispositif du décret numéro 1020-2020 du 30 septembre 2020, modifié par les arrêtés numéros 2020-074 du 2 octobre 2020, 2020-077 du 8 octobre 2020, 2020-079 du 15 octobre 2020, 2020-080 du 21 octobre 2020, 2020-081 du 22 octobre 2020, 2020-084 du 27 octobre 2020, 2020-085 du 28 octobre 2020, 2020-086 du 1er novembre 2020, 2020-087 du 4 novembre 2020, 2020-090 du 11 novembre 2020, 2020-091 du 13 novembre 2020, 2020-093 du 17 novembre 2020, 2020-104 du 15 décembre 2020, 2020-105 du 17 décembre 2020, 2020-106 du 20 décembre 2020 et 2021-001 du 15 janvier 2021 et les décrets numéros 1039-2020 du 7 octobre 2020 et 2-2021 du 8 janvier 2021, soit de nouveau modifié par l'insertion, après le paragraphe 4°, du suivant :

« 4.1° un maximum de 10 personnes peuvent faire partie de l’assistance d’un lieu de culte, sauf à l’occasion d’une cérémonie funéraire auquel cas la limite prévue au paragraphe 4° est applicable; ».

Québec, le 21 janvier 2021

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

CHRISTIAN DUBÉ

Émission :	11-02-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-020

Catégorie(s) :
- ✓ Services externes
- ✓ Douleur chronique

Maintien des services essentiels et minimaux pour les cliniques de douleur chronique en situation de 2e vague de la pandémie de COVID-19

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) — Direction des services hospitaliers (DSH)**	**Destinataire :**	Tous les établissements publics du RSSS : – Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG) ; – Directeurs des services professionnels (DSP) ; – Directrices des soins infirmiers (DSI).

Directive	
Objet :	La directive sur les cliniques de douleur chronique a pour but de présenter les principes directeurs pour la gestion des usagers ayant besoin de services en douleur chronique durant la 2e vague de la pandémie à la COVID-19.
Mesures à implanter :	✓ Prendre connaissance de la nouvelle directive et mettre en application les principes, le cas échéant.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction des services hospitaliers** (DSH)
Document annexé :	✓ Recommandations de directives portant sur le maintien des services essentiels et minimaux pour les cliniques de douleur chronique en situation de deuxième vague de la pandémie de COVID-19

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Coronavirus COVID-19

2021-02-11

Recommandations de directives portant sur le maintien des services essentiels et minimaux pour les cliniques de douleur chronique en situation de deuxième vague de la pandémie de COVID-19

Contexte

Basé sur les constats, les expériences partagées et la littérature parue au printemps 2020 concernant la gestion de la douleur chronique pendant la pandémie, ce document fait état des recommandations pour assurer le maintien des soins et services minimaux et essentiels pour la clientèle souffrant de douleur chronique en situation de deuxième vague de la pandémie de COVID-19.

Les principaux facteurs rapportés ayant mené à une réduction et une différence du niveau d'accessibilité de services pour la clientèle souffrant de douleur chronique durant la période de confinement (mars-juin 2020) sont :

- Réquisition des espaces physiques des cliniques de douleur chronique pour d'autres fins;
- Réaffectation des membres du personnel des cliniques de douleur chronique pour d'autres secteurs de soins et de services sur le territoire de l'établissement;
- Variabilité d'interprétation des directives ministérielles dans l'ensemble du réseau de la santé et services sociaux (RSSS);
- Absentéisme des membres du personnel en lien avec la COVID-19;
- Préférence des patients (et de leurs proches) de ne pas se présenter dans un établissement de santé et l'interdiction d'accompagnement jusqu'au lieu de rendez-vous;
- Variabilité de disponibilité du matériel de protection.

Principes généraux

Les principes généraux sur lesquels reposent les recommandations sont :

Assurer une **accessibilité et une continuité de services essentiels et minimaux** aux patients souffrant de douleur chronique sur l'ensemble du territoire du Québec.

Assurer le **respect des protocoles pour le contrôle des infections** en tout temps, dans tous les milieux (disponibilité des fournitures de protection, nettoyage, distanciation physique, etc.).

Assurer l'**atténuation des risques** dans le contexte de l'urgence de la pandémie et de l'état de santé physique et mentale de la personne atteinte de douleur chronique.

Recommandations

Les recommandations portent sur le maintien :

1. Des services dans les cliniques de gestion de la douleur incluant les services et les soins associés à la neuromodulation;
2. Des services de réadaptation (physiothérapie et ergothérapie), de soutien psychologique et de pharmacologie.

Directives pour des services essentiels et minimaux :

- Assurer un accès téléphonique à la clinique de la douleur pendant les heures régulières de clinique, prévoir un message téléphonique concis et informatif selon le contexte de l'établissement/clinique;

- Assurer un accès à un membre de l'équipe clinique via téléphone ou plateforme WEB pour recevoir les demandes, les orienter auprès du professionnel pertinent et apporter du soutien pendant les heures régulières de clinique;

- Identifier les besoins particuliers de chaque patient selon leur profil clinique (comorbidités, etc.) afin de planifier et :
    - d'offrir les suivis médicaux par téléphone ou plateforme WEB (Christopher Eccleston, 2020);
    - d'offrir le soutien et suivi psychologique à distance aux patients qui le requièrent;
    - d'offrir le suivi en réadaptation à distance;
    - d'assurer le lien avec la pharmacie communautaire pour toute modification potentielle aux ordonnances de médicaments incluant un approvisionnement adéquat et sécuritaire;
    - d'offrir les traitements pertinents en présentiel (Cohen, et al., 2020);
    - de permettre l'accompagnement du patient par un proche aidant, s'il devait nécessiter une intervention en présentiel, dans le respect et l'application des mesures de protection en cours.

- Si la situation clinique l'exige, évaluer de nouveaux cas via plateforme WEB;

- Si la situation clinique l'exige, en collaboration avec le patient, procéder à des infiltrations.

Tableau synthèse de l'offre de service en relation avec l'état clinique du patient spécifique à la COVID-19

Selon l'état de santé du patient :

ACTIVITÉS en CLINIQUE DE DOULEUR	**Aucun symptôme de la COVID-19**	**Symptômes suggestifs de la COVID-19**	**Positif à la COVID-19**
Suivis médicaux et suivis en physiothérapie, ergothérapie, soins infirmiers, psychologie, pharmacie	Suivi à distance sur plateforme électronique ou téléphone	Compilation de l'outil d'auto-évaluation[1] ou appeler au 1877-644-4545 Suivi à distance sur plateforme électronique ou téléphone	Suivi à distance sur plateforme électronique ou téléphone
Infiltrations avec ou sans cortisone	En collaboration avec le patient : Évaluation du niveau d'urgence ; mitigation du niveau de risque	Report jusqu'à la levée d'isolement	Report jusqu'à la levée d'isolement
Reprogrammation de neurostimulateur	Au besoin	Report jusqu'à la levée d'isolement	Report jusqu'à la levée d'isolement
Remplissage de pompe implantée	En présence	En présence avec précautions selon les directives — zone chaude	En présence avec précautions selon les directives — zone chaude
Groupes d'éducation aux patients et autogestion	Tenue des sessions sur plateforme électronique	Tenue des sessions sur plateforme électronique	Tenue des sessions sur plateforme électronique
Groupe d'entraide et de soutien	Tenue des sessions sur plateforme électronique	Tenue des sessions sur plateforme électronique	Tenue des sessions sur plateforme électronique

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

Émission :	Avril 2020	Mise à jour :	11-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-021

Catégorie(s) :
- ✓ Hémodialyse
- ✓ Services médicaux

Hémodialyse

Remplace les bulletins 1 et 2 diffusés en avril 2020

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

Destinataire :	Tous les établissements publics du RSSS : – 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 :	Cette directive a pour but de présenter les principes directeurs pour la gestion des usagers recevant des traitements d'hémodialyse hospitalière durant la 2e vague de la pandémie à la COVID-19.
Mesures à implanter :	✓ Prendre connaissance de la directive.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction des services hospitaliers** (DSH)
Document annexé :	✓ Directives spécifiques au secteur de l'hémodialyse

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

Coronavirus COVID-19

2021-02-08

Directives spécifiques au secteur de l'hémodialyse

Prévention et gestion d'une éclosion de la COVID-19

Ce document est complémentaire au document prévention et gestion d'une éclosion

PRÉPARATION ET PRÉVENTION D'UNE ÉCLOSION	
Option d'organisation	Accueil et triage au centre de dialyse : Les usagers hémodialysés doivent recevoir un enseignement sur la surveillance à faire à la maison relativement à la pandémie de la COVID-19. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/19-210-30FA_Guide-autosoins_francais.pdf?1584985897 S'assurer que l'usager a le matériel nécessaire à domicile, comme un thermomètre, et qu'il en connait le mode d'emploi. Les usagers dialysés sont encouragés à prendre leur température à la maison avant de venir au traitement de dialyse. Si l'usager présente une température supérieure à 37,5° Celsius, ce dernier devrait communiquer avec l'équipe de dialyse avant de se présenter à son traitement. **Les usagers qui présentent des symptômes doivent communiquer avec le centre de dialyse dès leur apparition. Les usagers COVID-19 positifs doivent informer leur centre de dialyse le plus tôt possible avant leur rendez-vous. Il est fortement encouragé d'établir un contact téléphonique avec les usagers la veille du rendez-vous afin de passer en revue les questions relatives à la COVID-19. À l'arrivée au centre de dialyse, un triage incluant les questions de dépistage doit être effectué : • Sur les symptômes : fièvre, toux récente ou aggravée, essoufflements, production d'expectoration, difficultés respiratoires mal de gorge, écoulement nasal, fatigue extrême, myalgie, douleur thoracique, perte soudaine de l'odorat, symptômes gastro-intestinaux, *avec une attention particulière aux symptômes particuliers à la personne âgée : diminution rapide de l'autonomie, perte d'appétit, confusion, somnolence, chute, apparition de problème d'incontinence (n'en avait pas), plus agitée ou plus ralentie, perturbation du sommeil, irritabilité.

- La prise de température
- Les critères d'exposition tels que voyageurs, contact étroit avec un voyageur, contact étroit avec une personne atteinte, participation à des rassemblements *avec une attention particulière aux usagers provenant de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD-RI-RPA) pour lesquels l'évaluation pourra se faire au cas par cas.

Pour plus d'information, vous référez au Tableau « Évaluation et gestion des personnes ayant une exposition potentielle au SRAS-COV-2 à la suite d'un contact avec un cas confirmé ».
https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19

Il faut limiter les accompagnateurs, à moins que cela ne soit requis médicalement (exemples : trouble cognitif, aide à la mobilité) ou selon le jugement de l'équipe clinique. Vous référez à la directive spécifique pour les proches aidants.

Pour toutes les situations de soins ainsi que pour tous les secteurs de soins, le port du masque médical pour les intervenants et pour les patients doit suivre les recommandations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ces recommandations sont sujettes à changement selon l'évolution de la situation et des connaissances.
https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/

Si l'usager ne présente pas de risque de la COVID-19 (sans symptômes et sans critères d'exposition)

Critères	Directives
Zone	Froide
Dépistage	Non
Salle d'attente	Oui
Port du masque médical pour l'usager	Oui pour tout le séjour
Port du masque médical pour le personnel	En tout temps à l'intérieur de deux mètres avec usager ou autres membres du personnel
Chambre d'isolement	Non
Mesure de précaution additionnelle*	Aucune[1]
Utilisation des équipements de protection individuelles (EPI)*	Non applicable
Surveillance quotidienne d'apparition des symptômes reliés à la COVID-19	Régulière selon le guide des autosoins

Des mesures de précaution sont aussi déterminées par les paliers d'alerte en santé publique voir le site : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002709/

[1] Les pratiques de base doivent néanmoins être respectées en tout temps, notamment l'hygiène des mains, la distanciation physique, le port du masque et la désinfection de l'environnement.

Si l'usager présente une suspicion de la COVID-19 selon le triage effectué :
a) Patient asymptomatique, mais avec critères d'exposition ou
b) Probable : patient symptomatique avec ou sans critères d'exposition

Critères	Directives
Zone	Tiède
Dépistage	OUI
Salle d'attente	Non*
Port du masque médical pour l'usager	Oui pour tout le séjour
Port du masque médical pour le personnel	En tout temps à l'intérieur de deux mètres avec usager ou autres membres du personnel
Chambre d'isolement	Oui, pour la durée de l'isolement
Mesure de précaution additionnelle	Précaution gouttelette-contact avec protection oculaire
Utilisation des EPI	L'EPI doit être changé à chaque patient
Surveillance quotidienne d'apparition des symptômes reliés à la COVID-19	Surveillance accrue des symptômes, enseignement au patient

*L'usager ne devrait pas aller dans la salle d'attente ; privilégier l'attente à l'extérieur de l'installation. Exceptionnellement, si l'usager doit attendre, diriger ce dernier vers la zone de la salle d'attente « avec symptômes ou suspicion ». L'usager doit toujours garder une distance de deux mètres avec les autres patients ou membres de l'équipe de soins.

En termes d'exposition, porter une attention particulière aux usagers en provenance de CHSLD ou de résidences pour personnes âgées. La décision d'isoler les patients pourra être prise localement dépendamment des cas. Les cas positifs en CHSLD ou résidence pour personnes âgées sont disponibles sur le site du MSSS : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/situation-coronavirus-quebec/#c53630

Si l'usager est positif à la COVID-19
L'usager doit être connu avant son arrivée au centre de dialyse, ce qui permettra à l'équipe de prévoir un emplacement en isolement pour le ou les usagers concernés.

Critères	Directives
Zone	Chaude
Dépistage	Déjà fait
Salle d'attente	Non
Port du masque médical pour l'usager	Oui pour tout le séjour
Port du masque médical pour le personnel	En tout temps à l'intérieur de deux mètres avec usager ou autres membres du personnel
Chambre d'isolement	Oui ou en cohorte
Mesure de précaution additionnelle	Précaution gouttelette contact avec protection oculaire.

Utilisation des EPI	L'EPI peut être utilisé pour plusieurs patients (voir détails section Zone chaude)
Surveillance	Surveillance de l'aggravation des symptômes et enseignement aux patients

Précisions sur les environnements :

Salle d'attente :

- Les périodes d'attente intrahospitalière doivent être diminuées au maximum, ainsi la personne peut attendre dans sa voiture ou à l'extérieur ou être jointe par téléphone, ces procédures sont encouragées. Les patients COVID-19 positifs et suspectés ne doivent pas attendre dans la salle d'attente, mais plutôt être dirigés directement à leur station de dialyse.
- Aucun accompagnateur n'est autorisé dans la salle d'attente, à moins de situation particulière au jugement de l'équipe soignante.
- Une distance de deux mètres doit séparer les zones de la salle d'attente.
- Les zones doivent être connues de tous les intervenants et identifiées par des affiches. Selon les lieux physiques, et compte tenu du contexte particulier de suivi à long terme des patients dialysés, l'affichage des zones pourra être adapté en conséquence.
- En tout temps, les usagers doivent être à deux mètres de distance l'un de l'autre.

Salle de traitement :

- Une distance minimum de deux mètres doit séparer les zones froide, tiède et chaude.
- L'ajout des barrières physiques est fortement recommandé.
- Chaque zone doit avoir son personnel dédié et doit être clairement identifiée.

Zone Tiède :

Idéalement, les patients de la zone tiède devraient tous être installés dans des chambres individuelles avec la porte fermée à pression neutre avec une toilette individuelle (ou chaise d'aisance). Il est important de ne pas mettre dans la même cohorte les patients de « zone tiède » ensemble.

Usagers symptomatiques en attente d'un résultat de dépistage

L'usager symptomatique non confirmé à la COVID-19 doit avoir un test de dépistage fait en priorité.

Dans un souci de diminuer le nombre d'isolements de patients en zone tiède et d'éviter les contacts entre patients suspectés et usagers négatifs à la COVID-19, l'équipe pourrait, au cas par cas, procéder à l'évaluation clinique des usagers en attente d'un résultat de dépistage afin de valider si un traitement de dialyse pouvait être « sauté ». Bien sûr, une évaluation médicale doit être faite afin de valider si le traitement de dialyse pouvait être suspendu temporairement en attente du résultat. Cette intervention a pour objectif de protéger les patients et le personnel de l'unité de dialyse ; le résultat de dépistage permettant d'orienter l'usager vers la bonne zone pour la sécurité de tous :

	• Après évaluation médicale, si la condition de l'usager le permet, ce dernier devrait suspendre son traitement jusqu'à l'obtention de son résultat ou la levée d'isolement. • Après évaluation médicale, si la condition de l'usager ne permet pas la suspension du traitement, diriger l'usager vers la zone tiède. <u>Zone chaude :</u> Une cohorte doit être instaurée pour cette catégorie d'usagers. Le principe de cohorte doit être respecté de façon stricte afin d'empêcher la transmission communautaire. Il est important de regrouper physiquement les usagers COVID-19 positifs à proximité (cohorte) ou en réorganisant les rendez-vous de dialyse de ces patients afin de pouvoir dédier une équipe soignante à cette cohorte de patients. Dans le contexte de la pandémie, la blouse, le masque médical et la protection oculaire pourraient être conservés, sinon visiblement souillés, pour les soins de plusieurs usagers à l'intérieur de la cohorte, selon les directives de l'équipe de prévention et contrôle des infections locales et les pratiques usuelles. Par contre, ceux-ci doivent être changés si contacts ou éclaboussures avec des liquides biologiques. Les gants doivent toujours être changés entre chaque usager et l'hygiène des mains doit être effectuée. Pour les usagers porteurs d'une bactérie multirésistante (ex. : SARM, ERV, BGNPC), l'équipement de protection individuelle doit être retiré à la suite des soins. Les gants doivent être changés entre chaque usager et une hygiène des mains doit être effectuée. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2906-mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.pdf Afin d'appliquer les mesures de précaution, il est possible de : 1. Ajouter des mesures de distanciation physique telles que des Plexiglas, des rideaux lavables, des enveloppes plastifiées accessibles par une fermeture éclair, des paravents lavables. Ces structures doivent être nettoyées entre chaque patient. 2. Si les chambres d'entrainement pour la dialyse à domicile sont libres, les utiliser pour les usagers en suspicion. 3. Pour les établissements qui ont plusieurs sites (satellites, externe) à proximité, les usagers pourraient être séparés dans les différents sites selon leur statut à la COVID-19. Par exemple, tous les usagers non COVID-19 dans un centre externe et les usagers en suspicion et positifs à la COVID-19 dans l'installation du centre hospitalier. 4. Diminuer le nombre d'usagers en traitement simultanément et permettre de « condamner » un espace de dialyse entre un patient non COVID-19 et un patient en suspicion et ainsi augmenter la distanciation : • Ouvrir tous les quarts du lundi au samedi, de jour et de soir, pour les unités qui ne sont pas ouvertes à pleine capacité. • Ouvrir le service de dialyse le dimanche afin de répartir les usagers et diminuer le nombre d'usagers traités en même temps sur l'unité. • Offrir les traitements de nuit. • Réduire la durée des traitements aux usagers afin de pouvoir faire les dialyses de 4 patients par jour sur une même station.

1.2 PRÉVENTION D'UNE ÉCLOSION	
Déplacements des usagers : voyages et visiteurs	**1. <u>Prémisses</u>** Actuellement, le gouvernement continue de recommander d'éviter la mobilité interrégionale. Les recommandations de distanciation, le port du masque en tout temps et l'hygiène des mains demeurent des mesures universelles. De plus, pour cette clientèle, le port du masque médical (procédure ou chirurgical) est obligatoire. Le déplacement des usagers est aussi intimement lié aux directives de Santé publique et au palier d'alerte pour la population. Compte tenu des mesures d'isolement à mettre en place afin de prendre en charge un usager en déplacement, il est possible que la disponibilité des unités de dialyse soit diminuée. Puisque la mobilité interrégionale n'est pas recommandée, aucune démarche ne sera entreprise pour favoriser le déplacement interrégional des usagers hémodialysés à court terme. Par ailleurs, le MSSS n'empêche pas le déplacement des usagers à l'intérieur d'une même région et en continuant de recevoir les traitements de dialyse au centre de dialyse d'origine. Le respect des recommandations de la Santé publique afin d'assurer la sécurité des usagers insuffisants rénaux reste une priorité. Puisque des circonstances particulières peuvent amener un usager à devoir voyager, voici les recommandations spécifiques : **2. Recommandations détaillées <u>pour les usagers dialysés au Québec</u> désirant voyager au Québec ou à l'extérieur du Québec** **a. Planification du voyage/déplacement** Tout déplacement doit faire l'objet d'une demande officielle à l'unité de dialyse receveuse via le guichet unique géré par l'Association générale des insuffisants rénaux (AGIR). La demande doit être acceptée par l'unité de dialyse receveuse avant de procéder au déplacement. **b. Possibilité de voyage** Aucun patient hémodialysé connu COVID-19 n'est autorisé à voyager. <u>Recommandations :</u>

1. Seulement les voyages essentiels* sont recommandés

2. Les voyages même essentiels sont à éviter si :

    a. Présence d'une éclosion dans l'unité de dialyse d'origine ou l'unité receveuse.

    b. L'usager est en attente d'un résultat de la COVID-19 ou a reçu une consigne d'isolement de la Santé publique.

    c. L'usager provient d'une région à haute incidence de la COVID-19.

c. Test de dépistage

Au Québec, un test de dépistage est exigé par l'unité receveuse et doit être effectué à l'unité d'origine selon les modalités en vigueur au moment du déplacement.

À l'extérieur du Québec, un test de dépistage pourrait être exigé par l'unité receveuse pour les déplacements. Une demande doit être faite à l'unité de dialyse receveuse.

d. Mesures de prévention et contrôle des infections à l'unité de dialyse receveuse et lors du retour à l'unité de dialyse d'origine

Recommandations :

Les mesures de précaution additionnelle gouttelette/contact avec un isolement pour 14 jours doivent être mises en place suivant l'arrivée de l'usager sur l'unité receveuse.

Les mesures de précaution additionnelle gouttelette/contact avec un isolement pour 14 jours doivent être mises en place suivant le retour de l'usager à son unité de dialyse d'origine, sauf si l'usager provient d'un centre d'hémodialyse qui est en zone verte ET d'une région en palier vert.

3. Recommandations détaillées pour les usagers dialysés hors Québec ou hors Canada désirant venir au Québec

a. Planification du voyage/déplacement

Tout déplacement doit faire l'objet d'une demande officielle à l'unité de dialyse receveuse via le guichet unique d'AGIR.

La demande doit être acceptée par l'unité de dialyse receveuse avant de procéder au déplacement.

b. Possibilité de voyage

	Aucun patient connu COVID-19 n'est autorisé à voyager au Québec. Recommandations : 1. Seulement les voyages essentiels* sont autorisés 2. Les voyages même essentiels sont à éviter si : a. Présence d'une éclosion dans l'unité de dialyse d'origine ou l'unité receveuse. b. L'usager est en attente d'un résultat de la COVID-19 ou a reçu une consigne d'isolement de la Santé publique. c. L'usager provient d'une région à haute incidence de COVID-19. **c. Test de dépistage** Un test de dépistage est exigé par l'unité receveuse pour les déplacements provenant de l'extérieur du Québec ou du Canada et doit être effectué selon les modalités en vigueur au moment du déplacement. **d. Mesures de prévention et contrôle des infections à l'unité de dialyse receveuse et lors du retour à l'unité de dialyse d'origine** Recommandations : Les mesures de précaution additionnelle gouttelette/contact avec un isolement pour 14 jours doivent être mises en place suivant l'arrivée de l'usager sur l'unité receveuse. Les mesures de précaution additionnelle gouttelette/contact avec un isolement pour 14 jours doivent être mises en place suivant le retour de l'usager à son unité de dialyse d'origine. * voyage essentiel : réfère à des raisons humanitaires tel qu'un proche très malade ou en fin de vie ou une visite essentielle pour porter assistance à une personne vulnérable
Cas en CHSLD, RPA, RI	Nous vous rappelons que vous pouvez consulter le site du MSSS afin de connaitre le statut des CHSLD ou résidence pour personnes âgées d'où proviennent vos patients dialysés afin de faire une gestion proactive du risque de contamination Voici les liens à suivre : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/situation-coronavirus-quebec/#c53630 CHSLD : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/etat_situation_chsld.pdf?1594738787 RPA : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/etat_situation_rpa.pdf?1594738787

2.3 GESTION DE L'UNITÉ EN ÉCLOSION	
Réseaux de collaboration	Dépendamment de la situation d'éclosion, il se pourrait que l'unité de dialyse ait besoin de soutien afin de continuer à offrir les services d'hémodialyse. En effet, le personnel en hémodialyse est précaire, car il s'agit d'un secteur hautement spécialisé qui requiert une longue formation de base avant de pouvoir y travailler. Ainsi des réseaux de collaboration ont été déterminés par le comité tactique en néphrologie basé sur une répartition équitable du nombre de stations et la proximité des centres de dialyse. Voir annexe 1. Le regroupement des établissements en réseau vise uniquement la réunion d'installations de dialyse au sein d'un groupe de soutien en cas de situation critique. Les établissements au sein d'un réseau n'ont aucune obligation d'accepter les usagers des autres établissements. Voici la séquence des étapes possibles pour les réseaux : 1) L'installation vit une situation critique au sein de son unité de dialyse. 2) La situation est gérée au niveau de l'établissement. 3) Si aucune solution n'est possible, l'établissement contacte le service de néphrologie/DSP des établissements de son réseau. Ensemble, ils cherchent à trouver une solution. Si le transfert des patients est envisagé, il est important de clarifier la responsabilité quant au transport des patients ainsi que la durée du transfert des patients. 4) Si aucune solution n'est trouvée, l'établissement peut contacter les autres établissements de proximité.
Modulation des traitements	Comme mentionné dans la section sur la zone tiède, afin de diminuer l'achalandage dans les unités d'hémodialyse il est possible de moduler les traitements pour certains usagers. Ainsi, l'équipe pourrait, au cas par cas, procéder à l'évaluation clinique des usagers afin de valider la fréquence de certains traitements de dialyse pourrait être modifiée. Bien sûr, une évaluation médicale doit être effectuée avant de procéder.

Références

BC Renal Provincial Health services authority, Guideline: Travelling HD Patients & Visitors to HD Units During COVID-19 Pandemic (BC, Phases 2 & 3), DRAFT July 14, 2020

Gouvernement du Québec, 2020. Déplacement entre les régions et des villes dans le contexte de la COVID-19. Récupéré le 14 août 2020 au https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/deplacements-regions-villes-covid19/

INSPQ (17 juillet 2020). COVID-19 : mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus – recommandation intérimaire. Récupéré le 13 août 2020 au https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2906-mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.pdf

INSPQ (2 juin 2020). COVID-19 : cliniques médicales/cliniques externes/clinique COVID-19/GMF. Récupéré le 14 août 2020 au https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2907-prevention-controle-infection-cliniques-medicales-externes-designees-covid-gmf-covid19.pdf

Coronavirus COVID-19

ANNEXE 1

Réseau	Établissement(s) concerné(s)			
Est-du-Québec - Rive Nord	02 – CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean	03 – CHU de Québec – UL 03 – CIUSSS de la Capitale-Nationale	09 – CISSS de la Côte-Nord	CRSSS de la Baie-James – Centre de santé de Chibougamau avec CUSM
Est-du-Québec - Rive Sud	01 – CISSS du Bas-Saint-Laurent	12 – CISSS de Chaudière-Appalaches	11 – CISSS de la Gaspésie et des Îles	04 – CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec ⇨vu la proximité de certains centres satellites, la région 04 pourrait s'intégrer dans les 2 réseaux)
Centre-du-Québec	05 – CIUSSS de l'Estrie	16 – CISSS de la Montérégie-Est		
Montréal Nord-Est	06 – CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal 06 – CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	13 – CISSS de Laval	14 – CISSS de Lanaudière 15 – CISSS des Laurentides	06 – CHUM ⇨Vu la position centrale du CHUM, cet établissement pourrait s'intégrer dans les 2 réseaux)
Montréal Sud-Ouest	06 – CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal 06 – CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal 06 – CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal 06 – CUSM	16 – CISSS de la Montérégie-Centre 16 – CISSS de la Montérégie-Ouest	Terres Cries de la Baie-James	
Ouest du Québec	07 – CISSS de l'Outaouais	08 - CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue		Peut demander le soutien de la région 15

Votre gouvernement

Québec

Émission :	19-12-2020	Mise à jour :	11-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-005.REV1

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

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

Cette directive remplace la directive DGSP-005 émise le 19 décembre 2020

Expéditeur :	**Direction générale de la santé publique (DGSP)**
Destinataires :	- PDG des établissements - DG des établissements privés conventionnés - Directeurs régionaux de santé publique du RSSS - Directeurs des services professionnels - Associations et organismes représentatifs de RI et RTF

Directive	
Objet :	Dans le contexte de la mise en fonction des sites de vaccination, la présente vise à fournir des orientations provinciales sur les travailleurs de la santé à cibler pour les plages de rendez-vous, vu les quantités limitées de vaccins disponibles pour l'instant.
Principe :	Prémisses : • Le vaccin vise à protéger la personne qui le reçoit. • La priorisation est basée sur la criticité du secteur ou des ressources. • Le personnel en contact direct avec les usagers ou en contact direct avec le personnel donnant des soins et des services.
Mesures à implanter :	✓ Des modalités particulières doivent être mises en place afin de s'assurer que tous les travailleurs ciblés puissent avoir accès au vaccin même s'ils ne sont pas des employés du CISSS ou du CIUSSS de qui relève directement le site de vaccination.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes :	
Direction ou service ressource :	Direction générale de la santé publique santepubliquequebec@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	S/O

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

Original signé par
Le sous-ministre adjoint,
Horacio Arruda

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Émission :	19-12-2020	Mise à jour :	11-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-005

Directive

Priorisation des travailleurs de la santé groupe 2

Dans le contexte de la mise en fonction des sites de vaccination, la présente correspondance vise à fournir des orientations provinciales sur les travailleurs de la santé à cibler pour les plages de rendez-vous, vu les quantités limitées de vaccins disponibles pour l'instant.

Conformément à la définition adoptée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), les travailleurs de la santé à prioriser sont ceux ayant des contacts physiques étroits avec les usagers.

Phase 1 (janvier et février)

Les travailleurs de la santé qui sont priorisés dans cette phase sont ceux qui donnent des soins et qui ont des contacts physiques étroits auprès des usagers, et ce, pour les secteurs suivants :

- Le personnel (employés, médecins et stagiaires) des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et des ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) qui accueillent des aînés, incluant la main-d'œuvre indépendante ainsi que celle provenant d'organismes partenaires tels que la Croix-Rouge canadienne ou Ambulance Saint-Jean. Le personnel des CHSLD publics, privés conventionnés et privés non conventionnés de même que celui des sites non traditionnels et zones tampons COVID sont inclus dans cette priorisation.
- Le personnel (employés, médecins et stagiaires) en milieu hospitalier qui donne des soins et ayant des contacts physiques étroits travaillant sur les unités de soins et des services cliniques spécialisés. À titre d'exemple, les unités de chirurgie, médecine, soins palliatifs, obstétrique, oncologie, hémodialyse, etc., sont les unités visées. De plus, les services cliniques qui soutiennent le fonctionnement essentiel des hôpitaux notamment les laboratoires de biologie médicale, l'imagerie médicale et la pharmacie sont à prioriser. Enfin, les professionnels des services transversaux comme l'inhalothérapie et les services de réadaptation sont également inclus dans cette phase.
- Les travailleurs de la santé (employés, médecins et stagiaires) à l'emploi d'un CISSS ou CIUSSS qui offrent des services de soutien à domicile pour la clientèle de plus de 70 ans incluant la main-d'œuvre du Programme d'allocation directe-Chèque emploi-service ainsi que la main-d'œuvre provenant d'organismes partenaires tels que les entreprises d'économie sociale en aide à domicile. Par ailleurs, les travailleurs à l'emploi des résidences privées pour aînées en respectant toujours les critères d'employés offrant des soins directs et qui ont des contacts physiques étroits auprès des usagers sont également concernés.
- Le personnel (employés, médecins et stagiaires) des centres de réadaptation telles que les unités de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique et en santé physique, la réadaptation modérée et les résidences à assistance continue est inclus, s'il rencontre la condition de donner des soins directs et d'être en contact physique étroit auprès des usagers.
- Les travailleurs des secteurs préhospitaliers qui donnent des soins directs et qui ont des contacts physiques étroits auprès des usagers sont inclus dans cette phase (incluant avion-ambulance).
- En raison de la pénurie de vaccins, les doses du mois de mars sont conservées pour finaliser la vaccination dans les RPA et débuter celle du groupe des personnes âgées de 80 ans et plus.

Phase 2 (avril)

Les travailleurs de la santé priorisés dans cette phase sont ceux qui donnent des soins et des services pour les secteurs suivants :

- Le personnel (employés, médecins et stagiaires) des établissements de santé et des services sociaux ainsi que les responsables des RI-RTF qui n'étaient pas visés dans la phase 1 sont inclus. Par exemple, ceux qui offrent des services dans toutes les missions et programmes cliniques dans tous les milieux de vie, milieux d'hébergement ou milieux de soins : les employés donnant des services cliniques des programmes en jeunesse, DI-DP, santé mentale, santé publique, SAPA, DPJ et d'autres services cliniques.

- Les professionnels de la santé (incluant les stagiaires) des cliniques privées comme les cliniques dentaires, psychologie, optométrie, GMF, clinique médicale privée, physiothérapie, pharmacies (incluant le personnel technique), audioprothésistes, etc., sont inclus dans cette phase.
- Les travailleurs communautaires qui sont en contacts directs avec des patients à haut risque, par exemple les travailleurs de rue en santé mentale, itinérance, toxicomanie sont inclus dans cette phase.

Autres travailleurs de la santé

Les travailleurs et stagiaires des organismes communautaires des missions santé et services sociaux seront priorisés dans le groupe des travailleurs essentiels moins de 60 ans (groupe 9).

Le personnel et stagiaires des **secteurs** de la santé et des services sociaux qui œuvrent dans les secteurs administratifs et de soutien par exemple, les ressources humaines, les finances, ainsi que le personnel du secteur de maintenance (ouvrier) et qui n'ont pas été priorisés dans les deux phases du groupe 2 seront dans le groupe prioritaire populationnel en lien avec leur âge.

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

Personnes proches aidantes dans les CHSLD

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

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

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

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

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**

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.

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 :	15-01-2021	Mise à jour :	15-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-036.REV1

Catégorie(s) :
- ✓ Délestage
- ✓ Réorganisation
- ✓ Personnes vulnérables
- ✓ Paliers d'alerte

Guide sommaire de réorganisation et délestage des activités de la Direction générale des programmes dédiés aux personnes, familles et communautés

Cette directive remplace la directive DGPPFC-036

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
Note importante :	Une modification a été apportée à la directive concernant le programme Agir tôt. Les nouveaux éléments sont surlignés en jaune.
Mesures à implanter :	Compte tenu de la situation épidémiologique au Québec.

	Considérant les annonces du premier ministre et du gouvernement concernant les consignes pour la période de confinement à la population générale. Vous trouverez, ci-joint, un Guide sommaire de réorganisation et de délestage des activités pour les programmes services de la Direction générales des programmes dédiées aux personnes familles et communautés. Ce guide prévoit le délestage et la réorganisation des services. Une modification a été apportée à la directive et elle est surlignée en jaune.

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 • 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.

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	Délestage de la consultation sociale ou psychologique, sauf dans les situations exceptionnelles.	Maintien des services uniquement par téléphone ou par téléconsultation (interventions individuelles,	• 811 Info-social. • Intervention de crise dans le milieu 24/7.

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
			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.	Évaluation de la pertinence de maintenir le nombre de points de services AAOR qui maintiennent leur offre de service.	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.	• Intervention psychosociale en contexte de sécurité civile. • Services d'aide médicale et psychologique aux victimes d'agression sexuelle.
Services de proximité en jeunesse	Maintien des activités.	Maintien des activités.	Maintien des activités, avec téléconsultation privilégiée. Délestage Programme Agir tôt	Services non essentiels délestés : • Expertise psychosociale; • Services de réadaptation. Délestage Programme Agir tôt	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.

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 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 : • Demandes du Directeur des poursuites criminels 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.	Services non essentiels délestés (en collaboration avec le MJQ) : • 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.	Services essentiels à ne pas délester : • 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. • Autorisation de détention avant comparution en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA).	• 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. • 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.

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
					• Rapports prédécisionnels pour les jeunes détenus en vertu de la LSJPA. • Suivi de l'application des peines 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 **Services spécifiques et spécialisés individuels offerts en installation ou dans le milieu de vie de la personne**	Maintien des activités.	Maintien des activités. Diminution des services en installation, et privilégier les mesures alternatives. Adaptation des interventions, révision du choix des modalités thérapeutiques (téléintervention et téléconsultation privilégiés). Si possible, congé précoce avec intervention en externe	Réorganisation des services en fonction de la capacité des établissements. Prestation de services par des mesures alternatives, plutôt qu'en installation. Si incontournable, intervention dans un plateau technique de l'établissement en individuel.	Services essentiels seulement et compensés par autres moyens. Priorité aux objectifs du plan d'intervention (PI) et aux activités cliniques jugées essentielles pour l'usager. Adaptation, ou si impossible, suspension temporaire des activités non essentielles.	Services essentiels seulement et compensés par autres moyens. Priorité aux objectifs du plan d'intervention (PI) et aux activités cliniques jugées essentielles pour l'usager. Adaptation, ou si impossible, suspension temporaire des activités non essentielles.	• 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

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
		ou ambulatoire, lorsque sécuritaire, avec soutien du SAD, le cas échéant.	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.	Interventions interdites dans les plateaux techniques sauf si l'environnement physique le permet. Prise en charge rapide des usagers en niveaux de soins alternatifs.	Interventions interdites dans les plateaux techniques sauf si l'environnement physique le permet. Prise en charge rapide des usagers en niveaux de soins alternatifs.	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 au contexte d'isolement social.	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.
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	Diminution des services SIM-SIV en fréquence pour les usagers à faible risque. Priorité des usagers à risque, élevé (dépression et troubles	Diminution des services SIM-SIV en fréquence pour les usagers à faible risque. Priorité des usagers à risque, élevé (dépression et troubles	• Intervention de crise. • SIM-SIV. • Premier contact requis (p. Ex.: GASM-A, GASM-J, etc.) pour les usagers à risque, modéré et élevé

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
			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.	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.	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).	(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 activités de psychométrie non-urgente. Diminution des psychothérapies pour les usagers qui présente un risque faible à modéré.	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. Diminution des psychothérapies pour les usagers qui présente un risque faible à modéré.	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. Diminution des psychothérapies pour les usagers qui présente un risque faible à modéré. Délestage des activités de sismothérapie en externe.	• Tous les services pour les usagers qui présentent un risque élevé. • Intervention de crise (équipes externes). • Activités d'urgence. • Activités d'hospitalisation • Consultations psychiatriques au téléphone ou en télésanté pour les usagers à risque élevé. • Med-drops. • Visite à domicile exceptionnelle maintenue

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 sismothérapie en externe.	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).	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 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 personnes en situation d'itinérance.	Maintien des activités. Intensification des services de proximité dans les milieux d'hébergement pour les personnes en situation d'itinérance.	Maintien des activités. Intensification des services de proximité dans les milieux d'hébergement pour les personnes en situation d'itinérance.	• Milieux d'hébergement pour les 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	Les services jugés essentiels sont dispensés Respect strict et rappel fréquent des mesures	Maintien des services essentiels qui peuvent s'effectuer par des moyens de communication virtuels	• Tous les services reliés à la finalisation des adoptions internationales où un enfant en besoin de protection est connu des

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
			déterminées par la santé publique. Recours au télétravail ou téléconsultation privilégiée lorsque possible.	sanitaires déterminées par la santé publique. Recours accru au télétravail et téléconsultation.	Les activités essentielles qui ne peuvent s'effectuer en virtuel sont suspendues et reportées, telle que la rencontre avec les postulants à l'adoption.	postulants à l'adoption ou jumelé à ceux-ci.

Émission :	06-11-2020	Mise à jour :	17-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle

DGAPA-003
REV.01

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

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

Remplace la directive émise le 6 novembre 2020 (non codifiée)

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

Destinataires:	- Tous les établissements publics du RSSS : • Toutes les directions des programmes-services - Réseau de coopération des EESAD

Directive	
Objet :	Cette directive contient les informations relatives à la gradation des mesures devant s'appliquer dans le contexte du soutien à domicile ainsi que les consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile. Ces informations concernent autant les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux que les prestataires externes de services (entreprises d'économie sociale en aide à domicile [EESAD], organismes communautaires, résidences privées pour aînés [RPA], employés engagés dans le cadre de l'allocation directe / chèque emploi-service [AD/CES], etc.). Enfin, l'objectif souhaité est de maintenir autant que possible les services offerts afin d'éviter le déconditionnement des usagers, et ce, tout en prenant en compte la capacité du personnel à rendre les services.
Mesures à implanter :	D'une part, les mesures d'ordre général à implanter concernent : ✓ La mobilité du personnel – RSSS et partenaires (EESAD, organismes communautaires, RPA, etc.) ✓ Les équipements de protection individuelle (EPI)

	✓ Le soutien aux prestataires externes (EESAD, organismes communautaires, RPA, employés engagés dans le cadre de l'AD/CES, etc.) ✓ Les conditions préalables aux visites à domicile ✓ La réponse aux besoins D'autre part, les mesures d'ordres spécifiques à la dispensation des services concernent : ✓ Les soins et services professionnels ✓ Les services d'aide à domicile offerts par le RSSS ou pour le compte de l'établissement (EESAD, RPA, employés engagés dans le cadre de l'AD/CES, etc.) ✓ Les autres services d'aide à domicile offerts par le RSSS ou par des partenaires (ex. : organismes communautaires) ✓ Les services de soutien aux personnes proches aidantes ✓ Le soutien technique La mise à jour du tableau ci-joint apporte des précisions quant aux mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de soutien à domicile en fonction des paliers d'alerte orange et rouge.

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

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Natalie Rosebush

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Version : 2021-02-17

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

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

Soutien à domicile			
Mesures	**Niveau d'alerte 3 Alerte modérée**	**Niveau d'alerte 4 Alerte maximale**	**Usagers COVID + ou à haut risque**
GRADATION DES MESURES : CONSIGNES GÉNÉRALES			
Mobilité du personnel – RSSS et partenaires (EESAD, organismes communautaires, etc.)			
Réduction du nombre d'intervenants distincts qui dispensent des services à chaque usager	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire - Équipe dédiée spécifiquement à cette clientèle Privilégier le personnel du RSSS
Affectation d'équipes attitrées par milieux de vie collectifs et par secteurs géographiques	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire - Équipe dédiée spécifiquement à cette clientèle Privilégier le personnel du RSSS
Restriction des mouvements de personnel entre les différents services	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire - Équipe dédiée spécifiquement à cette clientèle Privilégier le personnel du RSSS
Équipements de protection individuelle (EPI)			
Port du masque médical (niveau ASTM F2 et +) et protection oculaire par l'intervenant	Oui, dès l'entrée dans le domicile ou autre milieu de vie, selon les indications de la CNESST : Comment limiter la propagation de la COVID-19 au travail? Affiche descriptive sur 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/sites/default/files/documents/dc900-1104web.pdf	Oui, dès l'entrée dans le domicile ou autre milieu de vie, selon les indications de la CNESST : Comment limiter la propagation de la COVID-19 au travail? Affiche descriptive sur 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/sites/default/files/documents/dc900-1104web.pdf	Oui, en tout temps, dès l'entrée dans le domicile ou autre milieu de vie, selon les indications de la CNESST : Comment limiter la propagation de la COVID-19 au travail? Affiche descriptive sur 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/sites/default/files/documents/dc900-1104web.pdf
Port du masque médical par l'usager	Recommandé lorsque l'usager se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur). Exclusions : - Usager ne tolérant pas le port du masque; - Usager qui dort; - Interférence avec les soins à dispenser.	Recommandé lorsque l'usager se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur). Exclusions : - Usager ne tolérant pas le port du masque; - Usager qui dort; - Interférence avec les soins à dispenser.	Recommandé lorsque l'usager se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur). Exclusions : - Usager ne tolérant pas le port du masque; - Usager qui dort; - Interférence avec les soins à dispenser.
Port de l'EPI complet par l'intervenant	Non	Non	Oui, en tout temps, dès l'entrée dans le domicile ou autre milieu de vie (le personnel dédié doit avoir reçu la formation requise[1])
Soutien aux prestataires externes (EESAD, organismes communautaires, RPA, employés engagés dans le cadre de l'allocation directe/ chèque emploi-service [AD/CES], etc.)			

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

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

Soutien à domicile			
Mesures	**Niveau d'alerte 3 Alerte modérée**	**Niveau d'alerte 4 Alerte maximale**	**Usagers COVID + ou à haut risque**
Mobilisation des prestataires externes pour assurer la continuité des services	Selon la collaboration habituelle	Assurer un soutien accru pour éviter une rupture de services	Privilégier la prise en charge par le RSSS
Fourniture des EPI aux prestataires externes (EESAD, RPA et AD/CES)	Se référer à la stratégie d'apprivoisement des EPI	Se référer à la stratégie d'apprivoisement des EPI	Oui, EPI complet (le personnel dédié doit avoir reçu la formation requise[1])
Surveillance des pratiques de port et de retrait des EPI auprès des partenaires	Oui, surveillance accrue	Oui, surveillance accrue	S'assurer que le personnel dédié du prestataire (EESAD et RPA) ayant reçu la formation requise applique les pratiques de façon rigoureuse au préalable
Soutien aux travailleurs engagés dans le cadre de la modalité AD/CES	Soutien habituel Référer au site Internet pour les mesures spécifiques que doivent respecter les travailleurs https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/allocation-directe-cheque-emploi-service-une-modalite-de-dispensation-des-services-de-soutien-a-domicile	Soutien habituel Référer au site Internet pour les mesures spécifiques que doivent respecter les travailleurs https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/allocation-directe-cheque-emploi-service-une-modalite-de-dispensation-des-services-de-soutien-a-domicile	- Reprise de la dispensation des services par le RSSS - Référer les travailleurs au site Internet pour les mesures de soutien financier https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/allocation-directe-cheque-emploi-service-une-modalite-de-dispensation-des-services-de-soutien-a-domicile
Conditions préalables aux visites à domicile			
Triage quotidien des intervenants de façon proactive afin de s'assurer qu'ils sont asymptomatiques et qu'ils font l'autosurveillance de leurs symptômes 2 fois/jour	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire pour les intervenants dédiés à ces usagers
Aucun intervenant ayant reçu une consigne d'isolement (cas confirmé, présence de symptômes, contact à risque modéré ou élevé, retour de voyage hors du Canada dans les 14 jours) au domicile des usagers	En tout temps	En tout temps	En tout temps
Appel à l'usager pour vérification des conditions requérant la mise en place de mesures particulières (ex. : EPI complet, équipe dédiée, report, etc.)	Obligatoire avant chaque visite	Obligatoire avant chaque visite	Non requis car déjà identifié
Réponse aux besoins			
Interventions par téléphone ou par un autre moyen technologique privilégiées lorsque possible et que ce mode d'intervention répond au besoin de l'usager	Fortement recommandées	Obligatoire	Obligatoire
Vigie auprès des usagers qui refusent les services de SAD requis par leur état de santé physique ou mentale	Recommandée, selon la situation clinique	Recommandée, selon la situation clinique	Obligatoire

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

Soutien à domicile			
Mesures	**Niveau d'alerte 3 Alerte modérée**	**Niveau d'alerte 4 Alerte maximale**	**Usagers COVID + ou à haut risque**
Interventions visant à prévenir et traiter le déconditionnement	Obligatoires Se référer aux Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002719/	Obligatoires Se référer aux Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002719/	Obligatoires Se référer aux Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002719/
Desserte des clientèles vulnérables et ambulatoires usuellement non admissibles au SAD	Non, sauf exception selon l'évaluation du risque d'expositions potentielles à la COVID-19 lors du déplacement de l'usager vers l'installation où les services sont dispensés	Pour les services essentiels seulement, selon l'évaluation du risque d'expositions potentielles à la COVID-19 lors du déplacement de l'usager vers l'installation où les services sont dispensés	- Oui, pour les services essentiels seulement - Les services non essentiels sont suspendus
Accueil au domicile d'un proche d'un usager hébergé en CHSLD ou qui réside dans une RPA en tenant compte de la capacité du SAD à répondre au requis de services	Oui Interdit si éclosion dans le milieu de vie	Oui Interdit si éclosion dans le milieu de vie	Interdit
CONSIGNES SPÉCIFIQUES À LA DISPENSATION DES SERVICES			
Soins et services professionnels			
Interventions à domicile	- Assurer le nombre minimal de visites à domicile qui sont essentielles pour maintenir une vigie de la situation clinique de l'usager et de ses proches - Dispenser celles qui peuvent être réalisées à distance par téléphone ou par un autre moyen technologique - Évaluer la possibilité que l'usager ou la personne proche aidante participe aux soins et l'accompagner dans la prise en charge de ceux-ci Pour les interventions devant se faire à domicile par l'établissement, réduire la fréquence si possible	- Assurer le nombre minimal de visites à domicile qui sont essentielles pour maintenir une vigie de la situation clinique de l'usager et de ses proches - Dispenser celles qui peuvent être réalisées à distance par téléphone ou par un autre moyen technologique - Évaluer la possibilité que l'usager ou la personne proche aidante participe aux soins et l'accompagner dans la prise en charge de ceux-ci - Pour les interventions devant se faire à domicile par l'établissement, maintenir uniquement celles qui sont essentielles pour assurer l'intégrité et la sécurité de l'usager et de ses proches	- Dispenser celles qui peuvent être réalisées à distance par téléphone ou par un autre moyen technologique - Évaluer la possibilité que l'usager ou la personne proche aidante participe aux soins et l'accompagner dans la prise en charge de ceux-ci - Pour les interventions devant se faire à domicile par l'établissement, maintenir uniquement celles qui sont essentielles pour assurer l'intégrité et la sécurité de l'usager et de ses proches - Au besoin, augmenter les suivis professionnels
Soutien psychosocial aux usagers et aux personnes proches aidantes que vous identifiez comme étant susceptibles d'être fragilisées par la pandémie	Recommandé - Dispenser le soutien psychosocial qui peut être réalisé à distance par téléphone ou par un autre moyen technologique, tout en assurant un nombre minimal de visites à domicile	Fortement recommandé - Dispenser le soutien psychosocial qui peut être réalisé à distance par téléphone ou par un autre moyen technologique, tout en assurant un nombre minimal de visites à domicile	Très fortement recommandé - Dispenser le soutien psychosocial qui peut être réalisé à distance par téléphone ou par un autre moyen technologique
Report des évaluations globales de l'autonomie ou de leur révision (outil d'évaluation multiclientèle) lorsque ceci ne	Oui	Oui	Oui

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

Soutien à domicile			
Mesures	**Niveau d'alerte 3 Alerte modérée**	**Niveau d'alerte 4 Alerte maximale**	**Usagers COVID + ou à haut risque**
compromet pas l'intégrité ou la sécurité de l'usager			
Prise en charge de nouveaux dossiers	- Selon la capacité des équipes du SAD - S'assurer minimalement de répondre aux dossiers prioritaires	- Selon la capacité des équipes du SAD - S'en tenir aux dossiers prioritaires	Prendre en charge des dossiers prioritaires
Services d'aide à domicile offerts par le RSSS ou pour le compte de l'établissement (EESAD, RPA, travailleurs AD/CES, etc.)			
Dispensation de services d'assistance personnelle, incluant l'aide aux AVQ	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	- Poursuivre les services essentiels identifiés à la suite de la réévaluation professionnelle - Privilégier la prise en charge par le RSSS - Permettre la dispensation des services par le prestataire habituel (personnel de l'EESAD ou de la RPA), à la condition que ce dernier soit formé sur les mesures PCI (notamment sur le port et le retrait de l'EPI) et qu'il les applique de façon rigoureuse - Prise en charge par le RSSS des services habituellement dispensés dans le cadre de l'AD/CES
Dispensation des services d'aide aux AVD pour la clientèle ayant des incapacités (ex. : clientèle référée par l'établissement aux EESAD)	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	- Suspendre les services d'entretien ménager, excepté si l'interruption de ce service compromet l'intégrité ou la sécurité de l'usager, notamment en raison d'un risque d'insalubrité - Suspendre, dans la mesure du possible, l'aide pour la préparation de repas et privilégier la livraison de repas déjà préparés (épicerie, restaurants, popote roulante) ou des repas demandant peu de préparation - Poursuivre l'assistance pour les courses pour la nourriture, les biens de première nécessité et la lessive pour les usagers ayant des besoins spécifiques. Privilégier les commandes par téléphone et la livraison - Suspendre tout autre service d'aide aux AVD non requis par l'état de santé - Prise en charge de la gestion des services devant être maintenus par le RSSS
Dispensation des services d'aide aux AVD – ménages actifs (clientèle non vulnérable bénéficiant uniquement de l'aide fixe dans le cadre du PEFSAD)	Maintenue	Maintenue	Suspendue
Dispensation des services d'appui aux tâches familiales	Maintenue	Maintenue	Poursuivre uniquement les services essentiels identifiés à la suite de la réévaluation professionnelle (ex. : soins aux enfants)
Autres services d'aide à domicile offerts par le RSSS ou par des partenaires (ex. : organismes communautaires)			

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

Soutien à domicile			
Mesures	**Niveau d'alerte 3 Alerte modérée**	**Niveau d'alerte 4 Alerte maximale**	**Usagers COVID + ou à haut risque**
Dispensation des autres types de services d'aide à domicile (popote roulante, activités de soutien civique, visites d'amitié, assistance à l'apprentissage, etc.)	Dispensation des services de popote roulante, d'aide aux activités de soutien civique et d'assistance à l'apprentissage maintenue	Dispensation des services de popote roulante, d'aide aux activités de soutien civique et d'assistance à l'apprentissage maintenue	Suspendre tous les services non essentiels
Services de soutien aux personnes proches aidantes			
Dispensation des services de répit à domicile par l'établissement	Maintenue	- Maintenue - Évaluer la possibilité, pour les partenaires du RSSS, d'en assurer la poursuite - Évaluer la pertinence de mettre en place des suivis téléphoniques ou par un autre moyen technologique pour soutenir la personne proche aidante	- Suspendue - Évaluer la pertinence de mettre en place des suivis téléphoniques ou par un autre moyen technologique pour soutenir la personne proche aidante - Évaluer la pertinence de rehausser les services d'aide à domicile et s'assurer qu'ils soient dispensés par le RSSS
Dispensation des services de répit à domicile par les partenaires	- Maintenue	- Maintenue - Évaluer la pertinence de mettre en place des suivis téléphoniques ou par un autre moyen technologique pour soutenir la personne proche aidante	- Suspendue - Évaluer la pertinence de mettre en place des suivis téléphoniques ou par un autre moyen technologique pour soutenir la personne proche aidante - Évaluer la pertinence de rehausser les services d'aide à domicile et s'assurer qu'ils soient dispensés par le RSSS
Dispensation des services de répit hors domicile offerts hors établissement Se référer aux directives https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/maisons-de-repit/	Maintenue	Maintenue	Suspendue
Soutien technique			
Attribution des équipements ou aides techniques requis pour assurer le soutien à domicile de l'usager	Maintenue	Maintenue	Poursuivre uniquement l'attribution d'équipements ou d'aides techniques requis pour assurer le soutien à domicile de l'usager et sans lequel son maintien à domicile serait compromis

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

- Personnes de 70 ans et plus;
- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosupression.pdf);

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

Émission :	02-10-2020	Mise à jour :	17-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle

DGPPFC-001.REV1

Catégorie(s) :
- ✓ Ressources d'hébergement communautaires ou privées en dépendance
- ✓ Gradation des mesures
- ✓ Paliers d'alerte

COVID-19 - Gradation des mesures dans les ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (RHD) en fonction des paliers d'alerte régionale

Remplace la directive émise le 2 octobre (non codifiée)

Expéditeur :	**Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)**	**Destinataires :**	• Tous les établissements publics du RSSS : - Directions des services en santé mentale et dépendance • Ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance

Directive	
Objet :	Cette directive a pour but de réduire le risque de transmission du virus de la COVID-19 dans les RHD et de guider les directions et les conseils d'administration de ces ressources dans le choix des mesures pouvant être mises en place pour continuer à offrir des activités et des services à la population tout en respectant les règles sanitaires de chaque palier d'alerte. La présente directive est ainsi conçue pour **soutenir le maintien et l'adaptation des activités et services offerts par les RHD à la population.** Les ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (RHD) dispensent des activités et des services de première importance pour la population de leur territoire, notamment auprès de personnes plus vulnérables. À cet effet, il est souhaitable qu'elles puissent maintenir des activités dans le respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique selon le palier d'alerte (zones vertes, jaunes, oranges et rouges) de leur territoire. **RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES** Pour tout besoin d'information relatif à différentes mesures de PCI, nous vous référons aux sites suivants : • https://www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-controle-des-infections • https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sante-au-travail • https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002709/ Les RHD peuvent se référer à quelques fiches développées par le Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), notamment celle intitulée Organismes communautaires : mesures de prévention de la COVID-19 en milieu de travail (https://www.inspq.qc.ca/publications/2946-organismes-communautaires-covid19). À ce sujet, les RHD, en tant que milieu de travail, peuvent aussi se référer au site COVID-19 de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) (https://www.cnesst.gouv.qc.ca/salle-de-presse/covid-19/Pages/trousse.aspx) (trousse, aide-mémoire, affichette, outils par secteurs d'activité économique, boîte courriel, ligne d'information COVID-19 : 1 877 644-4545). Ces outils de la CNESST ont été développés à partir des recommandations du RSPSAT et de l'INSPQ. **Description des paliers d'alerte régionale** **Palier 1 – Vigilance (zone verte)** Le Palier 1 – Vigilance 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, couvre-visage, etc.). Des mesures spécifiques peuvent également s'appliquer à certaines activités ou certains milieux. **Palier 2 – Préalerte (zone jaune)** Le Palier 2 – Préalerte 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. **Palier 3 – Alerte (zone orange)** Le Palier 3 – Alerte 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. **Palier 4 – Alerte maximale (zone rouge)** Le Palier 4 – Alerte maximale 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. En tout temps, les détails des mesures par palier sont disponibles sur le site québec.ca, dont celles prises par décrets : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/ https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/decret-1020-2020.pdf?1601508591 Enfin, 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 :	Gradation des mesures dans les RHD en fonction des paliers d'alerte régionale comme indiqué dans le tableau en annexe.

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
Document annexé :	*Tableau A - Gradation des mesures dans les ressources d'hébergement communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (RHD) en fonction des paliers d'alerte régionale*

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

17 février 2021

TABLEAU A

COVID-19: Gradation des mesures dans les ressources d'hébergement communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (RHD) en fonction des paliers d'alerte régionale

Mesures	Palier d'alerte 1 Vigilance	Palier d'alerte 2 Préalerte	Palier d'alerte 3 Alerte	Palier d'alerte 4 Alerte maximale	Particularités en cas d'éclosion
ACTIVITÉS ET SERVICES OFFERTS	**À TOUS LES PALIERS D'ALERTE** Appliquer les recommandations intérimaires de PCI destinées aux *Organismes communautaires offrant de l'hébergement – Mesure de prévention de la COVID-19 en milieu de travail*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2954-mesures-supplementaires-organismes-covid19.pdf À chaque admission, estimer la présence de symptômes et de risque de contact avec un cas confirmé.				
	• Tous les services et activités peuvent être maintenus. • Élaboration de mesures à mettre en place en présence de personnes présentant des symptômes ou ayant été testées positives à la COVID-19. • Mise en place de zones tièdes et chaudes, si possible, avec du personnel dédié, en collaboration avec l'équipe de santé publique de santé publique du CISSS-CIUSSS. • Selon la clientèle, proposer des outils de sensibilisation : Conseils et mesures préventives destinés aux personnes utilisatrices de drogues et aux personnes en situation d'itinérance	• Tous les services et activités peuvent être maintenus. • Délestage possible de certains services ou activités non nécessaires ou non prioritaires déterminés par la direction ou le conseil d'administration de l'organisme. • Élaboration de mesures à mettre en place en présence de personnes présentant des symptômes ou ayant été testées positives à la COVID-19. • Mise en place de zones tièdes et chaudes, si possible, avec du personnel dédié, en collaboration avec l'équipe de santé publique du CISSS-CIUSSS. • Adaptation des services selon les mesures sanitaires déterminées par la santé publique.	• Délestage de certains services ou activités non nécessaires ou non prioritaires déterminés par la direction ou le conseil d'administration de l'organisme. • Adaptation des services selon les mesures sanitaires déterminées par la santé publique. • Télétravail et interventions téléphoniques ou virtuelles à privilégier, lorsque possible. • Mise en place des mesures en présence de personnes présentant des symptômes ou ayant été testées positives à la COVID-19. • Mise en place de zones tièdes et chaudes, si possible, avec du personnel dédié, en collaboration avec l'équipe de santé publique du CISSS-CIUSSS. • Recommandation de communiquer avec le CISSS ou le CIUSSS pour établir des mécanismes de référence selon les besoins.	• Seuls les services et activités jugés nécessaires et prioritaires sont maintenus, après décision de la direction ou du conseil d'administration de l'organisme. • Adaptation des services selon les mesures sanitaires déterminées par la santé publique. • Télétravail et interventions téléphoniques ou virtuelles lorsque possible. • Mise en place des mesures en présence de personnes présentant des symptômes ou ayant été testées positives à la COVID-19. • Mise en place de zones tièdes et chaudes, si possible, avec du personnel dédié, en collaboration avec l'équipe de santé publique du CISSS-CIUSSS. • Selon les besoins et possibilités, entente avec le CISSS ou le CIUSSS pour la mise en place de zones chaudes externes. • Recommandation de communiquer avec le CISSS ou le CIUSSS pour établir des	• Respect des indications spécifiques reçues d'un contact avec la santé publique lors d'éclosion. • Augmentation des mesures sanitaires, dont la fréquence du nettoyage et de la désinfection des aires communes. • Importance d'obtenir le soutien et la collaboration de l'ensemble des acteurs concernés des CISSS et des CIUSSS incluant le responsable de la certification RHD de l'établissement.

				mécanismes de référence selon les besoins.	
VISITES ET SORTIES					
Visiteurs (incluant les personnes proches aidantes (PPA)) Les visiteurs ou PPA doivent avoir été informés ou formés sur les mesures PCI à respecter.					
Accès à l'intérieur du milieu dans la chambre ou dans une pièce dédiée	**Permis** En fonction du respect des règles PCI en vigueur et des besoins spécifiques des RHD.	**Permis** En fonction du respect des règles PCI en vigueur et des besoins spécifiques des RHD.	**Permis exceptionnellement** Une personne autorisée (toujours la même). Privilégier d'autres moyens de communication (ex. : téléphonique).	**Permis exceptionnellement** Une personne autorisée (toujours la même). Privilégier d'autres moyens de communication (ex. : téléphonique).	**Permis exceptionnellement** Une personne autorisée (toujours la même). Cette personne doit être accompagnée à l'arrivée et au départ pour assurer le respect des consignes de la PCI. Privilégier d'autres moyens de communication (ex. : téléphonique).
À l'intérieur du milieu dans les espaces communs (ex. : salon, salle à manger, etc.)	**Permis** En fonction du respect des règles PCI en vigueur et des besoins spécifiques des RHD.	**Permis** En fonction du respect des règles PCI en vigueur et des besoins spécifiques des RHD.	**Non Permis** Sauf pour circuler vers la chambre ou la pièce dédiée.	**Non Permis** Sauf pour circuler vers la chambre ou la pièce dédiée.	**Non permis** Sauf pour circuler vers la chambre ou la pièce dédiée.
Sur le terrain	**Permis** En fonction du respect des règles PCI en vigueur et des besoins spécifiques des RHD.	**Permis** En fonction du respect des règles PCI en vigueur et des besoins spécifiques des RHD.	**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** 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.	**Usager en isolement : Non permis** **Milieu en éclosion** : **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** En fonction du respect des règles PCI en vigueur et des besoins spécifiques des RHD.	**Permis** En fonction du respect des règles PCI en vigueur et des besoins spécifiques des RHD.	**Permis** En fonction du respect des règles PCI en vigueur. Doit être en mesure de respecter les mesures d'isolement au retour d'une sortie avec séjour de plus de 24 heures.	**Permis** Limiter aux sorties liées aux services essentiels en respect des mesures sanitaires définies par la santé publique. Doit être en mesure de respecter les mesures d'isolement au retour d'une	**Non permis**

				sortie avec séjour de plus de 24 heures.	
AUTRES VISITES					
Visites des équipes responsables de la certification des RHD	**Permis**	**Permis**	**Permis**	**Non permis** Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, si possible avec accompagnement de l'équipe PCI.	**Non permis** Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, si possible avec accompagnement de l'équipe PCI.
Visites d'évaluation de la conformité effectuées par Agrément Canada	**Permis**	**Permis**	**Non permis**	**Non permis**	**Non permis**
Visite du MAPAQ	**Permis**	**Permis**	**Permis**	**Permis**	**Permis**

Émission :	15-02-2021	Mise à jour :	-

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-017

Catégorie(s) :
- ✓ Dépistage de la COVID-19
- ✓ Tests rapides COVID-19
- ✓ Projets de validation clinique tests rapides en milieux de travail, excluant les milieux de soins aigus et d'hébergement de longue durée.

Directive sur l'accès aux tests de détection d'antigènes rapides de la COVID-19 en entreprise privée

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale de la santé publique (DGSP) et Direction générale affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutique (DGAUMIP)**	**Destinataire :**	Tous les établissements : - Présidents-directeurs généraux et présidentes-directrices générales (PDG) - Directeurs généraux - Directions des services professionnels (DSP) - Directeurs de santé publique - Directions de la qualité - Co-directeurs des grappes Optilab

Directive	
Objet :	La présente directive vient compléter la directive DGSP-012 sur l'accès aux tests de détection rapide de la COVID-19 et clarifier les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en matière d'utilisation des technologies de tests de détection d'antigènes rapides (TDAR) en point de service (PDS) en milieu de travail. Elle vise à outiller et accompagner les entreprises qui souhaitent élargir l'utilisation des TDAR en milieux de travail chez des individus asymptomatiques et sans suspicion de la COVID-19. Les orientations contenues dans cette directive seront appliquées et adaptées, selon les contextes épidémiologiques et les situations locales, afin d'optimiser la réduction du risque d'éclosions dans les milieux de travail.
Principe :	Compte tenu de leur rapidité à fournir des résultats, les TDAR ont l'avantage de fournir des résultats immédiats, permettant ainsi d'isoler rapidement des personnes infectées asymptomatiques. Ils présentent, cependant, un risque élevé de résultats faussement négatifs : le risque de relâchement des mesures de prévention par les travailleurs ayant obtenu des résultats négatifs n'est pas exclu. De plus l'obtention de résultats faussement positifs demeure possible et cette éventualité doit être gérée adéquatement. Déployés de façon prudente, ces tests rapides peuvent avoir une place dans le contrôle de la pandémie, en complémentarité avec l'utilisation des tests offerts en laboratoire par amplification des acides nucléiques (TAAN labo).
Mesures à implanter :	✓ Voir les diverses mesures à implanter à la section Directive ci-bas.

Émission :	15-02-2021	Mise à jour :	-

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 :	S/O

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

msss.gouv.qc.ca/directives

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Marie-Ève Bédard

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Émission :	15-02-2021	Mise à jour :	-

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-017

Directive

Accès aux tests rapides pour les entreprises privées

Les entreprises privées du Québec qui souhaitent avoir accès à la réserve de TDAR du Québec pourront en faire la demande auprès du MSSS en soumettant leur formulaire visant l'utilisation de ces tests au sein de leur organisation à l'adresse suivante : testsrapidesentreprises@msss.gouv.qc.ca. Le formulaire est disponible en ligne, sur la page **Québec.ca/testsrapides.**

Les demandes seront par la suite transmises à la direction régionale de santé publique (DSPu) de la région où se situe l'entreprise. La maison-mère des entreprises ayant des activités dans plusieurs régions au Québec peut également transmettre un formulaire à cette même adresse courriel et le MSSS assurera la coordination auprès des DSPu des établissements concernés. Afin de vous orienter dans l'utilisation des tests, nous vous référons également à l' Avis sur l'utilisation des tests rapides au point de service pour la détection de la COVID-19 au Québec .

Après évaluation de la pertinence et de la faisabilité des projets reçus, les DSPu sollicitées pourront accorder des autorisations aux entreprises privées qui souhaitent mettre en place un dépistage de leurs employés afin qu'ils puissent avoir accès aux tests. À la lumière des informations reçues par l'intermédiaire du formulaire complété par l'entreprise, un protocole de dépistage sera soumis par la DPSu concernée à l'entreprise afin de faire le meilleur usage possible des tests rapides en fonction des recommandations du comité d'experts. L'entreprise devra s'engager à le respecter.

Collaboration entre les partenaires – la clé du succès !

L'expérience acquise avec les projets en cours démontre l'importance d'une étroite collaboration entre les différents partenaires pour la réussite de ces projets. C'est donc sous le leadership des directions régionales de santé publique et avec la collaboration des experts en santé au travail et des directeurs de grappes de biologie médicale (pour le volet qualité) que doit se mettre en place une mécanique d'approbation de projets efficace.

Le MSSS assurera un suivi de cette démarche et pourra soutenir et accompagner les établissements qui le désirent et qui en font la demande.

Comment les entreprises doivent procéder pour avoir accès aux tests antigéniques ?

Tel qu'indiqué précédemment, les entreprises (industries manufacturières, compagnies d'assurances, commerces, mines, etc.) qui souhaitent déployer les tests rapides chez leurs travailleurs doivent soumettre un projet à la DSPu de leur territoire.

Pour faire une demande, une entreprise devra consulter la page Web du MSSS dédiée aux tests rapides en entreprise (INSÉRER LE LIEN). Elle y trouvera les informations nécessaires pour faire une demande, notamment :

- le critère d'admissibilité
- les exigences à respecter
- le formulaire de demande à compléter
- l'adresse courriel à utiliser pour soumettre une demande (testsrapidesentreprises@msss.gouv.qc.ca)
- le rapport du comité d'experts sur les tests rapides
- la présente directive
- le lien vers les l'outil d'information d'aide à la décision : Informations pour une décision libre et éclairée pour les personnes sans symptôme, en dehors du contexte d'enquête cas contacts : test COVID-19

Le formulaire complété devra notamment comprendre les éléments suivants :

- le type d'entreprise
- les indications cliniques d'utilisation de ces tests
- le titre d'emploi du personnel qui effectuera les tests dans l'entreprise et les modalités d'administration
- les employés qui seront testés (nombre et critères) et la fréquence du dépistage
- la volumétrie attendue par semaine

- les mécanismes de transmission des données relatives à la volumétrie et la divulgation des résultats
- les mesures mises en place pour s'assurer du respect rigoureux des mesures de prévention et de contrôle des infections et enjeux de biosécurité
- un plan d'information et de communication des limites de ces tests
- un plan de formation des utilisateurs.

Une grille d'évaluation et un protocole-type qui sera à adapter en fonction des informations transmises par l'entreprise par l'intermédiaire du formulaire soutiendront les DSPu dans leur évaluation et assurera une harmonisation et standardisation de l'analyse.

Après analyse par la DSPu, un courriel d'acceptation accompagné du protocole convenu, d'un lien vers le site de formation pour l'administration du test (Panbio), sur la biosécurité et sur l'utilisation de la plateforme web de saisie des résultats (requête web) sera acheminé au responsable désigné par l'entreprise.

Consentement libre et éclairé

Les entreprises auront la responsabilité d'informer leurs employés des avantages et des limites de ces tests et de s'assurer que le dépistage reste volontaire et non obligatoire afin d'obtenir leur consentement libre et éclairé. Ils devront également les informer de leur obligation de maintenir les mesures de prévention de la COVID-19 en milieu de travail même si le résultat du test est négatif. En effet, un test négatif n'est jamais garant d'une absence d'infection. Un outil d'aide à la décision est disponible sur le site du Réseau de santé publique au travail : Informations pour une décision libre et éclairée pour les personnes sans symptôme, en dehors du contexte d'enquête cas contacts : test COVID-19.

Dépistage récurrent des travailleurs

En raison du fait que le comité des experts sur les tests rapides ne recommande pas le dépistage récurrent des travailleurs, les entreprises requérantes devront donc préparer un argumentaire pour expliquer le contexte particulier qui en justifierait l'utilisation dans leur milieu (voir section du formulaire). Pour ce type d'application, l'utilisation des tests devra se faire dans le cadre d'un projet-pilote bien documenté.

De plus, comme la validité clinique d'utilisation des TDAR de façon récurrente chez des travailleurs n'a pas encore été démontrée, l'entreprise devra aussi prévoir contribuer à la validation prévue à cet effet, soit faire confirmer les 60 premiers résultats positifs et les 60 premiers résultats négatifs par la technique de référence (TAAN-labo).

Pour autoriser un dépistage récurrent des travailleurs, l'entreprise devra démontrer que les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) sont en place et respectées rigoureusement et que malgré tout, une éclosion a lieu. Les entreprises doivent comprendre que les tests sont complémentaires aux mesures PCI et non en remplacement.

Validation nécessaire en situation de faible prévalence

Il est important de valider par le test de laboratoire (TAAN-labo) les résultats positifs obtenus par des TDAR lorsque la prévalence populationnelle est basse (taux de positivité de moins de 1 % attendu dans le groupe testé). Nous souhaitons aussi en faire une confirmation et un signalement à la santé publique dans tous les cas positifs.

Saisie obligatoire des données sur les tests rapides

Les entreprises devront également s'engager à saisir les données sur l'utilisation des TDAR dans l'outil Web du MSSS afin que les statistiques soient compilées dans la base de données provinciale et que les enquêtes de santé publique soient déclenchées, le cas échéant.

Formation du personnel en entreprise

Des outils de formation sont disponibles en ligne en vue d'une utilisation adéquate des tests rapides en entreprise.

Certains éléments devront être mis en place avant de déployer les tests rapides en milieu de travail:

- Formation du personnel qui sera en charge du dépistage dans le milieu de travail;
- Implantation des procédures à respecter;
- Formation sur la saisie des résultats de tests dans l'outil Web ministériel pour la transmission de résultats aux travailleurs et à la santé publique.

Évidemment, les recommandations de la santé publique en santé au travail continuent de s'appliquer; lesquelles s'appuient sur un principe de Hiérarchie des mesures de contrôle en milieu de travail en fonction de leur efficacité dans le contexte particulier de la COVID-19.

Expédition des tests aux entreprises

Une fois que la DSPu aura confirmé la pertinence d'un projet d'utilisation des TDAR en entreprise privée, elle autorisera l'expédition des tests en collaboration avec la direction des approvisionnements de son établissement.

Suivi ministériel des projets

Le MSSS, en collaboration avec le Laboratoire de santé publique du Québec, assurera le suivi du déploiement de ces tests rapides en milieu de travail et se réserve le droit de retirer l'autorisation accordée par l'établissement s'il estime que le projet présente plus d'inconvénients que d'avantages. Il s'assurera, par ailleurs, de l'harmonisation des pratiques dans différentes régions advenant les résultats concluants des projets pilotes.

Une reddition de comptes journalière du nombre de demandes entrées, du nombre de demandes en traitement et du nombre de demandes répondues est requise.

Émission :	05-10-2020	Mise à jour :	19-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle

DGPPFC-020.REV1

Catégorie(s) :
- ✓ Réorganisation des services
- ✓ Programme-services dépendance
- ✓ Services en itinérance
- ✓ Paliers d'alerte régionale

Réorganisation des services en dépendance et des services en itinérance en fonction des paliers d'alerte régionale

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

Expéditeur :	**Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)**	**Destinataires :**	Tous les établissements publics du RSSS : • Directions des services en santé mentale et dépendance

Directive	
Objet :	Cette fiche est une mise à jour importante de la directive précédemment émise. Elle présente les différentes recommandations destinées aux directions des services en santé mentale et dépendance (DSMD) des CISSS et CIUSSS relativement à **la réorganisation des services en dépendance et services en itinérance** en fonction des paliers d'alerte régionale en vigueur dans le contexte de la présente pandémie. Elle vise donc à soutenir les gestionnaires et les équipes cliniques concernées dans la réorganisation des services afin de réduire le risque de transmission du virus de la COVID-19 tout en favorisant le maintien de l'accès, de la continuité et de la qualité des services aux usagers concernés. **Les services en dépendance et en itinérance** En effet, il importe de rappeler que les services en dépendance et en itinérance **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 qui sont, pour plusieurs, particulièrement vulnérables (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 en dépendance et en itinérance 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 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 https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/guide-auto-evaluation-symptomes-covid-19/?gclid=EAIaIQobChMIpJCas8ja7gIVq-iGCh09DA-XEAAYASAAEgK1GPD_BwE et d'appliquer les mesures appropriées de PCI. À cet effet, 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/

Description des paliers d'alerte régionale

Palier 1 – Vigilance (zone verte)

Le Palier 1 – Vigilance 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, hygiène des mains, etc.). Des mesures spécifiques peuvent également s'appliquer à certaines activités ou certains milieux.

Palier 2 – Préalerte (zone jaune)

Le Palier 2 – Préalerte 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.

Palier 3 – Alerte (zone orange)

Le Palier 3 – Alerte 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.

Palier 4 – Alerte maximale (zone rouge)

Le Palier 4 – Alerte maximale 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.

En tout temps, les détails des mesures par palier sont disponibles sur le site québec.ca, dont celles prises par décret :

https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/

https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/decret-1020-2020.pdf?1601508591

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.

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
Document annexé :	Tableau A - *Réorganisation des services du programme-services Dépendance et des services en itinérance en fonction des paliers d'alerte régionale*

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

19 février 2021

Tableau A

Réorganisation des services du programme-services Dépendance et des services en itinérance en fonction des paliers d'alerte régionale

	Palier d'alerte 1 Vigilance	Palier d'alerte 2 Préalerte	Palier d'alerte 3 Alerte	Palier d'alerte 4 Alerte maximale	Mesures additionnelles en période de confinement
Détection / orientation	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur. • Détection en personne privilégiée; téléconsultation lorsque nécessaire.	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; la téléconsultation est en place et disponible lorsque nécessaire.	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; favoriser la téléconsultation lorsque possible.	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; la téléconsultation devrait être utilisée le plus possible.	Aucune
Intervention précoce	Appel à tous les usagers en dépendance en attente de services ou actuellement en services afin de : • Valider l'état des usagers en lien avec la COVID-19. • Valider les possibilités de téléconsultation avec chacun des usagers rejoints. • Transmettre toute information opportune et référence aux services appropriés, le cas échéant. • Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI en vigueur; la	Appel à tous les usagers en dépendance en attente de services ou actuellement en services afin de : • Valider l'état des usagers en lien avec la COVID-19. • Valider les possibilités de téléconsultation avec chacun des usagers rejoints. • Transmettre toute information opportune et référence aux services appropriés, le cas échéant. **<u>Pour tous les services :</u>** • Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et	Demeurer en lien avec les usagers sur la liste d'attente pour valider leur état et les référer aux services appropriés, au besoin. **<u>Pour tous les services :</u>** • Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; favoriser la téléconsultation lorsque possible. • Les activités thérapeutiques de groupe en présentiel sont permises en respect des règles de santé	Demeurer en lien avec les usagers sur la liste d'attente pour valider leur état et les référer aux services appropriés, au besoin. **<u>Pour tous les services :</u>** • Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; la téléconsultation devrait être utilisée le plus possible. • Préconiser les activités thérapeutiques individuelles. Les activités thérapeutiques de groupe en présentiel sont permises en respect des	Aucune

	Palier d'alerte 1 Vigilance	Palier d'alerte 2 Préalerte	Palier d'alerte 3 Alerte	Palier d'alerte 4 Alerte maximale	Mesures additionnelles en période de confinement
	téléconsultation est en place et disponible lorsque nécessaire. • Intervention précoce en personne privilégiée; téléconsultation lorsque nécessaire.	directives ministérielles en vigueur; la téléconsultation est en place et disponible lorsque nécessaire. • Les activités thérapeutiques de groupe en présentiel sont permises en respect des règles de santé publique et mesures PCI en vigueur.	publique et mesures PCI en vigueur et si possible préconiser les activités thérapeutiques individuelles.	règles de santé publique et mesures PCI en vigueur.	
Évaluation spécialisée en dépendance	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; la téléconsultation est en place et disponible lorsque nécessaire. • Évaluation spécialisée en personne à privilégier; téléconsultation lorsque nécessaire.	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; la téléconsultation est en place et disponible lorsque nécessaire.	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; favoriser la téléconsultation lorsque possible.	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; la téléconsultation devrait être utilisée le plus possible.	Aucune
Services externes de réadaptation et de gestion du sevrage	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; la téléconsultation est en place et disponible lorsque nécessaire. • Évaluation spécialisée en personne à privilégier;	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; la téléconsultation est en place et disponible lorsque nécessaire.	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; favoriser la téléconsultation lorsque possible.	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; la téléconsultation devrait être utilisée le plus possible.	Aucune

	Palier d'alerte 1 Vigilance	Palier d'alerte 2 Préalerte	Palier d'alerte 3 Alerte	Palier d'alerte 4 Alerte maximale	Mesures additionnelles en période de confinement
	téléconsultation lorsque nécessaire. • Former le personnel externe dès maintenant pour soutien éventuel à l'interne ou pour les services en itinérance.				
Services de traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO)	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur. • Développer la téléconsultation en conformité avec les nouvelles lignes directrices du CMQ, notamment celles liées spécifiquement au TAO. • Service TDO en personne à privilégier; téléconsultation lorsque nécessaire. • Inviter les pharmaciens à prolonger les ordonnances, les ajuster et les transférer à l'intérieur d'une même province. • Inviter les praticiens à transmettre verbalement des ordonnances de	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; la téléconsultation est en place et disponible lorsque nécessaire. • Inviter les pharmaciens à prolonger les ordonnances, les ajuster et les transférer à l'intérieur d'une même province. • Inviter les praticiens à transmettre verbalement des ordonnances de substances désignées qu'ils sont habilités à prescrire. • Inviter les médecins à effectuer de la téléconsultation, notamment en TAO. • Assurer l'accès à la naloxone. • Assurer l'accès au matériel de consommation sécuritaire	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; favoriser la téléconsultation lorsque possible. • Inviter les pharmaciens à prolonger les ordonnances, les ajuster et les transférer à l'intérieur d'une même province. • Inviter les praticiens à transmettre verbalement des ordonnances de substances désignées qu'ils sont habilités à prescrire. • Inviter les médecins à effectuer de la téléconsultation, notamment en TAO. • Assurer l'accès à la naloxone.	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; la téléconsultation devrait être utilisée le plus possible. • Inviter les pharmaciens à prolonger les ordonnances, les ajuster et les transférer à l'intérieur d'une même province. • Inviter les praticiens à transmettre verbalement des ordonnances de substances désignées qu'ils sont habilités à prescrire. • Inviter les médecins à effectuer de la téléconsultation, notamment en TAO. • Assurer l'accès à la naloxone. • Assurer l'accès au matériel de consommation sécuritaire	Aucune

	Palier d'alerte 1 Vigilance	Palier d'alerte 2 Préalerte	Palier d'alerte 3 Alerte	Palier d'alerte 4 Alerte maximale	Mesures additionnelles en période de confinement
	substances désignées qu'ils sont habilités à prescrire. • Inviter les médecins à effectuer de la téléconsultation, notamment en traitement par agonistes opioïdes (TAO). • Assurer l'accès à la naloxone. • Assurer l'accès au matériel de consommation sécuritaire (équipements pour fumer, inhaler et s'injecter de la drogue).	(seringues, équipements pour fumer, sniffer et s'injecter de la drogue). • Continuer les admissions/nouveaux cas urgents, à risque de surdose, en initiant le TAO selon la version temporaire des nouvelles lignes directrices du Collège des médecins du Québec (CMQ) disponibles au lien suivant : http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-03-20-fr-le-traitement-du-trouble-lie-a-l-utilisation-d-opioides-tuo.pdf?t=1606156964069. • Prolonger la durée des prescriptions de TAO en conformité avec les nouvelles lignes directrices des ordres professionnels disponibles au lien suivant: http://www.cmq.org/page/fr/covid-19-trouble-lie-a-l-utilisation-d-opioides-tuo-prescription-d-un-traitement-par-agonistes-opioides-tao-durant-la-pandemie.aspx. • Assurer l'offre de services essentiels, dans le contexte de	• Assurer l'accès au matériel de consommation sécuritaire (seringues, équipements pour fumer, sniffer et s'injecter de la drogue). • Continuer les admissions/nouveaux cas urgents, à risque de surdose, en initiant le TAO selon la version temporaire des nouvelles lignes directrices du Collège des médecins du Québec (CMQ) disponibles au lien suivant : http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-03-20-fr-le-traitement-du-trouble-lie-a-l-utilisation-d-opioides-tuo.pdf?t=1606156964069. • Prolonger la durée des prescriptions de TAO en conformité avec les nouvelles lignes directrices des ordres professionnels. disponibles au lien suivant: http://www.cmq.org/page/fr/covid-19-trouble-lie-a-l-utilisation-d-opioides-tuo-	(seringues, équipements pour fumer, sniffer et s'injecter de la drogue). • Continuer les admissions/nouveaux cas urgents, à risque de surdose, en initiant le TAO selon la version temporaire des nouvelles lignes directrices du Collège des médecins du Québec (CMQ) disponibles au lien suivant : http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-03-20-fr-le-traitement-du-trouble-lie-a-l-utilisation-d-opioides-tuo.pdf?t=1606156964069. • Prolonger la durée des prescriptions de TAO en conformité avec les nouvelles lignes directrices des ordres professionnels disponibles au lien suivant: http://www.cmq.org/page/fr/covid-19-trouble-lie-a-l-utilisation-d-opioides-tuo-prescription-d-un-traitement-par-agonistes-opioides-tao-durant-la-pandemie.aspx. • Assurer l'offre de services essentiels, dans le contexte	

	Palier d'alerte 1 Vigilance	Palier d'alerte 2 Préalerte	Palier d'alerte 3 Alerte	Palier d'alerte 4 Alerte maximale	Mesures additionnelles en période de confinement
		transferts interétablissements et interrégionaux sécuritaires en matière de PCI (directive à venir). • Optimiser la présence médicale (médecin sur appel, intervenant pivot, etc.).	prescription-d-un-traitement-par-agonistes-opioides-tao-durant-la-pandemie.aspx. • Assurer l'offre de services essentiels, dans le contexte de transferts interétablissements et interrégionaux sécuritaires en matière de PCI (directive à venir). • Optimiser la présence médicale (médecin sur appel, intervenant pivot, etc.).	de transferts interétablissements et interrégionaux sécuritaires en matière de PCI (directive à venir). • Optimiser la présence médicale (médecin sur appel, intervenant pivot, etc.).	
Services internes de réadaptation en dépendance et de gestion du sevrage	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur.	• Assurer l'offre de services en hébergement, notamment le maintien des admissions, en respect des standards PCI en vigueur. • Maintenir les admissions pour l'ensemble des personnes nécessitant des services de sevrage. • Les activités thérapeutiques de groupe en présentiel sont permises en respect des règles de santé publique et des mesures PCI en vigueur.	• Assurer l'offre de services en hébergement, notamment le maintien des admissions, en respect des standards PCI en vigueur. • Maintenir les admissions pour l'ensemble des personnes nécessitant des services de sevrage, selon les directives ministérielles. • Les activités thérapeutiques de groupe en présentiel sont permises en respect des règles de santé publique et des mesures PCI en vigueur et si possible	• Assurer l'offre de services essentiels en hébergement, notamment le maintien des admissions, en respect des standards PCI en vigueur. • Maintenir si possible, les admissions pour l'ensemble des services de sevrage, selon les directives ministérielles, si non possible, prioriser les sevrages modérés, sévères et les cas urgents. • Préconiser les activités thérapeutiques individuelles. Les activités thérapeutiques de groupe en présentiel sont	Aucune

	Palier d'alerte 1 Vigilance	Palier d'alerte 2 Préalerte	Palier d'alerte 3 Alerte	Palier d'alerte 4 Alerte maximale	Mesures additionnelles en période de confinement
			préconiser les activités thérapeutiques individuelles.	permises en respect des règles de santé publique et des mesures de PCI en vigueur.	
Services de soutien à l'entourage	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI en vigueur; la téléconsultation est en place et disponible lorsque nécessaire. • Service de soutien à l'entourage en présence à privilégier; téléconsultation lorsque nécessaire.	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI en vigueur; la téléconsultation est en place et disponible lorsque nécessaire. • Les activités thérapeutiques de groupe en présentiel sont permises en respect des règles de santé publique en vigueur.	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; favoriser la téléconsultation lorsque possible. • Les activités thérapeutiques de groupe en présentiel sont permises en respect des règles de santé publique en vigueur et si possible préconiser les activités thérapeutiques individuelles.	• Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI et directives ministérielles en vigueur; la téléconsultation devrait être utilisée le plus possible. • Préconiser les activités thérapeutiques individuelles. Les activités thérapeutiques de groupe en présentiel sont permises en respect des règles de santé publique en vigueur.	Aucune
Services en itinérance sous la responsabilité des CISSS et des CIUSSS	Maintien de toutes les activités en présence en respect des standards PCI en vigueur.	• Continuer les suivis urgents et incontournables. • Poursuivre l'accueil des demandes en présence, lorsque requis. • Déterminer, avec les principaux partenaires, la trajectoire COVID-19 destinée aux personnes en situation d'itinérance et participer à son déploiement.	• Intensifier la présence des équipes de proximité (ex. : équipe itinérance) dans les milieux d'hébergement des personnes en situation d'itinérance pour soutenir le déploiement de la trajectoire COVID-19. • Préconiser les activités thérapeutiques individuelles. Les activités thérapeutiques de groupe	• Intensifier la présence des équipes de proximité (ex. : équipe itinérance) dans les milieux d'hébergement des personnes en situation d'itinérance pour soutenir le déploiement de la trajectoire COVID-19. • Préconiser les activités thérapeutiques individuelles. Les activités thérapeutiques de groupe en présentiel, sont	Aucune

	Palier d'alerte 1 Vigilance	Palier d'alerte 2 Préalerte	Palier d'alerte 3 Alerte	Palier d'alerte 4 Alerte maximale	Mesures additionnelles en période de confinement
		• Mettre à profit les professionnels provenant des équipes de proximité (ex. : équipe itinérance) pour le déploiement de la trajectoire COVID-19.	en présentiel, sont permises en respect des règles de santé publique en vigueur. • Rehausser la mise en place de services à bas seuil d'accessibilité.	permises en respect des règles de santé publique en vigueur. • Rehausser la mise en place de services à bas seuil d'accessibilité.	

Émission :	19-02-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-039

Catégorie(s) :
- ✓ Ressources d'hébergement d'urgence en itinérance
- ✓ Ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance
- ✓ Mesures PCI

Directive sur les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) destinées aux ressources d'hébergement d'urgence en itinérance (RHU) et aux ressources d'hébergement communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (RHD)

Première diffusion

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

Destinataires :	• Tous les établissements publics du RSSS : - Directeurs Santé mentale, dépendance itinérance • Ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance

Directive	
Objet :	Compte tenu de la situation épidémiologique au Québec et afin de limiter la propagation de la COVID-19; Vous trouverez les mesures PCI à appliquer dans les RHU et dans les RHD au Québec.
Mesures à implanter :	Conseils et mesures préventives pour les RHU et les RHD au Québec.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction des services en dépendance et en itinérance**

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-038

Directive

1. Hygiène et prévention générale

- Afficher les informations relatives au coronavirus : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-154W.pdf
- Encourager fortement l'hygiène fréquente des mains (usage de solution hydroalcoolique ou eau et savon) avec une friction de 20 secondes.
- Éviter de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec les mains.
- Appliquer l'hygiène et l'étiquette respiratoire : Éternuer ou tousser dans un papier-mouchoir ou dans sa manche (pli du coude, bras, creux de l'épaule). Faire une hygiène des mains après s'être mouché. Ne pas toucher à d'autres personnes ou à des objets avant d'avoir procédé à l'hygiène des mains.
- Une personne désignée devrait être à l'entrée de la ressource pour s'assurer de l'hygiène des mains, fournir un masque médical et questionner la présence de symptômes de la COVID-19 ou à risque (contact, voyage, etc.).
- Prévoir des masques médicaux pour les personnes qui n'en ont pas.
- Le port du masque médical est **obligatoire en tout temps** à l'exception des périodes suivantes :
  - Lorsqu'assis pour le repas ;
  - À la chambre ou au lit lorsqu'en position couchée dans le cas d'un dortoir;
  - Pendant l'hygiène corporelle.
- Respecter la distanciation sociale de 2 mètres le plus souvent possible.
- Surveillance des symptômes quotidiens chez le personnel et les personnes hébergées.
- Le personnel et les bénévoles qui présentent des symptômes ou qui sont malades doivent rester à la maison (ou être retournés chez eux s'ils présentent des symptômes), pour éviter la transmission de l'infection.
- Encourager fortement le personnel à suivre une formation PCI. Au moins une personne formée devrait être présente sur chaque quart de travail. Cette personne pourra être une référence pour les autres et s'assurer du respect rigoureux des mesures PCI. Formation en ligne disponible au lien suivant : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/formations/prevention-et-controle-covid19-dans-les-rpa

1.1. Maintenir une distance minimale de deux mètres entre les employés à l'accueil, lors des pauses, lors des repas, lors des réunions et à l'extérieur.

1.2. Nettoyage :

- Il est important de s'assurer de la formation des personnes qui procèderont au nettoyage et à la désinfection afin que les bons produits pour les bonnes surfaces et avec le bon temps de contact soient utilisés.
- Nettoyer en général et après la tenue d'une activité, les surfaces et les objets qui sont fréquemment touchés (ex. : poignées de porte, rampes, lumières, comptoirs, lavabos, tables, chaises).
- Nettoyer dès que souillure (ex. : crachats), les surfaces et les objets contaminés.
- La fréquence devrait être établit en fonction de la présence ou non de cas COVID-19 et de l'achalandage des lieux.
- Concernant le nettoyage et la désinfection, vous référer aux liens suivants : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002508/?&date=DESC et https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002510/?&date=DESC.

1.3. Éviter le partage du matériel et des équipements (ex. : tablettes, crayons, appareils de communication, etc.) ou s'assurer de leur désinfection entre chaque utilisateur.

- Avoir des papiers-mouchoirs, de la solution-hydroalcoolique et des poubelles en quantité suffisante et qui sont vidées de façon régulière, leur prévoir un couvercle au besoin, si possible avec une pédale (ex. : si elles risquent d'être fouillées). Si manipulation du couvercle, s'assurer de l'hygiène des mains par la suite.
- Mettre de l'eau dans les cendriers pour prévenir la récupération de mégots.
- Voici la liste des produits désinfectants: https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/desinfectants/covid-19/liste.html

2. Accueil et référence de la clientèle

- Dès l'entrée, hygiène des mains ou usage d'un produit antiseptique pour tous.
- À l'arrivée, évaluer si l'usager ou une autre personne au domicile :
  - Est sous investigation ou un cas confirmé de la COVID-19.
  - Présente de la fièvre ou de la toux (ou toux aggravée) ou d'autres symptômes pouvant être associés à la COVID-19 (ex.: difficulté respiratoire ou anosmie brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie). Pour obtenir la liste complète des symptômes, vous référer au lien suivant : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/guide-auto-evaluation-symptomes-covid-19/
  - A eu un contact avec un cas confirmé de COVID-19 ou présence d'autres critères d'exposition tels qu'un retour de voyage hors du Canada depuis moins de 14 jours, un contact d'un cas suspecté ou confirmé de COVID-19 ou usager qui provient d'un milieu où il y a de la transmission active.
- Si la réponse est oui à une des questions précédentes, identifier un espace pouvant servir à isoler une personne chez qui on a détecté des symptômes de la COVID-19 le temps de l'orienter dans la trajectoire appropriée.
- Consulter au besoin Info-Santé et Info-Social en composant le 811.

3. Aménagement des lieux

- Numéroter les lits / chambres et tenir un registre quotidien des admissions avec le numéro de lit attitré afin de faciliter l'évaluation du risque des contacts en cas d'éclosion.
- Aménager l'espace de façon à limiter l'échange de gouttelettes entre les personnes, par exemple :
  - Installer des barrières physiques (surface lavable);
  - Créer des cubicules individuels;
  - Ne pas utiliser les lits du haut des lits superposés;
  - Disposer les lits et les chaises à distance de 2 mètres;
  - Disposer les lits en position « tête-pied »;
  - Condamner des espaces (lavabos, urinoirs, chaises) afin d'assurer une distance minimale entre les espaces utilisables;
  - Prévoir une trajectoire de circulation.

4. Aménagement des services

- Modifier l'organisation des services afin de diminuer la mobilité des personnes (ex : arrêter les périodes de carences dans les RHU et prolonger les heures d'ouverture).
- Revoir l'organisation des activités de groupe (ex : diminuer la taille des groupes, explorer les possibilités d'activités virtuelles, stabiliser la composition des groupes).
- S'assurer d'une configuration sécuritaire des salles où ont lieu les activités de groupe afin notamment d'assurer la distanciation de 2 mètres entre les personnes.
- Le port du masque médical en tout temps lors des services.
- Élaborer un plan de mesures d'urgence pour réagir en présence d'une éclosion dans l'organisme :
  - Identifier les partenaires avec lesquels la communication doit être assurée, tels que la direction régionale de la santé publique, les cliniques médicales à proximité et les centres hospitaliers désignés qui recevront les usagers en cas de détérioration clinique;
  - Chaine de commandement pour la prise de décision;
  - Plan de contingence pour assurer que le personnel soit suffisant;
  - Toutes autres mesures du plan adapté à l'organisme communautaire.

5. Plan de contingence

- Développer une politique d'absentéisme et de congés de maladie flexible. Le personnel et les bénévoles peuvent avoir besoin de rester à la maison lorsqu'ils sont malades, qu'un membre de leur famille est malade ou en cas de fermeture d'école de leurs enfants.
- Identifier les fonctions et les postes critiques et planifier comment leur poursuite pourra être assurée (ex. : former de nouveaux membres du personnel dans divers postes essentiels).
- Seuls les services et activités jugés nécessaires et prioritaires sont maintenus, après décision de la direction ou du conseil d'administration de l'organisme.

6. Provision de matériel

- Prévoir suffisamment de fournitures (masques médicaux, gants, blouses, protection oculaire, nourriture, savon et solution hydroalcoolique pour les mains, produits d'entretien, etc.). Un approvisionnement de quatre à huit semaines est recommandé.

Source

Ce document a été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux avec la collaboration de l'équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Émission :	2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGPPFC-040

Catégorie(s) :
- ✓ Rôles et responsabilités
- ✓ Ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (RHD)

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES OU PRIVÉES OFFRANT DE L'HÉBERGEMENT EN DÉPENDANCE DANS LE CONTEXTE DE LA GESTION DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)**	>	**Destinataire :**	Tous les CISSS et CIUSSS - Directions des services en santé mentale et dépendance (DSMD) des CISSS et CIUSSS - Ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (RHD)

Directive	
Objet :	Le 13 mars 2020, le gouvernement du Québec adoptait un décret qui déclarait l'état d'urgence sanitaire, en vertu de la Loi sur la santé publique (LSP), dans tout le Québec, en réponse à la pandémie de la COVID-19. Un gouvernement qui déclare une urgence sanitaire dans le cadre de la LSP peut exercer des pouvoirs importants pour protéger la population. Depuis la déclaration de l'état d'urgence sanitaire, divers constats mettent en relief l'importance de clarifier les rôles et responsabilités des partenaires du réseau territorial de service, notamment des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (RHD). Ce document se veut un rappel des rôles et responsabilités des divers acteurs concernés au regard des actions à prendre dans le contexte de la gestion de crise COVID-19, et ce, dans le but d'assurer une meilleure gestion des situations en contexte de crise, d'assurer les soins et les services aux personnes hébergées lors d'une éclosion de la COVID-19, de mettre en place et de faire un suivi rigoureux des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI), de comprendre et de faire respecter les directives en vigueur auprès de l'ensemble des personnes hébergées.
Mesures à implanter :	✓ Rappel des rôles et responsabilités des RHD dans le contexte de pandémie de COVID-19

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes : Aucune	
Direction ou service ressource :	**Direction des services en dépendance et en itinérance**
Document annexé :	**Annexe 1** : Rôles et responsabilités des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance dans le contexte de la gestion de la pandémie de la COVID-19

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

Émission :	2021		**Mise à jour :**	

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Chantal Maltais

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

DGPPFC-040- ANNEXE 1

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

DES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES OU PRIVÉES OFFRANT DE L'HÉBERGEMENT EN DÉPENDANCE DANS LE CONTEXTE DE LA GESTION DE LA PANDÉMIE DE LA COVID-19

	MSSS	CISSS et CIUSSS	RHD
COMMUNICATION ET COLLABORATION			
Transmission d'information claire concernant la situation en lien avec la COVID-19 et réponse rapide aux questions en provenance du milieu d'hébergement	• Élaborer des directives claires concernant la situation en lien avec la COVID-19. • Transmettre toutes informations concernant la situation en lien avec la COVID-19 en temps opportun à tous les acteurs concernés. • Maintenir à jour son site Internet. • Soutenir les CISSS-CIUSSS dans la gestion de la pandémie.	• Mettre en place un mécanisme de communication entre le CISSS/CIUSSS et chacune des RHD du territoire. • Mettre en place un mécanisme pour faciliter la réception des informations en provenance des milieux d'hébergement, les questions, leur compréhension des directives et les demandes de soutien.	• Prendre connaissance, s'approprier et mettre en application, dans les meilleurs délais, toutes informations, directives ou consignes touchant la COVID-19. • Référer au CISSS/CIUSSS pour toutes questions. • Tenir informé le CISSS/CIUSSS concernant la situation de la COVID-19 dans la RHD.
QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES ET SÉCURITÉ DES USAGERS			
Prestation de soins et de services de qualité et sécuritaires, dans le respect du cadre législatif, contractuel ou réglementaire s'appliquant au milieu d'hébergement	• Émettre des directives et orientations, en prenant appui sur le cadre législatif, contractuel ou réglementaire en vigueur ainsi que sur les meilleures pratiques reconnues. • S'assurer de l'application du Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance.	• Soutenir les milieux dans le respect de leurs obligations au regard de la qualité des soins et services qu'ils offrent et de la sécurité des personnes hébergées sous leur responsabilité. ~~• Former et soutenir les intervenants concernés, et s'assurer de contrôler les soins et services délégués en vertu de la Loi 90.~~	• Maintenir les conditions de la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance. • Assurer une organisation de soins et services de qualité et sécuritaire. • S'assurer d'avoir en place du personnel adéquatement formé et en nombre suffisant pour permettre une offre de soins et services de qualité et assurer la sécurité des personnes hébergées. • Assurer la sécurité des lieux pour les personnes qui y sont hébergées.
DIRECTIVES MINISTÉRIELLES			
Émission de directives cliniques et administratives visant à soutenir la gestion de la COVID-19 selon les meilleures pratiques recommandées par les experts reconnus par le MSSS et selon	• Émettre des directives cliniques et administratives claires concernant la situation en lien avec la COVID-19 et les maintenir à jour. • Transmettre les informations concernant la COVID-19 en temps opportun à tous les acteurs concernés.	• S'assurer de la diffusion intégrale des directives au sein de toutes les RHD de son territoire. • Conseiller et soutenir les RHD du territoire.	• Prendre connaissance des orientations, directives, consignes ou meilleures pratiques cliniques applicables et s'assurer d'en comprendre l'ensemble des contenus.

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0,55 cm, Sans numérotation ni puces

	MSSS	CISSS et CIUSSS	RHD
les orientations des autorités ministérielles et gouvernementales	• Rendre accessibles les directives sur le site Internet du MSSS.		• Mettre en œuvre dans les meilleurs délais les orientations, directives, consignes ou meilleures pratiques cliniques applicables. • Demander l'expertise ou le soutien du CISSS/CIUSSS lorsque requis. •
DÉPISTAGE			
	• Déterminer les priorités d'utilisation des analyses TAAN COVID-19 et autres tests à des fins de dépistage auprès des clientèles prioritaires.	• Offrir le dépistage, selon les directives ministérielles en vigueur. ~~Collecter les informations relatives au volume de test réalisé en RPA.~~	• Prendre connaissance des directives applicables, s'assurer d'en comprendre l'ensemble des contenus et de les appliquer. • Permettre l'accès au personnel du CISSS/CIUSSS afin qu'il puisse procéder au dépistage des employés et des usagers du milieu selon la fréquence et les recommandations en vigueur. • Demander l'expertise ou le soutien du CISSS/CIUSSS lorsque requis.
MESURES PCI			
Application rigoureuse des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les RHD	• Élaborer et assurer le suivi de l'implantation du Plan d'action pour renforcer et assurer l'application des mesures PCI dans les milieux. • Transmettre les informations concernant le Plan d'action et son suivi en temps opportun à tous les acteurs concernés.	• Transmettre les guides, les recommandations et les directives concernant les mesures PCI aux RHD de leur territoire. • Soutenir les partenaires privés de leur territoire pour la bonne compréhension et application des mesures PCI. • Mettre en place une équipe PCI ayant pour mandat de soutenir les milieux d'hébergement dans la compréhension et l'application des mesures.	• Prendre connaissance des directives et s'assurer d'en comprendre l'ensemble des contenus. • Rendre disponibles les directives aux employés et s'assurer de la prise de connaissance des directives par les employés et de leur compréhension. • Appliquer les directives émises. • Mettre en œuvre le plan d'action PCI ministériel. • Informer le CISSS/CIUSSS en cas de suspicion ou de confirmation d'un cas de COVID-19 chez un usager ou un membre du personnel. • Accueillir les équipes PCI du CISSS/CIUSSS dans les milieux et appliquer les mesures correctives recommandées.

Mis en forme : Retrait : Gauche : -0,08 cm, Suspendu : 0,63 cm, Avec puces + Niveau : 1 + Alignement : 0,63 cm + Retrait : 1,27 cm

	MSSS	CISSS et CIUSSS	RHD
Formation des employés à l'application adéquate des mesures PCI	• Élaborer et assurer le suivi de l'implantation du Plan d'action pour renforcer et assurer l'application des mesures PCI dans les milieux. • Transmettre les informations concernant le Plan d'action et son suivi en temps opportun à tous les acteurs concernés. • S'assurer que la plateforme ENA soit accessible pour les milieux privés.	• Informer les partenaires des milieux des formations à suivre pour tous les nouveaux employés et faire suivre les liens vers les capsules en ligne. • Lors des visites de vigie, vérifier si les employés ont pris connaissance des capsules en ligne via le registre de formation.	• Informer les employés qu'ils doivent suivre les formations en ligne. • Inclure la formation dans le programme d'accueil et d'intégration à la tâche, notamment en identifiant les conditions pour la dispensation de la formation. • S'assurer que les employés ont suivi les formations recommandées ou offertes par le CISSS/CIUSSS. • Identifier une personne responsable de s'assurer que la formation a été suivie pour tous les employés. • Tenir un registre de formation et être en mesure de démontrer les preuves de formation. • Transmettre un plan de formation à l'équipe de la certification du CISSS/CIUSSS ou une preuve d'inscription. • S'assurer du maintien des compétences des employés et de l'application adéquate des concepts vus en formation. •
Utilisation adéquate des ÉPI	• Élaborer et assurer le suivi de l'implantation du Plan d'action pour renforcer et assurer l'application des mesures PCI dans les milieux. • Transmettre les informations concernant le Plan d'action et son suivi en temps opportun à tous les acteurs concernés.	• S'assurer de connaître les directives ministérielles en vigueur portant sur les ÉPI. • Transmettre les directives aux responsables de tous les milieux de son territoire. • Élaborer et s'approprier le plan de contingence en cas de pénurie d'ÉPI. • Partager son plan de contingence pour les ÉPI avec les milieux. • Continuer de fournir les ÉPI aux partenaires de son territoire selon les besoins identifiés, son plan de contingence pour les ÉPI et en fonction de la stratégie d'approvisionnement du MSSS. • Poursuivre les visites de vigie afin de s'assurer d'une utilisation adéquate des ÉPI.	• Faire connaître les directives ministérielles portant sur les ÉPI à ses employés, s'assurer de leur compréhension et de leur application. • Prendre connaissance du plan de contingence pour les ÉPI du CISSS/CIUSSS. • Évaluer les pratiques pour l'utilisation conforme des ÉPI. • Se procurer les ÉPI nécessaires pour faire face à une deuxième vague ou à tout autre type d'éclosion. • Faire part de ses besoins en ÉPI au CISSS/CIUSSS de façon proactive afin d'éviter toute pénurie. • S'assurer d'une utilisation pertinente et conforme des ÉPI par le personnel de la RHD.

Mis en forme : Retrait : Gauche : -0,08 cm, Avec puces + Niveau : 1 + Alignement : 0,63 cm + Retrait : 1,27 cm

	MSSS	CISSS et CIUSSS	RHD
			• Réaliser des audits sur les pratiques pour l'utilisation conforme des ÉPI et procéder aux corrections lorsque nécessaire.
Contrôle et suivi de l'application des mesures PCI au sein des milieux	• Élaborer et assurer le suivi de l'implantation du Plan d'action pour renforcer et assurer l'application des mesures PCI dans les milieux d'hébergement. • Transmettre les informations concernant le Plan d'action et son suivi en temps opportun à tous les acteurs concernés. • Réaliser des visites de vigie dans les milieux d'hébergement.	• Réaliser des visites de vigie dans les milieux d'hébergement. • Suivre les résultats et s'assurer auprès des milieux que des corrections sont faites lorsque nécessaire. • Informer le MSSS des résultats.	• Réaliser des audits pour s'assurer du respect des mesures PCI. • Mettre en place les mesures correctrices requises en présence d'écarts.
RESSOURCES HUMAINES			
Personnel formé et disponible en nombre suffisant	• Émettre des directives et orientations, en prenant appui sur le cadre législatif, contractuel ou réglementaire en vigueur ainsi que sur les meilleures pratiques reconnues.	• Soutenir les milieux dans l'élaboration de leur plan de contingence pour les ressources humaines (formation, gabarit, etc.). • Recevoir les plans de contingence pour les ressources humaines des milieux, les analyser et assurer un soutien pour leur réalisation (identifier la personne responsable des échanges avec les milieux). • Offrir une contribution additionnelle en termes de renfort en ressources humaines, dans l'éventualité où une telle entente est convenue avec le milieu.	• Gérer le personnel selon les meilleures pratiques de gestion afin d'en favoriser l'attraction et la rétention. • Assurer une planification efficiente des horaires de travail et prévoir des mesures permettant de faire face aux absences imprévues (plan de contingence). • Offrir un environnement de travail sécuritaire, agréable et répondant aux besoins des employés. • Produire un plan de contingence pour prévenir une pénurie de ressources humaines et le transmettre au CISSS/CIUSSS du territoire concerné. • Le cas échéant, assurer la mise en œuvre du plan de contingence, et interpeller le CISSS/CIUSSS si une contribution additionnelle doit être prévue, par le biais d'une entente, afin d'éviter un bris de service.

RESSOURCES FINANCIÈRES			
Soutenir financièrement les milieux dans le contexte précis de crise COVID-19	• Répartir les sommes réservées entre les CISSS/CIUSSS, selon une méthodologie convenue. • Recevoir la reddition de comptes des CISSS/CIUSSS et l'analyser. • Procéder aux versements aux CISSS/CIUSSS.	• Rendre disponibles les sommes convenues aux milieux de son territoire. • Recevoir la reddition de comptes des milieux de son territoire et l'analyser. • Assurer un soutien aux milieux de son territoire.	• S'assurer d'une utilisation juste et optimale des sommes allouées. • Effectuer une reddition de comptes transparente et dans les délais prévus.
EN CAS D'ÉCLOSION A LA COVID-19			
Soutenir les milieux concernés	• Émettre des directives et orientations à ce sujet basées sur les données probantes et la connaissance de l'évolution de la maladie.	• Soutenir les milieux dans la gestion de l'éclosion, notamment en matière de recommandations PCI. • Soutenir les milieux lorsque des besoins en termes d'ÉPI, de RH ou de formation sont formulées. • Mettre en place des mécanismes pour s'assurer qu'ils reçoivent rapidement les informations concernant les éclosions dans les milieux se trouvant sur leur territoire. • Nommer des responsables en mesure de transmettre au MSSS les informations demandées lors d'une éclosion dans un milieu public ou privé, se trouvant sur son territoire.	• Mettre en place toutes les mesures nécessaires pour gérer l'éclosion et assurer la sécurité des personnes hébergées et des employés. • Informer rapidement le CISSS/CIUSSS de l'existence d'une éclosion et transmettre les informations relatives aux changements lors d'une éclosion. • Agir en collaboration avec le CISSS/CIUSSS pour contenir et enrayer l'éclosion. • Faire part de besoin exceptionnel, le cas échéant (ressources humaines, ÉPI, etc.).

Émission :	19-02-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-014

Catégorie(s) :
- ✓ Équipements de protection individuels
- ✓ Milieux de vie
- ✓ Masque médical

Directive sur l'application des protocoles de prévention et de contrôle des infections (PCI) en lien avec le port du masque médical dans les milieux de soins et autres milieux en contexte des soins de santé

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale de la santé publique (DGSP)**	**Destinataires :**	- PDG et DG des établissements du RSSS
			- Directeurs des services professionnels
			- Directeurs des soins infirmiers des établissements publics du RSSS
			- Directeurs SAPA
			- Directeurs de la qualité
			- Répondants RI-RTF des établissements
			- Tous les établissements du RSSS offrant des soins :
			- Hôpitaux (soins de courte durée, soins pédiatriques)
			- Cliniques médicales (incluant GMF, cliniques externes, clinique COVID-19, etc.)
			- Milieux de réadaptation
			- 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)
			- Autres ressources d'hébergement offrant des soins de longue durée
			- Directeurs déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
			  - Directeurs des programmes jeunesse
			  - CLSC (lors des services de soutien à domicile)

Émission :	19-02-2021	Mise à jour :	

Directive	
Objet :	Port du masque approprié dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux offrant des soins et autre milieu en contexte de soins de santé.
Principe :	Considérant l'évolution de la situation épidémiologique au Québec et afin de protéger les usagers et les travailleurs de la santé, vous trouverez les mesures à appliquer en lien avec le port du masque médical en milieu offrant des soins et tout autre milieu en contexte de soins de santé. Celles-ci s'ajoutent au décret ministériel sur le port obligatoire du couvre-visage dans les lieux publics déjà en vigueur (décret 810-2020) et de l'arrêté ministériel sur le port du couvre-visage obligatoire pour les résidents de RPA (arrêté numéro 2020-064 du ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 17 septembre 2020). Il est prioritaire de protéger les usagers, particulièrement ceux considérés vulnérables, en évitant de les exposer à des travailleurs de la santé qui pourraient être des porteurs asymptomatiques de la COVID-19. Par ailleurs, les travailleurs de la santé doivent également être protégés de la contamination par des usagers. L'accessibilité aux équipements de protection individuelle doit être prise en compte.
Mesures à implanter :	- Les travailleurs de la santé, dans tous les milieux de soins (hôpitaux, CHSLD et résidence privée pour aînés (RPA), autres milieux similaires ayant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF)), centres de réadaptation, soins ambulatoires ou soins à domicile) doivent porter le masque médical, selon les consignes énoncées plus bas. - Les usagers admis, hébergés ou en services ambulatoires, peu importe le milieu offrant les soins, doivent porter le masque médical, selon les consignes énoncées plus bas.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes :	
Direction ou service ressource :	**Direction générale de santé publique** SantePubliqueQuebec@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Annexe 1 : Position du CINQ sur le document Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie : https://www.inspq.qc.ca/publications/3100-position-cinq-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19. ✓ Annexe 2 : SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieux de soins en fonction des paliers d'alerte : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2968-port-masque-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid19.pdf.

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 :	19-02-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-014

Directive

En lien avec la transmission de la COVID-19, plusieurs travaux ont été tenus par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), ce qui a permis d'apporter plusieurs ajouts et modulations dans les recommandations déjà émises.

En plus de considérer les positions émises par l'INSPQ sur le port du masque approprié dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux offrant des soins, la littérature scientifique disponible à ce jour a été analysée et les lignes directrices des diverses instances nationales et internationales ont été prises en compte. L'expérience acquise par les membres du CINQ au cours de leur pratique pendant la pandémie a également été considérée dans la modulation de certaines recommandations.

D'autre part, de nombreuses études ont démontré que le fait de contrôler la source de l'infection (ex. : port du masque médical de l'usager infecté) diminue l'expulsion de particules respiratoires et par conséquent, le risque de contamination. Ajoutée au port du masque médical par le travailleur de la santé, cette mesure est plus efficace que le masque porté seulement par le travailleur de la santé.

À la lumière de ces constats, les précisions suivantes ont été apportées : Pour les travailleurs de la santé ainsi que les usagers, il est important de mettre l'emphase sur la qualité des masques médicaux utilisés.

Pour les travailleurs de la santé

Un masque médical de niveau ASTM niveau 2 ou supérieur est recommandé pour tous les travailleurs de la santé.

Pour ceux travaillant en zone chaude, se référer à la Directive sur la mise en œuvre de la gestion du risque d'exposition aux aérosols de SRAS-CoV-2 des travailleurs de la santé dans les milieux de soins : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dggmo-003.pdf.

Pour les usagers

Un masque médical de niveau ASTM niveau 1 est recommandé. Le niveau de la norme ASTM 1, 2 ou supérieur doit être bien indiqué sur la boite. Ceci est applicable pour tous les secteurs offrant des soins et tout autre milieu en contexte de soins de santé, comme mentionné ci-dessous.

- Pour les usagers admis (hospitalisés, hébergés) : Port du masque médical ASTM de niveau 1 en tout temps lorsque l'usager se trouve à moins de 2 mètres de toute autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur, accompagnateur, personne proche aidante, etc.), dans tous les secteurs offrant des soins sans égard à la zone où il se trouve (froide, tiède ou chaude).

- Pour les usagers admis en milieu pédiatrique : Port du masque médical ASTM de niveau 1 en tout temps pour les usagers de 10 ans et plus lorsqu'ils se trouvent à moins de 2 mètres de toute autre personne (travailleur de la santé, autre usager, parent, visiteur, etc.), dans tous les secteurs offrant des soins sans égard à la zone où il se trouve (froide, tiède ou chaude).
    - Usager de 2 à 9 ans : Port du masque médical ASTM de niveau 1 est recommandé, si toléré;
    - Usager de moins de 2 ans, le port du masque médical n'est pas recommandé.

- Pour les usagers partageant une chambre multiple, une barrière physique tel qu'un rideau permet à l'usager de ne pas porter le masque médical en tout temps. Par contre, l'usager devra porter le masque dès qu'il doit quitter le lit (ex. : pour aller à la salle de bain, etc.).

- Pour les usagers admis en services ambulatoires : (ex. : urgence, cliniques externes, médecine de jour, etc.) : Port du masque médical ASTM de niveau 1 **en tout temps** dans tous les secteurs offrant des soins sans égard à la zone où il se trouve (froide, tiède ou chaude).

- Pour les usagers recevant des soins à domicile : Port du masque médical ASTM de niveau 1 en tout temps lorsque l'usager se trouve à moins de 2 mètres du travailleur de la santé.

Exceptions :

- Usager ne tolérant pas le masque (ex. : les personnes qui ont un trouble cognitif, une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme, un problème de toxicomanie ou un problème de santé mentale sévère qui ne sont pas en mesure de comprendre l'obligation ou pour lesquelles le port du masque entraine une détresse significative)
- Usager qui dort
- Usager présentant une condition physique ne permettant pas le port du masque (ex. : la personne ne présentant pas d'oreille)
- Interférence avec les soins

Recommandations sur le port du masque médical pour les travailleurs de la santé et pour les usagers:

- Procéder à l'hygiène des mains avant de mettre le masque médical.
- Le masque doit bien recouvrir le nez et la bouche et doit être descendu sous le menton. Ajuster la bande nasale sur l'arête du nez et s'assurer que le masque épouse la forme du nez.
- Veiller à ce que la surface de couleur soit à l'extérieur, car il s'agit de la surface imperméable qui protège contre les éclaboussures.
- Ajuster le masque au visage en minimisant les ouvertures sur le côté, il doit bien épouser la forme du visage.
- Si le masque glisse, le remonter par la bande nasale et resserrer la bande ajustable. Procéder à l'hygiène des mains après cet ajustement.
- Ne pas toucher l'avant du masque. Si par erreur, le masque est touché, procéder à l'hygiène des mains.
- Le masque doit être changé à la sortie de la chambre d'un usager pour lequel des précautions additionnelles de type gouttelettes sont en place, peu importe le microorganisme en cause.
- Changer le masque lorsque celui-ci devient humide, lorsqu'il est souillé par des éclaboussures ou s'il est endommagé.
- Pour les travailleurs de la santé, le masque doit être porté pour une durée maximale de 4 heures outre les situations énumérées ci-haut. Il doit être changé lors des pauses et les repas.
- Pour les usagers, le masque médical doit être changé minimalement toutes les 24 heures.
- Retirer le masque par les élastiques ou les cordons lorsqu'indiqué. Éviter d'entrer en contact avec les surfaces potentiellement contaminées.
- Ne pas garder le masque accroché au cou ou pendu à une oreille.
- Jeter immédiatement après le retrait dans le contenant prévu, puis procéder à l'hygiène des mains.
- Ne jamais réutiliser un masque médical une fois retiré.
  (Source : SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins)
- S'assurer que le milieu de soins ou le service ambulatoire dispose de la quantité suffisante pour fournir le masque médical aux travailleurs de la santé et aux usagers admis en milieu de soins, en services ambulatoires, en soins à domicile et tout autre milieu offrant des soins.
- Si requis, accompagner l'usager, l'accompagnateur ou la personne proche aidante pour s'assurer que le port du masque est adéquat.

INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Position du CINQ sur le document *Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie*

28 décembre 2020

Position

Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) a pris connaissance du nouveau document : *Transmission du SRAS-CoV-2 : Constats et proposition de terminologie.* Les membres du comité ont indiqué leur accord avec les constats présentés dans ce document.

Comme il le fait depuis le début de la pandémie, le comité continue de consulter les recommandations des diverses instances nationales et internationales et de suivre la littérature scientifique produite sur le SRAS-CoV-2. Il procède en continu aux mises à jour des différents documents réalisés en fonction de l'évolution des connaissances.

En lien avec la transmission de la COVID-19, **plusieurs discussions ont été tenues lors des dernières rencontres du CINQ, ce qui a permis d'apporter plusieurs ajouts et modulations dans les recommandations déjà émises.** En plus de considérer les positions émises par l'INSPQ sur les sujets cités ci-haut, la littérature scientifique disponible à ce jour a été analysée et les lignes directrices des diverses instances nationales et internationales ont été prises en compte. L'expérience acquise par les membres du CINQ au cours de leur pratique pendant la pandémie a également été considérée dans la modulation de certaines recommandations.

Voici les précisions qui seront apportées dans les recommandations. Le CINQ :

- Maintient les précautions additionnelles gouttelettes-contact incluant une protection oculaire pour les cas suspectés ou confirmés de COVID-19.
- Maintient les précautions additionnelles aériennes-contact incluant une protection oculaire lors d'interventions médicales générant des aérosols (IMGA) à risque reconnu ou à risque possible d'augmenter la transmission d'aérosols infectieux chez les cas suspectés ou confirmés de COVID-19.
- Ajoute des recommandations pour mieux encadrer le choix de chambre pour les cas confirmés de COVID-19. Ainsi, des chambres individuelles devraient être privilégiées pour l'hospitalisation ou l'hébergement des cas confirmés de COVID-19. Il est important de revoir la densité des cas confirmés et d'éviter qu'ils soient hébergés dans des espaces restreints. Il convient donc de réduire le nombre d'usagers contagieux présents dans une même pièce, surtout si celle-ci est exiguë.
  - Ces recommandations seront ajoutées aux documents sur les mesures de prévention et de contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée, de longue durée, de réadaptation, en clinique médicale et à domicile[1].

[1] SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée et SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires et SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de réadaptation physique, de déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme et SRAS-CoV-2 - Mesures de prévention et contrôle des infections pour les cliniques médicales/cliniques externes/cliniques COVID-19/GMF et SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les soins à domicile

- Ajoute le port du masque médical en tout temps pour l'usager (pour augmenter le contrôle à la source) tout en maintenant le port du masque en continu par le travailleur de la santé (introduction de la notion de « double masque » travailleur de la santé et usager) [2].
  - Ainsi, le port du masque médical est recommandé pour l'usager lorsqu'il se trouve à moins de deux mètres d'une autre personne (travailleur de la santé, autre usager, visiteur). Ceci est applicable pour tous les secteurs de soins : usagers en service ambulatoire (ex. : urgence, cliniques externes, médecine de jour, etc.) et usagers hospitalisés ou hébergés sans égard à la zone où ils se trouvent (froide, tiède ou chaude).
  - Cette recommandation sera ajoutée aux documents sur les mesures de prévention et de contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée, de longue durée, de réadaptation, en clinique médicale et à domicile[1].

- Précise l'importance du choix et de la qualité du masque médical pour les travailleurs de la santé.
  - Le CINQ reconnaît l'importance de mettre l'emphase sur la qualité des masques médicaux utilisés en contexte de soins. Un masque médical de niveau ASTM 2 ou supérieur est recommandé pour les soins aux cas suspectés ou confirmés de COVID-19. Pour les soins aux usagers non suspectés ou non confirmés de COVID-19, un masque médical de niveau ASTM 1 est recommandé.
  - Cette recommandation sera ajoutée aux documents sur les mesures de prévention et de contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée, de longue durée, de réadaptation, en clinique médicale et à domicile[1].
  - Un nouveau document sera produit pour préciser le choix des masques médicaux : *SRAS-Co-V-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins* (lien à venir).
  - Cette recommandation sera ajoutée au document : *SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieux de soins en fonction des paliers d'alerte*.

- Précise l'importance du choix et de la qualité du masque médical pour les usagers. Ainsi, les masques médicaux utilisés par les usagers devraient être de niveau ASTM 1.
  - Cette recommandation sera ajoutée aux documents sur les mesures de prévention et de contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée, de longue durée, de réadaptation, en clinique médicale et à domicile[1].
  - Un nouveau document sera produit pour préciser le choix des masques médicaux : *SRAS-Co-V-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins* (lien à venir).
  - Cette recommandation sera ajoutée au document : *SRAS-CoV-2 : Port du masque médical en milieux de soins en fonction des paliers d'alerte*.

- Poursuit ses travaux pour moduler les recommandations sur l'utilisation des appareils de protection respiratoire de type N95 (APR N95) dans des contextes autres que les IMGA. Des situations bien précises, restreintes et encadrées sont explorées en ce moment. Le CINQ prévoit émettre des recommandations en début d'année 2021.

---

[2] Il est à noter que pour simplifier la rédaction et la compréhension de ce document toutes les références consultées et utilisées n'y ont pas été ajoutées. Les références se retrouvent dans les documents nommés dans les recommandations.

Position du CINQ sur le document
Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Natasha Parisien, conseillère scientifique
Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA DIRECTION

Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

© Gouvernement du Québec (2021)

No de publication : 3100

Institut national
de santé publique
Québec

Numéro de dossier
2021-013

Date
2021-11-10

Volume	Chapitre	Sujet	Document
02	02	54	02

Sujet

Politique de gestion des vaccins du Programme québécois d'immunisation

Cette circulaire remplace celle du 2 juin 2015 (2015-020) même codification.

Expéditeur(s)

Le sous-ministre adjoint à la Direction générale de santé publique

Destinataire(s)

Les directrices et les directeurs de santé publique, les présidentes-directrices générales et les présidents-directeurs généraux des centres intégrés de santé et de services sociaux et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux

Cette circulaire s'adresse également, en adaptant les destinataires :

- au Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (CRSSSBJ)
- à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSS du Nunavik)
- au Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ)

Objet

La présente circulaire a pour but de définir la Politique de gestion des vaccins utilisés dans le Programme québécois d'immunisation (PQI). Elle tient compte de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), de la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2), des normes et de la gestion de la qualité des vaccins et des responsabilités respectives des intervenants concernés.

Modalités

1. Direction générale adjointe de la protection de la santé publique

La Direction générale adjointe de la protection de la santé publique (DGAPSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est responsable de la gestion du PQI. Elle établit les indications de gratuité des vaccins et révise annuellement :

a. la liste des vaccins utilisés dans les programmes d'immunisation en consultant les directions de santé publique (DSPublique) des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) pour valider les quantités requises;
b. la liste des vaccins utilisés dans le cadre de l'application de la Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services (LQ 2020, chapitre 4) en consultant les grossistes de produits pharmaceutiques pour valider les quantités requises.

Elle s'assure du maintien de la qualité des vaccins du PQI en établissant les normes et les pratiques de gestion de ces produits.

La DGAPSP nomme un responsable provincial pour assurer la coordination et l'application des normes de qualité de gestion des vaccins jusqu'à leur mise en inventaire au niveau régional et au niveau des grossistes.

2. Gestionnaire administratif et financier des vaccins

La DGAPSP confie au Centre d'acquisitions gouvernementales (CAG), corporation d'achat en commun, le mandat d'agir en son nom, à titre de gestionnaire administratif et financier pour l'adjudication de contrats à un ou à plusieurs fournisseurs pour les

vaccins et les services d'un dépositaire et d'un distributeur provincial (DDP), l'achat de vaccins du PQI et le paiement de factures.

a. Gestion de l'adjudication

   En confiant ce mandat au CAG, la DGAPSP reconnaît que celle-ci agit dans le cadre du processus d'appel d'offres à titre d'organisme public et, qu'à ce titre, elle exerce, ainsi que son plus haut dirigeant, tous les droits et les obligations prévus à la Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1), et ce, jusqu'à la conclusion du contrat avec un ou des fournisseurs.

b. Gestion contractuelle

   Le gestionnaire administratif et financier achète les quantités requises de vaccins auprès des fabricants et des fournisseurs en effectuant le suivi des paiements et en assurant le suivi du contrat d'entreposage, le calcul des frais de distribution, la mise à jour de l'inventaire des vaccins chez le DDP et le suivi des notes de crédit associées au retour des produits périmés. Il est également responsable du suivi, de l'encaissement et de la facturation aux organismes vaccinateurs lors des bris de la chaîne de froid évalués par les DSPublique du CISSS ou du CIUSSS. Il informe la DGAPSP des pertes et des réclamations faites auprès des organismes vaccinateurs.

Suivant l'autorisation de la DGAPSP, le CAG effectue le paiement auprès de divers fournisseurs.

Il est également responsable du suivi des conditions, notamment en ce qui a trait aux avis, aux modifications de conditions, à l'exercice d'option de renouvellement, etc.

3. La DGAPSP peut également mandater

La DGAPSP peut également mandater Services publics et Approvisionnement Canada pour la négociation d'achats de vaccins et la gestion des contrats qui en découlent dans le cadre d'une lettre d'entente signée.

4. DDP des vaccins

Sur une base périodique et à la suite d'un appel d'offres fait par le gestionnaire administratif et financier des vaccins, un DDP des vaccins du PQI est désigné par contrat. Selon les modalités prévues à ce dernier, il entrepose les vaccins, gère les inventaires, les commandes, la réception des livraisons des fabricants et des fournisseurs et les retours de vaccins. Il approvisionne également les dépositaires et les distributeurs régionaux (DDR) en vaccins du PQI et les grossistes selon les modalités prévues au contrat.

5. DSPublique du CISSS ou du CIUSSS

La DSPublique du CISSS ou du CIUSSS doit soutenir l'accès à des services de vaccination de qualité et est responsable, dans sa région, de la gestion et de la distribution des vaccins du PQI aux CISSS et/ou aux CIUSSS et aux organismes vaccinateurs autres que les pharmacies communautaires.

Elle nomme un répondant régional qui veille, auprès des CISSS, des CIUSSS et des organismes vaccinateurs autres que les pharmacies communautaires, à l'application du Guide des normes et pratiques de la gestion des vaccins et du respect du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), outils de référence pour tous les professionnels de la santé qui administrent des vaccins.

Ce répondant s'assure d'avoir un inventaire en vaccins suffisant pour les besoins de sa population qui se voit offrir un service de vaccination en CISSS, en CIUSSS ou dans un organisme autre qu'en pharmacie communautaire. Il évalue et détermine les sites de vaccination nécessaires sur son territoire autre qu'en pharmacie communautaire et précise les conditions en vertu desquelles ils pourront bénéficier des privilèges rattachés à leur participation au PQI. Une entente de service est établie entre la DSPublique et le site de vaccination pour une période déterminée ou jusqu'à ce qu'une des deux parties décide d'y mettre fin. Elle décrit les responsabilités de chacun en regard de la gestion des vaccins.

Advenant le cas où l'entente de service n'est pas respectée, la DSPublique se réserve le droit de refuser tout approvisionnement. Elle peut également refuser de distribuer certains vaccins afin de minimiser les pertes en raison notamment, des formats de distribution disponibles, de la disponibilité ou d'une sous-utilisation des vaccins.

6. Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament[2] du MSSS

La Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament du MSSS (DAPM) soutient l'accès à des services de vaccination de qualité aux pharmaciens avec l'aide de l'Ordre des pharmaciens du Québec[3] et du réseau de distribution existant des médicaments via les grossistes.

7. DDR de vaccins

Chaque DSPublique établit une entente de service avec les DDR de son territoire et les supervise directement ou indirectement.

En utilisant le volet GPI du système d'information en protection des maladies infectieuses (SI-PMI), les DDR gèrent les inventaires, font les commandes auprès du DDP et distribuent les vaccins requis pour l'application du PQI aux CISSS, aux CIUSSS et aux organismes vaccinateurs ayant signé une entente sur la gestion des vaccins avec la DSPublique autres qu'en pharmacie communautaire. Ils ont également pour mandat de recueillir, auprès des établissements et des organismes vaccinateurs sous entente avec la DSPublique, les vaccins périmés débitables et de les retourner au DDP.

8. Sites de vaccination : établissements du réseau de la santé et des services sociaux (CISSS/CIUSSS), cliniques ou bureaux médicaux ou tout autre organisme offrant des services de vaccination

Les sites de vaccination autres qu'en pharmacie communautaire nomment un responsable d'une entente de service concernant la gestion des vaccins avec leur DSPublique. Ils s'assurent que toutes les modalités de l'entente soient mises en application et doivent identifier un répondant local de la gestion des vaccins.

Ils doivent également détenir une police d'assurance contre tout dommage ou toute perte causé aux vaccins dès la cueillette ou la réception des vaccins.

Tout bris de la chaîne de froid ou autre incident survenu lors de l'entreposage ou la manutention des vaccins du PQI selon le Guide des normes et pratiques de gestion des vaccins et le PIQ doit être signalé à la DSPublique. Les vaccins sont conservés en quarantaine selon les normes reconnues jusqu'à l'évaluation et la recommandation de la DSPublique.

Le volet GPI du SI-PMI doit être utilisé pour commander et retourner les vaccins au DDR selon les modalités de la DSPublique.

Les vaccins reçus pour l'application du PQI ne peuvent être vendus, empruntés ou facturés. La facturation de l'acte de vaccination doit se faire, le cas échéant, en conformité avec les normes professionnelles auxquelles sont soumis les vaccinateurs.

9. Registre de vaccination

Toutes les vaccinations reçues par une personne au Québec, qu'elles soient couvertes ou non par le régime public, doivent obligatoirement être inscrites au registre de vaccination du Québec en vertu de la LSP.

Le règlement ministériel d'application de la LSP concernant le registre de vaccination prévoit que cette saisie doit être réalisée dans les deux jours ouvrables suivant l'administration du vaccin.

Par ailleurs, toutes les vaccinations reçues par une personne, lorsque ces vaccinations sont portées à la connaissance d'un professionnel de la santé et qu'elles sont validées (par exemple, si elles ont été notées dans le carnet de vaccination), doivent aussi être inscrites au registre de vaccination. Ainsi, si l'historique des données de vaccination est absent du registre de vaccination, les données de vaccination manquantes doivent y être inscrites.

Il importe de préciser que la mise en oeuvre du registre de vaccination ne soustrait pas l'établissement et le vaccinateur à sa responsabilité de tenue de dossier local.

Coordination et contrôle de la qualité

Tous les répondants et les responsables provinciaux, régionaux et locaux doivent s'assurer, à leur niveau, de la qualité des vaccins et de l'efficience de leur gestion. Ils doivent vérifier en particulier la tenue des inventaires, les conditions de conservation et de transport des vaccins et faire des inspections, des recommandations et, le cas échéant, prendre les sanctions requises, conformément aux normes établies et aux contrats relatifs à la gestion des vaccins.

Le Guide des normes et pratiques de la gestion des vaccins est l'outil de référence pour tout ce qui concerne les normes à appliquer pour assurer la qualité des vaccins au Québec.

Imputabilité

De façon générale, les vaccins franchissent quatre étapes dans leur cheminement allant du fabricant et du fournisseur, au DDP de vaccins, au DDR ou aux grossistes, puis au site de vaccination. Chaque intervenant est responsable, à son niveau, des vaccins dès que ces derniers sont cueillis ou réceptionnés selon les modalités établies par la DGAPSP.

Cette responsabilité s'applique également, le cas échéant, à un établissement transit pour l'entreposage, intermédiaire entre le DDR et le site de vaccination ou entre un grossiste et la pharmacie.

Situation d'urgence

Lorsque l'utilisation exceptionnelle de vaccins est nécessaire dans une région, la DSPublique fait une demande en ce sens à la DGAPSP. À la suite de son approbation, la DGAPSP organise la livraison des vaccins demandés avec le DDP.

Coûts

Les coûts associés à la gestion administrative, financière et comptable des vaccins du PQI sont assumés par la DGAPSP.

Les coûts associés à la réception et l'entreposage des vaccins au DDP ainsi que leur distribution au DDR et aux grossistes jusqu'à leur mise en inventaire sont également assumés à même les budgets prévus à cette fin par la DGAPSP.

Les coûts associés à la gestion régionale des vaccins sont assumés par la DSPublique du CISSS ou du CIUSSS.

Les coûts associés à la gestion des vaccins par les grossistes sont assumés par le grossiste concerné ou par la pharmacie communautaire.

Les coûts associés à la gestion locale des vaccins sont assumés par les sites de vaccination publics et privés.

Suivi

Pour toute information additionnelle, communiquez avec la DGAPSP au 418 266-6720.

---

1. L'acronyme utilisé pour Services publics et Approvisionnement Canada est SPAC.
2. L'acronyme utilisé pour Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament est DAPM.
3. Le sigle utilisé pour Ordre des pharmaciens du Québec est OPQ.

Le sous-ministre adjoint,

Original signé par

Horacio Arruda

Direction(s) ou service(s) ressource(s)

Nom	Coordonnée(s)
Direction générale adjointe de la protection de la santé publique	418 266-6720

Émission :	04-02-2021	Mise à jour :	

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-015

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

Directive visant la priorisation d'allocation des doses de vaccins – Communautés des Premières Nations et Inuit et les villes/villages éloignée et isolés

Nouvelle directive

Expéditeur :	**Direction générale de la santé publique (DGSP)**

Destinataires :
- PDG et DG des établissements
- Directrices et directeurs de santé publique des établissements
- Coordonnateurs de la planification de la vaccination des Premières Nations et Inuits et les responsables des dossiers autochtones à l'intérieur des établissements
- Acteurs de sécurité civile

Directive	
Objet :	Établir un cadre harmonisé permettant d'établir un ordre de priorité dans l'allocation des doses de vaccin, dont les quantités sont limitées, destinées aux communautés isolées, éloignées ou autochtones (conventionnées ou non) et aux autochtones vivant en milieu urbain.
Principe :	Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, la vaccination des populations à risque de complications ou celles habitant des endroits plus difficilement desservis prend toute son importance. À ce titre, il est essentiel de bien établir les priorités au regard des populations à desservir.
Mesures à implanter :	Informer et guider les instances ayant à décider ou à être consultées dans la priorisation de l'octroi des doses de vaccin, tant au niveau provincial que régional.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction générale de santé publique** Protection@msss.gouv.qc.ca
Document annexé :	✓ Annexe 1 : Modèle de Plan d'action régional pour la vaccination contre la COVID-19 pour les communautés éloignées et/autochtones.

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-015

Directive

Éléments en soutien à la prise de décision

- Les données sur la vaccination des groupes prioritaires 1 à 6 (Opération de la vaccination contre la COVID-19 - Vaccination des groupes prioritaires 1 à 6 (quebec.ca)).
- Travaux et publications du Comité consultatif national de l'immunisation (https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-ccni.html).
- Avis préliminaire sur les groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec émis par l'Institut national de santé publique du Québec (https://www.inspq.qc.ca/publications/3085-groupes-prioritaires-vaccination-covid).
- Modèle de Plan d'action régional pour la vaccination contre la COVID-19 pour les communautés éloignées et/ou autochtones (voir le document en annexe).

Livrables attendus

- Plan d'action régional pour la vaccination contre la COVID-19 pour les communautés éloignées et/ou autochtones
  - Incluant une ligne du temps/plan opérationnel de l'opération de vaccination (à être préparé par les directions de santé publique régionales [DSPublique], en collaboration avec chaque communauté)

Principes généraux guidant les choix, dans l'ordre :

1. Niveau d'isolement de la communauté
   - Offre locale de services de santé limitée
   - Fragilité du système de santé local (rapidement débordé/rupture de service potentielle)
   - Transfert par avion/hélicoptère (notamment) des patients vers les centres mieux desservis
2. Facteurs de vulnérabilité
   - Problèmes de santé (obésité, tabagisme, diabète, etc.)
   - Vulnérabilité socioéconomique, violence, suicides, etc.
   - Préoccupation élevée quant aux impacts psychosociaux liés à la pandémie (notamment consommation accrue de drogues ou d'alcool)
   - Possibilité de transmission importante en raison de la socialisation/proximité élevée (surpeuplement des logements, maisonnées multigénérationnelles)
   - Enjeux de sécurité culturelle et de réconciliation pour les Peuples autochtones (iniquités historiques, etc.)
3. Capacité de mobilisation et organisation de la communauté pour la vaccination
   - Soutien des autorités et des leaders de la communauté
   - Niveau d'acceptabilité dans la population (proportion de la population hésitante à se faire vacciner et pour qui des activités de promotion sont nécessaires)
   - Niveau de préparation
     - Disponibilité d'un plan d'action pour la campagne de vaccination
     - Mise en œuvre des activités de promotion de la vaccination
     - Sécurisation culturelle de l'offre de services de vaccination dans les communautés autochtones

Niveaux de priorisation orientant les décisions :

Le gouvernement du Québec s'est engagé à rendre accessibles les vaccins à toutes les communautés éloignées et autochtones, conventionnées ou non, avant le 31 mars 2021 (Q1), et ce, sous réserve de la disponibilité des vaccins fournis par le gouvernement fédéral. Par ailleurs, les autochtones vivant hors communauté (en milieu urbain) seront vaccinés en même temps que le reste de la population. Cependant, des services sécurisés culturellement leur seront offerts partout où ce sera possible.

Cinq niveaux de priorité ont été identifiés :

1. Transmission active dans la communauté
2. Communautés isolées/éloignées où il existe un risque de transmission immédiat, car contacts directs avec des zones où il y a de la transmission
    - Les Terres-Cries-de-la-Baie-James, le Nord-du-Québec, le nord du Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Côte-Nord sont des exemples de régions où il y a risque de contact avec d'autres régions/communautés pouvant favoriser la transmission
3. Communautés isolées/éloignées où la transmission est relativement contrôlée actuellement, mais avec des efforts et des risques significatifs (exemple : Nunavik)
    - Mécanismes de contrôle en place
        - Protocoles, tests de dépistage avant de prendre l'avion pour s'y rendre
        - Mécanismes de quarantaine à l'arrivée
4. Communautés autochtones en milieu périurbain
    - Très près des centres urbains et de leurs services
    - Généralement, meilleure accessibilité à des services de santé
    - Inclusion de certaines communautés autochtones non reconnues officiellement (ex. : communauté de Washaw Sibi juxtaposée à celle de Pikogan en Abitibi)
5. Autochtones habitant en milieu urbain (hors communautés)

<u>Éléments à considérer dans l'offre de services de vaccination régionale (particulièrement pour les communautés éloignées ou isolées)</u>

Mise en place de corridors de services et de points de services afin d'offrir la vaccination aux personnes se trouvant notamment dans une ou l'autre des situations suivantes :

- Travailleurs permanents ou réguliers en contact avec les membres de la communauté ou résidents des groupes prioritaires 1 à 6, en fonction des priorités du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) :
    - Exemples : policiers, professeurs, premiers répondants, travailleurs de la santé, avec critère de présence de 4 mois sur 12 dans la communauté).
    - Ceux se trouvant déjà dans la communauté : les vacciner avec la communauté.
    - Ceux à l'extérieur de la communauté : procéder à leur vaccination, soit dans la région ou avant leur départ vers la communauté, par le biais de points de services à identifier ou encore, dès leur arrivée dans la communauté. Cela implique que les grands centres de santé devraient conserver des doses en réserve pour ce genre de situations, sous réserve d'ententes de services (avec les DSPublique et/ou les centres intégrés ou les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux concernés).
    - Des doses de vaccins seront allouées centralement à cette fin aux régions concernées pour rendre accessible la vaccination.
- Travailleurs qui offrent une prestation de travail cyclique (travailleurs des mines, de la construction, d'*Hydro Québec*, etc.) : vaccination offerte par leurs centres de santé (ex. : à La Romaine, à Radisson, à la mine *Raglan*), mais vaccins fournis par les DSPublique.
    - Pour *Hydro-Québec*, le contact devrait être fait centralement avec le Bureau de santé de la maison-mère à Montréal en lien avec les autorités locales et la DSPublique.
- Membres des communautés recevant des traitements à l'extérieur de leur région de résidence (ex. : hémodialyse) : les vacciner avant leur retour en communauté.
    - Des ententes seraient à conclure avec un certain nombre d'établissements afin de réserver les doses et les administrer avant leur retour dans la communauté, etc.
    - Si des membres des communautés sont résidents en permanences à l'extérieur de leur communauté, dans un centre urbain par exemple, ils seront vaccinés en fonction des niveaux de priorité proposés par le CIQ, soit dans le réseau de la santé et des services sociaux ou via des points de services établis spécifiquement pour cette clientèle en collaboration avec les Centres d'amitiés autochtones dans une perspective de sécurisation culturelle.

- Étudiants en stage dans la région, les considérer comme des travailleurs
    - Les étudiants d'un centre de formation professionnelle ou d'un centre d'étude collégiale inscrits à un programme d'une durée de plus de 4 mois, par exemple, seront vaccinés en région ou avant d'y arriver.

Annexe 1: Modèle de Plan d'action régional pour la vaccination contre la COVID-19 pour les communautés éloignées et/ou autochtones

Centre de santé:

Population totale :

Population 18 ans et + :

Estimation du nombre de personnes à vacciner : **0**

À réaliser par la communauté avant de présenter le plan au CISSS / CIUSSS

Étapes	Objectifs	Activités réalisées	Données	Notes/précisions
1	Identifier la population cible par groupes prioritaires	Inscire le nombre de personnes de la communauté ayant manifesté un intérêt face à la vaccination dans chaque groupe prioritaire:		
		Nombre de personnes à vacciner dans une RPA ou RI-RTF (foyer) ayant manifesté un intérêt face à la vaccination:		
		Nombre de travailleurs de la santé offrant des soins directs à la population ayant manifesté un intérêt face à la vaccination:		
		En excluant la population ci-dessus, inscire le nombre de personnes de la communauté ayant manifesté un intérêt face à la vaccination dans chaque groupe prioritaire:		
		55 ans et plus:		
		18 à 54 ans avec facteur de risque:		Facteur de risque: présence de maladies chroniques, obésité
		18 à 54 ans: sans facteur de risque		
		Autres personnes à vacciner de 18 ans et plus (ex: allochtone vivant sur communauté, personne d'une autre nation vivant sur communauté,travailleurs de l'extérieur de la communauté, etc.) :		**Veuillez préciser svp:**
2	Suivre l'évolution de la transmission communautaire	Nombre de personnes ayant reçu un test positif à la COVID-19 dans la communauté et en isolement ?		**N.B.** La vigie sanitaire, effectuée par les DSPu, permettent d'estimer précisément les doses requises sur la base de ces informations dont disposent les CISSS et les CIUSSS.
		Y a-t-il des foyers d'éclosion? Si oui, quels sont-ils?		
3	Répondre aux besoins en ressources humaines pour la vaccination	Nombre de ressources humaines disponibles pour la vaccination contre la COVID-19 (infirmiers, médecins):		
		Nombre de ressources humaines disponibles en appui aux infirmiers et aux médecins pour la vaccination contre la COVID-19 (ex: physiothérapeute, ergothérapeute, dentiste, hygiéniste dentaire):		
		Nombre de ressources humaines formées pour la vaccination contre la COVID-19:		
		Nombre de vaccinateurs provenant du CISSS/CIUSSS nécessaire en appui aux ressources humaines locales pour la vaccination contre la COVID-19:		
		Nombre d'interprètes disponibles si des vaccinateurs externes sont nécessaires (langues autochtones, s'il y a lieu):		
		Nombre d'interprètes disponibles si des vaccinateurs externes sont nécessaires (anglais, s'il y a lieu):		
4	Maintenir la chaîne thermique pour assurer la conservation des vaccins	Possédez-vous un réfrigérateur branché sur une génératrice?		
		Possédez-vous un thermomètre à enregistrement graphique et un thermomètre minimal-maximal?		
		Possédez-vous une alarme thermique permettant d'aviser sans délai une personne responsable (au besoin)?		
5	Assurer la sécurité des vaccins et du site de vaccination	Les portes des réfrigérateurs peuvent-êlles être verrouillées?		
		Les portes des locaux d'entreposages peuvent-elle être verrouillées?		
		L'accès aux locaux et au matériel de vaccination sera-t-il limité au personnel responsable de la vaccination?		
		Du personnel de sécurité pour sécuriser l'aire de vaccination et le périmètre externe du centre de vaccination a-t-il été prévu?		
6	Gérer le processus d'approvisionnement du matériel de vaccination	Qui est la personne responsable de la gestion des vaccins pour le centre de santé/poste de soins?		
		L'évaluation du besoin d'équipement de protection individuelle (masque de procédure, protection oculaire, blouse et gants) a-t-elle effectuée?		
		Une demande d'approvisonnement d'équipement de protection individuelle (masque de procédure, protection oculaire, blouse et gants) a-t-elle été effectuée auprès de SAC?		
		Une demande d'approvisionnement pour le matériel de vaccination (aiguilles, seringues) a-t-elle été effectuée auprès de Services aux Autochtones Canada ?		
7	Organiser adéquatement le site de vaccination	Un local adapté permettant la vaccination et respectant la distanciation physique a-t-il été identifé?		**N.B.** Il peut être nécessaire d'apporter des modifications à l'installation, à l'équipement, aux systèmes de ventilation, etc. pour réduire le risque d'exposition à la COVID-19 et à d'autres infections.
		Un mécanisme est-il prévu pour détecter les symptômes de la COVID-19 et faire respecter les mesures socio-sanitaires au site de vaccination?		
		La séquence entourant la vaccination a-t-elle été prévue (inscription, salle d'attente avant et après la vaccination, etc.) ?		**N.B.** il peut être facilitant que la ressource administrative faisant l'inscription des gens lors de leur arrivée sur le site provienne de la communauté et connaisse la population
		L'accompagnement des personnes avec des besoins spéciaux (personnes à mobilité réduite, personnes âgées, etc) a-t-il été prévu?		
8	Rendre disponible les équipements techniques nécessaires pour la prise de rendez-vous et la vaccination	Une ligne téléphonique et un système de confirmation de rendez-vous, ont-ils été mis en place?		
		Un système d'inscription des membres de la communauté qui désirent se faire vacciner (lien web, fichier excel…) a-t-il été mis en place?		
		L'équipe de vaccination a-t-elle un ordinateur à sa disposition et des équipements favorisant la saisie et le transfert des informations sur place?		
9	Assurer la sécurité et l'intégrité des personnes	Les équipes de vaccination ont-elles été informées du plan des mesures d'urgence et de sécurité (ex: évacuation, prise en charge et gestion des réactions allergiques, anaphylactiques ou autres réactions)?		
10	Sensibiliser les responsables de la communauté sur la campagne de vaccination contre la COVID-19	La campagne de la vaccination contre la COVID-19 a-t-elle été présentée aux responsables et dirigeants de la communauté?		
		Un plan de communication pour la population a-t-il été élaboré?		

11	Sensibiliser les membres de la communauté sur la vaccination contre la COVID-19	Des messages radiodiffusés du chef de la communauté et d'autres leaders ont-ils été diffusés?		
		Une capsule vidéo ou photo montrant le chef (ou d'autres leaders) se faire vacciner ou se montrant favorable à la vaccination a-t-elle été réalisée?		
		Une ligne téléphonique pour répondre aux préoccupations de la population a-t-elle été mise en place?		
		Les messages clés sur la vaccination dans divers médias : journal, radio locale, Facebook de la communauté, TV, etc. ont-ils été diffusés?		
		Des documents promouvant la campagne de vaccination ont-ils été affichés dans les lieux publics de la communauté?		
		Un feuillet d'information sur la vaccination a-t-il été distribué aux membres de la communauté?		
12	Planifier l'arrivée des vaccinateurs externes (s'il y a lieu)	Le lieu d'hébergement et les repas pour les vaccinateurs externes ont-ils été planifiés?		

Collaboration entre la communauté et le CISSS/CIUSSS

Étapes	Objectifs	Activités à réaliser	Responsable	Collaborateurs
1	Définir les modalités de la campagne de vaccination contre la COVID-19 dans la communauté	Assurer un suivi de l'état de préparation de la communauté relativement à la campagne de vaccination	CISSS/CIUSSS	Service de santé
2	Identifier la population cible par groupes prioritaires	Identifier le scénario de vaccination selon le nombre de personnes à vacciner, la disponibilité des vaccins et les ressources humaines nécessaires	CISSS/CIUSSS	Service de santé
		Estimer le nombre de jours nécessaire à la vaccination	CISSS/CIUSSS	Service de santé
3	Rendre disponible les équipements nécessaires pour la planification des RDV et la vaccination	S'assurer que chaque vaccinateur ait reçu la formation et qu'il ait accès au SI-PMI	CISSS/CIUSSS	Service de santé
4	Mettre en place les mécanismes permettant une offre de soins culturellement sécuritaire	Sensibiliser les intervenants allochtones aux réalités culturelles autochtones par le biais d'une formation	CISSS/CIUSSS	Service de santé

Responsabilités du CISSS/CIUSSS

Étapes	Objectifs	Activités à réaliser	Responsable	
1	Gérer le processus d"approvisionnement en vaccins	Identifier le coordonateur de la planification de l'établissement	CISSS/CIUSSS	
		Commander les vaccins selon les besoins au DDR	CISSS/CIUSSS	
		Assurer la livraison des vaccins selon les exigences du fabricant	CISSS/CIUSSS-Département de pharmacie, DSTHL, DSPu	
2	Rendre disponible en quantité suffisante le matériel de vaccination, les EPI et autres consommables pour la vaccination dans les RLS du CISSS	Assurer l'approvisionnement du matériel d'injection requis (ex. : seringues, aiguilles, diluant, trousse d'urgence en cas d'anaphylaxie)	CISSS/CIUSSS/DSTHL	**NB :** Confirmer, avec la communauté, qu'elle dispose du matériel de vaccination et des EPI livrés par Services aux Autochtones Canada; certains équipements (ex. gants) peuvent varier selon le type vaccin utilisé
		S'assurer que l'approvisionnement en équipement de protection individuelle : masque de procédure, protection oculaire, blouse et gants a été fait en quantité suffisante	CISSS/CIUSSS	
3	Rendre disponible les équipements nécessaires pour la planification des RDV et la vaccination	Assurer la formation du SI-PMI pour les vaccinateurs et pour le personnel de soutien administratif pour l'entrée des données de vaccination dans le registre	CISSS/CIUSSS	
4	Répondre aux besoins en ressources humaines pour la vaccination	Organiser des rencontres d'échange et de planification avec les équipes de vaccination de la communauté	CISSS/CIUSSS/DSPu	
		Rendre disponible la documentation et les outils relatifs à la vaccination en langue anglaise, si requis, selon la langue d'usage des ressources de la communauté	CISSS/CIUSSS/DSPu	

Émission :	14-10-2020	Mise à jour :	22-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-018

Catégorie(s) :
- ✓ Isolement
- ✓ Travailleurs de la santé
- ✓ Dépistage

Directive sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé des établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Remplace la directive émise le 14 octobre 2020 (non codée)

Expéditeur :	**Direction générale de la santé publique (DGSP)**	**Destinataires :**	- PDG et DG des établissements du RSSS - Directions des services professionnels - Direction des ressources humaines - Directions SAPA - Directions de la qualité - Directions déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme - Directions des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance - Directions des programmes jeunesse - Établissements PC et PNC - Associations et organismes représentatifs de ressources

Directive	
Objet :	Directive concernant la levée de l'isolement des travailleurs de la santé en contexte de prestation de services compromise.
Principe :	Cette directive remplace la directive émise le 14 octobre 2020 par le MSSS et tient compte des recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) concernant la levée de l'isolement des travailleurs de la santé (TdS) du 18 décembre 2020 (Annexe 1) et du document Prise en charge des travailleurs de la santé – algorithme du 27 janvier 2021 (Annexe 2). **Recommandations du CINQ pour la levée de l'isolement des TdS** Selon les recommandations du CINQ mises à jour le 1er septembre 2020, les TdS infectés de la COVID-19 doivent respecter les conditions suivantes avant de retourner au travail : • 10 jours se sont écoulés depuis le début des symptômes[1]; • Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique); • Résolution des symptômes aigus depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelle). Si possible au retour, affecter le travailleur aux soins des cas des usagers positifs à la COVID-19. Ainsi, le CINQ ne recommande plus d'effectuer des tests PCR pour lever les mesures d'isolement chez les TdS[2]. Cependant, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez

[1] En l'absence de symptômes, 10 jours doivent s'être écoulés depuis le prélèvement du premier test positif. Advenant que le cas initialement asymptomatique développe des symptômes après le premier test positif, le décompte du 10 jours débute à partir de la date de début des symptômes et non de la date du test positif.

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

	un TdS immunosupprimé pour lequel on aurait obtenu deux résultats de PCR négatifs entre le jour 21 et 28 si les critères cliniques sont rencontrés. Si le TdS est hospitalisé, appliquer les recommandations pour les usagers hospitalisés. Le manque de données sur les effets du vaccin au niveau de la transmission ne permet pas de modifier les différentes recommandations : ➤ *Le travailleur de la santé doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle, hygiène des mains Il est trop tôt pour statuer sur l'impact du statut vaccinal en lien avec les critères d'exposition d'un travailleur de la santé. Les recommandations en vigueur dans ce document sont donc maintenues.* (https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2905-prise-charge-travailleurs-sante-milieux-soins.pdf).
Mesures à implanter :	✓ Réduire la période d'isolement pour les TdS dans les situations où il y a un bris de service, lorsque le TdS asymptomatique est un contact domiciliaire d'une personne symptomatique en attente d'un résultat de test COVID-19 (personne sous investigation [PSI]).

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes :	
Direction ou service ressource :	**Direction générale de la santé publique** SantePubliqueQuebec@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Annexe 1 : **SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé :** https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19 ✓ Annexe 2 : **Prise en charge des travailleurs de la santé – algorithme** : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2905-prise-charge-travailleurs-sante-milieux-soins.pdf

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec

Directive ministérielle DGSP-018

Directive

Conduite pour les TdS qui devraient être retirés du travail, mais dont les services sont absolument requis en contexte de prestation de services compromise et en situation de rupture sévère de services

Comme tous les employeurs du Québec, les établissements de santé et de services sociaux doivent appliquer, dans la mesure du possible, les mesures de santé publique pour leurs employés qui font l'objet d'une mesure d'isolement, en fonction de leur gestion de l'offre de services.

En lien avec la transmission de la COVID-19, plusieurs travaux ont été tenus par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), ce qui a permis d'apporter plusieurs ajouts et modulations dans les recommandations déjà émises. En plus de considérer les positions émises par l'INSPQ sur le port du masque approprié dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux offrant des soins, la littérature scientifique disponible à ce jour a été analysée et les lignes directrices des diverses instances nationales et internationales ont été prises en compte. L'expérience acquise par les membres du CINQ au cours de leur pratique pendant la pandémie a également été considérée dans la modulation de certaines recommandations.

Lorsque la prestation de services est compromise, les établissements sont responsables de mettre en place toutes les solutions à leur disposition avant d'avoir recours à du personnel faisant l'objet d'un isolement. Ainsi, les travailleurs qui respectent les critères de levée de l'isolement selon les nouvelles conditions du CINQ énoncés dans la section « Principe » ci-haut devraient être rappelés de façon prioritaire, avant de faire appel à du personnel en isolement.

S'il n'est pas possible d'assurer la prestation de services malgré la mise en place de solutions alternatives (ex. : réorganisation des horaires de travail, optimiser les corps d'emploi, etc.) **et malgré le recours aux travailleurs rétablis selon les conditions du CINQ énoncés ci-haut, les établissements doivent utiliser une approche de gestion des risques**.

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

Situation 1 : TdS qui ont été exposés à une personne symptomatique vivant au même domicile et dont celle-ci est en attente d'un résultat de test et considérée comme une personne sous investigation (PSI), mais qui sont demeurés asymptomatiques jusqu'à maintenant.

Le retour au travail de ces TdS doit s'effectuer dans le respect des mesures applicables selon le document « Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé » publié par l'INSPQ[3]. De plus, le TdS doit procéder à l'autosurveillance des symptômes avec prise de température deux fois par jour, jusqu'à l'obtention du résultat du test de la PSI. Les TdS peuvent retourner au travail en zone froide. Il doit également limiter ses déplacements à l'essentiel, soit de la maison au travail. Si le résultat de la PSI est positif, se référer à la situation suivante. Le TdS qui développe des symptômes doit être retiré immédiatement du lieu de travail.

Situation 2 : TdS qui ont été exposés de façon significative[4] à un cas confirmé dans le milieu de travail, au domicile ou dans la communauté, mais qui sont demeurés asymptomatiques jusqu'à maintenant[5]

---

[3] En date du 17 décembre 2020, les mesures suivantes sont recommandées: port du masque de procédure, hygiène des mains stricte, autosurveillance des symptômes avec prise de température deux fois par jour, distanciation physique (p. ex. lors des pauses, heure de repas), pour compléter le 14 jours après la dernière exposition.

[4] L'exposition significative inclut les expositions professionnelles pour lesquelles le retrait est indiqué selon le document « Prise en charge des travailleurs de la santé – algorithme » de l'INSPQ, du 27 janvier 2021 et les expositions communautaires jugées à risque modéré ou élevé selon le document « Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires » de l'INSPQ.

[5] Les TdS ayant complété la plus longue portion de l'isolement prescrit suite au contact devraient être rappelés en premier. Par exemple, un TdS ayant eu une exposition significative il y a 13 jours devrait être rappelé au travail avant un TdS dont l'exposition s'est produite il y a 7 jours. Si le TdS n'atteint pas les critères de levée de l'isolement pour la population générale, il devrait respecter les consignes d'isolement à l'extérieur du milieu de soins dans lequel il travaille. Il ne devrait pas se déplacer ailleurs qu'au milieu de soins où il travaille et à son domicile et il ne devrait pas emprunter les transports en commun. Il est demandé aux établissements d'encourager le respect des consignes d'isolement à l'extérieur du milieu de soins auprès de ces TdS.

Le retour au travail de ces TdS doit s'effectuer dans le respect des mesures applicables selon le document « Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé » publié par l'INSPQ[6]. Ces TdS peuvent retourner au travail en zone froide.

Situation 3 : TdS dont le test est positif pour la COVID-19 et qui ne respectent pas les critères de rétablissement[7], mais qui sont demeurés asymptomatiques jusqu'à maintenant

Les établissements pourraient faire appel à ces travailleurs en dernier recours. La nécessité de faire appel à ces TdS devrait être réévaluée régulièrement[8]. Dans ces situations extrêmes, les conditions d'amenuisement du risque (voir ci-bas) doivent être appliquées. De plus, le TdS doit procéder à l'autosurveillance des symptômes avec prise de température deux fois par jour. Le TdS qui développe des symptômes doit être retiré immédiatement du lieu de travail.

Situation 4 : TdS qui ont fait une infection symptomatique à la COVID-19, dont les symptômes ont débuté il y a moins de 10 jours, mais qui sont asymptomatiques depuis 24 heures et afébriles depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique)

Les établissements pourraient faire appel à ces travailleurs en dernier recours, en cas de rupture sévère de services. La nécessité de recourir à ces TdS devrait être réévaluée régulièrement[9]. Dans ces situations extrêmes, les conditions d'amenuisement du risque (voir ci-bas) doivent être rigoureusement appliquées.

Les conditions d'amenuisement du risque (applicables pour toutes les situations) sont :

- Port du masque de procédure en tout temps sur les lieux de travail (à l'exception des moments pour manger et boire), et ce, dès l'entrée dans l'établissement;
- Hygiène des mains à l'entrée au travail et à toutes les occasions où cela est requis dans un contexte de soins;
- 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;
- Limitation des déplacements à l'essentiel, soit de la maison au travail.

Présence en zones chaudes uniquement (pour situations 3 et 4)[10]:

- Distanciation physique de 2 mètres avec les autres travailleurs, à l'exception de soins qui requièrent plusieurs personnes. Porter une attention particulière au respect de la distanciation physique dans les salles de repos ainsi qu'à l'extérieur et aux abords de l'établissement lors des pauses;
- Port adéquat de tout l'équipement de protection individuelle requis selon la présentation clinique du patient et les directives en vigueur;
- Réduction maximale des contacts entre les travailleurs des zones chaudes et ceux des zones froides ou tièdes. Dans la mesure du possible, il est demandé de :
    - Recourir à des assignations stables de TdS d'une journée à l'autre (même installation, même unité, mêmes usagers, même dyade entre travailleurs);
    - Mettre en place des équipes dédiées réservées aux zones chaudes;
    - Limiter la circulation des TdS dédiés à la zone chaude à l'extérieur de cette zone;
    - Augmenter la fréquence de la désinfection des surfaces aux endroits qui sont fréquentés par des travailleurs affectés dans des zones distinctes lorsqu'il est impossible de dédier ces installations à un seul groupe de travailleurs (par exemple, toilettes);
    - Désigner des salles de repos et de repas dédiées ou identifier clairement des zones de repas et de repos dans une même salle pour chaque groupe de travailleurs selon leur zone d'affectation. Les travailleurs COVID-19 positifs doivent utiliser une zone de repos différente des travailleurs COVID-19 négatifs;

---

[6] En date du 26 août, les mesures suivantes sont recommandées: port du masque de procédure, hygiène des mains stricte, autosurveillance des symptômes avec prise de température deux fois par jour, distanciation physique (p. ex. lors des pauses, heure de repas), pour compléter le 14 jours après la dernière exposition.

[7] Moins de 10 jours se sont écoulés depuis la date du 1er prélèvement positif.

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

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

[10] Les TdS infectés faisant l'objet de mesures d'isolement devraient être assignés à des zones chaudes (incluant les zones tampons chaudes). Il n'est pas recommandé de recourir à ces travailleurs dans les zones froides ou dans les zones tièdes. En situation de rupture sévère de services en zone froide, les établissements pourraient prendre la décision d'assigner ces TdS en zone froide. Il s'agirait alors d'une décision de gestion et non d'une décision fondée sur les recommandations de santé publique. Une telle décision devrait être documentée et surtout justifiée. Des alternatives devraient être recherchées activement afin de cesser le recours à ces travailleurs le plus rapidement possible et d'éviter qu'une situation semblable ne se reproduise.

- Restreindre l'accès aux lieux communs de l'unité (poste, pharmacie, réserves, etc.) lorsque l'unité comprend une zone chaude et une zone froide ou tiède. Un nombre restreint de travailleurs de la zone froide peut accéder aux lieux communs. Ces personnes sont responsables de ravitailler la zone chaude en fournissant les équipements et les médicaments requis sans contact avec le personnel de la zone chaude;
- Lorsque toute l'unité est en zone chaude, il est nécessaire de procéder à l'hygiène des mains avant d'entrer dans un lieu commun, de toucher seulement le matériel nécessaire et de désinfecter les objets et les surfaces plusieurs fois par quart de travail.

- Encouragement par l'établissement à respecter les consignes d'isolement à l'extérieur du milieu de soins[11] aux TdS qui n'atteignent pas les critères de levée de l'isolement[12].

[11] Ces TdS ne devraient pas se déplacer ailleurs qu'au milieu de soins où ils travaillent et à leur domicile. Ils ne devraient pas emprunter les transports en commun ni s'arrêter en chemin pour faire des commissions.

[12] Se référer au document « Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires » de l'INSPQ.

INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé

Dernière mise à jour le 17 décembre 2020 – Version 9.1 modifications apportées en jaune

Le manque de données sur les effets du vaccin au niveau de la transmission ne nous permet pas de modifier les différentes recommandations :

- Le travailleur de la santé doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle, hygiène des mains).
- Il est trop tôt pour statuer sur l'impact du statut vaccinal en lien avec les critères d'exposition d'un travailleur de la santé. Les recommandations en vigueur dans ce document sont donc maintenues.

Catégories	Tous les travailleurs de la santé en général	Travailleurs de la santé « critiques » c.-à-d. requis pour éviter un bris de services
1) Cas confirmé COVID-19 (symptomatique ou asymptomatique[1])	**Travailleur de la santé non immunosupprimé** [2, 12] : ▶ Isolement à la maison pour 10 jours après le début des symptômes et ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et ▶ Si possible au retour, affecter le travailleur aux soins des cas de COVID-19. **Travailleur de la santé immunosupprimé** [2, 3, 12]: ▶ Isolement pour 28 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) et ▶ Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et ▶ Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et ▶ Ne pas affecter le travailleur aux soins des cas de COVID-19 confirmés et référer à : Covid-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés	
2) Voyageurs	**Asymptomatique** ▶ Isolement préventif à la maison jusqu'à 14 jours après le retour de voyage (loi de la quarantaine). **Symptomatique : effectuer test COVID-19**[4] ▶ Positif = appliquer les recommandations d'un cas. ▶ Négatif = maintenir l'isolement préventif à la maison jusqu'à 14 jours après le retour de voyage (loi de la quarantaine).	

Québec

Catégories	Tous les travailleurs de la santé en général	Travailleurs de la santé « critiques » c.-à-d. requis pour éviter un bris de services
3) Contacts d'un cas[5] en milieu de soins ET selon le niveau d'exposition[6]	**Asymptomatique (avec retrait[6])** ▶ Isolement préventif à la maison jusqu'à 14 jours après l'exposition. **Symptomatique : effectuer test COVID-19[4]** ▶ Positif = appliquer les recommandations d'un cas. ▶ Négatif = maintenir l'isolement préventif à la maison jusqu'à 14 jours après l'exposition.	**Asymptomatique (avec retrait[6])** ▶ Isolement préventif jusqu'à 7 jours après la dernière exposition, puis retour au travail avec respect des mesures[7]. En cas de rupture sévère de service, il est possible de retourner au travail avant en respectant les mesures[7]. **Symptomatique : effectuer test COVID-19[4]** ▶ Positif = appliquer les recommandations d'un cas. ▶ Négatif = isolement préventif jusqu'à 7 jours après la dernière exposition, puis si absence de symptômes[8], retour au travail avec respect des mesures[7]. Advenant un risque imminent de rupture de service et si résolution des symptômes[8] avant la fin de la période d'isolement préventif de 7 jours, retour au travail avec respect des mesures[7].
4) Contact domiciliaire d'un cas[9]	**Asymptomatique** ▶ Isolement préventif à la maison jusqu'à 14 jours après la dernière exposition. **Symptomatique : effectuer test COVID-19[4]** ▶ Positif = appliquer les recommandations d'un cas. ▶ Négatif = maintenir l'isolement préventif à la maison jusqu'à 14 jours après la dernière exposition.	**Asymptomatique** ▶ Isolement préventif jusqu'à 7 jours après la dernière exposition, puis retour au travail avec respect des mesures[7]. **Symptomatique : effectuer test COVID-19[4]** ▶ Positif = appliquer les recommandations d'un cas. ▶ Négatif = isolement préventif jusqu'à 7 jours après la dernière exposition, puis si absence de symptômes[8], retour au travail avec respect des mesures[7].
5) Autres types de contact	**Asymptomatique** ▶ Contact d'un contact asymptomatique : peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. ▶ Contact d'un voyageur asymptomatique : peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. ▶ Contact d'une personne sous investigation (en attente du résultat) : peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail.	

6) Aucune exposition identifiée (sections 2 à 4)	**Asymptomatique :** aucune mesure. Si un test est réalisé, aucun isolement préventif requis. Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail.
	
	Symptomatique : effectuer test COVID-19[4] (isolement à la maison en attendant les résultats)
	▶ Positif = appliquer les recommandations d'un cas.
	▶ Négatif = lors de l'appel pour donner le résultat du test, vérifier les symptômes :
	  ▶ si amélioration des symptômes : retour au travail avec masque pour la durée des symptômes (étiquette respiratoire).
	  ▶ si augmentation des symptômes, répéter le test 24 heures post dernier test et poursuivre isolement à la maison en attendant les résultats.	

Catégories	Tous les travailleurs de la santé en général	Travailleurs de la santé « critiques » c.-à-d. requis pour éviter un bris de services
7) Déplacement d'un travailleur de la santé dépanneur ou contrat en région visée par l'arrêté ministériel	Paliers[13] vert et jaune : aucune mesure. Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. Paliers[13] orange et rouge : Limiter les travailleurs de la santé qui se déplacent d'une région à l'autre (sauf si cela occasionne un bris de services).	Paliers[13] orange et rouge, à adapter selon le niveau d'exposition du travailleur de la santé, l'épidémiologie de la région de provenance et les décisions locales ou régionales : **Asymptomatique** ▶ Rentrer au travail avec respect strict des mesures[10]. ▶ Maintenir une distanciation physique et sociale. ▶ Rentrer à son lieu d'hébergement dès la fin du quart de travail et éviter la circulation dans la communauté. **Symptomatique** ▶ Suivre les consignes selon la catégorie de contact (sections 1 à 6).
8) Cas confirmé COVID-19 rétabli[11] avec test COVID-19 positif subséquent	**Cas rétabli[11] depuis ≤ 3mois** ▶ N'aurait pas dû être retesté. Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. **Cas rétabli[11] depuis > 3mois** ▶ **Asymptomatique** : Répéter le test 48-72 heures post dernier test et poursuivre isolement à la maison en attendant les résultats et investigation par une autorité compétente pour valider si réinfection. Référer à l'algorithme spécifique[11]pour la conduite à tenir. Si réinfection : référer à la section 1, Cas confirmé COVID-19 ▶ **Symptomatique :** isolement à la maison en attendant investigation par une autorité compétente pour valider si réinfection ou diagnostic alternatif. Référer à l'algorithme spécifique[11] pour la conduite à tenir : ▶ Réinfection : référer à la section 1, Cas confirmé COVID-19 ▶ Diagnostic alternatif : isolement selon l'agent infectieux identifié	
9) Cas confirmé COVID-19 rétabli[11] ET contact (sections 2 à 7)	**Cas rétabli[11] depuis ≤ 3mois** ▶ Peut rentrer au travail sans mesures supplémentaires à celles en place dans le milieu de travail. **Cas rétabli[11] depuis > 3 mois** ▶ Référer aux sections 2 à 7 selon le contact.	

Notes explicatives

1. Advenant que le cas asymptomatique développe des symptômes après la date du test positif, le décompte du 10 jours débute à partir de la date de début des symptômes. Un suivi et une évaluation doivent être effectués pour validation selon les modalités locales (p. ex., service de santé).

2. Les données récentes internationales et les données provinciales non publiées sur la durée de la contagiosité, ont permis de cesser la réalisation des tests TAAN pour la levée des mesures d'isolement chez le TdeS. Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les TdeS qui rencontrent les critères cliniques énumérés. Par contre, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un TdeS immunosupprimé pour lequel on aurait obtenu 2 résultats de test de laboratoire négatifs entre le jour 21 et 28 si les critères cliniques sont rencontrés. Si le TdeS est hospitalisé, appliquer les recommandations pour les usagers hospitalisés.

3. La définition du travailleur de la santé immunosupprimé de l'INESSS, référer à : COVID-19 et personnes immunosupprimés. Pour les consignes de retour au travail, référer à : Covid-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés.

4. Le test COVID-19 doit être effectué selon les recommandations du LSPQ.

5. Référer à : Définition de cas de COVID-19 – Québec.

6. Référer à : COVID-19 - Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins.

7. Mesures : port du masque de procédure, hygiène des mains stricte, autosurveillance des symptômes avec prise de température deux fois par jour, distanciation physique (p. ex. lors des pauses, heure de repas), pour compléter le14 jours après la dernière exposition. Le travailleur de santé critique doit tout de même poursuivre son isolement préventif à la maison, après son quart de travail, afin de compléter le 14 jours après la dernière exposition.

8. Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles) et 48 heures sans fièvre (sans prise d'antipyrétique).

9. Référer à : Définition de cas de COVID-19 – Québec et COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté.

10. Mesures : port du masque de procédure, hygiène des mains stricte et autosurveillance des symptômes avec prise de température deux fois par jour, distanciation physique (p. ex. lors des pauses, heure de repas), pour compléter le 14 jours après le départ de la région d'origine.

11. Le cas rétabli réfère aux critères de rétablissement de la section 1. Le délai de 3 mois se calcule à partir de la date de début des symptômes (pour l'asymptomatique la date du test positif est utilisée). Référer à : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2.

12. Le développement des connaissances sur la transmission et la durée de contagiosité de la COVID-19 apportent des modifications à nos recommandations. Le TAAN 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. Ces articles soutiennent ces recommandations :
    - La probabilité de retrouver du virus vivant ou réplicable diminue après l'apparition des symptômes et celui-ci n'a pas été retrouvé chez les usagers avec une maladie légère ou modérée après 10 jours suivant l'apparition des symptômes. (Wolfel, 2020; Arons, 2020; Bullard, 2020; Lu, 2020; CDC, 2020).
    - Une étude qui présente le suivi des contacts des 100 premiers cas de COVID-19 confirmés à Taiwan n'a démontré aucun cas secondaire parmi les 852 contacts exposés six jours et plus après l'apparition des symptômes chez les cas index (Cheng *et al.*, 2020).
    - Malgré que l'ARN du SRAS-CoV-2 demeure présent dans les voies respiratoires pour plusieurs semaines, les études montrent que le virus n'a pas pu être répliqué en culture au-delà de 10 jours (Wolfel, 2020; Li *et al.*, 2020; Xiao *et al.*, 2020; CDC, 2020).
    - La détection de virus vivant a été documentée entre 10 et 20 jours après l'apparition des symptômes chez les usagers avec une maladie sévère et dans certains cas, chez des immunosupprimés. (van Kampen *et al.*).
13. Le Québec s'est doté d'un système de paliers d'alerte par région avec des mesures additionnelles à déployer pour ralentir la transmission du virus. Certaines mesures de prévention et de contrôles des infections (PCI) sont modulées en fonction de ces paliers.

Références

Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, *et al.* Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med* 2020 May 28;382(22):2081-2090. doi:10.1056/NEJMoa2008457.

Alberta Health Services (AHS). *COVID-19 Return to Work Guide for Health Care Workers.* Version du 18 juin 2020. Repéré au : https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-return-to-work-guide-ahs-healthcare-worker.pdf

Bullard J, Durst K, Funk D, Strong JE, Alexander D, Garnett L *et al*. Predicting Infectious SARS-CoV-2 From Diagnostic Samples. *Clin Infect Dis* 2020 May 22. doi: 10.1093/cid/ciaa638

Center for disease control and prevention (CDC), *Interim US guidance for risk assessment and public health management of healthcare personnel with potential exposure in a healthcare setting to patients with Coronavirus Disease (COVID-19).* Version du 18 juin 2020. Repéré au : https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html

Center for disease control and prevention (CDC), *Criteria for Return to Work for Healthcare Personnel with Confirmed or Suspected COVID-19 (Interim Guidance)* Version du 10 août 2020. Repéré au https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/return-to-work.html

Center for disease control and prevention (CDC), *Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19.* Version du 10 septembre 2020. Repéré au https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html

Cheng HW, Jian SW, Liu DP, Ng TC, Huang WT, Lin HH, *et al*. Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med* 2020 May 1; doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020

European Center for disease control and prevention (ECDC), *Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19 – first update.* Version du 8 avril 2020. Repéré au : https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-guidance-discharge-and-ending-isolation

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins*. Version du 8 juillet 2020. https://www.inspq.qc.ca/publications/2905-prise-en-charge-ts-milieux-de-soins-covid19

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté*. Version 28 août 2020. Repéré au : https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*. Version 18 septembre 2020. Repéré au : https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-gueries-nouveau-test-positif-covid19

Li N, Wang X, Lv T. Prolonged SARS-CoV-2 RNA Shedding: Not a Rare Phenomenon. *J Med Virol* 2020 Apr 29. doi: 10.1002/jmv.25952.

Lu J, Peng J, Xiong Q, Liu Z, Lin H, Tan X, *et al*. Clinical, Immunological and Virological Characterization of COVID-19 Patients that Test Re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.15.20131748v1

Ministry of Health Ontario (MHO), *COVID-19 Quick Reference Public Health Guidance on Testing and Clearance*. Version 1er octobre 2020. Repéré au : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_testing_clearing_cases_guidance.pdf

Public Health England, *COVID-19: Management of Exposed Healthcare Workers and Patients in Hospital Settings.* Version du 28 septembre 2020. Repéré au : https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings

Swissnoso, *Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les hôpitaux de soins aigus – situation extraordinaire et grave pénurie de personnel.* Version du 17 avril 2020. Repéré au : https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Erreignisse/200417_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

van Kampen J, van de Vijver D, Fraaij P, Haagmans B, Lamers M, Okba N, *et al*. Shedding of Infectious Virus in Hospitalized Patients with Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Duration and Key Determinants. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125310v1

Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, *et al.* (2020). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 2020 May;581(7809):465-469. doi:10.1038/s41586-020-2196-x

Xiao F, Sun J, Xu Y, Li F, Huang X, Li H, *et al*. Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerg Infect Dis* 2020;26(8):10.3201/eid2608.200681. doi:10.3201/eid2608.200681

Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICE

Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé du travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 2904

Institut national de santé publique Québec

INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

Dernière mise à jour le 27 janvier 2021 – Version 2.5. Modifications apportées en jaune.

Le manque de données sur les effets du vaccin au niveau de la transmission ne nous permet pas de modifier les différentes recommandations :

- Le travailleur de la santé doit continuer de respecter toutes les mesures de prévention et contrôle des infections, peu importe son statut vaccinal (distanciation physique, port de l'équipement de protection individuelle, hygiène des mains).
- Il est trop tôt pour statuer sur l'impact du statut vaccinal en lien avec les critères d'exposition d'un travailleur de la santé. Les recommandations en vigueur dans ce document sont donc maintenues.

Préambule

Ce document vise à préciser les facteurs à prendre en compte lors d'une exposition à un cas de COVID-19 survenue en milieu de soins, pour la gestion des personnes exposées. Il doit être utilisé comme un guide pour aider à la décision sur les mesures à recommander (surveillance des symptômes, retrait du travail et retour au travail) pour les travailleurs de la santé exposés lors d'une situation précise. Ainsi, il est essentiel de détailler le plus précisément possible les circonstances de l'événement, de même que les mesures de précaution appliquées par les travailleurs, incluant le port de l'ÉPI, au moment de l'exposition. **Le but de ce document n'est pas de recommander l'ÉPI qui doit être porté par les TdeS** lors des soins, mais plutôt de présenter une démarche de gestion de risque sur la conduite à recommander pour la prise en charge des TdeS exposés, en considérant entre autres quel ÉPI était porté au moment de l'événement. Si le contact d'un TdeS survient hors des milieux de soins, utiliser : COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté.

De plus, les données récentes internationales et les données provinciales non publiées sur la durée de la contagiosité ont permis de cesser la réalisation des tests PCR pour la levée des mesures d'isolement chez le TdeS (non immunosupprimé).

Les facteurs suivants ont été considérés pour aider à établir la démarche menant à la prise de décision :

- Le SRAS-CoV-2 se transmet principalement par gouttelettes lors de contacts étroits et rapprochés. L'ÉPI le plus important est donc le port du masque médical[1], qui confère une protection contre la projection des gouttelettes.
- La transmission du SRAS-CoV2 par contact direct et indirect via les surfaces est aussi à considérer, mais apparaît moins importante. Ainsi, le port de la blouse et des gants est important étant donné les gouttelettes projetées durant l'intervention.

---

[1] Le masque médical inclut le masque de procédure et le masque chirurgical.
Référer à : SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins.

Québec

- Lors d'interventions médicales générant des aérosols, la transmission aérienne est à considérer. Les facteurs suivants doivent toutefois être considérés dans la prise de décision :
  - Le port de l'appareil de protection respiratoire N95 (APR N95) est recommandé lors de ces interventions. Or, l'APR N95 pourrait ne pas avoir été porté pour diverses raisons.
  - Le temps à considérer doit inclure celui de la réalisation de l'IMGA ainsi qu'un changement d'air complet suivant celle-ci.
  - Bien que le masque médical ne constitue pas une protection contre les infections aéroportées, plusieurs experts considèrent que, puisqu'il confère une certaine protection barrière, il doit être pris en compte lors de l'évaluation de l'exposition.

Définitions

Travailleur de la santé

- Toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
- Le TdeS « critique » est celui requis pour éviter un bris de services selon une évaluation locale.

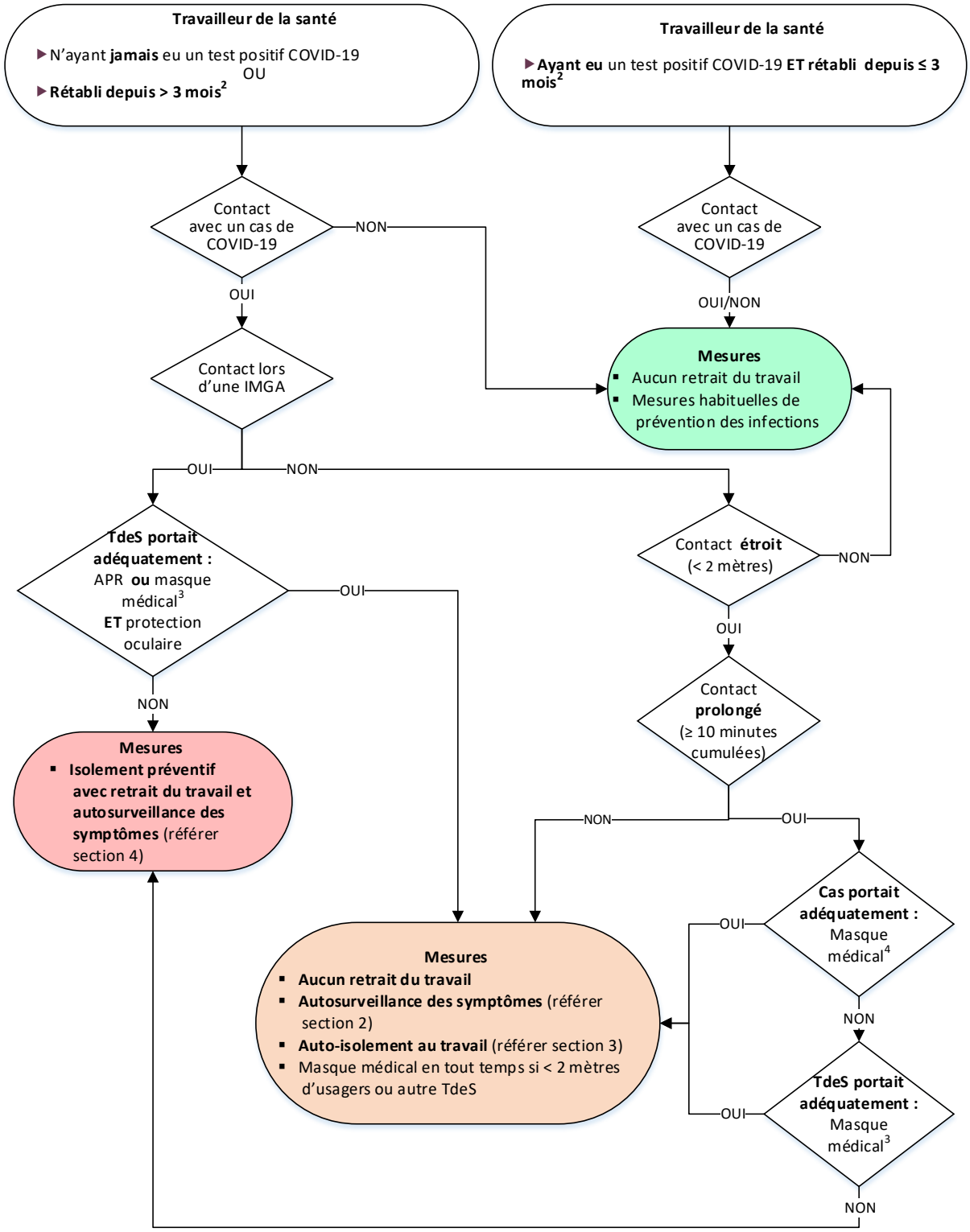
Milieux de soins

- Hôpitaux
- CHSLD, résidence privée pour aînés (RPA) et autres milieux similaires ayant des soins d'hébergement ou de longue durée (ex. : ressources intermédiaires ou de type familial (RI-RTF))
- Centres de réadaptation
- Soins ambulatoires tels qu'urgence, cliniques externes, CLSC, GMF, cliniques médicales, cliniques COVID-19 et de prélèvements ou soins à domicile.

Cas de COVID-19

- Référer à : Définition de cas de COVID-19 – Québec.
- Le cas de COVID-19 réfère à un usager (contact du TdeS lors de soins) ou à un TdeS (contact lors du travail entre TdeS).
- Le contact avec le cas inclut le cas présymptomatique (personne n'ayant pas de symptômes au moment du test, mais qui en a développé depuis) et le cas asymptomatique (personne qui a été confirmée positive par un test de laboratoire, mais qui n'a jamais présenté de symptômes).
- À des fins d'enquête, la période de contagiosité est définie comme débutant 48 heures avant le début des symptômes (ou du test pour les cas asymptomatiques) jusqu'à la levée de l'isolement.

Section 1 : Algorithme d'évaluation du travailleur de la santé



[2] Référer à : SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé

[3] Sans égard au niveau du masque médical (ASTM niveau 1, 2 ou 3) ou au type d'APR

[4] Sans égard au niveau du masque médical (ASTM niveau 1, 2 ou 3)

Section 2 : Autosurveillance des symptômes

Employeur doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent (p. ex. signature d'un registre personnel attestant que l'employé est asymptomatique ou validation verbale par l'employeur).
- Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et à *:* COVID-19 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement - Travailleurs de la santé.

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- Valider avant le début du quart de travail qu'aucun symptôme n'est présent.
- Si développe des symptômes, s'isoler et contacter l'employeur sans délai et référer à : Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19. Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison

Section 3 : Auto-isolement au travail

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- Effectuer ses déplacements dans son propre véhicule. Si utilisation de transport en commun ou de covoiturage, porter un couvre-visage.
- Pratiquer l'hygiène des mains avant l'entrée au travail et à la sortie du travail, en plus des autres indications d'hygiène des mains.
- Pendant le travail, porter un masque médical.
- Ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui.
- Ne pas prendre ses pauses et repas dans un lieu partagé (p. ex., une salle de conférence, un coin-repas) avec d'autres travailleurs de la santé à moins de 2 mètres.
- Maintenir distance de 2 mètres et plus avec les autres travailleurs de la santé, dans la mesure du possible.
- Travailler idéalement dans une seule installation, selon les modalités locales de l'employeur.

Section 4 : Isolement préventif avec retrait du travail et autosurveillance des symptômes

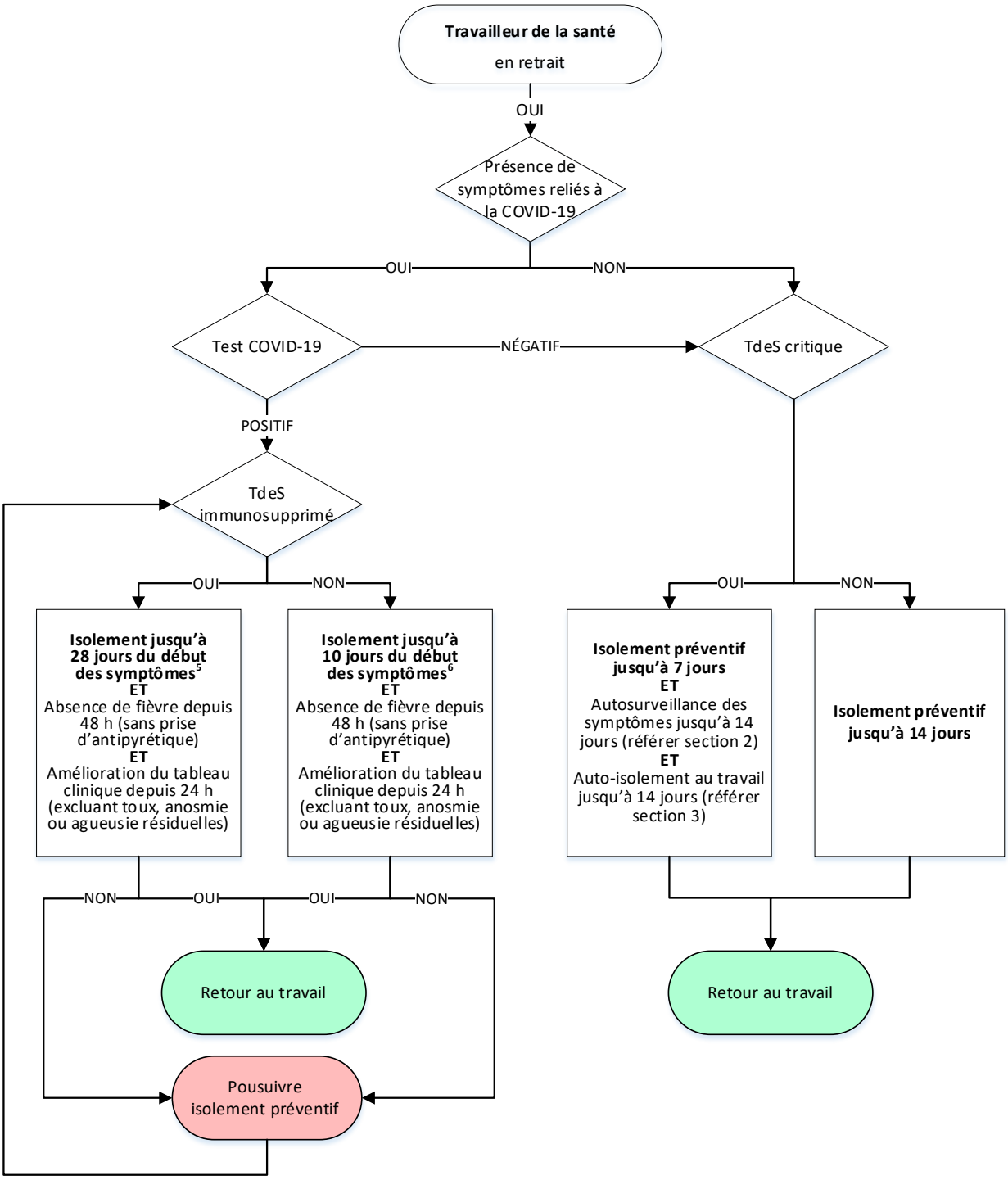
Service de santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition (ou un autre service de l'établissement (décision locale) ou pour les milieux privés par la direction de santé publique ou l'employeur) :

- Communiquer régulièrement avec le travailleur de la santé (selon modalités déterminées localement, exemples par téléphone, courriel ou sondage en ligne) pour recueillir les données de température et l'absence de symptômes.
- Fournir un numéro de téléphone ou une personne à contacter pour obtenir une évaluation.
- Retourner au travail, référer à l'algorithme de la section 5.
- Si le TdeS développe des symptômes, référer à l'algorithme de la section 5 et pour plus de détails à *:* SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé. Pour la définition d'un TdeS immunosupprimé, référer à : Covid-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés

Travailleur de la santé doit jusqu'à 14 jours suivant la dernière exposition :

- Être en isolement préventif à la maison, référer à : Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas confirmé de COVID-19.
- Prendre sa température 2 fois par jour (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- Surveiller quotidiennement la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (référer grille de surveillance des symptômes à l'annexe 1).
- Contacter le service de santé (ou autre) si développe des symptômes et référer à : Consignes à suivre pour la personne qui présente des symptômes et qui est en attente d'un test ou du résultat d'un test pour la COVID-19. Si le test pour la COVID-19 revient positif, référer à : Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison.

Section 5 : Retour au travail du travailleur de la santé



5 Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement après 28 jours chez les TdeS qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Par contre, les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un TdeS pour lequel on aurait obtenu 2 résultats négatifs entre le jour 21 et 28. Si le TdeS est hospitalisé, appliquer les recommandations pour les usagers hospitalisés.

6 Il n'est pas requis d'effectuer ou de tenir compte des résultats de test de laboratoire de contrôle pour lever les mesures d'isolement chez les TdeS qui rencontrent les critères cliniques ci-haut. Si le TdeS est hospitalisé, appliquer les recommandations pour les usagers hospitalisés.

Annexe 1

Grille de surveillance des symptômes pour le travailleur de la santé

Nom : **Prénom :**

Date dernière exposition : **Date début surveillance :**

Numéro/personne à contacter si présence de symptômes :

JOUR	DATE	PRISE DE TEMPÉRA-TURE		SYMPTÔMES ☑										
		AM	PM	AUCUN SYMPTÔME	Fièvre	Toux	Perte odorat (anosmie)	Perte goût (agueusie)	Difficulté à respirer	Céphalée	Mal de gorge			
Jour 1		˚C	˚C											
Jour 2		˚C	˚C											
Jour 3		˚C	˚C											
Jour 4		˚C	˚C											
Jour 5		˚C	˚C											
Jour 6		˚C	˚C											
Jour 7		˚C	˚C											
Jour 8		˚C	˚C											
Jour 9		˚C	˚C											
Jour 10		˚C	˚C											
Jour 11		˚C	˚C											
Jour 12		˚C	˚C											
Jour 13		˚C	˚C											
Jour 14		˚C	˚C											

Références

Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, *et al.* Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med* 2020 May 28;382(22):2081-2090. doi:10.1056/NEJMoa2008457.

British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC), *Interim Guidance: Public Health Management of cases and contacts associated with novel coronavirus (COVID-19) in the community*. Version du 25 septembre 2020. Repéré au : http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/2019-nCoV-Interim_Guidelines.pdf

Bullard J, Durst K, Funk D, Strong JE, Alexander D, Garnett L *et al*. Predicting Infectious SARS-CoV-2 From Diagnostic Samples. *Clin Infect Dis* 2020 May 22. doi: 10.1093/cid/ciaa638

Center for disease control and prevention (CDC), *Interim US guidance for risk assessment and public health management of healthcare personnel with potential exposure in a healthcare setting to patients with Coronavirus Disease (COVID-19).* Version du 14 décembre 2020. Repéré au : https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html

Center for disease control and prevention (CDC), 2020. *Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19*. Version du 19 octobre 2020. Repéré au https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html

Cheng HW, Jian SW, Liu DP, Ng TC, Huang WT, Lin HH, *et al*. Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med* 2020 May 1; doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020

European Center for disease control and prevention (ECDC), *Public health management of persons, including health care workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*. Version du 18 novembre 2020. Repéré au : https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), *COVID-19 et détection moléculaire du SARS-CoV-2 chez les individus asymptomatiques*. Version du 29 avril 2020. Repéré au : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_detection_moleculaire_individus_asymptomatiques.pdf

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), *COVID-19 et immunosuppression*. Version du 24 septembre 2020. Repéré au : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosupression.pdf

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé*. Version du 18 décembre 2020. Repéré au : https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté*. Version 28 août 2020. Repéré au : https://www.inspq.qc.ca/publications/2902-mesures-cas-contacts-communaute-covid19

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés*. Version 13 juillet 2020. Repéré au : https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimes-covid19

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), *COVID-19 : Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2*. Version 15 septembre 2020. Repéré au : https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-gueries-nouveau-test-positif-covid19

Lu J, Peng J, Xiong Q, Liu Z, Lin H, Tan X, et al. Clinical, Immunological and Virological Characterization of COVID-19 Patients that Test Re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.15.20131748v1

Public Health England, *COVID-19 : management of exposed healthcare workers and patients in hospital settings.* Version du 17 décembre 2020. Repéré au : https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings/covid-19-management-of-exposed-healthcare-workers-and-patients-in-hospital-settings

Swissnoso, Recommandations pour les professionnels de la santé ayant eu un contact étroit non protégés avec un cas COVID-19. Version du 23 octobre 2020. Repéré au: https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Erreignisse/201023_management_of_HCW_with_COVID-19_contact_V4.1_FR.pdf

Swissnoso, Recommandations pour la gestion des collaborateurs positifs ou suspects pour COVID-19 impliqués dans les soins aux patients dans les HÔPITAUX DE SOINS AIGUS. Version du 23 octobre 2020. Repéré au: https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Erreignisse/201023_management_of_COVID-19_positive_HCW_FR.pdf

van Kampen J, van de Vijver D, Fraaij P, Haagmans B, Lamers M, Okba N, *et al*. Shedding of Infectious Virus in Hospitalized Patients with Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Duration and Key Determinants. (Preprint) Medrxiv. 2020. Repéré au: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125310v1

Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, *et al.* (2020). Virological Assessment of Hospitalized Patients with COVID-2019. *Nature* 2020 May;581(7809):465-469. doi:10.1038/s41586-020-2196-x

Xiao F, Sun J, Xu Y, Li F, Huang X, Li H, et al. Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerg Infect Dis* 2020;26(8):10.3201/eid2608.200681. doi:10.3201/eid2608.200681

Historique des modifications

Version	Date	Pages	Modifications
V2.5	2021-01-27		▶ Précision sur le type d'APR
V 2.4	2021-01-14		▶ Précisions sur le niveau du masque médical

SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICE

Natasha Parisien, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

© Gouvernement du Québec (2021)

Nº de publication : 2905

Institut national de santé publique Québec

Émission :	27-07-2020	Mise à jour :	25-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGSP-013

Catégorie(s) :
- ✓ Dépistage COVID-19
- ✓ Dépistage des travailleurs de la santé
- ✓ Tests rapides COVID-19

Directive sur l'application des dépistages préventifs chez les travailleurs de la santé

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

Expéditeur :	**Direction générale de la santé publique (DGSP)**	**Destinataires :**	- Présidents-directeurs généraux et présidentes-directrices générales (PDG) - Directions des services professionnels (DSP) - Directeurs de santé publique - Directions des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques - Directeurs des soins infirmiers - Directeurs des services multidisciplinaires - Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) - Directeurs médicaux - Optilab

Directive	
Objet :	Mise à jour des orientations concernant les dépistages récurrents chez les travailleurs de la santé.
Principe :	Depuis juin 2020, le MSSS recommande le dépistage de la COVID-19 chez les travailleurs de la santé asymptomatiques, d'abord en CHSLD, RPA et RI-RTF du programme-services SAPA. Depuis le 8 octobre 2020, le dépistage a été élargi chez les travailleurs qualifiés de critiques dans les milieux de soins aigus, à l'Institut Pinel et les milieux de réadaptation. Des recommandations de fréquence des dépistages selon les paliers d'alerte ont également été émises le 8 octobre dernier. La prévention des éclosions repose sur des approches multiples : - prévention de la transmission communautaire; - dépistage agressif des cas dans la communauté; - éviter de travailler si l'on présente des symptômes compatibles avec la covid-19; - passer un test au moindre symptôme compatible avec la COVID-19 et le plus rapidement possible; - appliquer la distanciation physique, se laver les mains et porter ses équipements de protection individuels de façon adéquate. 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 ». Pour un dépistage récurrent efficace, lorsqu'absence de situation d'éclosion, **80 % des travailleurs en contact avec la clientèle vulnérable d'un milieu devraient être testés**, idéalement plus d'une fois par semaine, et leur résultat au test doit être transmis avant le prochain quart de travail. Or, une telle approche risque de surcharger les laboratoires, sauf exception. Dans une perspective de santé publique, cela revient à prioriser l'utilisation des tests à des fins de dépistage plutôt que de diagnostic.

	Dans ce contexte et afin de se rapprocher de cet objectif, le MSSS demande que les pratiques de dépistage soient transférées vers les tests antigéniques, comme déployés sous forme de projet à l'Institut de Cardiologie de Montréal et ce, afin de ne pas compromettre les capacités des laboratoires à effectuer les autres TAAN requis pour les personnes qui présentent des symptômes ou pour les dépistages en milieux de soins ou milieux de vie en éclosion. Les établissements devront compléter l'outil de requête Web à cet effet comme reddition de comptes. En complétant ces informations dans l'outil nous serons en mesure de cesser la complétion du formulaire GESTRED 44200. Les tests BD Veritor TM Plus seront fournis à cet effet. Il est aussi important de considérer les vaccinateurs pour la COVID-19, tout comme les travailleurs en CHSLD ou RPA, et qu'à ce titre, un dépistage récurrent leur soit offert puisqu'ils sont en contact rapproché avec des clientèles vulnérables. Les personnes proches aidantes et les visiteurs asymptomatiques qui souhaitent être dépistés devraient également se voir offrir ces tests dans les milieux de vie, de façon préventive. Nous vous rappelons que les tests antigéniques sont moins sensibles que les tests en laboratoire. **Il est donc important de rappeler que les travailleurs symptomatiques devraient passer des tests TAAN** et suivre les mesures d'isolement reconnues en la matière. Ils doivent être d'emblée référés à un test en laboratoire. De plus, ces tests devraient être répétés 2 fois plus souvent que ce qui est recommandé dans le tableau sur les fréquences des dépistages de la directive DGSP-001 - Directive sur l'utilisation des tests selon le palier d'alerte. Si les laboratoires sont en mesure d'offrir les tests par PCR, les milieux qui offrent les tests par gargarisme ou par tests salivaires devraient poursuivre leur utilisation. De plus, tous les résultats positifs par tests antigéniques devront être confirmés par un test en laboratoire. Par ailleurs, l'établissement devra faire la démonstration que ces tests ne compromettent pas la capacité des milieux à effectuer des tests PCR dans la communauté pour les personnes symptomatiques et que la transmission des résultats par PCR aux personnes symptomatiques demeure sous la barre des 24 heures. Lorsque nous pourrons statuer sur l'efficacité de la vaccination à prévenir les éclosions et la transmission dans les milieux de vie et les milieux de soins entre travailleurs et auprès de la clientèle ou que nous aurons plus d'information sur les nouveaux variants, nous réviserons la pertinence de cette directive. **Cette directive ne s'applique pas aux milieux en éclosion.**
Mesures à implanter :	✓ Valider l'application des guides de prévention et de contrôle des infections en vigueur. ✓ Viser la cible de 80 % des travailleurs éligibles, incluant les vaccinateurs COVID, aux dépistages récurrents d'ici le 21 mars 2021.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Notes importantes :	
Direction ou service ressource :	**Direction générale adjointe de la protection de la santé publique** Protection@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Annexe 1 : SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour la gestion des éclosions en milieux de soins - AVIS INTÉRIMAIRE ✓ Annexe 2 : 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
Le sous-ministre adjoint,
Horacio Arruda

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins

AVIS INTÉRIMAIRE

À noter que cet avis porte sur les évidences scientifiques disponibles en date dudit avis
3 décembre 2020 – Version 2.0

- Les recommandations formulées dans ce document sont des lignes directrices qui résument les actions à poser en présence d'un cas unique de COVID-19 (usager ou travailleur de la santé) pour prévenir une éclosion ou en présence d'une éclosion dans les différents milieux de soins.
- **L'enquête épidémiologique** est primordiale pour déterminer les meilleures façons de faire en fonction des différentes situations rencontrées. Il peut en découler une variabilité dans les mesures à mettre en place. Une évaluation rigoureuse de la situation permet d'adapter les actions entreprises en fonction du contexte épidémiologique local.
- Présentement, il est difficile de préciser la meilleure séquence de toutes les options possibles ou même s'il en existe une. Le document présente donc un ensemble de modalités qui peuvent être adaptées en fonction de la situation et du type de milieu concerné. Les équipes doivent donc être très à l'aise d'adapter les mesures selon la situation.
- Les recommandations feront l'objet d'une révision constante en fonction de l'évolution des connaissances.

Lorsqu'un cas de COVID-19 est suspecté ou confirmé chez un travailleur de la santé (TdeS) ou un usager dans une installation ou sur une unité de soins, la rapidité d'intervention permet d'évaluer le potentiel de transmission, la gravité de la situation et d'instaurer les mesures requises afin de limiter l'ampleur de la transmission.

Ce document fournit les recommandations destinées aux installations de soins de courte durée, aux installations de réadaptation, aux installations de santé mentale, aux installations ayant une mission d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi qu'aux autres ressources d'hébergement de ce type (ex. : unité de soins de longue durée dans une résidence privée pour aînés) pour prévenir et contrôler les éclosions de SRAS-CoV-2. Il comprend trois grandes sections :

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

Québec

Les mesures recommandées dans ce document sont formulées à la lumière des données scientifiques disponibles à ce jour et les recommandations d'experts d'instances provinciales, nationales et internationales reconnues concernant le SRAS-CoV-2. Elles sont ajustées selon l'évolution de la situation épidémiologique et des nouvelles connaissances sur ce virus et sur l'efficacité des mesures préventives.

Ce document doit se lire de façon complémentaire aux documents de l'INSPQ suivants :

- SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée : recommandations intérimaires
- SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires
- SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de réadaptation physique, de déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme

Plusieurs directives ministérielles doivent également être consultées selon le milieu de soins (admissions, visiteurs, sorties, proches aidants, etc.) :

- CH: https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/
- CHSLD : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/
- RI-RTF : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/ri-rtf/
- RPA : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/residences-privees-pour-aines/

Section 1 Préparation et prévention des éclosions

Préparation et prévention des éclosions	
Comité de gestion d'éclosion	▶ S'assurer de la formation d'un comité multidisciplinaire de gestion d'éclosion qui sera consulté lors de la planification des mesures à mettre en place et sera mobilisé pour soutenir la gestion d'une éventuelle éclosion. ▶ Cibler d'avance les acteurs qui seront requis pour y participer. ▶ Avec la collaboration du comité de gestion d'éclosion, élaborer : ▶ Un plan des options d'hébergement selon les scénarios possibles de cas ▶ Un plan de formation pour les TdeS ▶ Un plan pour la gestion des TdeS ▶ Un plan pour l'accès au matériel requis (ex. : ÉPI) ▶ Un plan pour la réalisation d'audits, l'analyse et le partage des résultats ▶ Un plan de l'organisation du travail et des effectifs en hygiène et salubrité ▶ Référer aux documents suivants : ▶ Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec ▶ Directives du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) : *Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés*
Options d'hébergement	Les orientations d'hébergement sont établies par le MSSS et il revient aux gestionnaires de chaque installation de préciser le scénario qui sera adopté. Les mesures spécifiques de prévention et contrôle des infections à appliquer en fonction de l'option choisie sont présentées ci-dessous. **Mesures générales pour toutes les options d'hébergement** Des mesures de prévention et contrôle des infections générales doivent être mises en application pour toutes les options d'hébergement mentionnées ci-dessous. ▶ Dédier les TdeS à chacun des types de zone (chaude, tiède, froide). ▶ Pour les TdeS qui ne peuvent être exclusivement dédiés (ex. : inhalothérapeutes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.), ceux-ci doivent débuter par les zones froides, suivi des zones tièdes et terminer par les zones chaudes. ▶ Si l'usager confirmé est en chambre multiple avec des usagers non confirmés et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle : maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur) dans l'attente du transfert en chambre individuelle. Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette (ou chaise d'aisance) dédiés pour chaque usager.

Préparation et prévention des éclosions	
Options d'hébergement	▶ Avant la réalisation d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA) pour un usager suspecté ou confirmé COVID-19, s'il n'y est pas déjà hébergé, l'usager doit être transféré immédiatement dans une chambre individuelle à pression négative. Si celle-ci n'est pas disponible, transférer l'usager dans une pièce fermée. Si IMGA urgente (ex. : réanimation cardio-respiratoire), sortir les autres usagers de la chambre. Pour les modalités d'application, se référer aux documents suivants : ▶ SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée : recommandations intérimaires ▶ SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires ▶ Bien afficher les précautions additionnelles requises selon l'option d'hébergement retenue (ex. : affiche, code de couleurs, etc.). ▶ Considérer des mesures alternatives pour diminuer le risque de contamination par les usagers confirmés COVID-19 qui ne peuvent être confinés à leur chambre (ex. : unité prothétique) : ▶ Faire porter un masque médical par l'usager hors de sa chambre, si toléré. ▶ Maintenir une distanciation physique d'au moins deux mètres entre les usagers. ▶ Augmenter la fréquence d'entretien des surfaces *high touch.* Voici les mesures de prévention et contrôle des infections à mettre en place selon l'option choisie : **Cohorte d'usagers par zone : chaude, tiède et froide** ▶ L'aménagement de zones est recommandé au sein d'une même unité de soins ou d'une installation. Une unité complète peut être désignée comme une zone chaude. ▶ Instaurer un regroupement (cohorte) selon les directives du MSSS, se référer à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002707/ https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/a-propos/ ▶ Zone chaude : usagers confirmés par laboratoire pour le SRAS-CoV-2 ou présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 et avec lien épidémiologique avec un cas confirmé de COVID-19. Il est fortement recommandé de toujours confirmer les cas avec un test de laboratoire avant le transfert en zone chaude. ▶ Zone tiède : usagers présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 ou en attente d'un résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2. ▶ Zone froide : usagers sans tableau clinique compatible avec la COVID-19 ou avec un test de laboratoire négatif pour le SRAS-CoV-2.

Préparation et prévention des éclosions	

Options d'hébergement	▶ Bien délimiter les zones chaudes, tièdes et froides (ex. : affiches, séparation spatiale avec porte ou paravent, utilisation d'un code de couleur, etc.).
	▶ Dans le cas où une unité complète est désignée comme une zone chaude, deux options sont possibles pour l'organisation des aires communes et du poste de garde. Selon les modalités locales, ils peuvent être considérés comme une zone chaude ou comme une zone froide. La zone froide est à privilégier, mais certains milieux peuvent décider, selon leur évaluation, d'utiliser l'option de la zone chaude. Voici les recommandations à mettre en place pour chacun des choix :
	  ▶ Si le poste de garde est considéré zone froide : l'ÉPI complet, incluant le masque, doit être retiré à la sortie de la zone chaude. Avant d'entrer dans la zone froide, l'hygiène des mains doit être effectuée et un nouveau masque doit être mis.
	  ▶ Si le poste de garde est considéré zone chaude : l'ÉPI est conservé pour y circuler (blouse, masque et protection oculaire). Comme les gants sont retirés à la sortie de la chambre, aucun gant ne devrait être porté dans les aires communes, mais l'hygiène des mains doit être effectuée avant d'entrer dans le poste de garde.
	▶ Prévoir retirer de la zone chaude ou tiède le surplus de matériel jugé non nécessaire et garder uniquement celui nécessaire pour les soins des usagers. Éviter d'accumuler de grandes quantités de matériel et prévoir du matériel pour un court laps de temps (maximum 48 à 72 heures).
	▶ En zone chaude, en plus du SRAS-CoV-2 si un usager a une condition médicale nécessitant des précautions additionnelles pour un autre microorganisme, l'ÉPI doit être retiré suite aux soins ou selon les directives en place par l'équipe de PCI.
	Isolement à la chambre
	Cette option pourrait être envisagée lorsque peu de cas sont présents, pour les petites installations ou lorsque les transferts de chambre sont difficiles (ex. : clientèle confuse).
	▶ Chambre chaude : chambre d'un usager confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique pour la COVID-19. Les équipements de protection individuelle (ÉPI) (blouse, gants, masque médical, protection oculaire) sont requis à l'entrée de la chambre. Si chambre multiple, changer seulement les gants et procéder à l'hygiène des mains entre les usagers sauf si l'ÉPI est souillé ou si des précautions additionnelles sont nécessaires pour d'autres raisons (ex. : bactéries multirésistantes (BMR)).
	▶ Chambre tiède : chambre d'un usager suspecté pour la COVID-19, en attente d'un résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2. Les ÉPI (blouse, gants, masque médical, protection oculaire) sont requis à l'entrée de ces chambres et doivent être changés entre chaque usager dans la même chambre puisque le statut infectieux est inconnu. Privilégier des chambres individuelles.
	▶ Chambre froide : chambre d'un usager sans la COVID-19 (c'est-à-dire ni confirmée, ni suspectée).
	L'usager en chambre chaude ou tiède doit rester dans sa chambre individuelle avec salle de toilette dédiée (ou chaise d'aisance dédiée) sauf pour les examens ou traitements qui ne peuvent être effectués à sa chambre.

Préparation et prévention des éclosions	
Options d'hébergement	**Isolement inversé avec chambres et corridors en zone chaude** L'utilisation de ce type d'isolement doit être une mesure d'exception. Avant l'utilisation de ce type d'isolement, il est à considérer, dans la mesure du possible, de relocaliser les usagers sans la COVID-19 (c'est-à-dire ni confirmée, ni suspectée). Cette option pourrait être envisagée si la majorité des usagers sur l'unité est COVID-19 positif et qu'il est difficile pour les usagers confirmés de suivre les consignes et de demeurer à leur chambre (ex. : unité prothétique). À envisager seulement si l'ensemble des mesures de PCI et de gestion des cas suspectés et confirmés sont bien comprises et respectées par le personnel sur l'unité et qu'il est impossible de cohorter les usagers. ▶ Avant l'instauration de ce type d'isolement, effectuer une évaluation du risque (bénéfices vs risques encourus pour les usagers) par l'équipe de PCI ou de la DSPublique selon les modalités locales (ex. : si usagers suspectés ou confirmés représentent plus de risques de transmission en circulant vs usagers non atteints qui sont en mesure de demeurer à leur chambre). ▶ Considérer le corridor, les aires communes ainsi que les chambres des usagers confirmés COVID-19 comme une zone chaude afin que les usagers puissent y circuler. ▶ Considérer les chambres des usagers non atteints comme des zones froides. Les TdeS doivent retirer leur ÉPI, effectuer l'hygiène des mains et revêtir une nouvelle protection oculaire et un nouveau masque médical avant d'y entrer. ▶ Constituer des équipes dédiées distinctes pour les usagers COVID-19 positif et pour les usagers non atteints. ▶ Rehausser l'HDM de tous les usagers et appliquer des modalités de nettoyage et désinfection en plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) des surfaces touchées par les usagers. Cibler du personnel pour effectuer ces tâches. Il est à noter que les résultats découlant de ce type d'isolement ne sont pas clairement établis dans la littérature. Par contre, quelques expériences locales ont eu de bons résultats pour la gestion des éclosions chez une clientèle errante en minimisant l'utilisation de contentions chimiques et physiques.

Préparation et prévention des éclosions	
Formation des travailleurs de la santé	▶ Assurer la formation adéquate et suffisante des TdeS et faire des rappels réguliers et fréquents sur les bonnes pratiques de PCI. ▶ Rappel des pratiques de base, dont l'hygiène des mains. ▶ Modes de transmission du SRAS-CoV-2. ▶ Connaissances sur les risques de contamination. ▶ Port et retrait de l'ÉPI adéquat et selon les indications (toutes les catégories d'ÉPI). ▶ Importance de la distanciation physique et du port du masque chez les TdeS, notamment en dehors des zones de soins (ex. : poste de garde, lors des pauses et des repas, rassemblement dans le stationnement, covoiturage, etc.). ▶ Gestions des zones et des précautions additionnelles requises. ▶ Gestion et désinfection des équipements de soins et du matériel partagé (ex. : claviers d'ordinateurs). ▶ Valider sur place l'application des apprentissages théoriques par des observations et des pratiques concrètes sur le terrain (ex. : audits, agent de PCI, etc.). ▶ Référer aux formations disponibles en ligne au : https://www.inspq.qc.ca/covid-19/formations
Plan de gestion des travailleurs de la santé	▶ Référer aux directives du MSSS : Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés
Accès au matériel requis	▶ S'assurer que les TdeS connaissent la procédure locale d'accès au matériel (ex. : ÉPI, matériel pour prélèvement, etc.). ▶ Référer aux directives du MSSS : ▶ Section « Matériel et approvisionnement » https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/20-MS-00496-51-PJ-strategie-approvisionnement_2020-09-21.pdf ▶ Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés
Plan d'hygiène et salubrité	▶ S'assurer que les TdeS connaissent les procédures de nettoyage et désinfection de l'environnement et du matériel. ▶ Mettre à jour les protocoles de nettoyage et de désinfection des équipements et des surfaces. ▶ Déterminer qui est responsable de la désinfection des équipements de soins. ▶ Détailler les modalités de nettoyage et désinfection en plurifréquence (ex. : personnel requis, à quelle heure le faire, nombre d'heures requises, fréquence, etc.). ▶ Avoir une liste d'équipements et de tâches bien définie afin que tous les équipements et toutes les surfaces soient inclus. ▶ Référer aux directives du MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/

Définitions	
Travailleurs de la santé (TdeS)	Toute personne : ▶ Qui donne des soins OU ▶ Qui est en contact étroit avec la clientèle OU ▶ Dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers.
Période de contagiosité (dans un but d'intervention)	48 h précédant l'apparition des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique et jusqu'à la levée de l'isolement. Se référer à la section *Durée des mesures* des documents suivants : ▶ SRAS-CoV-2: Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée ▶ SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires ▶ SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de réadaptation physique, de déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme
Cas nosocomial	**Cas nosocomial** ▶ Cas confirmé **par laboratoire** peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé par **lien épidémiologique** peu importe la période depuis son arrivée dans le milieu de soins si présence d'un lien épidémiologique direct avec un cas confirmé par laboratoire en milieu de soins OU ▶ Cas confirmé **par laboratoire** à partir du jour 15 de l'arrivée dans le milieu de soins **Cas nosocomial suspect** ▶ Cas confirmé **par laboratoire** survenant 7 jours* et plus et jusqu'à 14 jours depuis son arrivée dans le milieu de soins (période maximale d'incubation du virus). **Cas non nosocomial** ▶ Cas confirmé **par laboratoire** survenant moins de 7 jours* après son arrivée dans le milieu de soins et sans lien épidémiologique avec un cas confirmé en milieu de soins Pour les cas asymptomatiques identifiés par test de laboratoire et à la suite de l'évaluation de l'usager par le service de PCI, le personnel pourra estimer une date d'acquisition et déterminer si le cas est nosocomial, nosocomial suspect ou non nosocomial en fonction de l'exposition de l'usager et des facteurs de risques antérieurs. L'enquête épidémiologique devrait ainsi permettre de déterminer si l'acquisition a eu lieu en milieu de soins ou non.

* Note : le nombre de 7 jours a été choisi comme limite pour attribuer l'acquisition nosocomiale sur la base du CNISP, 2020.

Définitions	
Éclosion	▶ Deux cas nosocomiaux (usagers et/ou TdeS) avec un lien épidémiologique survenant pendant la période maximale d'incubation, soit 14 jours. ▶ Un lien épidémiologique est établi entre deux cas lorsqu'un critère de temps, de lieu ou de personne est compatible avec une transmission entre ces cas.
Fin d'éclosion	▶ L'éclosion est terminée lorsque 14 jours se sont écoulés : ▶ Après la dernière présence du dernier TdeS confirmé COVID-19 sur l'unité OU ▶ Après la date de début d'isolement du dernier cas confirmé COVID-19 (usagers). Si l'usager était déjà en isolement préventif, débuter le décompte à partir de la date de début des symptômes ou date du prélèvement positif si asymptomatique. ▶ Considérant l'intensification de la surveillance des symptômes, le dépistage actif et la recherche soutenue des cas symptomatiques et asymptomatiques de COVID-19 durant une éclosion, le délai de 14 jours (qui correspond à une période maximale d'incubation) a été établi pour déclarer la fin d'une éclosion plutôt que le 28 jours précédemment diffusé. Ce délai est en conformité avec les lignes directrices de différentes instances (Ontario, 2020, CDNA, 2020, SPS, 2020). ▶ L'éclosion peut être déclarée terminée, même s'il y a encore des cas en précautions additionnelles.
Contact étroit usager	Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'ÉPI porté, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'usager et le TdeS. De plus, des soins prolongés donnés à un usager exposent le TdeS à un risque accru de bris de mesure (ex. : déplacement d'un ÉPI pendant les manipulations de l'usager, TdeS qui replace son masque ou sa protection oculaire ou qui se touche le visage). Les usagers ayant été transférés d'unité ou ayant obtenu leur congé de l'établissement ou de l'installation sont inclus dans les définitions suivantes d'un contact étroit usager : ▶ **Usager qui a séjourné dans le même environnement usager** (ex. : chambre, civière, etc.) à moins de deux mètres et sans mesure barrière (ex. : rideaux, plexiglass, etc.) qu'un cas confirmé COVID-19 durant sa période de contagiosité. OU ▶ **Usager qui n'est <u>pas apte à respecter les mesures de PCI recommandées</u>** (ex. : errance, absence de collaboration) en présence d'un cas confirmé COVID-19 (usager) sur l'unité de soins, sur l'unité de réadaptation ou dans le milieu de vie. Ces comportements, notamment l'errance, sont des facteurs de risque d'acquisition. OU ▶ **Usager ayant reçu des soins à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées** d'un TdeS confirmé COVID-19 qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les usagers suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces usagers serait alors effectué au même moment que les autres usagers contacts étroits décrits ci-haut. ▶ **Usager ayant reçu des soins prolongés ou cumulés de deux heures et** plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) d'un TdeS confirmé COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité. ▶ **Usager ayant eu un contact physique rapproché** (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) d'un TdeS confirmé COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité.

Définitions	
Contact élargi usager	▶ Usager ne répondant pas à la définition d'un contact étroit ET ▶ Séjournant sur une unité de soins, sur une unité de réadaptation ou dans un milieu de vie où il y a présence d'un cas confirmé COVID-19 (usager et/ou TdeS) durant sa période de contagiosité. Pour être considéré un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne (ex. : partage d'équipement de soins, partage du même personnel de soins).
Contact étroit travailleur de la santé	Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'ÉPI porté, le stade d'infection de la source, etc. Ainsi, un contact physique très rapproché, mais de courte durée pourrait présenter un risque plus élevé, étant donné la notion de contact direct entre l'usager et le TdeS. De plus, des soins prolongés donnés à un usager exposent le TdeS à un risque accru de bris de mesure (ex. : TdeS qui replace son masque ou sa protection oculaire ou qui se touche le visage). ▶ **TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical** et ayant donné des soins à un usager confirmé COVID-19 à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées durant sa période de contagiosité. OU ▶ **TdeS qui ne portait pas adéquatement le masque médical** et ayant eu des contacts significatifs à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées avec un TdeS confirmé COVID-19 qui portait adéquatement ou non un masque médical durant sa période de contagiosité (ex. : aires communes, salles de réunion, repas ou pause, rassemblement dans le stationnement, covoiturage, etc.) OU ▶ **TdeS qui ne portait pas adéquatement l'appareil de protection respiratoire N95 ou le masque médical ET la protection oculaire** et ayant été dans la même pièce qu'un usager confirmé COVID-19 durant sa période de contagiosité lors de la réalisation d'une IMGA. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, les TdeS suivants pourraient être considérés comme des contacts étroits. Le dépistage de ces TdeS serait alors effectué au même moment que les autres TdeS contacts étroits décrits ci-haut. ▶ **TdeS qui portait adéquatement le masque médical** et ayant donné des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) à un usager confirmé COVID-19 pendant sa période de contagiosité. ▶ **TdeS qui portait adéquatement le masque médical** et ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) avec un usager confirmé COVID-19 pendant sa période de contagiosité.

Définitions	
Contact élargi travailleur de la santé	▶ TdeS ne répondant pas à la définition d'un contact étroit TdeS ET ▶ Ayant travaillé sur une unité où il y a présence : ▶ D'un usager confirmé COVID-19 pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité OU ▶ D'un TdeS confirmé COVID-19 ayant travaillé sur le même quart de travail pendant sa période de contagiosité Pour être considéré un contact élargi, un lien épidémiologique doit être établi sur la base d'un critère de temps, de lieu ou de personne.

Prévention d'une éclosion

Les mesures de prévention et contrôle des infections à mettre en place en présence d'un cas de COVID-19 confirmé ou d'une éclosion dans une installation doivent être basées sur l'enquête épidémiologique réalisée par le service de PCI en collaboration avec le bureau de santé et, au besoin, avec la DSPublique (ou directement par la DSPublique lorsqu'il n'y a pas de ressources PCI attribuées). Les actions mises en place peuvent varier en fonction du contexte, de l'évaluation de la situation et du type de milieu où le cas unique de COVID-19 (usager ou TdeS) est découvert. Une flexibilité dans les interventions entreprises est donc possible (ex.: mettre des mesures intensifiées devant un cas unique usager ou TdeS sur une unité d'hématologie-oncologie, alléger les mesures pour un secteur ambulatoire où les contacts sont habituellement brefs, etc.). Les dépistages et les actions à mettre en place (ex. : mise en place des précautions additionnelles adéquates) peuvent donc être ajustés en fonction de l'évaluation épidémiologique de la situation.

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

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

En fonction des constats de l'enquête et de l'/des objectif(s) visé(s), des décisions locales peuvent être prises. Par exemple, un rehaussement des dépistages pour les contacts dès l'apparition d'un premier cas détecté peut être réalisé (référer à la section 2 : Gestion d'une éclosion).

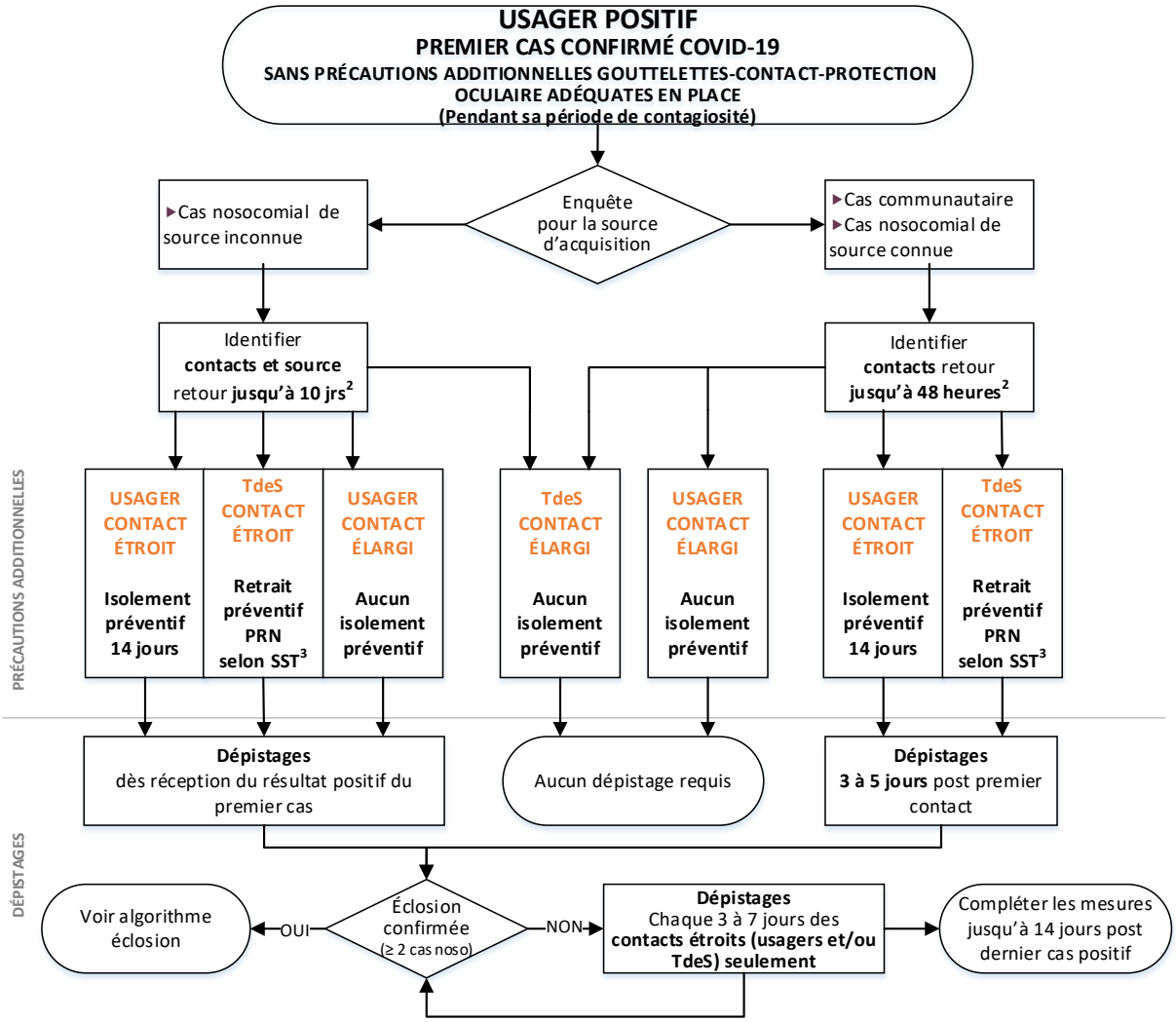
Si le tableau épidémiologique est clair et que la source de l'acquisition des cas est connue, il n'y a pas lieu d'effectuer une recherche rétrospective des contacts au-delà de 48 heures avant le début des symptômes du cas confirmé symptomatique ou 48 heures précédant la date de prélèvement si le cas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

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

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

Institut national de santé publique Québec

Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager[1]



DÉFINITIONS CONTACT SI L'USAGER EST LE CAS (définitons différentes si TdeS est le cas: référer à algorithme TdeS)

	USAGER	TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ
CONTACT ÉTROIT	▸**Séjour même environnement usager que cas confirmé** OU ▸**Inapte à respecter mesures PCI** (ex. : errance, absence de collaboration) (Inclure les usagers avec transfert d'unité, transfert d'installation ou congé)	▸**Ne portait pas adéquatement masque médical** et a donné **soins < 2 mètres et ≥ 10 minutes cumulées** à un cas confirmé OU ▸**Ne portait pas adéquatement APR N95 ou masque médical ET protection oculaire** et dans la même pièce qu'un cas confirmé lors d'IMGA OU ▸Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, ces TdeS pourraient être des contacts étroits: **portait adéquatement masque médical** et donné **soins prolongés ou cumulés ≥ 2 heures** ou **contact physique rapproché** avec un cas confirmé.
CONTACT ÉLARGI	▸Ne répond **pas à la définition de contact étroit usager** ET **s**éjour sur une unité avec **cas confirmé** ET avec lien épidémiologique.	▸Ne répond **pas à la définition de contact étroit TdeS** ET **a travaillé** sur une unité avec cas confirmé sans précautions additionnelles

[1] Les dépistages et les actions à mettre en place (ex. : isolement ou retrait préventif) peuvent être ajustés en fonction de l'évaluation épidémiologique locale. Prélever usagers et TdeS qui développent des symptômes entre les jours déterminés de dépistage. Répéter après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée.

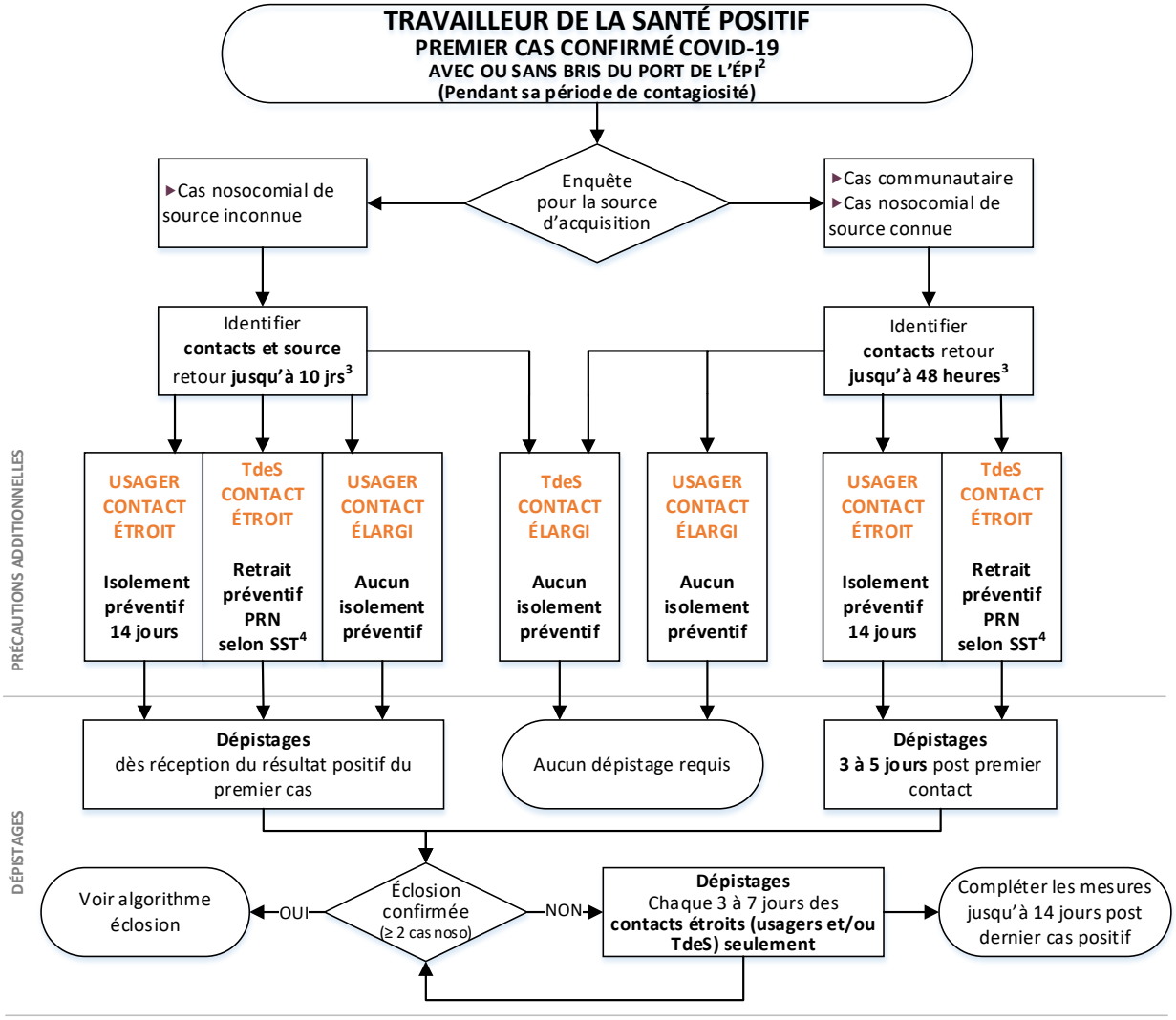
[2] Selon la date de prélèvement si asymptomatique ou la date de début des symptômes si symptomatique.

[3] Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

.

Institut national de santé publique Québec

Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas travailleur de la santé[1]



DÉFINITIONS CONTACT SI LE TdeS EST LE CAS (définitions différentes si usager est le cas: référer à algorithme usager)

	USAGER	TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ
CONTACT ÉTROIT	▸Ayant reçu des **soins d'un TdeS confirmé qui ne portait pas adéquatement masque médical, < 2 mètres et ≥ 10 minutes cumulées** OU ▸ Si les données épidémiologiques locales suggèrent une transmission nosocomiale significative, ces usagers pourraient être des contacts étroits: ayant reçu des **soins prolongés ou cumulés ≥ 2 heures** ou **ayant eu contact physique rapproché** avec un TdeS confirmé même s'il portait adéquatement masque médical. Inclure les usagers avec transfert d'unité, transfert d'installation ou congé)	▸**Ne portait pas adéquatement masque médical** et contact significatif avec TdeS confirmé, **< 2 mètres et ≥ 10 minutes cumulées** (ex. : aires communes, salles de réunion, repas ou pause, covoiturage, rassemblement dans le stationnement)
CONTACT ÉLARGI	▸Ne répond **pas à la définition de contact étroit usager** ET séjour sur une unité avec **TdeS confirmé** et avec lien épidémiologique.	▸Ne répond **pas à la définition de contact étroit** TdeS ET **a travaillé** sur une unité avec cas confirmé sans précautions additionnelles

[1] Les dépistages et les actions à mettre en place (ex. : isolement ou retrait préventif) peuvent être ajustés en fonction de l'évaluation épidémiologique locale. Prélever usagers et TdeS qui développent des symptômes entre les jours déterminés de dépistage. Répéter après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée.

[2] Le port de l'ÉPI rapporté par le TdeS et les audits réalisés sur le port de l'ÉPI peuvent être pris en compte localement pour déterminer l'ampleur des dépistages.

[3] Selon la date de prélèvement si asymptomatique ou la date de début des symptômes si symptomatique.

[4] Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

Prévention d'une éclosion (suite)	
Dépistages recommandés en présence d'un premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS) **OU** **de plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément (sans confirmation d'une éclosion)**	Mesures générales ▶ Réaliser une enquête épidémiologique. ▶ Selon la situation, référer à l'*Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager* ou à l'*Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas travailleur de la santé* pour un résumé des recommandations de dépistage et de gestion des cas. Pour les détails, se référer au texte de la présente section. ▶ Exécuter les dépistages suggérés dans la section ci-dessous idéalement dans un délai de 24 à 36 heures suivant la demande du service de PCI ou de la DSPublique. Plus le délai d'intervention est long, plus l'éclosion risque d'être importante et son contrôle difficile. ▶ L'ajout d'autres dépistages pourrait être indiqué selon l'avis du service de PCI ou de la DSPublique et selon l'objectif d'investigation visé. ▶ Dès le premier cas nosocomial, il pourrait être requis, à des fins d'interventions, d'instaurer immédiatement les actions nécessaires en présence d'une éclosion. Se référer à la section *Gestion d'une éclosion*. L'évaluation du service de PCI ou de la DSPublique est nécessaire dans cette situation. ▶ Si plusieurs cas confirmés sont trouvés simultanément sans confirmation d'une éclosion, appliquer, pour chaque cas, la démarche de *l'Algorithme de gestion des cas lors d'un premier cas usager* ou *l'Algorithme de gestion des cas lors d'un premier cas travailleur de la santé*, selon la situation. 1. **Procéder à l'identification de la source ET des contacts des cas :** si l'enquête épidémiologique suggère un cas nosocomial de source inconnue 1.1 **Si le cas est un usager** et que celui-ci n'était pas en précautions additionnelles, instaurer immédiatement des précautions additionnelles gouttelettes-contact incluant protection oculaire. D'autres mesures doivent aussi être prises. Dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) : ▶ Instaurer (si non déjà en place), un isolement préventif gouttelettes-contact pour les usagers contacts étroits pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Rechercher les TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ▶ Retracer, en collaboration avec la DSPublique, selon les modalités régionales, les usagers contacts étroits qui ont obtenu leur congé ou qui ont été transférés afin de les informer ou d'informer l'installation receveur, qu'ils ont été en contact étroit avec un cas de COVID et qu'ils doivent être en isolement préventif, surveiller l'apparition de symptômes et aussi être dépistés. ▶ Procéder au dépistage des contacts identifiés (incluant les usagers transférés ou ayant obtenu leur congé). Retourner 10 jours avant le début des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique. Référer à la section *Définitions et à* l'*Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager ou à l'Algorithme de gestion cas lors d'un premier cas travailleur de la santé* selon la situation.

Prévention d'une éclosion	
Dépistages recommandés en présence d'un premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS) **OU** **de plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément (sans confirmation d'une éclosion)**	▶ Le premier dépistage devrait se faire dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) : ▶ Tous les usagers contacts étroits. ▶ Tous les usagers contacts élargis. ▶ Tous les TdeS contacts étroits. ▶ Attendre les résultats des tests : si l'analyse des résultats démontre deux cas d'acquisition nosocomiale qui ont un lien épidémiologique entre eux, se référer *à l'Algorithme de gestion lors de la survenue d'une éclosion* ainsi qu'à la section *Gestion d'une éclosion* pour poursuivre les dépistages. ▶ Si aucun cas trouvé suite aux premiers dépistages ou découverte de cas non nosocomiaux, poursuite des dépistages : ▸ Redépister tous les 3 à 7 jours*, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usager ou TdeS) détecté sur l'unité, tous les usagers contacts étroits (usagers et/ou TdeS) précédemment dépistés et ayant obtenu un résultat de test négatif. ▶ Prélever les usagers et les TdeS qui développent des symptômes de la COVID-19 entre les jours déterminés de dépistage. Répéter le prélèvement après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée. 1.2 **Si le cas est un TdeS**, celui-ci doit être retiré du travail et des mesures doivent être prises. Dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) : ▶ Instaurer (si non déjà en place), un isolement préventif gouttelettes-contact pour les usagers contacts étroits pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Rechercher les TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ▶ Retracer, en collaboration avec la DSPublique, selon les modalités régionales, les usagers contacts étroits qui ont obtenu leur congé ou qui ont été transférés afin de les informer ou d'informer l'installation receveur, qu'ils ont été en contact étroit avec un cas de COVID-19 et qu'ils doivent être en isolement préventif, surveiller l'apparition de symptômes et aussi être dépistés. ▶ Procéder au dépistage des contacts identifiés (incluant les usagers transférés ou ayant obtenu leur congé). Retourner 10 jours avant le début des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique. Référer à la section *Définitions et à* l'*Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager ou à l'Algorithme de gestion cas lors d'un premier cas travailleur de la santé* selon la situation. Le premier dépistage devrait se faire dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) : ▶ Tous les usagers contacts étroits. ▶ Tous les usagers contacts élargis ▶ Tous les TdeS contacts étroits

* Basé sur la durée moyenne d'incubation qui est 5 à 6 jours.

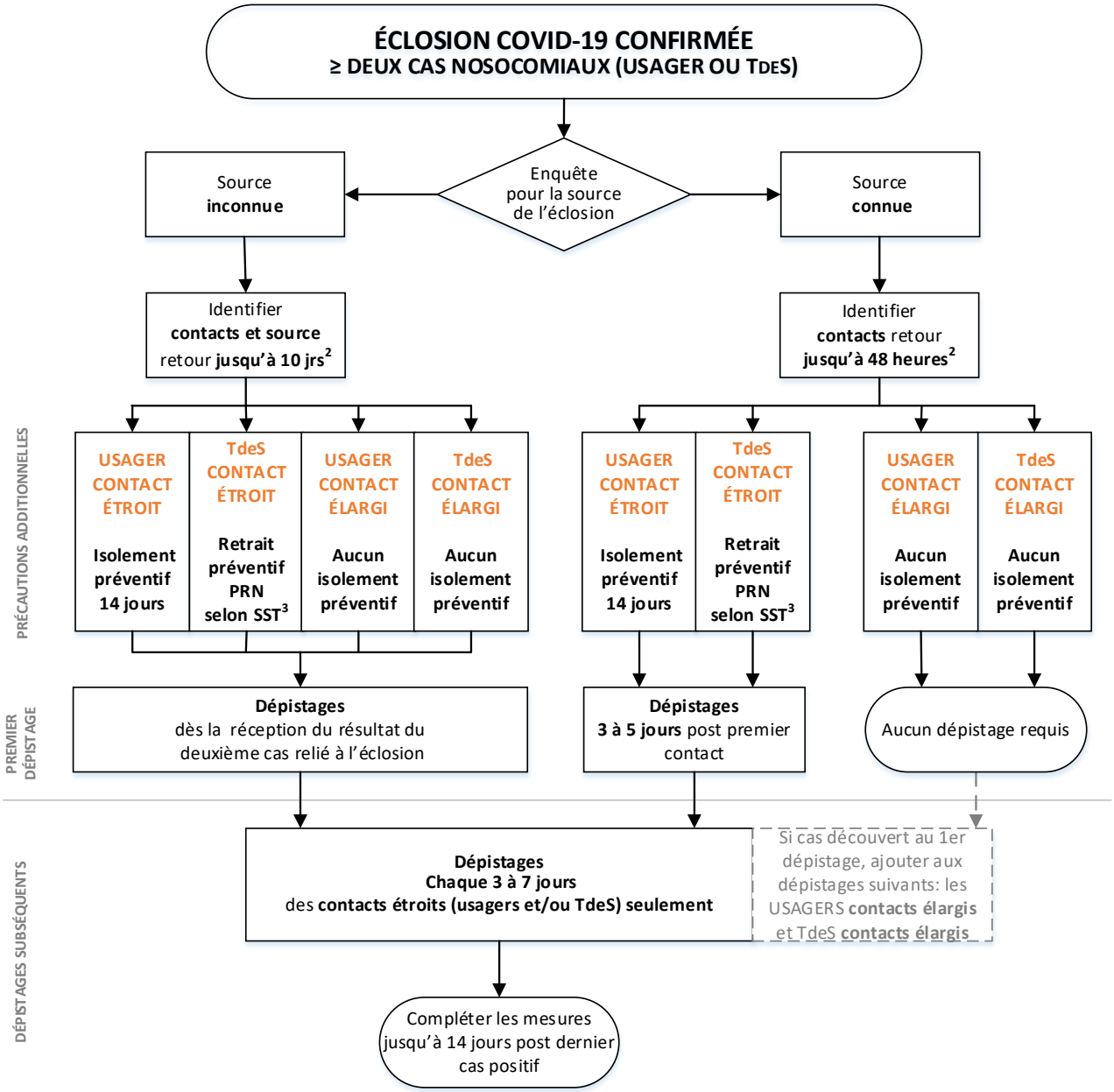
Prévention d'une éclosion	
Dépistages recommandés en présence d'un premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS) **OU** **de plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément (sans confirmation d'une éclosion)**	▶ Attendre les résultats des tests : si l'analyse des résultats démontre deux cas d'acquisition nosocomiale qui ont un lien épidémiologique entre eux, se référer *à l'Algorithme de gestion lors de la survenue d'une éclosion* ainsi qu'à la section *Gestion d'une éclosion* pour poursuivre les dépistages. ▶ Si aucun cas trouvé suite aux premiers dépistages ou découverte de cas non nosocomiaux, poursuite des dépistages : ▶ Redépister tous les 3 à 7 jours, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usager ou TdeS) détecté sur l'unité, tous les usagers contacts étroits (usagers et/ou TdeS) précédemment dépistés et ayant obtenu un résultat de test négatif. ▶ Prélever les usagers et les TdeS qui développent des symptômes de la COVID-19 entre les jours déterminés de dépistage. Répéter le prélèvement après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée. 2. **Procéder à l'identification des contacts du cas :** si l'enquête épidémiologique suggère un cas communautaire (non nosocomial) ou un cas nosocomial de source connue 2.1 **Si le cas est un usager** et que celui-ci n'était pas en précautions additionnelles, instaurer immédiatement des précautions additionnelles gouttelettes-contact incluant protection oculaire. D'autres mesures doivent aussi être prises. ▶ Instaurer (si non déjà en place), un isolement préventif gouttelettes-contact pour les usagers contacts étroits pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19. ▶ Rechercher les TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait préventif. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins ▶ Retracer, en collaboration avec la DSPublique selon les modalités régionales, les usagers contacts étroits qui ont obtenu leur congé ou qui ont été transférés afin de les informer ou d'informer l'installation receveur, qu'ils ont été en contact étroit avec un cas de COVID-19 et qu'ils doivent être en isolement préventif, surveiller l'apparition de symptômes et aussi être dépistés. ▶ Procéder au dépistage des contacts identifiés (incluant les usagers transférés ou ayant obtenu leur congé). Retourner 48 heures avant le début des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique. Référer à la section *Définitions et à* l'*Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager ou à l'Algorithme de gestion cas lors d'un premier cas travailleur de la santé* selon la situation. Le premier dépistage devrait se faire 3 à 5 jours suivant la première exposition au cas confirmé : ▶ Tous les usagers contacts étroits ▶ Tous les TdeS contacts étroits ▶ Attendre les résultats des tests : si l'analyse des résultats démontre deux cas d'acquisition nosocomiale qui ont un lien épidémiologique entre eux, se référer *à l'Algorithme de gestion lors de la survenue d'une éclosion* ainsi qu'à la section *Gestion d'une éclosion* pour poursuivre les dépistages.

Prévention d'une éclosion	

Dépistages recommandés en présence d'un premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS)
 	
OU
 	
de plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément (sans confirmation d'une éclosion)
	▶ Si aucun cas trouvé suite aux premiers dépistages ou découverte de cas non nosocomiaux, poursuivre les dépistages :
	  ▶ Redépister tous les 3 à 7 jours, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usager ou TdeS) détecté sur l'unité, tous les contacts étroits (usagers et/ou TdeS) précédemment dépistés et ayant obtenu un résultat de test négatif.
	
	▶ Prélever les usagers et les TdeS qui développent des symptômes de la COVID-19 entre les jours déterminés de dépistage. Répéter le prélèvement après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée.
	
	2.2 **Si le cas est un TdeS**, celui-ci doit être retiré du travail et des mesures doivent être prises.
	▶ Instaurer (si non déjà en place), un isolement préventif gouttelettes-contact pour les usagers contacts étroits pendant les 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19.
	▶ Rechercher les TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins
	▶ Retracer, en collaboration avec la DSPublique, selon les modalités régionales, les usagers contacts étroits qui ont obtenu leur congé ou qui ont été transférés afin de les informer ou d'informer l'installation receveur, qu'ils ont été en contact étroit avec un cas de COVID et qu'ils doivent être en isolement préventif, surveiller l'apparition de symptômes et aussi être dépistés.
	▶ Procéder au dépistage des contacts identifiés (incluant les usagers transférés ou ayant obtenu leur congé). Retourner 48 heures avant le début des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique.
	Référer à la section *Définitions et à l'Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager ou à l'Algorithme de gestion cas lors d'un premier cas travailleur de la santé* selon la situation.
	Le premier dépistage devrait se faire 3 à 5 jours suivant la première exposition au cas confirmé :
	  ▶ Tous les usagers contacts étroits
	  ▶ Tous les TdeS contacts étroits
	
	▶ La conformité du port de l'ÉPI rapporté par le TdeS et les audits réalisés sur le port de l'ÉPI peuvent être pris en compte localement pour déterminer l'ampleur des dépistages ou des retraits préventifs devant être effectués.
	▶ Attendre les résultats des tests : si l'analyse des résultats démontre deux cas d'acquisition nosocomiale qui ont un lien épidémiologique entre eux, se référer *à l'Algorithme de gestion lors de la survenue d'une éclosion* ainsi qu'à la *Gestion d'une éclosion* pour poursuivre les dépistages.
	▶ Si aucun nouveau cas trouvé suite au premier dépistage ou découverte de cas non nosocomiaux, poursuivre les dépistages :
	  ▶ Redépister tous les 3 à 7 jours, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif (usagers ou TdeS) détecté sur l'unité tous les contacts étroits (usagers et/ou TdeS) précédemment dépistés et ayant obtenu un résultat de test négatif.
	  ▶ Prélever les usagers et les TdeS qui développent des symptômes de la COVID-19 entre les jours déterminés de dépistage. Répéter le prélèvement après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée.

Institut national de santé publique Québec

Algorithme de gestion lors de la survenue d'une éclosion[1]



[1] Les dépistages et les actions à mettre en place (ex. : isolement ou retrait préventif) peuvent être ajustés en fonction de l'évaluation épidémiologique locale. Prélever usagers et TdeS qui développent des symptômes entre les jours déterminés de dépistage. Répéter après 24 heures si le résultat est négatif et que la suspicion clinique demeure élevée.

[2] Selon la date de prélèvement si asymptomatique ou la date de début des symptômes si symptomatique.

[3] Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

[4] Évaluer localement selon l'ampleur de l'éclosion.

Section 2 Gestion d'une éclosion

Déclaration d'une éclosion	

Comité de gestion d'éclosion	▶ Tenir rapidement une rencontre du comité de gestion d'éclosion afin de réviser les mesures en place ou à implanter. Une communication efficiente est essentielle pour l'implantation de l'ensemble des mesures.
	▶ Tenir des rencontres régulières et fréquentes du comité. La fréquence des rencontres sera dictée par l'évaluation du risque, l'ampleur de la situation et les besoins du milieu.
	▶ Garder des traces des décisions prises et des mesures mises en place avec leurs dates d'implantation.
	▶ Référer aux documents suivants :
	  ▶ Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec
	  ▶ Directives du MSSS : Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés

Signalement de l'éclosion	Signaler rapidement l'éclosion à la DSPublique selon les modalités convenues localement et, le cas échéant, aux autres instances demandées par le MSSS.
Mesures de PCI	
Présentement, il est difficile de préciser la meilleure séquence de toutes les options possibles ou même s'il en existe une. Cette section présente donc un ensemble de modalités qui peuvent être adaptées en fonction de la situation et du type de milieu concerné. Le temps et l'expérience nous démontreront la ou les meilleures options à appliquer.	

Prise en charge des contacts étroits et élargis chez les usagers	**Recherche de contacts étroits et élargis**
	▶ Faire une recherche des contacts étroits et élargis, incluant les usagers qui auraient pu être transférés sur une autre unité de soins ou les usagers ayant quitté l'installation.
	  ▶ Si l'usager a été transféré, aviser le centre receveur.
	  ▶ Si l'usager a quitté l'installation, aviser la DSPublique ou contacter les usagers identifiés comme des contacts étroits (selon modalités locales et régionales) afin de les informer qu'ils ont peut-être été en contact avec un cas de COVID-19 considérant la présence d'une éclosion et qu'ils doivent être en isolement préventif, surveiller l'apparition de symptômes et aussi être dépistés.
	▶ Évaluer la possibilité de faire une cohorte de contacts étroits selon le nombre de cas. Éviter de regrouper les contacts étroits avec les cas suspectés (cas ayant des symptômes et en attente de résultat) ou avec les cas confirmés.
	▶ Faire une liste des contacts étroits et élargis. Un outil est proposé et peut être adapté localement : Usagers ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19 (ou Excel)
	▶ Référer à la section *Rehaussement des dépistages.*

Prise en charge chez les TdeS	Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins

Mesures de PCI (suite)	

Précautions additionnelles	**Contacts étroits**
	▶ Précautions additionnelles gouttelettes-contact pendant 14 jours suivant la dernière exposition avec le cas confirmé de COVID-19.
	▶ Si une nouvelle exposition a lieu durant cette période de 14 jours, poursuivre les mesures pour 14 jours supplémentaires à compter de la date de la dernière exposition à risque.
	▶ Fin des précautions additionnelles : si aucun symptôme n'apparaît pendant les 14 jours suivants la dernière exposition à risque.
	
	Contacts élargis
	▶ Aucune précaution additionnelle requise.
	  ▶ Selon l'intensité, l'évolution de l'éclosion et les modalités locales, des précautions additionnelles ainsi que des limitations de déplacement peuvent être instaurées comme pour les contacts étroits.
	▶ Auto surveillance des symptômes.
	▶ Respecter les pratiques de base.
	
	Cas suspecté ou confirmé de COVID-19
	Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire.
	▶ Référer aux documents suivants pour les détails et la fin des précautions additionnelles :
	  ▶ Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée : recommandations intérimaires
	  ▶ Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés : recommandations intérimaires

Surveillance des symptômes et dépistage	▶ Surveiller étroitement et activement les symptômes compatibles avec la COVID-19 chez les contacts :
	  ▶ Usagers : Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19, deux fois par jour, jusqu'à 14 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé.
	  ▶ TdeS : Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19, deux fois par jour, jusqu'à 14 jours suivant le dernier contact avec le cas confirmé. Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins.
	
	▶ Surveiller étroitement et activement les symptômes compatibles avec la COVID-19 chez les usagers suspectés COVID-19 :
	  ▶ Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour jusqu'à la réception du résultat du test ou jusqu'à 10 jours après le début des symptômes. Si test négatif, absence de diagnostic alternatif et que le diagnostic COVID-19 est toujours plausible, répéter le test.
	
	▶ Surveiller étroitement et activement les symptômes chez les usagers confirmés COVID-19 (en lien avec la levée des précautions additionnelles):
	  ▶ Prise de la température minimalement une fois par jour et surveillance des symptômes compatibles avec la COVID-19 deux fois par jour pour la durée des précautions additionnelles (en lien avec la levée des précautions additionnelles).

Mesures de PCI (suite)	

Rehaussement des dépistages	Le rehaussement des dépistages est indiqué lorsqu'il y a présence d'une éclosion confirmée sur une unité ou dans une installation. Les TdeS ne sont pas retirés du travail d'emblée lorsqu'un dépistage est fait dans ce contexte. Une recherche des TdeS ayant une exposition à risque nécessitant un retrait doit être faite.
	
	Référer à *l'Algorithme de gestion lors de la survenue d'une éclosion* pour les indications de dépistage ainsi que leur fréquence.
	
	Indications et fréquence de dépistage
	
	La fréquence exacte du dépistage relève d'une décision locale et dépend de plusieurs éléments : intensité de l'éclosion, épidémiologie locale, moment de l'éclosion (début/milieu/fin d'éclosion), etc.
	
	Si la source de l'éclosion est connue
	
	▶ Retourner 48 heures précédant le début de l'éclosion et, dès la découverte de l'éclosion, dépister les personnes suivantes (Référer à la section *Définitions)* :
	  ▶ Tous les usagers contacts étroits
	  ▶ Tous les TdeS contacts étroits
	  ▶ Si l'usager contact étroit a été transféré, aviser le centre receveur.
	  ▶ Si l'usager a quitté l'installation, aviser la DSPublique ou contacter les usagers identifiés comme des contacts étroits (selon modalités locales et régionales)
	
	▶ Dépister dès la découverte de l'éclosion, les usagers et les TdeS ciblés 3 à 5 jours suivant la première exposition au cas confirmé et à tous les 3 à 7 jours par la suite, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif détecté sur l'unité (usager ou TdeS).
	▶ Si un ou des cas sont confirmés au premier dépistage, ajouter les usagers contacts élargis et les TdeS contacts élargis aux dépistage subséquents.
	▶ Aviser le laboratoire lors d'envois massifs de prélèvements.
	
	Si la source de l'éclosion est inconnue
	
	▶ Retourner 10 jours précédant le début de l'éclosion et, dès la découverte de l'éclosion (dès la réception du résultat du deuxième cas reliés à l'éclosion), dépister les personnes suivantes (Référer à la section *Définitions)* :
	  ▶ Tous les usagers contacts étroits
	  ▶ Tous les usagers contacts élargis
	  ▶ Tous les TdeS contacts étroits.
	  ▶ Tous les TdeS contacts élargis
	
	▶ Dépister dès la réception du résultat du deuxième cas relié à l'éclosion, les usagers et les TdeS ciblés et à tous les 3 à 7 jours par la suite, jusqu'à 14 jours après le dernier cas positif détecté sur l'unité (usager ou TdeS).
	▶ Lorsque la source de l'éclosion est inconnue, ne pas redépister les usagers contacts étroits, les usagers contacts élargis, les TdeS contacts étroits et les TdeS contacts élargis dont le contact remonte à plus de 48 heures avant le début de l'éclosion.
	
	▶ Aviser le laboratoire lors d'envois massifs de prélèvements.
	
	Si un usager relié à l'éclosion (contact étroit) obtient son congé de l'installation, aviser la DSPublique selon les modalités locales et régionales établies.

Mesures de PCI (suite)	
Affichage	▶ Installer des affiches avisant de l'éclosion à l'entrée de l'unité et/ou de l'installation. ▶ Bien afficher les précautions additionnelles requises pour les chambres ou les lits (si chambre multiple) où sont hébergés des usagers suspectés ou confirmés COVID-19 (ex. : affiche, code de couleurs, etc.).
Pratiques de base et étiquette respiratoire	▶ S'assurer du respect rigoureux des pratiques de base et de l'étiquette respiratoire.
Port du masque chez l'usager	▶ Si l'usager 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. Il est possible aussi pour l'usager de se couvrir le nez et la bouche avec un mouchoir ou un linge propre.
Options d'hébergement	▶ Référer à la *Préparation et prévention des éclosions* du présent document et aux directives du MSSS : Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés
Hygiène et salubrité	▶ S'assurer que le protocole de nettoyage et de désinfection utilise une approche systématique, avec une liste de tâches bien définies, afin que toutes les surfaces contaminées soient nettoyées et désinfectées. ▶ Augmenter la fréquence des nettoyages et désinfections selon la clientèle, le nombre de cas, la configuration de l'unité, les équipements de soins, etc. ▶ Instaurer de la plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) pour le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées dans les chambres et les aires communes (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateur, poste du personnel, cuisinette, salle de repos, etc.). Référer à l'annexe 1B du Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité ▶ Désinfecter avec un produit approuvé pour un usage hospitalier, reconnu efficace (virucide pour le coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue (DIN)) par Santé Canada au https ://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/desinfectants/covid-19/liste.html ▶ Se référer aux protocoles de l'établissement ou du MSSS disponibles au https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/
Audits	▶ Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer l'ÉPI adéquatement, procédures en hygiène et salubrité, respect des zones, nettoyage et désinfection des équipements de soins entre usagers, respect de la distanciation physique, etc.).

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

Gestion de l'unité en éclosion	
Admissions	▶ Admission selon les modalités locales sur une unité en éclosion de COVID-19. ▶ Ne pas admettre un usager non atteint de la COVID-19 dans une zone chaude. Admettre uniquement des cas confirmés COVID-19. ▶ Respecter l'admission des usagers en fonction des critères de chacune des zones. ▶ Informer les nouveaux usagers ou leurs représentants légaux de la situation ainsi que des mesures de prévention et contrôle des infections à respecter. ▶ Si une unité spécialisée en éclosion est dans l'obligation de poursuivre ses activités, faire une zone froide à l'intérieur même de l'unité pour les usagers nouvellement admis qui n'ont pas été exposés à l'éclosion en cours : ▶ TdeS dédiés ▶ Poste de travail séparé ▶ Pour les CHSLD, référer à : Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés
Suspension ou fermeture d'une unité aux admissions	▶ Évaluer quotidiennement la nécessité de fermeture de l'unité aux admissions selon l'évolution de la situation. ▶ La décision de fermer une unité aux admissions ou de suspendre les transferts doit être prise par le comité de gestion d'éclosion. ▶ Se référer aux directives et aux critères du MSSS pour évaluer la possibilité d'une fermeture d'unité. Pour les CHSLD, référer à : Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés ▶ Il est à noter que la fermeture d'une unité aux admissions n'implique pas nécessairement la suspension des transferts à partir de l'unité en éclosion vers une autre unité ou vers un autre milieu de soins lorsque médicalement requis. Si un transfert est requis, un isolement gouttelettes-contact doit être mis en place durant 14 jours.
Transfert interétablissements	▶ Lors du transfert d'un usager de l'unité en éclosion, aviser le centre receveur de l'éclosion en cours. ▶ Référer à : Tableau pour le transfert interrégions, interétablissements ou interinstallations de soins aigus et test COVID-19 Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés
Réouverture d'une unité fermée aux admissions	▶ Revoir quotidiennement la possibilité de réouverture de l'unité aux admissions. ▶ Se référer aux critères du MSSS : pour les CHSLD, se référer à : Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés ▶ Avant la réouverture de l'unité, effectuer un nettoyage et une désinfection selon les protocoles de l'établissement ou du MSSS https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002643/

Gestion de l'unité en éclosion (suite)		
	Spécificités pour les milieux de soins de courte durée	**Spécificités pour les milieux de soins de longue durée**
Visiteurs, proches aidants et accompagnateurs	▶ Se référer aux directives du MSSS https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/hospitalisation/	▶ Aviser les familles selon les modalités locales (ex. : appel téléphonique, courriel) ▶ Se référer aux directives du MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/#visites-et-sorties
Déplacements	▶ Suspendre l'accès des usagers aux aires d'entreposage ou aux aires communes (ex. : lingerie, cuisinette, machine à glace, etc.). ▶ Limiter les déplacements de tous les usagers hors de leur chambre à ceux qui sont absolument requis pour des raisons médicales. Pour certains milieux (ex. : milieux de vie), une évaluation du risque (bénéfices vs risques encourus pour les usagers) peut être réalisée selon les modalités locales. ▶ Lors des déplacements absolument requis pour raisons médicales, les usagers doivent porter un masque médical (si toléré) et pratiquer l'hygiène des mains avant de quitter leur chambre et maintenir une distanciation physique de deux mètres en tout temps. ▶ Les usagers doivent être encouragés à pratiquer l'hygiène des mains (lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou utilisation d'une solution hydroalcoolique) ainsi que l'hygiène et l'étiquette respiratoires. ▶ Nettoyer et désinfecter le matériel utilisé pour le déplacement des usagers si applicable (ex. : fauteuil roulant, civière, aide à la marche, etc.)	
Activités sociales et thérapeutiques	▶ Suspendre temporairement les activités sociales et les soins ou services offerts par les travailleurs externes (ex. : coiffeur, soins des pieds, etc.). ▶ Favoriser les interventions/consultations à distance. ▶ Effectuer une évaluation du risque (bénéfices vs risques encourus pour les usagers) par l'équipe de PCI ou de la DSPublique selon les modalités locales. Possibilité de reprendre des activités selon l'évolution de l'éclosion. Dans ce contexte, se référer aux directives du MSSS : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/chsld/#activites-de-groupe	

Gestion des travailleurs de la santé	
Ressources humaines	▶ Rehausser le nombre de TdeS sur l'unité touchée pour assurer la prise en charge adéquate de l'éclosion et l'application rigoureuse des mesures de PCI. Ceci inclut aussi les préposés aux bénéficiaires et les travailleurs attitrés à l'hygiène et à la salubrité. ▶ Se référer aux directives du MSSS pour les soins de longue durée : Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés
Mobilité des TdeS	▶ Se référer aux directives du MSSS pour les soins de longue durée : Guide de gestion des éclosions Volet organisationnel - À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés ▶ Directives du MSSS à venir pour les milieux de soins aigus. ▶ Restreindre la circulation dans l'unité en éclosion aux TdeS requis pour les soins et les services. ▶ Assurer une stabilité des TdeS sur l'unité en éclosion. ▶ Pour les TdeS qui se déplacent sur plusieurs unités dans l'installation, débuter, dans la mesure du possible, par les zones froides suivies des zones tièdes et terminer par les zones chaudes.

Rencontre d'informations	▶ Réaliser une séance d'information avec les TdeS sur tous les quarts de travail dès le début de l'éclosion et la répéter régulièrement et selon les besoins pour assurer une bonne compréhension des mesures. Selon les modalités locales, ces séances peuvent être réalisées par le gestionnaire de l'unité ou de l'installation en éclosion, par le service de PCI, par la DSPublique ou par toute autre personne désignée.
	  ▶ Rappeler les mesures en situation d'éclosion sur les précautions additionnelles et les ÉPI.
	  ▶ Rappeler les symptômes à surveiller afin de détecter rapidement les cas.
	  ▶ Dresser un tableau clair de la situation (ex. : nombre de cas, mesures prises jusqu'à maintenant, etc.).
	  ▶ Identifier une personne à qui se référer pour toute question relative à l'application des mesures.
	  ▶ Rappeler les mesures pour protéger les TdeS (ex. : hygiène des mains, respect de la distanciation physique, port du masque, surveillance des symptômes, etc.).
	  ▶ Informer des résultats d'audits ayant été effectués (ex.: hygiène des mains, port de l'ÉPI, hygiène et salubrité, distanciation physique des TdeS, etc.).

Distanciation physique chez les TdeS	▶ Maintenir une distanciation physique de deux mètres avec les autres TdeS sur l'unité, au poste de garde, lors des pauses, lors des repas, lors des réunions et à l'extérieur.
	▶ Les mesures suivantes peuvent aider à maintenir une distance de deux mètres entre les TdeS :
	  ▶ Délimiter au sol des espaces à respecter au poste de garde.
	  ▶ Salles de réunion et de café : Afficher le nombre de personnes autorisées, retirer les chaises en trop, délimiter au sol l'emplacement des chaises pour respecter le deux mètres.
	  ▶ Cafétéria : Faire des X sur les tables de la cafétéria et retirer des chaises pour limiter le nombre de personnes aux tables.

Suivis de l'éclosion	
TdeS symptomatique	▶ Retirer immédiatement du milieu de travail toute personne qui se présente avec de la fièvre ou de la toux ou des symptômes compatibles avec la COVID-19. ▶ Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
TdeS exposé	▶ Évaluation de l'exposition par le service de santé ou la DSPublique selon les modalités locales. ▶ Référer à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins et SRAS-CoV-2 : Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé
Suivis des cas	▶ Suivre quotidiennement l'évolution de l'éclosion avec le nombre de nouveaux cas nosocomiaux. Un outil est proposé pour les milieux de courte durée et ceux de longue durée qui permet de faire des courbes épidémiques. Référer à : ▸ Soins courte durée - Courbe épidémiologique des nouveaux cas de COVID-19 ▸ CHSLD - Courbe épidémiologique des nouveaux cas de COVID-19 ▶ Un modèle de grilles de surveillance de cas et contact est proposé (outils joints) et peut être adapté localement : ▸ Usagers ayant reçu un résultat SARS-CoV-2 positif ou un diagnostic de la COVID-19 (ou Excel) ▸ Usagers ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19 (ou Excel) ▸ Travailleurs ayant reçu un résultat SARS-CoV-2 positif (COVID-19) (ou Excel) ▸ Travailleurs ayant eu un contact avec un cas de la COVID-19 (ou Excel)
Indicateurs	▶ Suivre les indicateurs de la vigie surveillance et compléter quotidiennement selon les indications du MSSS. ▶ Différents indicateurs peuvent être suivis et adaptés localement en collaboration avec le service de PCI ou la DSPublique. ▶ Surveiller minimalement le taux d'incidence quotidienne (courte durée) ou taux d'attaque quotidienne (longue durée). Référer à : ▸ Soins courte durée - Courbe épidémiologique des nouveaux cas de COVID-19 ▸ CHSLD - Courbe épidémiologique des nouveaux cas de COVID-19

Section 3 Gestion de fin d'une éclosion

Mesures d'hygiène et salubrité	
Hygiène et salubrité	En ajout de toutes les activités de nettoyage et désinfection réalisées dans le cadre de la gestion d'une éclosion, ajouter les éléments suivants lors de la fin d'une éclosion : ▶ Nettoyer et désinfecter tous les objets de l'unité qui ont été touchés et manipulés incluant le matériel médical. Désigner une personne responsable de cette tâche. ▶ Jeter tout le matériel qui ne peut être nettoyé ou désinfecté. ▶ Nettoyer et désinfecter toutes les aires communes de l'unité (ex. : poste de garde, matériel informatique, pharmacie, utilité propre, utilité souillée, salle de repos ou de repas, téléphones, distributrices, abreuvoir, etc.). ▶ Nettoyer et désinfecter les chambres et autres espaces de l'unité qui n'ont pas été nettoyés et désinfectés lors de la cessation des précautions additionnelles ou le départ de l'usager. ▶ Les informations concernant le protocole de nettoyage et de désinfection lors de la fermeture d'une zone tiède ou chaude sont disponibles sur le site du MSSS. Technique - Mesures de désinfection terminale d'une zone de traitement et de confinement (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact
Déclaration de fin d'éclosion	
Signalement de fin d'éclosion	▶ Signaler la fin de l'éclosion à la DSPublique selon les modalités convenues (ex. : appel téléphonique, formulaire).
Communication	▶ Émettre une communication au sein de l'installation pour aviser les employés, les usagers et les visiteurs/proches aidants que l'éclosion est terminée. ▶ Retirer l'affichage en lien avec l'éclosion.
Bilan de fin d'éclosion	
Rencontre de bilan	▶ Effectuer un retour en comité de gestion d'éclosion afin d'identifier les interventions positives, les opportunités d'amélioration et d'évaluer le processus de gestion. ▶ Rédiger un rapport de l'éclosion et l'acheminer aux personnes concernées et identifiées par l'installation. ▶ Utiliser ce rapport à des fins d'enseignement et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
Surveillance	▶ Poursuivre la surveillance active de l'apparition de nouveaux cas chez les usagers et les TdeS.
Poursuite des activités	▶ Référer à la section 1 : Préparation à une éclosion du présent document. Les mesures présentées dans cette section doivent être aussi maintenues et appliquées même si l'éclosion a pris fin.

Références

Alberta health services (AHS). (2020). *Guidelines for COVID-19 outbreak prevention, control, management in congregate living sites*. Version septembre 2020. Repérer au : https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-outbreak-management-congregate-guidelines.pdf

British Colombia center for disease control (BCCDC). (2020). *Infection Prevention and Control Requirements for COVID-19 in Long Term Care and Seniors' Assisted Living*. Version 2020-06-30. Repéré au : http://www.bccdc.ca/Health-Info-Site/Documents/COVID19_LongTermCareAssistedLiving.pdf

Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program (CNISP). (2020). *Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program Surveillance for COVID-19 and other viral respiratory infections among inpatients in CNISP hospitals.* Version 2020-11-01. Repéré au : https://ipac-canada.org/photos/custom/Members/pdf/CNISP%20COVID-19_and_VRI_surveillance_protocol_01Nov2020_EN.pdf

Center for disease control and prevention (CDC). (2020a). *Preparing for COVID-19 in Nursing Homes*. Version 2020-06-25. Repéré au : https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html

Center for disease control and prevention (CDC). (2020b). *Responding to Coronavirus (COVID-19) in nursing home. Considerations for the public health responses to COVID-19 in nursing homes*. Version 2020-04-30. Repéré au : https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-responding.html

Center for disease control and prevention (CDC). (2020c). *Testing guidelines for Nursing Homes*. Version 2020-10-16. Repéré au : https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-testing.html

Communicable Diseases Network Australia (CDNA). (2020a). *CDNA National Guidelines for Public Health Units in Australia.* Version 2020-10-28. Repéré au : https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cdna-song-novel-coronavirus.htm

Communicable Diseases Network Australia (CDNA). (2020b*). CDNA National Guidelines for the Prevention, Control and Public Health Management of COVID-19 Outbreaks in Residential Care Facilities in Australia*. Version 2020-11-29. Repéré au : https://www.health.gov.au/resources/publications/cdna-national-guidelines-for-the-prevention-control-and-public-health-management-of-covid-19-outbreaks-in-residential-care-facilities-in-australia

Lauer, S.A., Grantz, K.H., Bi, Q., Jone, F.K., Zheng, Q. *et al.* (2020). The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Annals of Internals Medicine*. Repéré au : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32150748/

Ministère de la Santé du Gouvernement Ontario. (2020a). *COVID-19 Directive #3 for Long-Term Care Homes under the LongTerm Care Homes Act, 2007 Issued under Section 77.7 of the Health Protection and Promotion Act (HPPA), R.S.O. 1990, c. H.7.* Repéré au : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/directives/LTCH_HPPA.pdf

Ministère de la Santé du Gouvernement Ontario. (2020b). *COVID-19 guidance: acute care*. Version 2020-06-15. Repéré au : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_acute_care_guidance.pdf

Ministère de la Santé du Gouvernement Ontario. (2020c). *COVID-19 Outbreak Guidance for LongTerm Care Homes (LTCH).* Version 2020-04-15. Repéré au : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/LTCH_outbreak_guidance.pdf

Santé publique France. (2020). Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19. Version 2020-05-30. Repéré au : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/rapport-synthese/guide-pour-l-identification-et-l-investigation-de-situations-de-cas-groupes-de-covid-19

Swissnoso (2020). Prevention and control of healthcare-associated COVID-19 outbreaks. Version 1.0 2020-05-15. Repéré au : https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Erreignisse/200515_Prevention_and_control_of_healthcare-associated_COVID-19_outbreaks_V1.0_ENG.pdf

Versions antérieures

Version	Date	Pages	Modifications
V 2.0	2020-12-03	Section Définition	▶ Plusieurs ajouts et modifications dans les définitions dont : ‣ Modification de la définition de cas nosocomial ‣ Ajout de la définition période de contagiosité (pour intervention) ‣ Modification de la définition de fin d'éclosion ‣ Modification de la définition contact étroit usager et contact élargi usager ‣ Ajout des définitions contact étroit et contact élargi travailleur de la santé
		Section Prévention d'une éclosion	▶ Modification des indications de dépistages en présence d'un premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS) ou de plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément (sans confirmation d'une éclosion).
		Section Prévention d'une éclosion	▶ Remplacement de *l'Algorithme de gestion lors de la survenue d'un premier cas pour la prévention d'une éclosion* par trois algorithmes : ‣ *Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager* ‣ *Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas travailleur de la santé* ‣ *Algorithme de gestion lors de la survenue d'une éclosion*
		Section Gestion d'une éclosion	▶ Modifications de la section Rehaussement des dépistages
		Section Suivi de l'éclosion	▶ Ajout de liens pour accéder à des courbes épidémiologiques des nouveaux cas de COVID-19

Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins

AUTEUR

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTRICES

Natasha Parisien, conseillère scientifique
Chantal Richard, conseillère en soins infirmiers
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION

Jasmin Villeneuve, chef d'équipe, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

© Gouvernement du Québec (2020)

No de publication : 3066

Institut national
de santé publique
Québec

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).

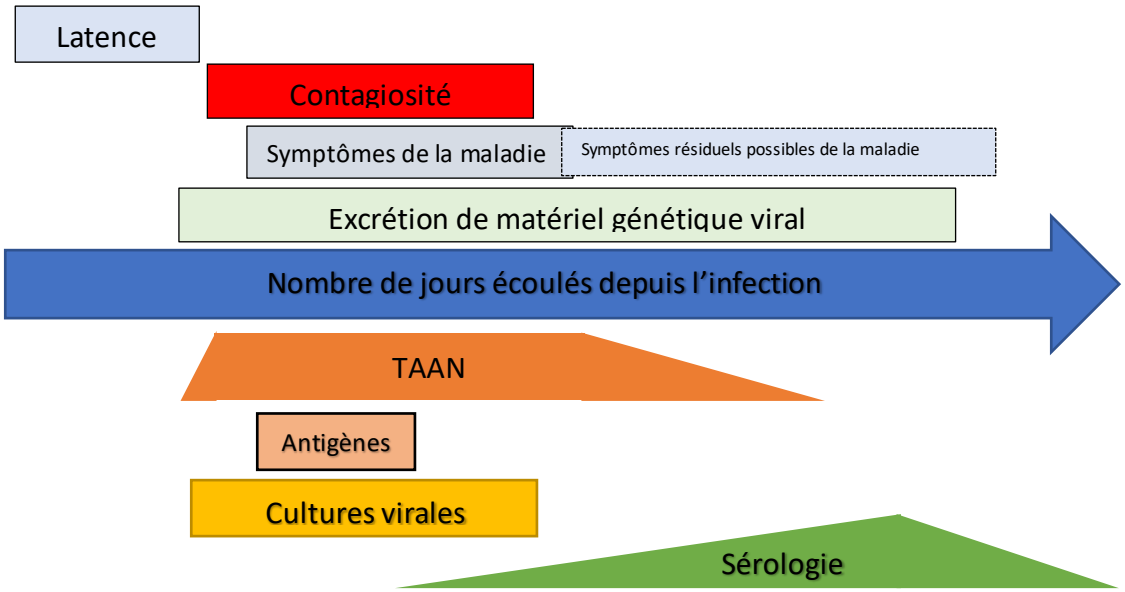
	personnes immunosupprimées (28 jours) ou lors de maladies sévères	virus de la COVID-19	infrastructures de laboratoire	pouvoir infectieux du virus. Le virus doit être présent en quantité suffisante – Ce test est moins sensible que le TAAN-labo – L'interprétation est parfois problématique.
		Culture du 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].

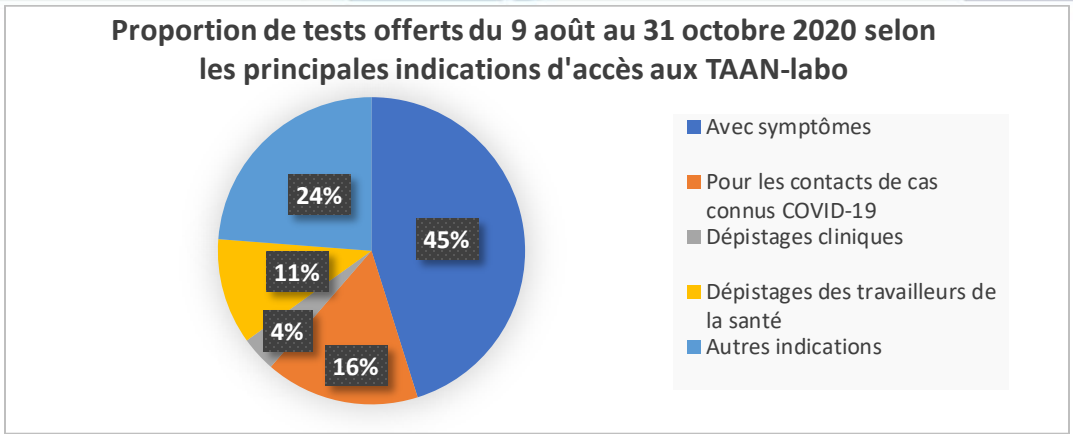
6. Alors que 90 000 travailleurs sont visés par les dépistages périodiques, moins de 11 000 sont testés chaque semaine, soit 32,4 % de la cible initiale fixée à 60 % des travailleurs. L'utilisation des tests à des fins de dépistage opportuniste récurrent chez les travailleurs représente 11 % de la charge 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.

Milieux de vie pour personnes âgées

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) <u>dans le but d'améliorer l'acceptabilité du prélèvement de contrôle</u>, ou encore à partir d'un seul écouvillon, <u>afin d'éviter éventuellement les doubles prélèvements (un pour le test PDS et un pour le TAAN-labo de confirmation)</u>[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 :	05-02-2021	Mise à jour :	24-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGAUMIP-004.REV3

Catégorie(s) :
- ✓ Priorisation des activités cliniques
- ✓ Première ligne médicale
- ✓ Activités d'enseignement

Plan provincial de priorisation des activités cliniques Secteur première ligne médicale

Remplace la version du 5 février 2021

Expéditeur :	**Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) - Direction des services de proximité en santé physique (DSPSP)**	→	**Destinataires :**	Tous les établissements publics du RSSS (CISSS, CIUSSS, établissements non fusionnés) : – Présidents-directeurs généraux (PDG); – Directeurs des services professionnels (DSP); – Directrices des soins infirmiers (DSI); – Chef de Département régional de médecine générale (DRMG); – Directeurs des services multidisciplinaires (DSM); – Directeurs de l'enseignement.

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

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction des services de proximité en santé physique Direction des affaires universitaires
Documents annexés :	• Plan provincial de priorisation des activités cliniques – Secteur première ligne médicale; • Annexe en lien avec les milieux d'enseignement de première ligne (ajouté le 24 février 2021).

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Coronavirus COVID-19

PLAN PROVINCIAL DE PRIORISATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES

SECTEUR PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE

MISE À JOUR DU 4 FÉVRIER 2021

Auteurs principaux

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

Coordination

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

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

Avec la contribution du :

Comité clinique de dépistage COVID-19 et première ligne

Docteur Réal Barrette, coprésident du comité et médecin-conseil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Table des matières

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

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

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

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

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

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

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

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

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

STRUCTURE DU DOCUMENT

Le document est constitué de deux grandes sections.

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

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

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

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

ACTIVITÉS CLINIQUES				
Principes	• Contrainte globale d'utilisation optimale des ressources et de mobilité de la main-d'œuvre en vases communicants; • Pertinence des rendez-vous : - Disponibilité minimale requise d'infirmières pour assurer le triage téléphonique en tout temps; - Maintien et consolidation de l'utilisation d'un outil transactionnel autorisé de gestion des rendez-vous entre les partenaires du réseau; - Offre populationnelle renforcée et accès universel aux citoyens avec priorisation selon l'urgence des besoins; - Filtrage des patients à l'arrivée à la clinique; • Utilisation pertinente des téléconsultations en respect de la qualité de l'acte[1].; • La reprise des activités des autres secteurs de 1re ligne (ex. services courants, maladies chroniques, immunisation, santé mentale, etc.) est essentielle pour la complémentarité des activités en cliniques médicales de 1re ligne; • Renforcement des mesures de précaution universelle des infections; • **Jusqu'à nouvel ordre**, adaptation des obligations inhérentes à l'adhésion aux programmes groupe de médecine de famille (GMF), Groupe de médecine familiale – désignation réseau (GMF-R) et groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U); • Intégration des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) aux priorités cliniques de la 1re ligne, au même titre que les médecins de famille. • Selon l'organisation territoriale, le délestage doit se faire en cohérence avec le plan de priorisation des services médicaux en milieux de vie pour aînés (document à venir).			
Accès populationnel	• Accès à la 1re ligne selon les GMF/cliniques d'appartenance; • Réponse à la clientèle orpheline et réorientation par les centres d'appel COVID selon un principe de proximité géographique; • Couverture en vigie des CDÉ en transition vers un modèle qui pourrait s'intégrer aux cliniques de 1re ligne, selon les besoins et	• Couvert par les cliniques selon un principe de proximité géographique, incluant la réponse à la clientèle orpheline et la réorientation; • Collaboration au déploiement du projet Accès réseau pertinence en 1re ligne;	• Couvert par les cliniques selon un principe de proximité géographique, incluant la réponse à la clientèle orpheline et la réorientation; • En fonction des capacités organisationnelles et cliniques : collaboration au projet Accès réseau pertinence en 1re ligne;	• Couvert par les cliniques selon un principe de proximité géographique, incluant la réponse à la clientèle orpheline et la réorientation; • En fonction des capacités organisationnelles et cliniques : Collaboration au projet Accès réseau pertinence en 1re ligne;

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

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

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

Modalités à mettre en place

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

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

Orientation des patients

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

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

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

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

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

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

Volet Santé publique

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

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

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

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

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

POUR LES PATIENTS NON ORIENTÉS EN CDÉ :

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

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

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

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

RAPPEL :

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

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

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

Volet organisation des services (cliniques chaudes et froides)

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

Clientèle visée aux CDÉ

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

ÉVALUATION DES CRITÈRES DES CLINIQUES DÉSIGNÉES D'ÉVALUATION (CDÉ)	
INFORMATION PATIENT	
Nom, prénom :	**Date de naissance :**
Adresse complète :	
Adresse courriel :	**No. Téléphone :**
Nom, prénom du père :	
Nom, prénom de la mère :	
Numéro d'assurance-maladie / date exp :	
INFORMATION DU PROFESSIONNEL SOIGNANT	
Nom et numéro de pratique du professionnel référent :	
No de télécopieur (pour retour note CDÉ au md) :	**Téléphone ligne directe :**
Répond aux critères de référence en CDÉ :	
CRITÈRES DE RÉFÉRENCE EN CDÉ (Obligatoire)	
Référer en CDÉ tout patient, VACCINÉ ou non, répondant au moins à l'un des trois critères suivants (cocher toutes les cases appropriées) :	
☐ **1) CRITÈRE CLINIQUE A : le patient présente ≥ 1 SYMPTÔME(S) parmi les suivants** ☐ Fièvre (>38); ☐ Toux (récente ou chronique exacerbée); ☐ Difficultés respiratoires; ☐ Anosmie d'apparition soudaine sans congestion nasale, avec ou sans agueusie; ☐ Mal de gorge; ☐ Rhinorrhée ou congestion nasale de cause inconnue.	
☐ **2) CRITÈRE CLINIQUE B : le patient présente ≥ 2 SYMPTÔMES généraux parmi :** ☐ Douleur musculaire généralisée non reliée à un effort physique; ☐ Céphalée; ☐ Fatigue marquée; ☐ Perte d'appétit importante; ☐ Douleur abdominale; ☐ Vomissement ou nausée; ☐ Diarrhée (nouvelle ou exacerbée).	
☐ **3) CRITÈRES D'EXPOSITION** ☐ Contact domiciliaire symptomatique : voir les critères cliniques A et B ☐ Patient ayant reçu un diagnostic de **COVID-19** dans les **10 DERNIERS JOURS** (**28 jours** si patient immunosupprimé, **21 jours** si patient ayant séjourné aux soins intensifs); ☐ Contact d'un cas de COVID-19 prouvé dans les **14 derniers jours**; ☐ Séjour de **≥ 48 h** à l'urgence ou l'hôpital dans les **14 derniers jours**; ☐ Séjour de **≥ 48 h** dans une zone considérée à risque (extérieur du Canada ou région en palier orange ou rouge, lorsque la consultation a lieu dans une région verte ou jaune); ☐ Patient contacté par la Santé publique ou visé par une annonce populationnelle de la Santé publique.	
PRÉALABLES OBLIGATOIRES À LA CONSULTATION – toute consultation ne répondant pas à ces critères sera retournée au référent. ☐ Absence de critère de référence à l'urgence; ☐ N'est pas référé seulement pour un dépistage COVID19- (si oui, référez la clientèle ciblée en CDD).	

Clientèle exclue des CDÉ (à orienter vers les urgences)

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

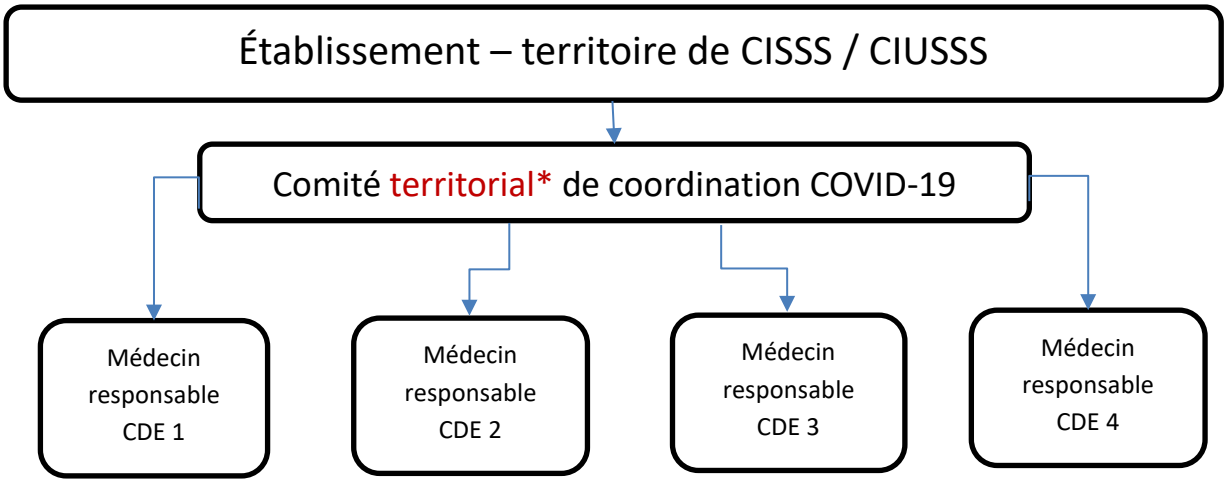
Vigilance accrue pour des patients vus en CDÉ qui présenteraient les signes de gravité et risques de dégradation suivants :

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

Offre de service complémentaire :

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

GOUVERNANCE liée aux CDÉ



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

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

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

RESPONSABILITÉS

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

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

Coronavirus COVID-19

Annexe en lien avec les milieux d'enseignement de première ligne

MISE À JOUR DU 24 février 2021

Coronavirus COVID-19

Mise en contexte

La pandémie de la COVID-19, qui prévaut au Québec depuis mars 2020, a entrainé pour les résidents du programme spécialisé en médecine de famille et aux étudiantes infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) une importante réduction de l'exposition clinique. Dans le contexte d'une courte résidence de deux ans, les résidents/étudiantes IPSPL de la cohorte ayant commencé en juillet et en septembre 2019 auront subi une situation pandémique sur les trois quarts de leur programme.

À titre d'exemple, les activités suivantes ont subi un impact négatif :

- Stages en région;
- Stages dont la plus grande partie se déroule en clinique externe;
- Les soins de dépistage;
- L'administration de soins critiques (réanimation par ex.);
- Certaines activités spécialisées telle l'installation de stérilet, la petite chirurgie.

Certains ont aussi subi des absences dans leurs milieux d'enseignement directement liées à la pandémie (en lien avec une quarantaine, la COVID-19, une immunosuppression ou une grossesse, délestage dans d'autres milieux, etc.).

Principes

- Maintien d'une exposition clinique variée, en continu et en quantité suffisante pour les résidents en médecine de famille;
- Maintien en place du personnel médical, professionnel et administratif nécessaire pour assurer cette exposition;
- Participation pédagogique des résidents/étudiantes IPSPL à l'effort de priorisation dans une optique de responsabilité sociale (la pandémie amène de belles occasions d'apprentissage);
- Il ne faut pas considérer les résidents/étudiantes IPSPL en tant que main-d'œuvre indépendante. Une supervision adéquate doit être assurée;
- Le télétravail et la télésupervision peuvent être optimisés lorsqu'acceptables au niveau clinique et pédagogique pour le maintien de l'exposition.

NIVEAUX DES ACTIVITÉS	NIVEAUX D'ACTIVITÉS IDENTIFIÉES POUR LA PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE			
	Niveau d'alerte 1	**Niveau d'alerte 2**	**Niveau d'alerte 3**	**Niveau d'alerte 4**
Services cliniques	• Implication des résidents/étudiantes IPSPL en CDÉ avec supervision adéquate*.	• Priorisation du maintien du volume de consultation des résidents/étudiantes IPSPL en groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U); • Implication en CDÉ avec supervision adéquate*; • Télésupervision possible via le site d'attache.	• Priorisation du maintien du volume de consultation des résidents/étudiantes IPSPL en GMF-U, avec une réduction acceptable d'environ 15-20 %; • Compensation de la réduction des activités cliniques par ; • Implication en CDÉ avec supervision adéquate*; • Implication régionale en CHSLD/ SAD / SIAD / RPA / RI / RTF avec supervision adéquate*; • Intégration de résidents/étudiantes IPSPL aux brigades médicales ou interdisciplinaires de déploiement d'urgences, avec supervision adéquate*; • Télésupervision possible par des professionnels réaffectés en télétravail; • Possibilité de collaboration intra-RUISSS en fonction des ressources disponibles.	• Priorisation du maintien du volume de consultation des résidents/étudiantes IPSPL en GMF-U, avec une réduction acceptable d'environ 25-35 %; • Maintien d'un minimum de variété d'activités cliniques pour les résidents/étudiantes IPSPL permettant d'atteindre les compétences du programme; • Compensation de la réduction des activités cliniques par : • Implication en CDÉ avec supervision adéquate*; • Implication régionale en CHSLD/ SAD / SIAD / RPA / RI / RTF avec supervision adéquate*; • Intégration de résidents aux brigades médicales ou interdisciplinaires de déploiement d'urgences, avec supervision adéquate*; • Télésupervision possible par des professionnels réaffectés en télétravail; • Possibilité de collaboration inter-RUISSS en fonction des ressources disponibles.
Ressources	• Maintien en place du personnel professionnel et administratif supplémentaire prévu au cadre de gestion des GMF-U.	• Maintien en place du personnel professionnel et administratif supplémentaire prévu au cadre de gestion des GMF-U.	• Disponibilité de 50 % à 70 % des effectifs habituels de médecins enseignants et IPSPL; • Maintien de 50 à 70 % du personnel professionnel et administratif supplémentaire prévu au cadre de gestion des GMF-U, en concertation avec la direction pédagogique du GMF-U.	• Disponibilité de 30 % à 50 % des effectifs habituels de médecins enseignants et IPSPL; • Maintien en place d'une quantité suffisante de superviseurs en GMF-U pour assurer des stages valides; • Maintien de 30 à 50 % du personnel professionnel et administratif supplémentaire prévu au cadre de gestion des GMF-U en concertation avec la direction pédagogique du GMF-U.

*Supervision adéquate : en ordre de préférence

1. Supervision par un médecin superviseur/IPSPL superviseure du GMF-U d'attache du résident/étudiante IPSPL impliqué dans cette activité.
2. Supervision par un médecin/IPSPL en contact avec des résidents/étudiantes IPSPL dans le cadre d'un autre stage.
3. Supervision par un médecin/IPSPL volontaire au travail avec résidents/étudiantes IPSPL, sans expérience de supervision, qui peut référer à un superviseur d'expérience au besoin.

Émission :	05-06-2020	Mise à jour :	26-02-2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

Directive ministérielle DGCRMAI-002

Catégorie(s) :
- ✓ Recherche
- ✓ Éthique de la recherche

Recommandations pour la gestion des activités de recherche au sein des établissements du RSSS pendant la pandémie de la COVID-19

Remplace les directives émises le 5 juin 2020 (non codifiées)

Expéditeur :	**Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles (DGCRMAI)**
Destinataires :	Tous les établissements publics du RSSS : • Directions d'établissement • Directions responsables de la recherche • Directions responsables de la désignation universitaire (ex. : Direction de l'enseignement et des affaires universitaires) • Centres de recherche • Comités d'éthique de la recherche

Directive	
Objet :	Recommandations relatives à la détermination du niveau d'activités de recherche qu'il est approprié de maintenir au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, en fonction de l'évolution de la pandémie et de la situation propre à chaque établissement.
Mesures à implanter :	✓ Mise en place d'un processus décisionnel concerté quant à la détermination du niveau d'activités de recherche à maintenir, basé sur trois facteurs de décision. ✓ Réévaluation sur une base régulière du niveau d'activités de recherche de l'établissement. ✓ Partage clair des responsabilités des différentes parties impliquées dans la gestion des activités de recherche. ✓ Mise en place de mécanismes de coordination et de communication entre les parties impliquées dans la recherche. ✓ Élaboration d'un plan de convergence des ressources vers les secteurs critiques.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	**Direction de la recherche et de la coordination interne** 418 266-5572
Document annexé :	✓ Recommandations DGCRMAI-002

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec

Directive ministérielle DGCRMAI-001

Recommandations

CONTEXTE ET OBJECTIF DES RECOMMANDATIONS

Au printemps 2020, la majeure partie des activités de recherche en cours dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) avait été suspendue en raison de la pandémie de la COVID-19 et de l'état d'urgence sanitaire déclaré.

Le 5 juin 2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a présenté des recommandations pour permettre un redémarrage graduel et sécuritaire des activités de recherche à l'intérieur des établissements.[1]

Dans le contexte où nous devons dorénavant cohabiter avec la COVID-19, les recommandations émises précédemment sont aujourd'hui actualisées afin de tenir compte du caractère évolutif de la pandémie. Plusieurs vagues de contamination plus ou moins importantes de la COVID-19 pourraient être observées, entraînant des périodes successives de renforcement et d'assouplissement des mesures sanitaires, et de réduction et de reprise des activités de recherche. Les présentes recommandations visent à établir des facteurs à considérer dans la prise de décision, communs à l'ensemble des établissements du RSSS, mais qui permettent une adaptation continue du niveau d'activités de recherche en fonction de la situation propre à chaque établissement.

Ces recommandations sont applicables à toutes les activités de recherche qui se déroulent au sein des établissements publics du RSSS, incluant la recherche fondamentale, la recherche appliquée et la recherche impliquant des participants humains.

DÉTERMINATION DU NIVEAU D'ACTIVITÉS DE RECHERCHE

L'interruption de certains projets de recherche peut avoir des conséquences négatives, par exemple pour des patients pour qui le recours à un traitement expérimental administré dans le cadre d'un essai clinique constitue une dernière option de traitement. Bien que le contexte pandémique puisse entrainer la suspension de plusieurs activités de recherche, une interruption complète et générale des activités des recherches ne portant pas sur le SARS-Cov-2/COVID-19 n'est pas l'approche préconisée par le MSSS. De plus, en raison des bénéfices potentiels de la recherche clinique pour les participants, le système de santé et la société en général, une reprise complète des activités de recherche devrait être visée lorsque possible. Cependant, il est essentiel d'adapter le niveau d'activités au contexte local, de veiller à limiter la transmission du virus et de protéger les travailleurs de la santé, le personnel de recherche, les participants à la recherche et leur entourage.

Le niveau d'activités de recherche devrait diminuer et les mesures de précaution mises en place devraient augmenter en fonction de la gravité de la situation épidémiologique. Les décisions relatives au volume, à la nature et aux modalités de réalisation des activités de recherche à maintenir au sein d'un établissement doivent être prises de façon concertée entre la direction responsable de la recherche et la direction de l'établissement et doivent être réévaluées sur une base régulière. Lorsque l'établissement dispose d'un centre de recherche, il convient de consulter également le directeur scientifique du centre dans le processus de décision.

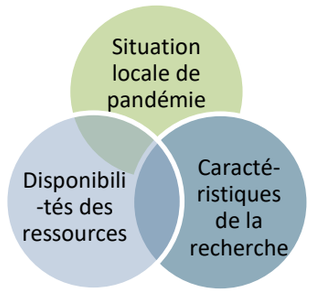
Par ailleurs, il revient au chercheur responsable d'une recherche d'évaluer de façon plus spécifique la faisabilité du protocole de recherche en fonction des mesures de santé publique en vigueur et des directives de l'établissement. Le chercheur doit veiller à apporter les modifications nécessaires à la poursuite de la recherche, lorsque celle-ci est possible, et obtenir l'approbation du comité d'éthique de la recherche (CER) responsable de l'examen et du suivi éthique du projet ainsi que l'approbation de convenance de l'établissement où il se déroule.

Lorsque les modifications à apporter concernent une recherche dont le gouvernement est partenaire ou lorsque les modifications ont un impact sur le contenu d'une entente ayant fait l'objet d'une approbation

[1] Lettre de M. Pierre Lafleur aux présidentes-directrices générales, présidents-directeurs généraux, directrices générales et directeurs généraux des établissements publics de santé et de services sociaux, 5 juin 2020 (N/Réf. :20-CP-00283). Recommandations publiées également sur le site internet du MSSS (https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/outils-d-information-sur-la-covid-19/#pour-la-recherche clinique).

gouvernementale par le biais d'un arrêté ministériel ou d'un décret, les parties doivent préalablement en convenir.

La détermination du niveau d'activités de recherche doit prendre en compte les trois facteurs de décision suivants :



Exemples d'éléments à considérer pour chacun des facteurs de décision :

Situation locale de pandémie
• La situation régionale : o Palier d'alerte de la région • La situation de l'établissement / installation : o Niveau d'alerte de l'établissement o Réorganisation des services et autres mesures mises en place au sein de l'établissement (en fonction du guide de délestage des activités selon les niveaux d'alerte des établissements ainsi que du plan provincial de contingence en centre hospitalier) o Centre désigné COVID-19 o Éclosion à l'intérieur de l'établissement / installation • Le(s) secteur(s) impliqué(s) dans la recherche : o Situé(s) en zone chaude, tiède, froide o Ayant dû procéder à du délestage d'activités
Disponibilité des ressources nécessaires à la recherche
• Ressources humaines, incluant le personnel de l'établissement contribuant à la recherche (ex. : analyse de convenance, actes cliniques, référencement de participants, participation en tant qu'expert) • Locaux • Pharmacie • Services de laboratoire • Plateaux techniques • Plateformes de services • Équipements de protection individuelle (ÉPI) • Soutien accru de l'équipe hygiène et salubrité • CER pour l'évaluation éthique (en fonction de la priorisation des demandes par le CER et, si applicable, selon les dispositions du cadre de référence multicentrique)
Caractéristiques de la recherche
• Possibilité de réaliser des activités à distance et en télétravail pour le personnel de recherche • Modifications possibles du protocole pour en améliorer la faisabilité en respect des mesures sanitaires • Comporte des activités indispensables au maintien d'actifs (ex. : colonie d'animaux ou matériel biologique ne pouvant être cryopréservé) • Pour la recherche impliquant des participants humains : o Caractéristiques de la population à l'étude (ex. : état de santé, vulnérabilité, risque accru pour la COVID-19) o Risques associés à la cessation de l'application du protocole de recherche o Disponibilité d'alternatives thérapeutiques o Bénéfices possibles du traitement / intervention de recherche • Potentiel d'impact de la recherche dans la prévention, le traitement, la gestion ou l'évaluation des conséquences de la COVID-19

PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

Les responsabilités des différentes parties impliquées dans la gestion des activités de recherche doivent être clairement définies pour assurer la cohérence des décisions et l'efficacité des actions. La mise en place de mécanismes de coordination et de communication étroite entre les différentes parties prenantes est essentielle, au sein même d'un établissement, mais également interétablissements pour les études multicentriques.

	Établissement	CER	Chercheur
Détermination du volume, de la nature et des modalités de réalisation des activités de recherche dans l'établissement	X		
Décision de poursuivre ou de suspendre les activités d'une recherche en cours	X		
Décision d'autoriser le démarrage d'une nouvelle recherche	X		
Élaboration d'un plan de convergence des ressources en recherche vers les secteurs critiques, incluant les modalités administratives permettant sa mise en œuvre*	X		
Détermination des mesures de prévention et de contrôle des infections à mettre en place	X		
Vérification du respect des mesures établies pour les projets autorisés	X		
Priorisation, au besoin, de certaines thématiques de recherche (ex. : projets COVID)	X	X Pour l'évaluation éthique	
Détermination des modalités d'examen et de suivi éthique d'une recherche		X	
Détermination des modifications à apporter au protocole de recherche pour en améliorer la faisabilité			X En collaboration avec le CER et l'établissement
Obtention des approbations requises à la réalisation de la recherche (scientifique, éthique, convenance)			X

* **Plan de convergence des ressources** : Le plan devrait décrire les conditions et modalités de réaffectation du personnel de recherche vers les secteurs critiques. Il vise tant les employés ayant un lien d'emploi avec l'établissement (ex. : infirmières, infirmières auxiliaires) que ceux dont le lien d'emploi direct est avec le centre de recherche.

Malgré des besoins importants dans les secteurs critiques, le personnel étant affecté à des activités de recherche jugées cruciales pour la santé ou la survie des participants (ex. : traitement expérimental pour le cancer) ne devraient en aucun cas faire l'objet d'une réaffectation.

Dans la situation où un employé de recherche ayant un lien d'emploi direct avec l'établissement est réaffecté dans un secteur clinique, le salaire ainsi que les avantages sociaux et les charges sociales afférentes devront être imputés dans le centre d'activités receveur. Dans la situation où l'employé a un lien d'emploi avec le centre de recherche et non avec l'établissement et qu'il accepte une affectation temporaire dans un secteur clinique, les charges afférentes devront être imputées dans un centre d'activités accessoires et seront transférées dans le centre d'activités receveur par le biais d'un transfert de frais généraux.

MESURES CONSTITUANT LA NOUVELLE NORMALITÉ EN CONTEXTE COVID-19 ET DEVANT ÊTRE MAINTENUES EN TOUT TEMPS

- Favoriser le télétravail pour le personnel de recherche lorsque les activités le permettent.
- Réaménager les espaces et la circulation afin de respecter les principes de distanciation sociale (ex.: port des ÉPI, aménagement des bureaux, entrées et sorties distinctes, circulation à sens unique).
- En tout temps, les mesures de santé publique en vigueur doivent être respectées.
- Les règles propres à chaque établissement en matière de prévention et de contrôle des infections s'appliquent au personnel de recherche et aux chercheurs académiques, lorsque la recherche est menée sous les auspices de l'établissement.
- Bien que la recherche fasse partie intégrante du mandat des établissements de santé et des services sociaux, l'utilisation des ressources de l'établissement pour la recherche ne doit pas se faire au détriment de la prestation de soins et services et des réserves de fournitures prévues pour la gestion de la pandémie, mais plutôt en équilibre avec ceux-ci.
- Pour les recherches impliquant des participants humains, les contacts à distance (ex. : appels téléphoniques, rencontres virtuelles) doivent être privilégiés.
- Lorsque des visites en présence sont nécessaires, il convient de limiter leur nombre et leur durée au minimum. Il est recommandé de tenter, dans la mesure du possible, de faire correspondre les visites essentielles à la recherche à des visites de suivi clinique, afin de limiter les déplacements des participants dans les milieux de soins.
- Exceptionnellement, la réalisation de visites à domicile pourrait être jugée comme comportant un niveau de risque global moins élevé que les visites de participants en établissement. Par exemple, dans le cas d'un essai clinique évaluant un nouveau traitement pour la COVID-19, où il est nécessaire de réaliser des procédures ou examens qui ne peuvent être faits à distance (ex. : prélèvements, examen médical pour évaluer l'état de santé du patient ou la tolérance au traitement), l'évaluation globale des risques pour les participants et le personnel de recherche pourrait favoriser la tenue de visites à domicile.
- Des mesures préventives adéquates doivent être observées lors de visites de participants en établissement et lors de visites au domicile de participants (ex. : port des ÉPI, désinfection adéquate des surfaces entre les visites, espacer les heures de rendez-vous entre deux participants, éviter les périodes d'attente en zone commune).

Québec

22-210-17W