

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

ANNEXE 3

DIRECTIVES COVID-19 DU MSSS • MAI 2021

Émission : 03-05-2021

Mise à jour :

Directive ministérielle DGILEA-004

Catégorie(s) : ✓ Équipements de protection individuelle

Directive sur la stratégie d'écoulement de la réserve de pandémie

Nouvelle directive

Expéditeur : Direction générale des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l'approvisionnement.



Destinataires : - Tous les CISSS et les CIUSSS et les établissements non fusionnés
- Secteur/ service de la logistique et des approvisionnements

Directive

Objet : Cette directive contient l'actualisation des orientations stratégiques ayant trait à la gestion de la réserve de pandémie.

Mesures à implanter :
1. Écoulement de la réserve de pandémie
2. Réapprovisionnement et rotation des stocks
3. Possibilité d'intégration de pôles logistiques

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources

Notes importantes : N.A.

Direction ou service ressource : Direction du génie biomédical, de la logistique et de l'approvisionnement
Courriel : dgai@msss.gouv.qc.ca
Téléphone : 581 814-9100 poste 61159

Documents annexés :
✓ Annexe A – Blouses jetables et réutilisables
✓ Annexe B – Masques médicaux niveaux 1,2,3, populationnels
✓ Annexe C – Gels - Désinfectants à mains
✓ Annexe D – Lingettes pré-imbibées
✓ Annexe E – Lingettes sèches
✓ Annexe F – Gants de nitrile 9.5 pouces
✓ Annexe G – Gants de nitrile 12 pouces
✓ Annexe H – Gants de chimiothérapie 12 pouces

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

msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par
Le sous-ministre adjoint,
Luc Desbiens

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Directive ministérielle DGILEA-004

Directive

Cette directive est la première d'une série de trois concernant les phases de gestion de la réserve de pandémie.

Phase 1 : Écoulement de la réserve de pandémie

Phase 2 : Réapprovisionnement et rotation des stocks

Phase 3 : Possibilité d'intégration de pôles logistiques

Voici les explications pour l'écoulement de la réserve de pandémie.

Dans le cadre de la pandémie de COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a procédé à l'acquisition massive d'équipements de protection individuelle (EPI) ainsi que de toutes les fournitures à risque de pénurie (ex. : lingettes désinfectantes de surface). Ces acquisitions visaient à répondre aux besoins des établissements en situation de crise lors de la première vague et à se doter d'une réserve de l'ordre d'environ six mois d'inventaire (consommation en temps de pandémie) afin d'être parés à la deuxième vague.

Dès le début de la pandémie, une pénurie mondiale d'EPI et des différentes fournitures a rendu difficile leur approvisionnement auprès des établissements et a poussé le MSSS à se tourner vers des fournisseurs internationaux. Avec le manque de fiabilité de certains fournisseurs internationaux et la difficulté à estimer la consommation des établissements en temps de pandémie, il s'est avéré difficile pour les groupes d'approvisionnement en commun (GAC) impliqués et pour le MSSS d'estimer les quantités à commander. Ces facteurs ainsi que l'objectif élevé de constituer une réserve de six mois de consommation en temps de pandémie ont entraîné la constitution d'inventaires importants.

Le MSSS doit écouler certains EPI et produits ciblés avant qu'ils atteignent leurs dates de péremption et dans l'objectif d'éviter des pertes monétaires importantes. À la suite des alternatives d'écoulement analysées et des consultations effectuées auprès de différents comités, le MSSS a décidé de procéder avec un plan de distribution établi par famille de produit, déterminé selon le délai maximum pouvant être accordé en fonction des dates de péremption. Voici la liste des EPI et des produits concernés, avec les annexes respectives :

EPI/produit	Annexe à la directive
Blouses jetables et réutilisables	Annexe A
Masques médicaux niveaux 1,2,3, populationnels	Annexe B
Désinfectants à mains	Annexe C
Lingettes pré-imbibées	Annexe D
Lingettes sèches	Annexe E
Gants de nitrile 9.5 pouces	Annexe F
Gants de nitrile 12 pouces	Annexe G
Gants de chimiothérapie 12 pouces	Annexe H

À noter que le MSSS fera une révision des plans de distribution à chaque trimestre en fonction des nouveaux EPI arrivés (produits internationaux) et/ou des EPI en attente de validité du niveau de la qualité.

Puisqu'il s'agit d'une quantité importante à écouler, nous encourageons les pratiques suivantes, selon la gestion et les capacités logistiques des établissements :

- Effectuer des partenariats et continuer d'approvisionner les RI/RTF/RPA/CHSLD privés;
- Passer en partie ou en totalité des blouses lavables aux blouses jetables selon certains secteurs cliniques, par exemple le soutien à domicile;
- Approvisionner les GMF/U qui le désirent en blouses jetables;
- Fournir les organismes communautaires, les EESAD et les employés du chèque emploi-service s'il y a lieu;
- Toute autre initiative de consommation avant d'arriver aux dates de péremption.

En référence aux mesures exceptionnelles en cas de pandémie, nous vous invitons à considérer les éléments suivants :

- Les EPI distribués par le MSSS ont préalablement été inspectés par des cliniciens et testés en laboratoire, lorsque jugé nécessaire;
- Le MSSS ne reprendra aucun EPI distribué ainsi que les établissements ne reprendra aucun ÉPI distribué aux partenaires (RI-RTF, RPA, CHSLD privé, GMF-U, EESAD, organisme communautaire);
- Tous les EPI distribués par le MSSS doivent être considérés dans l'allocation permise par établissement.

Mesures de restrictions financières

- Aucune allocation financière ne sera allouée pour de l'entreposage supplémentaire.

PLAN DE DISTRIBUTION DES BLOUSES JETABLES RÉPARTI SUR 4,5 ANNÉES

Nom organisation	# Région adm.	Ratio	Blouses niveau 1		Blouses niveau 2		Blouses niveau 3		Blouses jetables total		Blouses réutilisables total	
			Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.
CISSS du Bas-Saint-Laurent	01	2,80%	317 000	1 468	1 554 000	7 194	556 500	2 576	2 427 500	11 238	22 930	106
CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean	02	3,60%	408 000	1 889	1 998 000	9 250	715 500	3 313	3 121 500	14 451	29 530	137
CHU de Québec-UL	03	4,50%	510 000	2 361	2 497 500	11 563	894 000	4 139	3 901 500	18 063	37 010	171
IUCPQ/Inst.univ.card.pneumo.Qc	03	1,00%	113 500	525	555 000	2 569	198 500	919	867 000	4 014	8 410	39
CIUSSS Capitale-Nationale	03	5,49%	623 000	2 884	3 052 500	14 132	1 093 000	5 060	4 768 500	22 076	45 370	210
CIUSSS Mauricie-Centre-Québec	04	5,89%	668 500	3 095	3 274 500	15 160	1 172 500	5 428	5 115 500	23 683	48 450	224
CIUSSS Estrie-CHUS	05	5,69%	646 000	2 991	3 163 500	14 646	1 132 500	5 243	4 942 000	22 880	46 690	216
CHUM/Cent.hosp. univ. Montréal	06	3,60%	408 000	1 889	1 998 000	9 250	715 500	3 313	3 121 500	14 451	29 530	137
CIUSSS Est-Ile-de-Mtl	06	4,70%	532 500	2 465	2 608 500	12 076	934 000	4 324	4 075 000	18 866	38 770	179
CIUSSS Centre-Ouest-Ile-de-Mtl	06	3,30%	374 000	1 731	1 831 500	8 479	656 000	3 037	2 861 500	13 248	27 330	127
CIUSSS Nord-Ile-de-Mtl	06	3,70%	419 000	1 940	2 053 500	9 507	735 500	3 405	3 208 000	14 852	30 410	141
CUSM/Centre univ. santé McGill	06	4,30%	487 000	2 255	2 386 500	11 049	854 500	3 956	3 728 000	17 259	35 250	163
CIUSSS Centre-Sud-Ile-de-Mtl	06	5,39%	612 000	2 833	2 997 000	13 875	1 073 000	4 968	4 682 000	21 676	44 490	206
CIUSSS Ouest-Ile-de-Mtl	06	3,40%	385 000	1 782	1 887 000	8 736	675 500	3 127	2 947 500	13 646	27 770	129
ICM/Inst. cardiologie Montréal	06	0,70%	79 500	368	388 500	1 799	139 000	644	607 000	2 810	5 770	27
Institut nat. Philippe-Pinel	06	0,30%	34 000	157	166 500	771	59 500	275	260 000	1 204	2 690	12
CHU Ste-Justine	06	1,60%	181 500	840	888 000	4 111	318 000	1 472	1 387 500	6 424	13 250	61
CISSS de l'Outaouais	07	3,60%	408 000	1 889	1 998 000	9 250	715 500	3 313	3 121 500	14 451	29 530	137
CISSS Abitibi-Témiscamingue	08	1,90%	215 500	998	1 054 500	4 882	377 500	1 748	1 647 500	7 627	15 450	72
CISSS de la Côte-Nord	09	1,40%	158 500	734	777 000	3 597	278 000	1 287	1 213 500	5 618	11 490	53
CLSC Naskapi	10	0,40%	45 500	211	222 000	1 028	79 500	368	347 000	1 606	3 130	14
CRSSS de la Baie-James	10	0,30%	34 000	157	166 500	771	59 500	275	260 000	1 204	2 690	12
CISSS des Iles	11	0,30%	34 000	157	166 500	771	59 500	275	260 000	1 204	2 690	12
CISSS de la Gaspésie	11	1,40%	158 500	734	777 000	3 597	278 000	1 287	1 213 500	5 618	11 490	53
CISSS Chaudière-Appalaches	12	4,10%	464 500	2 150	2 275 500	10 535	814 500	3 771	3 554 500	16 456	33 490	155
CISSS de Laval	13	3,50%	396 500	1 836	1 942 500	8 993	695 500	3 220	3 034 500	14 049	28 650	133
CISSS de Lanaudière	14	3,90%	442 000	2 046	2 164 500	10 021	775 000	3 588	3 381 500	15 655	32 170	149
CISSS des Laurentides	15	5,19%	589 000	2 727	2 886 000	13 361	1 033 500	4 785	4 508 500	20 873	42 730	198
CISSS Montérégie-Centre	16	4,30%	487 000	2 255	2 386 500	11 049	854 500	3 956	3 728 000	17 259	35 250	163
CISSS Montérégie-Est	16	4,20%	476 000	2 204	2 331 000	10 792	834 500	3 863	3 641 500	16 859	34 370	159
CISSS Montérégie-Ouest	16	3,40%	385 000	1 782	1 887 000	8 736	675 500	3 127	2 947 500	13 646	27 770	129
Cent. santé Inuulitsivik	17	0,30%	34 000	157	166 500	771	59 500	275	260 000	1 204	2 640	12
Cent. santé Tulattavik Ungava	17	0,30%	34 000	157	166 500	771	59 500	275	260 000	1 204	2 640	12
CCSSSBJ/Conseil Cri Baie-James	18	1,00%	113 500	525	541 000	2 505	198 500	919	853 000	3 949	8 360	39
Urgence-Santé	0	0,30%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Héma-Québec	0	0,00%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RRSSS du Nunavik	17	0,30%	34 000	157	166 500	771	59 500	275	260 000	1 204	2 640	12
TOTAL		100,00%	11 308 000	52 352	55 375 000	256 366	19 830 500	91 808	86 513 500	400 525	820 830	3 800

PLAN DE DISTRIBUTION DES MASQUES MÉDICAUX RÉPARTI SUR 2,5 ANNÉES

Nom organisation	# Région adm.	Ratio	Masques médicaux niveau populationnel		Masques médicaux niveau 1		Masques médicaux niveau 2		Masques médicaux niveau 3		Masques médicaux en attente de vérification physique		Masques médicaux total	
			Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.
CISSS du Bas-Saint-Laurent	01	2,80%	1 235 960	10 300	1 620 520	13 504	1 061 720	8 848	156 200	1 302	11 095 670	92 464	4 074 400	33 953
CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean	02	3,60%	1 588 840	13 240	2 083 400	17 362	1 364 880	11 374	201 080	1 676	14 265 680	118 881	5 238 200	43 652
CHU de Québec-UL	03	4,50%	1 986 160	16 551	2 604 360	21 703	1 705 880	14 216	251 240	2 094	17 832 320	148 603	6 547 640	54 564
IUCPQ/Inst.univ.card.pneumo.Qc	03	1,00%	441 760	3 681	578 600	4 822	379 280	3 161	55 880	466	3 962 640	33 022	1 455 520	12 129
CIUSSS Capitale-Nationale	03	5,49%	2 427 480	20 229	3 182 960	26 525	2 085 160	17 376	307 120	2 559	21 794 960	181 625	8 002 720	66 689
CIUSSS Mauricie-Centre-Québec	04	5,89%	2 603 920	21 699	3 413 740	28 448	2 237 120	18 643	329 200	2 743	23 379 840	194 832	8 583 980	71 533
CIUSSS Estrie-CHUS	05	5,69%	2 515 920	20 966	3 298 680	27 489	2 160 840	18 007	318 120	2 651	22 587 400	188 228	8 293 560	69 113
CHUM/Cent.hosp. univ. Montréal	06	3,60%	1 588 840	13 240	2 083 400	17 362	1 364 880	11 374	201 080	1 676	14 265 680	118 881	5 238 200	43 652
CIUSSS Est-Ile-de-Mtl	06	4,70%	2 074 600	17 288	2 720 080	22 667	1 782 000	14 850	262 240	2 185	18 624 760	155 206	6 838 920	56 991
CIUSSS Centre-Ouest-Ile-de-Mtl	06	3,30%	1 456 400	12 137	1 909 600	15 913	1 250 920	10 424	184 360	1 536	13 076 800	108 973	4 801 280	40 011
CIUSSS Nord-Ile-de-Mtl	06	3,70%	1 632 840	13 607	2 141 040	17 842	1 402 720	11 689	206 360	1 720	14 662 120	122 184	5 382 960	44 858
CUSM/Centre univ. santé McGill	06	4,30%	1 897 720	15 814	2 488 640	20 739	1 630 200	13 585	240 240	2 002	17 039 440	141 995	6 256 800	52 140
CIUSSS Centre-Sud-Ile-de-Mtl	06	5,39%	2 383 480	19 862	3 124 880	26 041	2 047 320	17 061	301 400	2 512	21 398 520	178 321	7 857 080	65 476
CIUSSS Ouest-Ile-de-Mtl	06	3,40%	1 500 840	12 507	1 967 680	16 397	1 289 200	10 743	189 640	1 580	13 473 240	112 277	4 947 360	41 228
ICM/Inst. cardiologie Montréal	06	0,70%	308 880	2 574	405 240	3 377	265 320	2 211	39 160	326	2 773 760	23 115	1 018 600	8 488
Institut nat. Philippe-Pinel	06	0,30%	132 440	1 104	173 800	1 448	113 520	946	16 720	139	1 188 880	9 907	436 480	3 637
CHU Ste-Justine	06	1,60%	706 200	5 885	925 760	7 715	606 760	5 056	89 320	744	6 340 400	52 837	2 328 040	19 400
CISSS de l'Outaouais	07	3,60%	1 588 840	13 240	2 083 400	17 362	1 364 880	11 374	201 080	1 676	14 265 680	118 881	5 238 200	43 652
CISSS Abitibi-Témiscamingue	08	1,90%	838 640	6 989	1 099 560	9 163	720 280	6 002	106 040	884	7 529 280	62 744	2 764 520	23 038
CISSS de la Côte-Nord	09	1,40%	617 760	5 148	810 040	6 750	530 640	4 422	78 320	653	5 547 960	46 233	2 036 760	16 973
CLSC Naskapi	10	0,40%	176 440	1 470	231 440	1 929	151 800	1 265	22 440	187	1 584 880	13 207	582 120	4 851
CRSSS de la Baie-James	10	0,30%	132 440	1 104	173 800	1 448	113 520	946	16 720	139	1 188 880	9 907	436 480	3 637
CISSS des Îles	11	0,30%	132 440	1 104	173 800	1 448	113 520	946	16 720	139	1 188 880	9 907	436 480	3 637
CISSS de la Gaspésie	11	1,40%	617 760	5 148	810 040	6 750	530 640	4 422	78 320	653	5 547 960	46 233	2 036 760	16 973
CISSS Chaudière-Appalaches	12	4,10%	1 809 720	15 081	2 372 920	19 774	1 554 520	12 954	228 800	1 907	16 247 000	135 392	5 965 960	49 716
CISSS de Laval	13	3,50%	1 544 840	12 874	2 025 320	16 878	1 327 040	11 059	195 360	1 628	13 869 680	115 581	5 092 560	42 438
CISSS de Lanaudière	14	3,90%	1 721 280	14 344	2 256 760	18 806	1 478 400	12 320	217 800	1 815	15 454 560	128 788	5 674 240	47 285
CISSS des Laurentides	15	5,19%	2 295 040	19 125	3 009 160	25 076	1 971 640	16 430	290 400	2 420	20 606 080	171 717	7 566 240	63 052
CISSS Montérégie-Centre	16	4,30%	1 897 720	15 814	2 488 640	20 739	1 630 200	13 585	240 240	2 002	17 039 440	141 995	6 256 800	52 140
CISSS Montérégie-Est	16	4,20%	1 853 720	15 448	2 430 560	20 255	1 592 360	13 270	234 520	1 954	16 643 440	138 695	6 111 160	50 926
CISSS Montérégie-Ouest	16	3,40%	1 500 840	12 507	1 967 680	16 397	1 289 200	10 743	189 640	1 580	13 473 240	112 277	4 947 360	41 228
Cent. santé Inuitsivik	17	0,30%	132 440	1 104	173 800	1 448	113 520	946	16 720	139	1 188 880	9 907	436 480	3 637
Cent. santé Tulattavik Ungava	17	0,30%	132 440	1 104	173 800	1 448	113 520	946	16 720	139	1 188 880	9 907	436 480	3 637
CCSSSBJ/Conseil Cri Baie-James	18	1,00%	441 320	3 678	578 600	4 822	379 280	3 161	55 880	466	3 962 640	33 022	1 455 080	12 126
Urgence-Santé	0	0,30%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Héma-Québec	0	0,00%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RRSSS du Nunavik	17	0,30%	132 440	1 104	173 800	1 448	113 520	946	16 720	139	1 188 880	9 907	436 480	3 637
TOTAL	100,00%		44 048 400	367 070	57 755 500	481 296	37 836 200	315 302	5 571 800	46 432	395 478 350	3 295 653	145 211 900	1 210 099

PLAN DE DISTRIBUTION DES DÉSINFECTANTS À MAINS RÉPARTI SUR 1,5 AN

Quantité totale en inventaire (litres) :	1 169 880
Quantité réservée pour la vaccination :	169 880
Quantité à distribuer (litres) :	1 000 000

Nom organisation	# Région adm.	Ratio	Désinfectant à mains	
			Quantité totale	Quantité hebdo.
CISSS du Bas-Saint-Laurent	01	2,80%	27 972	359
CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean	02	3,60%	35 964	461
CHU de Québec-UL	03	4,50%	44 955	576
IUCPQ/Inst.univ.card.pneumo.Qc	03	1,00%	9 990	128
CIUSSS Capitale-Nationale	03	5,49%	54 945	704
CIUSSS Mauricie-Centre-Québec	04	5,89%	58 941	756
CIUSSS Estrie-CHUS	05	5,69%	56 943	730
CHUM/Cent.hosp. univ. Montréal	06	3,60%	35 964	461
CIUSSS Est-Ile-de-Mtl	06	4,70%	46 953	602
CIUSSS Centre-Ouest-Ile-de-Mtl	06	3,30%	32 967	423
CIUSSS Nord-Ile-de-Mtl	06	3,70%	36 963	474
CUSM/Centre univ. santé McGill	06	4,30%	42 957	551
CIUSSS Centre-Sud-Ile-de-Mtl	06	5,39%	53 946	692
CIUSSS Ouest-Ile-de-Mtl	06	3,40%	33 966	435
ICM/Inst. cardiologie Montréal	06	0,70%	6 993	90
Institut nat. Philippe-Pinel	06	0,30%	2 997	38
CHU Ste-Justine	06	1,60%	15 984	205
CISSS de l'Outaouais	07	3,60%	35 964	461
CISSS Abitibi-Témiscamingue	08	1,90%	18 981	243
CISSS de la Côte-Nord	09	1,40%	13 986	179
CLSC Naskapi	10	0,40%	3 996	51
CRSSS de la Baie-James	10	0,30%	2 997	38
CISSS des Iles	11	0,30%	2 997	38
CISSS de la Gaspésie	11	1,40%	13 986	179
CISSS Chaudière-Appalaches	12	4,10%	40 959	525
CISSS de Laval	13	3,50%	34 965	448
CISSS de Lanaudière	14	3,90%	38 961	500
CISSS des Laurentides	15	5,19%	51 948	666
CISSS Montérégie-Centre	16	4,30%	42 957	551
CISSS Montérégie-Est	16	4,20%	41 958	538
CISSS Montérégie-Ouest	16	3,40%	33 966	435
Cent. santé Inuulitsivik	17	0,30%	2 997	38
Cent. santé Tulattavik Ungava	17	0,30%	2 997	38
CCSSSBJ/Conseil Cri Baie-James	18	1,00%	9 990	128
Urgence-Santé	0	0,30%	2 997	38
Héma-Québec	0	0,00%	0	0
RRSSS du Nunavik	17	0,30%	2 997	38
TOTAL		100,00%	1 000 000	12 821

PLAN DE DISTRIBUTION DES LINGETTES PRÉIMBIBÉES RÉPARTI SUR 2 ANS

Quantité totale en inventaire (unités) :	76 789 120
Quantité réservée pour la vaccination :	12 000 000
Quantité à distribuer (unités) :	64 789 120

Nom organisation	# Région adm.	Ratio	Lingettes préimbibées	
			Quantité totale	Quantité hebdo.
CISSS du Bas-Saint-Laurent	01	2,80%	1 812 283	17 426
CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean	02	3,60%	2 330 078	22 405
CHU de Québec-UL	03	4,50%	2 912 598	28 006
IUCPQ/Inst.univ.card.pneumo.Qc	03	1,00%	647 244	6 223
CIUSSS Capitale-Nationale	03	5,49%	3 559 842	34 229
CIUSSS Mauricie-Centre-Québec	04	5,89%	3 818 739	36 719
CIUSSS Estrie-CHUS	05	5,69%	3 689 291	35 474
CHUM/Cent.hosp. univ. Montréal	06	3,60%	2 330 078	22 405
CIUSSS Est-Ile-de-Mtl	06	4,70%	3 042 047	29 250
CIUSSS Centre-Ouest-Ile-de-Mtl	06	3,30%	2 135 905	20 538
CIUSSS Nord-Ile-de-Mtl	06	3,70%	2 394 803	23 027
CUSM/Centre univ. santé McGill	06	4,30%	2 783 149	26 761
CIUSSS Centre-Sud-Ile-de-Mtl	06	5,39%	3 495 117	33 607
CIUSSS Ouest-Ile-de-Mtl	06	3,40%	2 200 629	21 160
ICM/Inst. cardiologie Montréal	06	0,70%	453 071	4 356
Institut nat. Philippe-Pinel	06	0,30%	194 173	1 867
CHU Ste-Justine	06	1,60%	1 035 590	9 958
CISSS de l'Outaouais	07	3,60%	2 330 078	22 405
CISSS Abitibi-Témiscamingue	08	1,90%	1 229 764	11 825
CISSS de la Côte-Nord	09	1,40%	906 142	8 713
CLSC Naskapi	10	0,40%	258 898	2 489
CRSSS de la Baie-James	10	0,30%	194 173	1 867
CISSS des Iles	11	0,30%	194 173	1 867
CISSS de la Gaspésie	11	1,40%	906 142	8 713
CISSS Chaudière-Appalaches	12	4,10%	2 653 700	25 516
CISSS de Laval	13	3,50%	2 265 354	21 782
CISSS de Lanaudière	14	3,90%	2 524 251	24 272
CISSS des Laurentides	15	5,19%	3 365 669	32 362
CISSS Montérégie-Centre	16	4,30%	2 783 149	26 761
CISSS Montérégie-Est	16	4,20%	2 718 425	26 139
CISSS Montérégie-Ouest	16	3,40%	2 200 629	21 160
Cent. santé Inuulitsivik	17	0,30%	194 173	1 867
Cent. santé Tulattavik Ungava	17	0,30%	194 173	1 867
CCSSSBJ/Conseil Cri Baie-James	18	1,00%	647 244	6 223
Urgence-Santé	0	0,30%	194 173	1 867
Héma-Québec	0	0,00%	0	0
RRSSS du Nunavik	17	0,30%	194 173	1 867
TOTAL		100,00%	64 789 120	622 972

PLAN DE DISTRIBUTION DES LINGETTES SÈCHES RÉPARTI SUR 4 ANS

Quantité totale en inventaire (unités) :	98 550 700
Quantité réservée pour la vaccination :	0
Quantité à distribuer (unités) :	98 550 700

Nom organisation	# Région adm.	Ratio	Lingettes sèches	
			Quantité totale	Quantité hebdo.
CISSS du Bas-Saint-Laurent	01	2,80%	2 756 663	13 253
CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean	02	3,60%	3 544 281	17 040
CHU de Québec-UL	03	4,50%	4 430 351	21 300
IUCPQ/Inst.univ.card.pneumo.Qc	03	1,00%	984 522	4 733
CIUSSS Capitale-Nationale	03	5,49%	5 414 874	26 033
CIUSSS Mauricie-Centre-Québec	04	5,89%	5 808 683	27 926
CIUSSS Estrie-CHUS	05	5,69%	5 611 778	26 980
CHUM/Cent.hosp. univ. Montréal	06	3,60%	3 544 281	17 040
CIUSSS Est-Ile-de-Mtl	06	4,70%	4 627 256	22 246
CIUSSS Centre-Ouest-Ile-de-Mtl	06	3,30%	3 248 924	15 620
CIUSSS Nord-Ile-de-Mtl	06	3,70%	3 642 733	17 513
CUSM/Centre univ. santé McGill	06	4,30%	4 233 447	20 353
CIUSSS Centre-Sud-Ile-de-Mtl	06	5,39%	5 316 421	25 560
CIUSSS Ouest-Ile-de-Mtl	06	3,40%	3 347 376	16 093
ICM/Inst. cardiologie Montréal	06	0,70%	689 166	3 313
Institut nat. Philippe-Pinel	06	0,30%	295 357	1 420
CHU Ste-Justine	06	1,60%	1 575 236	7 573
CISSS de l'Outaouais	07	3,60%	3 544 281	17 040
CISSS Abitibi-Témiscamingue	08	1,90%	1 870 593	8 993
CISSS de la Côte-Nord	09	1,40%	1 378 331	6 627
CLSC Naskapi	10	0,40%	393 809	1 893
CRSSS de la Baie-James	10	0,30%	295 357	1 420
CISSS des Iles	11	0,30%	295 357	1 420
CISSS de la Gaspésie	11	1,40%	1 378 331	6 627
CISSS Chaudière-Appalaches	12	4,10%	4 036 542	19 406
CISSS de Laval	13	3,50%	3 445 829	16 566
CISSS de Lanaudière	14	3,90%	3 839 638	18 460
CISSS des Laurentides	15	5,19%	5 119 517	24 613
CISSS Montérégie-Centre	16	4,30%	4 233 447	20 353
CISSS Montérégie-Est	16	4,20%	4 134 994	19 880
CISSS Montérégie-Ouest	16	3,40%	3 347 376	16 093
Cent. santé Inuulitsivik	17	0,30%	295 357	1 420
Cent. santé Tulattavik Ungava	17	0,30%	295 357	1 420
CCSSSBJ/Conseil Cri Baie-James	18	1,00%	984 522	4 733
Urgence-Santé	0	0,30%	295 357	1 420
Héma-Québec	0	0,00%	0	0
RRSSS du Nunavik	17	0,30%	295 357	1 420
TOTAL		100,00%	98 550 700	473 801

PLAN DE DISTRIBUTION DES GANTS DE NITRILE 9,5 POUCES RÉPARTI SUR 2,5 ANNÉES

Nom organisation	# Région adm.	Ratio	Taille : Extra-Small (XS)		Taille : Small (S)		Taille : Medium (M)		Taille : Large (L)		Taille : Extra-Large (XL)		Total	
			Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.
CISSS du Bas-Saint-Laurent	01	2,80%	202 400	1 687	2 577 520	21 479	4 166 360	34 720	6 269 120	52 243	1 485 880	12 382	13 215 400	110 128
CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean	02	3,60%	260 040	2 167	3 314 080	27 617	5 357 000	44 642	8 060 360	67 170	1 910 480	15 921	16 991 480	141 596
CHU de Québec-UL	03	4,50%	325 160	2 710	4 142 600	34 522	6 696 360	55 803	10 075 560	83 963	2 388 320	19 903	21 239 680	176 997
IUCPQ/Inst.univ.card.pneumo.Qc	03	1,00%	72 160	601	920 480	7 671	1 488 080	12 401	2 239 160	18 660	530 640	4 422	4 719 880	39 332
CIUSSS Capitale-Nationale	03	5,49%	397 320	3 311	5 063 080	42 192	8 184 440	68 204	12 314 720	102 623	2 918 960	24 325	25 959 560	216 330
CIUSSS Mauricie-Centre-Québec	04	5,89%	425 840	3 549	5 430 120	45 251	8 778 340	73 153	13 209 680	110 081	3 131 700	26 098	27 843 980	232 033
CIUSSS Estrie-CHUS	05	5,69%	411 840	3 432	5 247 000	43 725	8 481 880	70 682	12 762 200	106 352	3 025 000	25 208	26 902 920	224 191
CHUM/Cent.hosp. univ. Montréal	06	3,60%	260 040	2 167	3 314 080	27 617	5 357 000	44 642	8 060 360	67 170	1 910 480	15 921	16 991 480	141 596
CIUSSS Est-Ile-de-Mtl	06	4,70%	339 240	2 827	4 326 520	36 054	6 993 800	58 282	10 523 480	87 696	2 494 360	20 786	22 183 040	184 859
CIUSSS Centre-Ouest-Ile-de-Mtl	06	3,30%	238 480	1 987	3 037 760	25 315	4 910 400	40 920	7 388 920	61 574	1 751 200	14 593	15 575 560	129 796
CIUSSS Nord-Ile-de-Mtl	06	3,70%	267 080	2 226	3 406 040	28 384	5 505 720	45 881	8 284 320	69 036	1 963 720	16 364	17 463 160	145 526
CUSM/Centre univ. santé McGill	06	4,30%	310 640	2 589	3 958 240	32 985	6 398 480	53 321	9 627 640	80 230	2 282 280	19 019	20 295 000	169 125
CIUSSS Centre-Sud-Ile-de-Mtl	06	5,39%	389 840	3 249	4 970 680	41 422	8 035 280	66 961	12 090 760	100 756	2 865 720	23 881	25 486 560	212 388
CIUSSS Ouest-Ile-de-Mtl	06	3,40%	245 520	2 046	3 129 720	26 081	5 059 120	42 159	7 612 880	63 441	1 804 440	15 037	16 047 240	133 727
ICM/Inst. cardiologie Montréal	06	0,70%	50 600	422	644 160	5 368	1 041 480	8 679	1 567 280	13 061	371 360	3 095	3 303 520	27 529
Institut nat. Philippe-Pinel	06	0,30%	21 560	180	276 320	2 303	446 600	3 722	671 880	5 599	159 280	1 327	1 416 360	11 803
CHU Ste-Justine	06	1,60%	115 720	964	1 472 680	12 272	2 380 840	19 840	3 582 480	29 854	849 200	7 077	7 551 720	62 931
CISSS de l'Outaouais	07	3,60%	260 040	2 167	3 314 080	27 617	5 357 000	44 642	8 060 360	67 170	1 910 480	15 921	16 991 480	141 596
CISSS Abitibi-Témiscamingue	08	1,90%	137 280	1 144	1 749 000	14 575	2 827 440	23 562	4 253 920	35 449	1 008 480	8 404	8 967 640	74 730
CISSS de la Côte-Nord	09	1,40%	101 200	843	1 288 760	10 740	2 083 400	17 362	3 134 560	26 121	743 160	6 193	6 607 920	55 066
CLSC Naskapi	10	0,40%	29 040	242	368 280	3 069	595 320	4 961	895 400	7 462	212 080	1 767	1 888 040	15 734
CRSSS de la Baie-James	10	0,30%	21 560	180	276 320	2 303	446 600	3 722	671 880	5 599	159 280	1 327	1 416 360	11 803
CISSS des Iles	11	0,30%	21 560	180	276 320	2 303	446 600	3 722	671 880	5 599	159 280	1 327	1 416 360	11 803
CISSS de la Gaspésie	11	1,40%	101 200	843	1 288 760	10 740	2 083 400	17 362	3 134 560	26 121	743 160	6 193	6 607 920	55 066
CISSS Chaudière-Appalaches	12	4,10%	296 120	2 468	3 774 320	31 453	6 101 040	50 842	9 180 160	76 501	2 175 800	18 132	19 351 640	161 264
CISSS de Laval	13	3,50%	253 000	2 108	3 221 680	26 847	5 208 280	43 402	7 836 400	65 303	1 857 680	15 481	16 519 360	137 661
CISSS de Lanaudière	14	3,90%	281 600	2 347	3 589 960	29 916	5 803 160	48 360	8 732 240	72 769	2 069 760	17 248	18 406 960	153 391
CISSS des Laurentides	15	5,19%	375 760	3 131	4 786 760	39 890	7 737 840	64 482	11 642 840	97 024	2 759 680	22 997	24 543 200	204 527
CISSS Montérégie-Centre	16	4,30%	310 640	2 589	3 958 240	32 985	6 398 480	53 321	9 627 640	80 230	2 282 280	19 019	20 295 000	169 125
CISSS Montérégie-Est	16	4,20%	303 160	2 526	3 866 280	32 219	6 249 760	52 081	9 403 680	78 364	2 229 040	18 575	19 822 880	165 191
CISSS Montérégie-Ouest	16	3,40%	245 520	2 046	3 129 720	26 081	5 059 120	42 159	7 612 880	63 441	1 804 440	15 037	16 047 240	133 727
Cent. santé Inuulitsivik	17	0,30%	21 560	180	276 320	2 303	446 600	3 722	671 880	5 599	159 280	1 327	1 416 360	11 803
Cent. santé Tulattavik Ungava	17	0,30%	21 560	180	276 320	2 303	446 600	3 722	671 880	5 599	159 280	1 327	1 416 360	11 803
CCSSBJ/Conseil Cri Baie-James	18	1,00%	72 160	601	920 480	7 671	1 488 080	12 401	2 239 160	18 660	530 640	4 422	4 719 880	39 332
Urgence-Santé	0	0,30%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Héma-Québec	0	0,00%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RRSSS du Nunavik	17	0,30%	21 560	180	276 320	2 303	446 600	3 722	671 880	5 599	159 280	1 327	1 416 360	11 803
TOTAL		100,00%	7 208 000	60 067	91 869 000	765 575	148 506 500	1 237 554	223 454 000	1 862 117	52 966 100	441 384	471 037 500	3 925 313

PLAN DE DISTRIBUTION DES GANTS DE NITRILE 12 POUCES RÉPARTI SUR 2,5 ANNÉES

Nom organisation	# Région adm.	Ratio	Taille : Extra-Small (XS)		Taille : Small (S)		Taille : Medium (M)		Taille : Large (L)		Taille : Extra-Large (XL)		Total	
			Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.
CISSS du Bas-Saint-Laurent	01	2,80%	2 640	22	381 480	3 179	1 107 920	9 233	1 178 320	9 819	341 880	2 849	2 670 360	22 253
CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean	02	3,60%	3 520	29	490 600	4 088	1 424 280	11 869	1 514 920	12 624	440 000	3 667	3 433 320	28 611
CHU de Québec-UL	03	4,50%	4 400	37	613 360	5 111	1 780 680	14 839	1 893 760	15 781	550 000	4 583	4 292 200	35 768
IUCPQ/Inst.univ.card.pneumo.Qc	03	1,00%	880	7	136 400	1 137	395 560	3 296	420 640	3 505	122 320	1 019	953 480	7 946
CIUSSS Capitale-Nationale	03	5,49%	5 280	44	749 320	6 244	2 176 240	18 135	2 314 400	19 287	671 880	5 599	5 245 240	43 710
CIUSSS Mauricie-Centre-Québec	04	5,89%	5 280	44	803 040	6 692	2 334 080	19 451	2 482 120	20 684	720 720	6 006	5 624 520	46 871
CIUSSS Estrie-CHUS	05	5,69%	5 720	48	776 600	6 472	2 255 440	18 795	2 398 440	19 987	696 520	5 804	5 436 200	45 302
CHUM/Cent.hosp. univ. Montréal	06	3,60%	3 520	29	490 600	4 088	1 424 280	11 869	1 514 920	12 624	440 000	3 667	3 433 320	28 611
CIUSSS Est-Ile-de-Mtl	06	4,70%	4 840	40	640 640	5 339	1 859 880	15 499	1 977 800	16 482	574 200	4 785	4 483 160	37 360
CIUSSS Centre-Ouest-Ile-de-Mtl	06	3,30%	3 080	26	449 680	3 747	1 305 920	10 883	1 388 640	11 572	403 040	3 359	3 147 320	26 228
CIUSSS Nord-Ile-de-Mtl	06	3,70%	3 520	29	504 240	4 202	1 463 880	12 199	1 556 720	12 973	451 880	3 766	3 528 360	29 403
CUSM/Centre univ. santé McGill	06	4,30%	4 400	37	586 080	4 884	1 701 480	14 179	1 809 280	15 077	525 360	4 378	4 101 240	34 177
CIUSSS Centre-Sud-Ile-de-Mtl	06	5,39%	5 280	44	735 680	6 131	2 136 640	17 805	2 272 160	18 935	659 560	5 496	5 149 760	42 915
CIUSSS Ouest-Ile-de-Mtl	06	3,40%	3 520	29	463 320	3 861	1 345 520	11 213	1 430 880	11 924	415 360	3 461	3 243 240	27 027
ICM/Inst. cardiologie Montréal	06	0,70%	880	7	95 480	796	276 760	2 306	294 360	2 453	85 360	711	667 480	5 562
Institut nat. Philippe-Pinel	06	0,30%	440	4	40 920	341	118 800	990	126 280	1 052	37 120	309	286 440	2 387
CHU Ste-Justine	06	1,60%	1 760	15	218 240	1 819	633 160	5 276	673 200	5 610	195 360	1 628	1 526 360	12 720
CISSS de l'Outaouais	07	3,60%	3 520	29	490 600	4 088	1 424 280	11 869	1 514 920	12 624	440 000	3 667	3 433 320	28 611
CISSS Abitibi-Témiscamingue	08	1,90%	1 760	15	258 720	2 156	751 960	6 266	799 480	6 662	232 320	1 936	1 811 920	15 099
CISSS de la Côte-Nord	09	1,40%	1 320	11	190 960	1 591	553 960	4 616	589 160	4 910	171 160	1 426	1 335 400	11 128
CLSC Naskapi	10	0,40%	440	4	54 560	455	158 400	1 320	168 520	1 404	48 840	407	381 920	3 183
CRSSS de la Baie-James	10	0,30%	440	4	40 920	341	118 800	990	126 280	1 052	36 520	304	286 440	2 387
CISSS des Iles	11	0,30%	440	4	40 920	341	118 800	990	126 280	1 052	36 520	304	286 440	2 387
CISSS de la Gaspésie	11	1,40%	1 320	11	190 960	1 591	553 960	4 616	589 160	4 910	171 160	1 426	1 335 400	11 128
CISSS Chaudière-Appalaches	12	4,10%	3 960	33	558 800	4 657	1 622 280	13 519	1 725 240	14 377	500 720	4 173	3 910 280	32 586
CISSS de Laval	13	3,50%	3 520	29	476 960	3 975	1 384 680	11 539	1 472 680	12 272	427 680	3 564	3 337 840	27 815
CISSS de Lanaudière	14	3,90%	3 960	33	531 520	4 429	1 543 080	12 859	1 641 200	13 677	476 520	3 971	3 719 760	30 998
CISSS des Laurentides	15	5,19%	5 280	44	708 400	5 903	2 057 440	17 145	2 188 120	18 234	635 360	5 295	4 959 240	41 327
CISSS Montérégie-Centre	16	4,30%	4 400	37	586 080	4 884	1 701 480	14 179	1 809 280	15 077	525 360	4 378	4 101 240	34 177
CISSS Montérégie-Est	16	4,20%	3 960	33	572 440	4 770	1 661 880	13 849	1 767 480	14 729	513 040	4 275	4 005 760	33 381
CISSS Montérégie-Ouest	16	3,40%	3 520	29	463 320	3 861	1 345 520	11 213	1 430 880	11 924	415 360	3 461	3 243 240	27 027
Cent. santé Inuullitsivik	17	0,30%	440	4	40 920	341	118 800	990	126 280	1 052	36 520	304	286 440	2 387
Cent. santé Tulattavik Ungava	17	0,30%	440	4	40 920	341	118 800	990	126 280	1 052	36 520	304	286 440	2 387
CCSSSB/Conseil Cri Baie-James	18	1,00%	880	7	136 400	1 137	395 560	3 296	420 640	3 505	122 320	1 019	953 480	7 946
Urgence-Santé	0	0,30%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Héma-Québec	0	0,00%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RRSSS du Nunavik	17	0,30%	440	4	40 920	341	118 800	990	126 280	1 052	36 520	304	286 440	2 387
TOTAL		100,00%	99 000	825	13 600 000	113 333	39 489 000	329 075	41 995 000	349 958	12 193 000	101 608	95 183 000	793 192

PLAN DE DISTRIBUTION DES GANTS DE NITRILE 12 POUCES CHIMIOTHÉRAPIE RÉPARTI SUR 2,5 ANNÉES

Nom organisation	# Région adm.	Ratio	Taille : Small (S)		Taille : Medium (M)		Taille : Large (L)		Taille : Extra-Large (XL)		Total	
			Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.	Quantité totale	Quantité hebdo.
CISSS du Bas-Saint-Laurent	01	2,80%	282 040	2 350	733 480	6 112	805 640	6 714	156 200	1 302	1 821 160	15 176
CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean	02	3,60%	362 560	3 021	943 360	7 861	1 035 760	8 631	200 640	1 672	2 341 680	19 514
CHU de Québec-UL	03	4,50%	453 200	3 777	1 179 200	9 827	1 294 920	10 791	250 800	2 090	2 927 320	24 394
IUCPQ/Inst.univ.card.pneumo.Qc	03	1,00%	100 760	840	261 800	2 182	287 760	2 398	55 880	466	650 320	5 419
CIUSSS Capitale-Nationale	03	5,49%	553 960	4 616	1 441 000	12 008	1 582 680	13 189	306 680	2 556	3 577 640	29 814
CIUSSS Mauricie-Centre-Québec	04	5,89%	594 000	4 950	1 544 960	12 875	1 697 160	14 143	327 320	2 728	3 836 120	31 968
CIUSSS Estrie-CHUS	05	5,69%	574 200	4 785	1 493 360	12 445	1 640 320	13 669	317 680	2 647	3 707 880	30 899
CHUM/Cent.hosp. univ. Montréal	06	3,60%	362 560	3 021	943 360	7 861	1 035 760	8 631	200 640	1 672	2 341 680	19 514
CIUSSS Est-Ile-de-Mtl	06	4,70%	473 440	3 945	1 231 560	10 263	1 352 560	11 271	261 800	2 182	3 057 560	25 480
CIUSSS Centre-Ouest-Ile-de-Mtl	06	3,30%	332 200	2 768	864 600	7 205	949 520	7 913	183 920	1 533	2 146 320	17 886
CIUSSS Nord-Ile-de-Mtl	06	3,70%	372 680	3 106	969 320	8 078	1 064 800	8 873	206 360	1 720	2 406 800	20 057
CUSM/Centre univ. santé McGill	06	4,30%	432 960	3 608	1 126 400	9 387	1 237 280	10 311	239 800	1 998	2 796 640	23 305
CIUSSS Centre-Sud-Ile-de-Mtl	06	5,39%	543 840	4 532	1 415 040	11 792	1 554 080	12 951	300 960	2 508	3 512 960	29 275
CIUSSS Ouest-Ile-de-Mtl	06	3,40%	342 320	2 853	891 000	7 425	978 560	8 155	189 640	1 580	2 211 880	18 432
ICM/Inst. cardiologie Montréal	06	0,70%	70 400	587	183 480	1 529	201 520	1 679	39 160	326	455 400	3 795
Institut nat. Philippe-Pinel	06	0,30%	30 440	254	78 760	656	86 240	719	16 720	139	195 440	1 629
CHU Ste-Justine	06	1,60%	161 040	1 342	419 320	3 494	460 240	3 835	89 320	744	1 040 600	8 672
CISSS de l'Outaouais	07	3,60%	362 560	3 021	943 360	7 861	1 035 760	8 631	200 640	1 672	2 341 680	19 514
CISSS Abitibi-Témiscamingue	08	1,90%	191 400	1 595	497 640	4 147	546 920	4 558	106 040	884	1 235 960	10 300
CISSS de la Côte-Nord	09	1,40%	140 800	1 173	366 960	3 058	403 040	3 359	77 880	649	910 800	7 590
CLSC Naskapi	10	0,40%	40 480	337	104 720	873	115 280	961	22 440	187	260 480	2 171
CRSSS de la Baie-James	10	0,30%	30 360	253	78 760	656	86 240	719	16 720	139	195 360	1 628
CISSS des Iles	11	0,30%	30 360	253	78 760	656	86 240	719	16 720	139	195 360	1 628
CISSS de la Gaspésie	11	1,40%	140 800	1 173	366 960	3 058	403 040	3 359	77 880	649	910 800	7 590
CISSS Chaudière-Appalaches	12	4,10%	412 720	3 439	1 074 040	8 950	1 179 640	9 830	228 360	1 903	2 666 400	22 220
CISSS de Laval	13	3,50%	352 440	2 937	916 960	7 641	1 007 160	8 393	194 920	1 624	2 276 560	18 971
CISSS de Lanaudière	14	3,90%	392 920	3 274	1 021 680	8 514	1 122 440	9 354	217 360	1 811	2 537 040	21 142
CISSS des Laurentides	15	5,19%	523 600	4 363	1 362 240	11 352	1 496 440	12 470	289 960	2 416	3 382 280	28 186
CISSS Montérégie-Centre	16	4,30%	432 960	3 608	1 126 400	9 387	1 237 280	10 311	239 800	1 998	2 796 640	23 305
CISSS Montérégie-Est	16	4,20%	422 840	3 524	1 100 440	9 170	1 208 680	10 072	234 080	1 951	2 731 960	22 766
CISSS Montérégie-Ouest	16	3,40%	342 320	2 853	891 000	7 425	978 560	8 155	189 640	1 580	2 211 880	18 432
Cent. santé Inuulitsivik	17	0,30%	30 360	253	78 760	656	86 240	719	16 720	139	195 360	1 628
Cent. santé Tulattavik Ungava	17	0,30%	30 360	253	78 760	656	86 240	719	16 720	139	195 360	1 628
CCSSSBJ/Conseil Cri Baie-James	18	1,00%	100 760	840	261 800	2 182	287 760	2 398	55 880	466	650 320	5 419
Urgence-Santé	0	0,30%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Héma-Québec	0	0,00%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RRSSS du Nunavik	17	0,30%	30 360	253	78 760	656	86 240	719	16 720	139	195 360	1 628
TOTAL	100,00%		10 051 000	83 758	26 148 000	217 900	28 718 000	239 317	5 562 000	46 350	64 917 000	540 975

Émission : 25-02-2021

Mise à jour : 06-05-2021

Directive ministérielle DGSP-013.REV2

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
27 avril 2021
(DGSP-013.REV1)

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 clinico-administratifs et médicaux - Optilab

Directive

Objet :	Mise à jour des orientations concernant les dépistages récurrents chez les travailleurs de la santé (TdS).
Principe :	<p>La prévention des infections de la COVID-19 repose sur de multiples approches, lesquelles visent à protéger la santé et à assurer la sécurité des travailleurs de la santé et des usagers. La plus efficace de ces approches est la vaccination. En attendant qu'une proportion significative de la population soit vaccinée, certains milieux doivent monitorer l'activité virale afin d'éviter les éclosions, particulièrement dans les milieux où la clientèle est vulnérable ou ceux où une pénurie de travailleurs de la santé (TdS) mettrait en péril l'offre de services (services critiques).</p> <p>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 ».</p> <p>Depuis juin 2020, le MSSS recommande le dépistage de la COVID-19 chez les TdS asymptomatiques, dans diverses installations. La détermination des TdS visés par le dépistage et les mesures à prendre sont dorénavant décrites dans les arrêtés 2021-024, 2021-028 et 2021-032. Les dépistages chez ces TdS visés par les arrêtés 2021-024, 2021-028 et 2021-032 s'effectuent par tests antigéniques.</p> <p>Le dépistage des TdS doit par ailleurs s'effectuer en considérant les aspects suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pour une personne symptomatique, un test TAAN laboratoire doit obligatoirement être effectué pour investiguer un diagnostic de COVID-19; 2. Tout résultat positif obtenu avec un test antigénique rapide est présomptif et doit être confirmé par une analyse par TAAN laboratoire. La personne <i>doit</i> immédiatement se mettre en isolement dans l'attente de son résultat;

	<p>3. Aucun relâchement ne doit être fait dans les mesures de prévention mises en place, même si le résultat de test est négatif.</p> <p>Le ministère fournit aux services d'approvisionnement des établissements régionaux désignés les tests BD Veritor™ ou Panbio™ pour les besoins relatifs à ces dépistages.</p> <p>Cette directive ne s'applique pas aux milieux en éclosion. Dans cette situation il est important d'en référer à votre responsable PCI ou à votre direction de santé publique.</p>
Mesures à implanter :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valider en continu, l'application des guides de prévention et de contrôle des infections en vigueur. ✓ Promouvoir la vaccination contre la COVID-19 chez les travailleurs de la santé.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes :

Direction ou service ressource :	Direction générale adjointe de la protection de la santé publique dgsp-covid-validation@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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

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

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	
<p>Comité de gestion d'éclosion</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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
<p>Options d'hébergement</p>	<p>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.</p> <p>Mesures générales pour toutes les options d'hébergement</p> <p>Des mesures de prévention et contrôle des infections générales doivent être mises en application pour toutes les options d'hébergement mentionnées ci-dessous.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<p>Isolement inversé avec chambres et corridors en zone chaude</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. <p>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.</p>

Préparation et prévention des éclosions	
Formation des travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Assurer la formation adéquate et suffisante des TdeS et faire des rappels réguliers et fréquents sur les bonnes pratiques de PCI. <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer que les TdeS connaissent la procédure locale d'accès au matériel (ex. : ÉPI, matériel pour prélèvement, etc.). ▶ Référer aux directives du MSSS : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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-control-des-infections/

Définitions	
Travailleurs de la santé (TdeS)	<p>Toute personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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)	<p>48 h précédant l'apparition des symptômes ou la date du prélèvement si asymptomatique et jusqu'à la levée de l'isolement.</p> <p>Se référer à la section <i>Durée des mesures</i> des documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<p>Cas nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 <p>Cas nosocomial suspect</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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). <p>Cas non nosocomial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 <p>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.</p>

* Note : le nombre de 7 jours a été choisi comme limite pour attribuer l'acquisition nosocomiale sur la base du CNISP, 2020.

Définitions	
Éclosion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'éclosion est terminée lorsque 14 jours se sont écoulés : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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, débiter 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	<p>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).</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 pas apte à respecter les mesures de PCI recommandées (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. <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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.

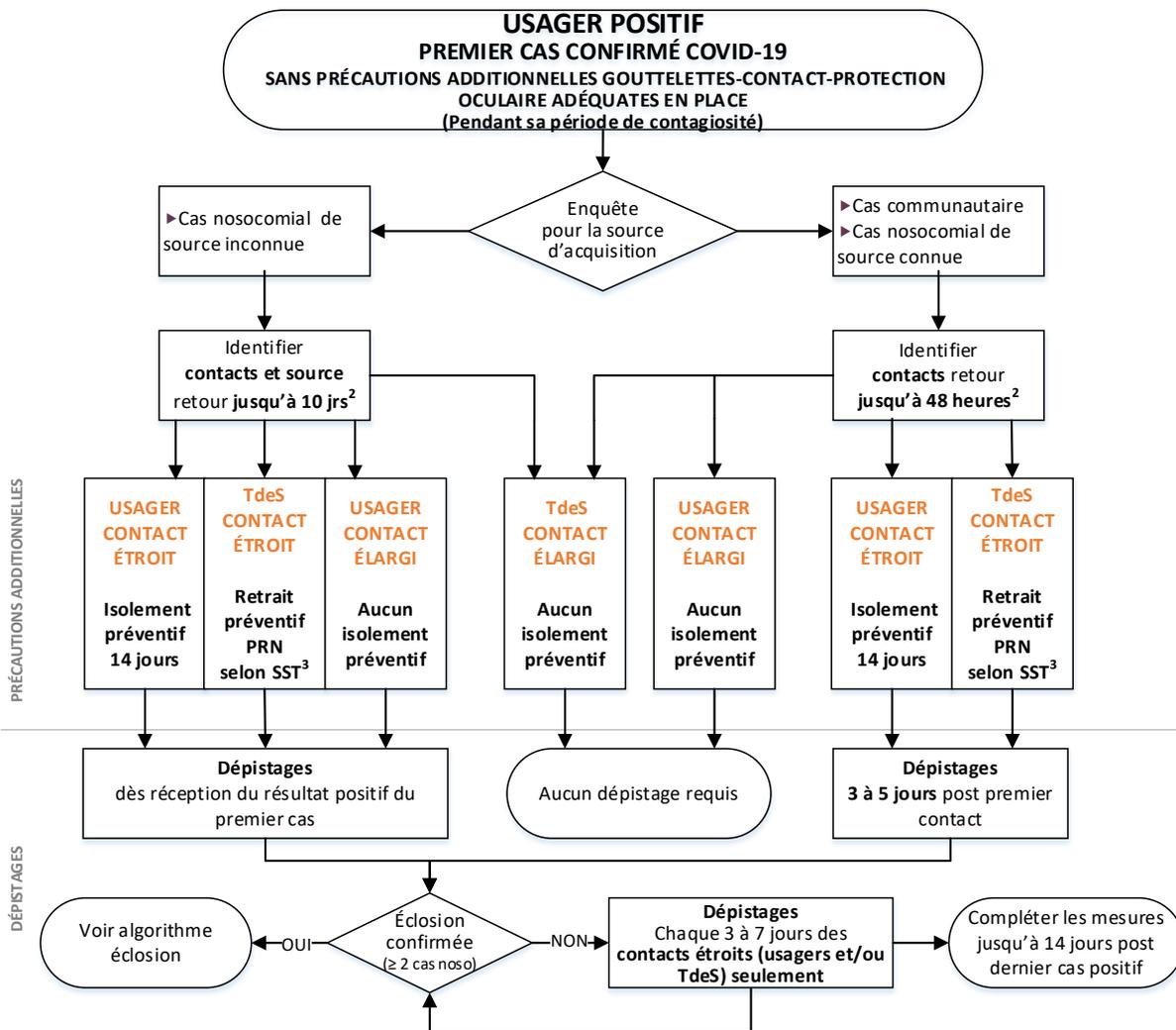
Définitions	
Contact élargi usager	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Usager ne répondant pas à la définition d'un contact étroit <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Séjournant sur une unité de soins, sur une unité de réadaptation ou dans un milieu de vie où il y a présence d'un cas confirmé COVID-19 (usager et/ou TdeS) durant sa période de contagiosité. <p>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).</p>
Contact étroit travailleur de la santé	<p>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).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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.) <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. Référez à : SRAS-CoV-2 : Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ TdeS ne répondant pas à la définition d'un contact étroit TdeS <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ayant travaillé sur une unité où il y a présence : <ul style="list-style-type: none"> ▶ D'un usager confirmé COVID-19 pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ D'un TdeS confirmé COVID-19 ayant travaillé sur le même quart de travail pendant sa période de contagiosité <p>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.</p>

Prévention d'une éclosion
<p>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.</p> <p>L'investigation d'une éclosion de COVID-19 revêt deux objectifs qui peuvent être complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

* 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.

Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager¹



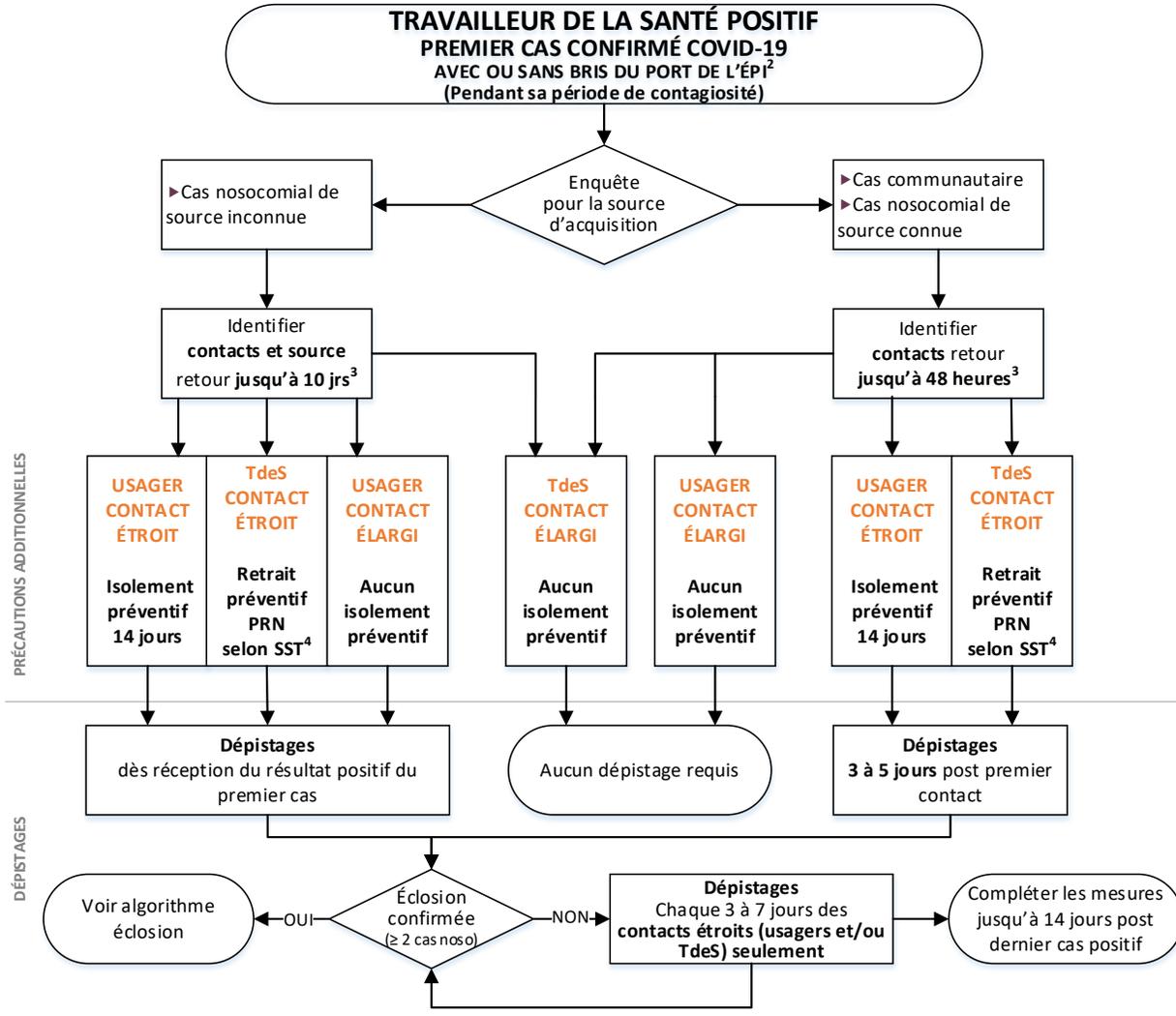
DÉFINITIONS CONTACT SI L'USAGER EST LE CAS (définitions différentes si TdeS est le cas: référer à algorithme TdeS)

	USAGER	TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ
CONTACT ÉTROIT	<ul style="list-style-type: none"> ► 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)	<ul style="list-style-type: none"> ► 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 donnait soins prolongés ou cumulés ≥ 2 heures ou contact physique rapproché avec un cas confirmé.
CONTACT ÉLARGI	<ul style="list-style-type: none"> ► Ne répond pas à la définition de contact étroit usager ET séjour sur une unité avec cas confirmé ET avec lien épidémiologique. 	<ul style="list-style-type: none"> ► 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 d'inique 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](#)



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	<ul style="list-style-type: none"> ► 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ► 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, coïturbation, rassemblement dans le stationnement)
CONTACT ÉLARGI	<ul style="list-style-type: none"> ► Ne répond pas à la définition de contact étroit usager ET séjour sur une unité avec TdeS confirmé et avec lien épidémiologique. 	<ul style="list-style-type: none"> ► 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 des cas lors d'un premier cas travailleur de la santé* selon la situation.

Prévention d'une éclosion	
<p>Dépistages recommandés en présence d'un premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS)</p> <p>OU</p> <p>de plusieurs cas confirmés COVID-19 trouvés simultanément (sans confirmation d'une éclosion)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le premier dépistage devrait se faire dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 <i>l'Algorithme de gestion lors de la survenue d'une éclosion</i> ainsi qu'à la section <i>Gestion d'une éclosion</i> pour poursuivre les dépistages. ▶ Si aucun cas trouvé suite aux premiers dépistages ou découverte de cas non nosocomiaux, poursuite des dépistages : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. <p>1.2 Si le cas est un TdeS, celui-ci doit être retiré du travail et des mesures doivent être prises.</p> <p>Dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. <p>Référer à la section <i>Définitions</i> et à <i>l'Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager</i> ou à <i>l'Algorithme de gestion cas lors d'un premier cas travailleur de la santé</i> selon la situation.</p> <p>Le premier dépistage devrait se faire dès la confirmation du cas (jour de réception du résultat) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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

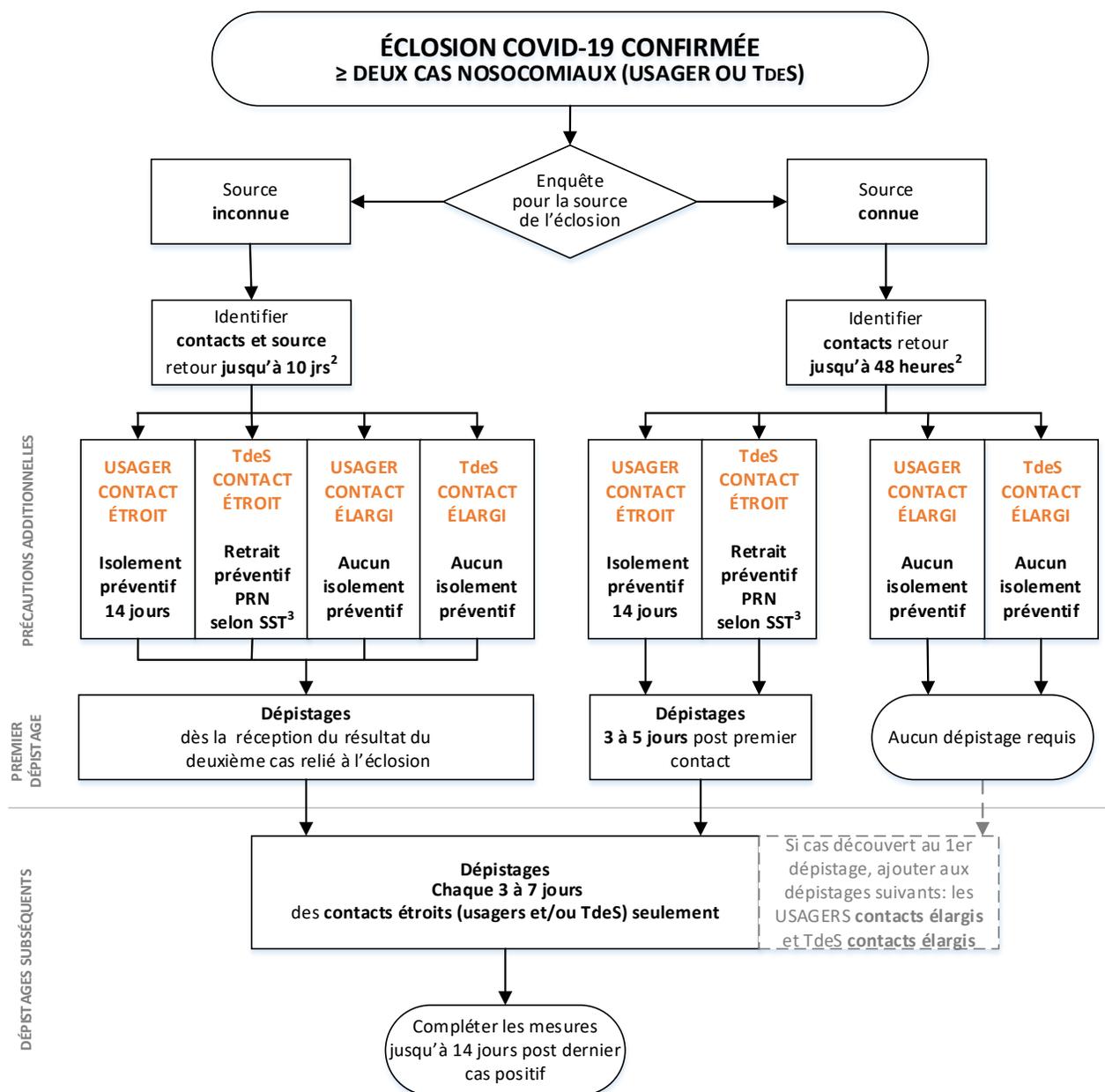
Dépistages recommandés en présence d'un premier cas confirmé COVID-19 (usager ou TdeS)

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.

Algorithme de gestion lors de la survenue d'une éclosion¹



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 Référez 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tenir rapidement une rencontre du comité de gestion d'éclosion afin de réviser les mesures en place ou à implanter. Une communication efficace 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 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<p>Recherche de contacts étroits et élargis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Si l'utilisateur a été transféré, aviser le centre receveur. ▶ Si l'utilisateur 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	<p>Contacts étroits</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. <p>Contacts élargis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aucune précaution additionnelle requise. ▶ Selon l'intensité, l'évolution de l'écllosion 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. <p>Cas suspecté ou confirmé de COVID-19</p> <p>Précautions additionnelles gouttelettes-contact avec protection oculaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer aux documents suivants pour les détails et la fin des précautions additionnelles : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Surveiller étroitement et activement les symptômes compatibles avec la COVID-19 chez les contacts : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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): <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer du respect rigoureux des pratiques de base et de l'étiquette respiratoire.
Port du masque chez l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Si l'utilisateur peut le tolérer et selon le type de soin donné (p. ex. : soins prolongés et à proximité de l'utilisateur), le port du masque médical est recommandé. Il est possible aussi pour l'utilisateur de se couvrir le nez et la bouche avec un mouchoir ou un linge propre.
Options d'hébergement	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référer à la <i>Préparation et prévention des éclosions</i> 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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-contrôle-des-infections/
Audits	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se référer aux directives du MSSS https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/hospitalisation/ 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 attirés 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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'utilisateur. ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Signaler la fin de l'éclosion à la DSPublique selon les modalités convenues (ex. : appel téléphonique, formulaire).
Communication	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Poursuivre la surveillance active de l'apparition de nouveaux cas chez les usagers et les TdeS.
Poursuite des activités	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Référez 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 Columbia 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 Internal 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 Long Term 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 Long Term 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_Ereignisse/2005_15_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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plusieurs ajouts et modifications dans les définitions dont : <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Remplacement de <i>l'Algorithme de gestion lors de la survenue d'un premier cas pour la prévention d'une éclosion</i> par trois algorithmes : <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas usager</i> ▶ <i>Algorithme de gestion de cas lors d'un premier cas travailleur de la santé</i> ▶ <i>Algorithme de gestion lors de la survenue d'une éclosion</i>
		Section Gestion d'une éclosion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Modifications de la section Rehaussement des dépistages
		Section Suivi de l'éclosion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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

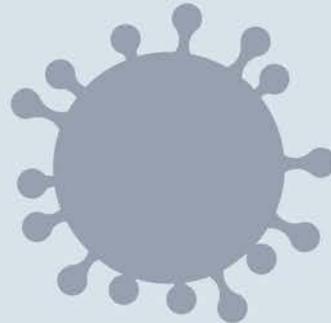
MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

© Gouvernement du Québec (2020)

No de publication : 3066

Coronavirus (COVID-19)



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.

Coronavirus (COVID-19)

- 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'utilisateurs 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 diagnostic⁸ 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 (pathogénèse) du virus lorsqu'il infecte une personne et les différentes étapes associées à sa répllication, 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).

Coronavirus (COVID-19)

	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

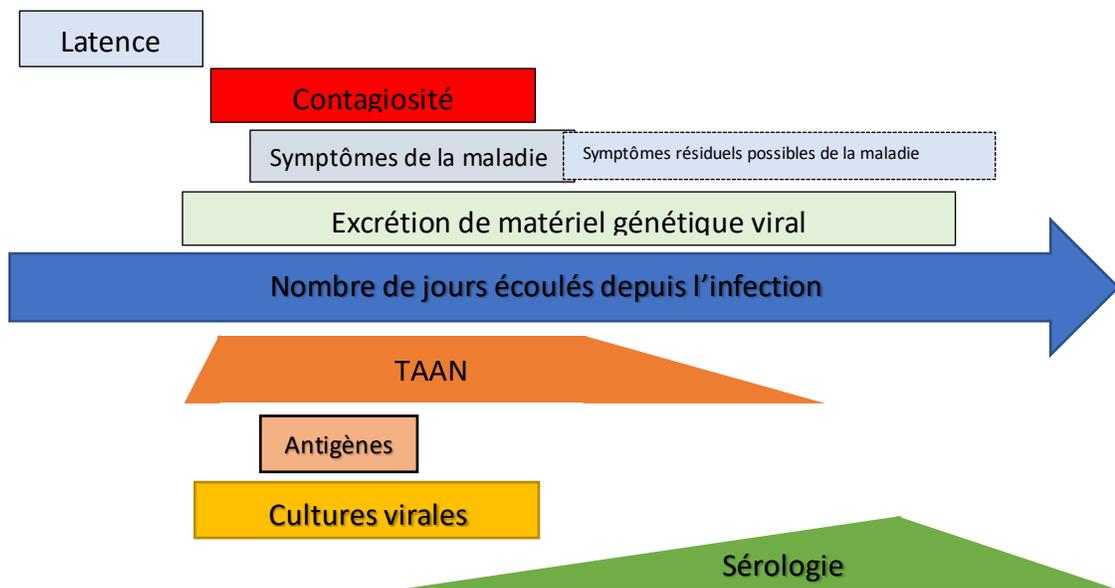
Coronavirus (COVID-19)

				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 présumée¹⁰ 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'examen 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 portable.

Le présent avis concerne spécifiquement deux technologies : l'ID NOW et les TDAR¹¹. 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 écouvillons¹². 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.

Coronavirus (COVID-19)

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-labo¹⁴. 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 contraire¹⁵. 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-Unis¹⁶ 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-2-infection-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, 2020²¹). 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 diagnostic²³.

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 acceptables²⁴.

La charge virale

Enfin, à conditions environnementales équivalentes²⁵, 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 ordonnent 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 prédictifs 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 prédictif 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

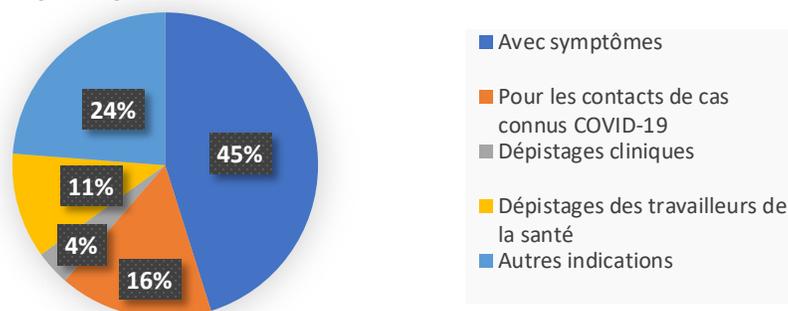
moment de transmission importante, il faut en moyenne 125 tests pour trouver un travailleur infecté²⁶.

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 répartit 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 milieu 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 assurance de ces tests et la disponibilité d'un protocole étoffé sur la prévention et la gestion des éclosons 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.

Proportion de tests offerts du 9 août au 31 octobre 2020 selon les principales indications d'accès aux TAAN-labo



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 apparaissent 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 préférera 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 NOW²⁷

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 appropriée²⁸, 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’infirmier 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.

Milieus 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 priorités 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'éclotions 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.

Transfert des usagers

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/trajec-toires-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'utilisateur 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, nonaccès 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 débiter 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 surviennent³³ : 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 travail³⁴ doit être appliquée de façon rigoureuse. En date du 31 octobre, 681 milieux étaient considérés en éclosion pour 3039 travailleurs³⁵. 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-contrôle-milieu-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. Au près des contacts de cas
3. En milieu scolaire
4. En entreprise
5. Au près 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 autrement³⁶. 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 milieu 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 assurance 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 travailleurs³⁷. 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 semaine³⁸. 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 assurance 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 majeures⁴³ 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 Slovaquie⁴⁸. 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'écllosion 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 priorités.
5. Le déploiement des tests rapides PDS doit respecter les normes de qualité associées aux examens de biologie médicale délocalisés et au standard ISO 22870. Les tests rapides PDS doivent notamment être réalisés par du personnel qualifié et formé. Ce personnel doit pouvoir en expliquer les limites aux personnes testées.
6. Le déploiement des appareils ID NOW doit se faire selon les besoins prioritaires des milieux et soutenir les capacités de laboratoire.
7. Les TAAN-labo de confirmation doivent pouvoir être associés aux tests rapides PDS qui les précèdent au moment de l'analyse des résultats par les autorités de santé publique ou les officiers de prévention et contrôle des infections.
8. La requête associée aux tests rapides PDS doit permettre aux autorités d'anticiper le contexte du test (milieux, histoire d'exposition, présence de symptômes ou non) et correspondre aux priorités d'accès au TAAN-labo déjà élaborés pour les comparaisons épidémiologiques sur les tendances par sous-groupe priorisé.
9. Des projets de recherche et d'évaluation liés à l'utilisation des tests rapides doivent être encouragés et financés par le gouvernement.
10. Des essais de validations de prélèvements alternatifs (sur de la salive ou du gargarisme par exemple) dans le but d'améliorer l'acceptabilité du prélèvement de contrôle, ou encore à partir d'un seul écouvillon, afin d'éviter éventuellement les doubles prélèvements (un pour le test PDS et un pour le TAAN-labo de confirmation)⁴⁹ doivent être encouragés
11. Les résultats positifs à un test rapide doivent être communiqués aux autorités de santé publique sans délai.

⁴⁹ Ces essais devront être menés par les laboratoires cliniques puisque le manufacturier ne les reconnaît pas.

12. L'interprétation des tests rapides PDS doit idéalement tenir compte de la prévalence de la maladie dans la population testée (probabilité prétest) lors de la transmission du résultat.
13. Les scénarios de déploiement des tests devront être révisés régulièrement.
14. L'utilisation des tests rapides PDS pourra être élargie lorsque la performance sera jugée acceptable par les autorités de santé publique et les responsables de laboratoires.
15. Le délai entre le prélèvement et le résultat ne devrait pas dépasser 24 heures chez les personnes qui présentent des symptômes compatibles de la COVID-19 et 48 heures pour les autres personnes. Si des délais sont observés, des mesures doivent être prises pour optimiser l'ensemble des étapes de production des résultats (gestion et transport des échantillons, transfert des échantillons vers d'autres laboratoires). Si le délai demeure, notamment en raison d'une surcharge dans les laboratoires, des tests rapides PDS devraient être proposés. Le transfert vers des tests rapides PDS devrait viser les tests rapides de type TAAN avant les TDAR. De plus, ce transfert vers les PDS doit être appuyé par des capacités d'enquête de santé publique rehaussée pour tenir compte des limites de ces tests.
16. Les mesures de prévention de la transmission de la COVID-19 doivent être maintenues, peu importe le résultat aux tests rapides.
17. Il est trop tôt pour recommander une utilisation élargie des tests rapides PDS dans les milieux de travail et les milieux sportifs. L'interprétation peut être préjudiciable et engendrer des conséquences néfastes autant pour ceux qui s'y soumettent que ceux qui voudraient les refuser.

ANNEXE

Membres du comité mandatés par le MSSS pour encadrer l'utilisation des tests

Co-présidence

Isabelle Goupil-Sormany

Jean Longtin (jusqu'au 23 octobre 2020), remplacé par Michel Roger

Représentants ministériels

Yves Jalbert/Richard Massé

Cynthia Beaudoin

Marie-Ève Bédard/Marie-Claude Gagnon

Denis Ouellet

Philippe Lachance

Élyse Berger-Pelletier/Marie-Pier Boucher

Georgiana Titeica

Nathalie Bouillon

Geneviève Poirier

Marie-France Hallé

Carole Duhamel

Thierry Gahungu

Jean Longtin

François Sanchagrin

INSPQ

Gaston Deserres (DRBST)

Rodica Gilca (DRBST)

Jasmin Villeneuve (CINQ)

Judith Fafard (LSPQ)

Michel Roger (LSPQ)

INESSS

Éric Potvin/Yannick Auclair (observateurs)

Réseau clinique

André Dascal (directeur Optilab)

Linda Lalancette (directrice Optilab)

Jeannot Dumaresq (microbiologie-infectiologie)

Alexis Danylo (microbiologie-infectiologie)

Cédric Yansouni (microbiologie-infectiologie)

Marie-Claude Roy/Marie Gourdeau (microbiologie-infectiologie et CINQ)

Roseline Thibeault (pédiatrie)

Jesse Papenburg (pédiatrie)

Coronavirus (COVID-19)

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

44

Émission : 16-04-2021

Mise à jour : 06-05-2021

Directive ministérielle DGSP-023.REV1

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

Directive sur la vaccination des personnes considérées à très haut risque de complications de la COVID-19

Cette directive remplace la directive émise le 16 avril 2021

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



Destinataires :	<ul style="list-style-type: none">- PDG des établissements- Établissements non-fusionnés- Direction des services professionnels- Directeurs de santé publique- Directeurs de la vaccination COVID-19
-----------------	--

Directive	
Objet :	Consignes sur la vaccination du groupe prioritaire 8 ciblant les personnes qui ont une maladie chronique ou un problème de santé augmentant le risque de complications de la COVID-19.
Principe :	<ul style="list-style-type: none">• Offrir la vaccination des personnes très vulnérables à la COVID-19 dans leurs milieux de soins tels que :<ul style="list-style-type: none">- Patients hospitalisés en raison de leur maladie chronique et qui n'ont pas la COVID-19- Patients atteints des conditions suivantes suivis en ambulatoire- Patients qui ont besoin de recevoir une dose de vaccin sous la supervision d'un allergologue• Administrer la 2^e dose aux personnes dialysées et sévèrement immunosupprimées.
Mesures à implanter :	Les établissements doivent planifier et offrir la vaccination à partir des milieux hospitaliers qui suivent les patients ciblés incluant les centres hospitaliers universitaires.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes :	
Direction ou service ressource :	Direction générale de santé publique dgsp-covid-validation@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
Le sous-ministre adjoint,
Horacio Arruda

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Directive ministérielle DGSP-023.REV1

Directive

En raison des conditions médicales sous-jacentes (maladies chroniques) qui **sont suivies en milieu hospitalier spécialisé adulte** pour la grande majorité, nous prenons l'opportunité d'offrir la vaccination des personnes très vulnérables à la COVID-19 dans leurs milieux de soins. **Lorsque le vaccin Pfizer est utilisé, la vaccination des personnes avec les maladies visées dans cette directive peut être offerte à partir de 16 ans (accompli). Aucune prescription médicale n'est demandée.**

Par conséquent, les établissements doivent déterminer le nombre de personnes à vacciner en collaboration avec les équipes cliniques pertinentes (dialyse, allergologie, médecine de greffe, oncologie, etc.) et les communiquer au directeur de campagne de vaccination COVID-19 concerné afin de gérer l'inventaire de l'établissement.

L'organisation des services peut être adaptée selon les modalités locales, en tenant compte de la recommandation de recourir aux sites de vaccination déjà en fonction dans certains hôpitaux.

Finalement, ces clientèles doivent être vaccinées le plus rapidement possible et toutes les consignes en vigueur (registre de vaccination, inventaires, etc.) doivent être respectées comme pour les sites de vaccination en fonction.

Voici les personnes à vacciner pour ce groupe :

1. Patients hospitalisés en raison de leur maladie chronique et qui n'ont pas la COVID-19. Les maladies chroniques visées sont :

- Maladies cardiaques;
- Maladies pulmonaires;
- Maladies rénales;
- Obésité;
- Hypertension;
- Diabète;
- Immunosuppression (selon la liste d'immunosuppression établie par l'INESSS : [COVID-19 Immunosuppression.pdf \(inesss.qc.ca\)](https://www.INESSS.ca/fr/COVID-19/immunosuppression.pdf));
 - Incluant les personnes sous traitement actif pour un cancer;
- Anémie falciforme;
- Trisomie 21;
- Toute pathologie qui entraîne des difficultés importantes à gérer les sécrétions respiratoires;
- Présence de plus qu'une maladie chronique.

2. Patients atteints des conditions suivantes suivis en ambulatoire :

- Patients dialysés pour l'insuffisance rénale;
- Greffe d'organe solide (en particulier cardiaque ou pulmonaire);
- Greffe hématopoïétique ou médullaire selon l'évaluation du médecin greffeur;
- Lorsque pertinent selon l'équipe traitante, vaccination de personnes avant une greffe, lorsque celle-ci sera effectuée à court terme;
- Cancérologie (patients sous traitements actifs) :
 - Cancers hématologiques (s'applique à la leucémie lymphoïde chronique dans certaines circonstances);
 - Cancers pulmonaires, particulièrement si radiothérapie radicale;
 - Cancers dont le traitement induit une immunosuppression sévère selon le jugement clinique (ex : certaines formes de chimiothérapie);
 - Besoin de vacciner un patient sous traitement de cancer à un moment spécifique dans son cycle de traitement étant donné les fluctuations anticipées dans la fonction immunitaire;
- **Condition médicale causant un problème d'évacuation des sécrétions respiratoires ou un risque d'aspiration des sécrétions, par exemple :**
 - **Trouble cognitif (démence, maladies d'Alzheimer et de Parkinson)**
 - **Lésion médullaire (hémiplégie et quadriplégie)**
 - **Troubles neuromusculaires**

3. Patients qui ont besoin de recevoir une dose de vaccin sous la supervision d'un allergologue.

Intervalle pour la 2^e dose chez les personnes dialysées pour de l'insuffisance rénale ou qui ont une immunosuppression sévère

À la suite d'un [avis du Comité sur l'immunisation du Québec](#), l'intervalle recommandé pour les personnes dialysées pour de l'insuffisance rénale ou qui ont une immunosuppression sévère est réduit à 28 jours, plutôt que 16 semaines. Les patients visés sont :

- Personnes dialysées pour de l'insuffisance rénale sévère;
- Personnes qui répondent aux critères d'immunosuppression sévère de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) soit :
 1. Personne sous chimiothérapie/radiothérapie active pour un cancer hématologique ou une tumeur solide.
 2. Personne greffée du foie selon l'une des conditions suivantes :
 - La greffe a eu lieu il y a moins d'un an;
 - Il y a eu un traitement de rejet dans les 6 derniers mois;
 - Le régime d'immunosuppresseurs a été augmenté dans les 6 derniers mois;
 - Le traitement associe deux immunosuppresseurs ou plus.
 3. Personne greffée du cœur, du poumon, du pancréas, de l'intestin, de l'intestin-foie, de l'intestin-pancréas et autres greffes multiviscérales.
 4. A) Personne adulte greffée du rein.
B) Enfant greffé du rein selon l'une des conditions suivantes :
 - La greffe a eu lieu il y a 6 mois;
 - Il y a eu un traitement de rejet dans les 6 derniers mois;
 - Le régime d'immunosuppresseurs a été augmenté de façon significative dans les 6 derniers mois, selon le jugement clinique du médecin traitant en transplantation.
 5. Personne greffée de cellules souches hématopoïétiques (greffe de moelle osseuse, cordon, etc.) selon l'une des conditions suivantes :
 - Selon le type de greffe et l'évaluation de la reconstitution immunitaire par le médecin greffeur.
 - Pendant le traitement immunosuppresseur;
 - En présence d'une réaction du greffon contre l'hôte (GVHD) active.
 6. Personne qui reçoit de hautes doses de corticostéroïdes, en présence de toutes les conditions suivantes :
 - Le traitement est administré par voie systémique (orale ou intraveineuse);
 - Le traitement est administré pour une période de 2 semaines ou plus;
 - La dose quotidienne est plus élevée que 20 mg de prednisone (ou son équivalent) chez l'adulte ou 0,3 mg/kg chez l'enfant.
 7. Personne qui reçoit un traitement immunosuppresseur de forte intensité déterminé par le médecin prescripteur, particulièrement en association avec une comorbidité significative (p. ex.: diabète, obésité) ou un traitement concomitant quotidien de prednisone (ou son équivalent) à une dose d'au moins 5 mg.
 8. Personne qui présente une immunodéficiences primaire essentiellement de l'immunité cellulaire.
 9. Personnes avec le VIH dont le nombre de cellules CD4 est inférieur à 200/mm³, ou qui présentent un VIH non contrôlé (charge virale détectable) ou des manifestations cliniques d'un SIDA symptomatique.

Ces conditions étant un sous-groupe de conditions pour lesquelles une offre de vaccination dans les établissements est en cours, les milieux hospitaliers seront responsables d'identifier les patients concernés et d'organiser l'offre de la 2^e dose à 28 jours. Les modalités à utiliser comprennent :

- La vaccination lors des suivis médicaux déjà prévus;
- La vaccination au centre de vaccination déjà en fonction dans l'établissement (si disponible);
- Fournir une liste de patients à la centrale régionale de rendez-vous pour octroi des rendez-vous en centre de vaccination selon les modalités « administrateur » du système Clic Santé;
- Autres modalités locales utilisées pour l'octroi de rendez-vous pour la première dose de ces patients.

Veuillez inclure dans l'identification des patients visés ceux qui répondent aux critères ci-haut mentionnés, qui sont âgés de plus de 60 ans et n'ayant pas reçu de deuxième dose.

Si le délai de 28 jours est écoulé, offrir un rendez-vous de 2^e dose le plus tôt possible.

Un mécanisme de validation d'éligibilité à cette 2^e dose rapprochée devra être mis en place afin d'éviter que des personnes ne répondant pas à ces critères reçoivent la 2^e dose à 28 jours alors que leur rendez-vous devrait être fixé à 16 semaines après la première dose. La majorité des personnes qui prennent un immunomodulateur ou un traitement immunosuppresseur d'intensité modérée ou légère ne font pas partie des critères de l'INESSS.

Émission : 07-10-2020

Mise à jour : 07-05-2021

Directive ministérielle DGAUMIP-032

Catégorie(s) :
✓ Centres hospitaliers
✓ Plan de contingence

Plan provincial de contingence COVID-19
pour la 3^e vague

**Remplace directive
du 7 octobre 2020
(Plan provincial de contingence
COVID-19 pour la 2^e vague)**

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



Destinataires :	Tous les établissements publics de santé et de services sociaux (CISSS, CIUSSS, établissements non fusionnés) : <ul style="list-style-type: none">– Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG);– Directeurs des services professionnels (DSP);– Directrices des soins infirmiers (DSI);– Responsables de la prévention et du contrôle des infections (PCI).
-----------------	--

Directive	
Objet :	Le plan de contingence provincial a pour but de présenter la séquence de déclenchement des niveaux d'alerte pour chaque établissement et de présenter les actions à faire pour toutes les instances concernées à chacun des niveaux d'alerte. Ce plan de contingence provincial est complémentaire aux plans de contingence des différentes spécialités telles que l'urgence, la cancérologie, etc.
Mesures à implanter :	✓ Les établissements doivent suivre le plan de contingence.

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources	
Notes importantes :	
Direction ou service ressource :	Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) dgshmsu.dsh@msss.gouv.qc.ca
Document annexé :	✓ Annexe 1-Tableau du Plan provincial de contingence COVID-19

Nous ne pouvons vous garantir que vous ayez 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

Directive ministérielle DGAUMIP-001

Directive

Depuis l'année dernière, le Québec a traversé deux vagues de pandémie causée par la COVID-19. Forte de ces expériences, la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques a entrepris une démarche avec les partenaires de plusieurs directions du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) afin de proposer un plan de contingence bonifié dans l'éventualité de la 3^e vague de COVID-19.

Il est important de mentionner que le RSSS aborde cette 3^e vague avec un profil différent des deux premières. La pénurie en personnel a continué de s'aggraver et vient grandement fragiliser les équipes et les capacités à se mobiliser en vue de cette 3^e vague. De plus, il importe de considérer l'impact des deux premières vagues sur le moral des équipes en place. À l'aube de cette 3^e vague, on perçoit déjà une grande fatigue, une lassitude, des difficultés à mobiliser les équipes malgré tous les efforts des dirigeants. Ce niveau d'énergie vient aussi impacter la capacité à collaborer des établissements.

En plus de considérer l'éventualité de la 3^e vague, les discussions ont aussi permis de dégager des orientations afin d'organiser les services et la prise en charge des patients COVID-19 de manière pérenne et intégrée aux pratiques régulières. Vous retrouverez ces recommandations dans la colonne « Niveau d'alerte 1 : Mesures de base ».

Les grands principes à la base de cette réflexion ont été :

- La force de la collaboration inter établissements : L'expérience de la pandémie aura permis de développer ou de renforcer des collaborations entre différents établissements de régions limitrophes qu'il serait encouragé de conserver.
- La prise en charge des patients COVID-19 décentralisée.
- Maximiser le maintien des activités cliniques régulières selon les capacités du RSSS.
- Utilisation optimale de la main-d'œuvre disponible et révision de l'organisation du travail.

Voici les objectifs visés par le plan de contingence 3^e vague :

1. Répartir la prise en charge des patients COVID-19 parmi tous les établissements de la province dans le but de répartir les efforts et les impacts de manière plus équitable. La répartition à travers un grand nombre d'installations d'un établissement est encouragée, mais laissée à la discrétion de l'établissement selon la situation.
2. Maximiser l'accès pour les clientèles dites « régulières » et minimiser le délestage d'activités cliniques et de services spécialisés selon les capacités.
3. Alléger les requis de transports ou de transferts.
4. Poursuivre la répartition équitable des usagers nécessitant un lit de soins intensifs.
5. Optimiser l'utilisation des lits en centre hospitalier et en site non traditionnel en fonction des balises ministérielles.
6. Maximiser l'utilisation des ressources par l'adaptation et la concentration des lits de zones tampons dans les sites traditionnels (ST) et non traditionnels (SNT) en un site par région/établissement.
7. Pérenniser les mesures visant à limiter le nombre de patients qui se dirigent vers les urgences lorsque le requis d'hospitalisation n'est pas présent et contribuer au désencombrement des urgences.
8. Diminuer le délestage du personnel et favoriser la stabilisation.
9. Assurer un soutien et une collaboration interrégionaux.
10. Assurer la protection des usagers et du personnel en période de pandémie.
11. Limiter les éclosions et éviter les fermetures de lits.
12. Éviter le délestage du service de soutien à domicile (SAD).

	Niveau d'alerte 1 – Mesures de base	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4
LE DÉCLENCHEMENT DES NIVEAUX D'ALERTE EST DÉCIDÉ PAR LE MSSS en collaboration avec les établissements ET SE FAIT RÉGIONALEMENT/LOCALEMENT ET PAR CLIENTÈLE ADULTE OU PÉDIATRIQUE				
ACTIVATION selon : • Utilisation des lits d'hospitalisation et de soins intensifs COVID-19 (sauf pédiatrie)	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des lits d'hospitalisation < 20 % des lits ciblés COVID-19. Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI < 20 % des lits ciblés COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des lits d'hospitalisation entre 20 % et 40 % des lits ciblés COVID-19. Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI entre 20 à 40 % à des lits ciblés COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des lits d'hospitalisation entre 40 % - 80% des lits ciblés COVID-19. Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI entre 40-80 % des lits ciblés COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des lits d'hospitalisation > 80 % des lits ciblés COVID-19. Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI > 80 % des lits ciblés COVID-19.
Cibles de lits COVID-19 Répartition régionale et interrégionale décidée par COOLSI/CCPQ par région	<ul style="list-style-type: none"> Mesure de base (situation courante). Usager COVID-19 + hospitalisés dans unités chaudes : cibles/établissements déterminées par le MSSS. Planification : chaque installation identifiée pour recevoir des patients COVID-19 doit avoir un plan pour déployer le nombre de lits COVID-19 identifiés – répartition régionale. Répartition naturelle selon les lieux de consultation. Conserver un nombre minimal de lits réservés COVID-19 selon la demande. Enfant hospitalisé : COVID-19 + SYMPTOMATIQUE; Centres désignés COVID-19 + ASYMPTOMATIQUE (autre diagnostic principal) : Centre régional non désigné 	<ul style="list-style-type: none"> Montée progressive des cas avec répartition selon les cibles COVID-19. Selon discussion entre les PDG et DSP pour passer à la phase 3. <p>Montréal</p> <p>Dès l'atteinte de 40 % des lits ciblés par établissement, déclencher la répartition régionale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Répartition équitable entre les installation/établissement par COOLSI par région. <p>Montréal</p> <p>De 40 à 80 % des lits ciblés par établissement, déclencher la répartition régionale.</p>	Tous les centres hospitaliers (CH). Mise en place de la surcapacité au-delà des cibles.
Évaluation capacité RH (MSSS et Établissement)	Indicateurs RH : Taux de présence infirmière requise ; Taux de Temps supplémentaire; Taux Absence due au COVID-19 chez le personnel; Taux d'absence global : Analyse, discussion et contextualisation entre le MSSS et l'établissement : évaluer la contribution de l'enjeu RH à la problématique et aux actions potentielles			
Actions RH Principes directeurs : Stabilisation RH, Utilisation optimale des compétences, Révision de l'organisation des soins et du travail	<ol style="list-style-type: none"> Exercice de pertinence des activités cliniques. Embauche des bassins de main-d'œuvre disponible. Révision de la composition des équipes de soins et de l'organisation du travail. Assurer la disponibilité de la main-d'œuvre (mesures). Diminuer le délestage du personnel et favoriser la stabilisation. 	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer de l'accueil, du suivi et de la stabilisation du personnel venant d'autres secteurs d'activité. Révision des schémas d'horaire du personnel ; idem pour autres phases. Révision du mode de dispensation des soins et services. 	En fonction de l'analyse et de la demande de l'établissement, déployer la convergence des ressources venant d'un autre établissement en cohérence avec l'augmentation du délestage des activités cliniques selon le comité de coordination de l'établissement.	Convergence des ressources s'il y a lieu.
ACTIONS sur l'organisation des soins et services Tous les établissements Toutes les régions Centre de référence (CRef) : installation COVID-19 avec lits de soins intensifs COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> Établir un mécanisme de suivi des communications et directives ministérielles. Poursuivre les activités de dépistage. Poursuivre la téléconsultation. Planifier l'équipement/matériel nécessaire (ÉPI et autres). Mise en place d'un mécanisme structuré de planification des transferts de patients COVID-19. Poursuivre le zonage, lorsque pertinent. Pour les installations avec zones chaudes : Tous les patients COVID-19+ dont les besoins peuvent être traités dans leur installation doivent y être pris en charge jusqu'à l'atteinte de la capacité de l'installation. Par la suite, les transferts seront coordonnés par le COOLSI ou en pédiatrie, néonatalogie et obstétrique par le CCPQ. Des centres de référence (CRef) COVID-19 seront identifiés pour recevoir les cas complexes (liés aux centres qui ont des lits de SI COVID-19). Pour ces cas, transferts en CRef coordonnés par le COOLSI ou en pédiatrie, néonatalogie et obstétrique par le CCPQ. Aucun délestage additionnel des activités : poursuite des activités selon le niveau de reprise maximal planifié par établissement. Conserver les lits protégés de chirurgie et éviter le délestage de ces ressources. Comité de coordination en place et Comité de coordination des lits d'hospitalisation de l'hébergement et de la réadaptation pour favoriser la sortie et la fluidité. Préparation selon le guide de prévention et de gestion des éclosions. Tous les établissements se préparent pour contingence : <ul style="list-style-type: none"> Planification de l'éventuelle surcapacité Modulaire : préparation des installations temporaires <p>En cas d'éclosion nosocomiale : prise en charge par l'installation, et assurer toutes les mesures pour contrôler l'éclosion selon le guide de prévention et de gestion des éclosions. Déclaration obligatoire au MSSS.</p> <ul style="list-style-type: none"> NSA : Cible maximum d'usagers NSA entre 9 à 10 % des lits dressés. Une cible maximale de 25 % des usagers hors délais est attendue et 0 hors délais en variable évaluation orientation. 	<ul style="list-style-type: none"> Se préparer pour un éventuel niveau d'alerte 3. Rapatriement dans l'installation d'appartenance des usagers rétablis des centres de référence, si un transfert d'installation a été nécessaire. Conserver les lits protégés de chirurgie et éviter le délestage de ces ressources. Éviter le délestage des ressources du SAD. Délestage sélectif des activités via le comité de coordination local décisionnel en place et en fonction des directives en vigueur. Tous les établissements accélèrent la contingence. Poursuivre le zonage – cohortage et sectorisation. Surcapacité : poursuivre selon la progression établie. Retour des usagers rétablis vers centre d'origine. Augmenter graduellement le nombre de lits réservés COVID-19 selon le nombre de patients COVID-19 admis et selon les cibles. Usagers NSA : Cible max de 10 % des lits disponibles sont occupés par des usagers en NSA. Une cible maximale de 25 % des usagers hors délais est attendue ainsi que 0 hors délais en variables 8. Adapter le nombre et l'emplacement des lits à réserver pour constituer les différentes zones tampons (ST et SNT). <ul style="list-style-type: none"> En appliquant la mise à jour de « la Directive DGAPA 0015 : Directive sur les zones tampons ». Il est attendu de conserver seulement quelques zones dans des sites désignés en cas d'impossibilité d'un confinement à la chambre et voir à les regrouper lorsque possible pour éviter la multiplication des sites à couvrir. En cas d'éclosion nosocomiale : prise en charge par l'installation, et assurer toutes les mesures pour contrôler l'éclosion selon le guide de prévention et de gestion des éclosions. Chaque établissement doit fournir au MSSS la liste des installations avec lits COVID-19 pour la coordination des lits. 	<ul style="list-style-type: none"> Mise sous tension de surcapacité : Se préparer pour un éventuel niveau d'alerte 4 : Préparer le délestage d'activité pour pouvoir atteindre une surcapacité de la cible de lits COVID-19 par établissement selon les phases 2 et 3. Soumettre le plan de délestage pour atteindre la surcapacité au MSSS pour approbation. Montée progressive des cibles par région. Recevoir les usagers non COVID-19 détournés des urgences, s'il y a lieu. Réévaluer les lits de chirurgie protégés. Augmentation du délestage des activités : <ul style="list-style-type: none"> Chirurgie : rationaliser au maximum les activités non urgentes Ambulatoire et cliniques externes : augmentation des soins virtuels Imagerie : maintien des services urgents et semi-urgents Cancérologie : maintien et délestage sélectif selon consignes Activités chronodépendantes et essentielles (Ex : hémodialyse, etc.) : maintien des activités Traiter les cas semi-urgents à la pièce. Tout délestage est coordonné par le comité de coordination local décisionnel en place - autorisation ministérielle requise. Réorientation systématique et sécuritaire à l'urgence. Coordination par la DCM 514-450 pour la région 06. Usagers NSA : Cible max de 8 % des lits disponibles sont occupés par des usagers en NSA. Une cible maximale de 25 % des usagers hors délais est attendue ainsi que 0 hors délais en variables 8. Adapter le nombre et l'emplacement des lits à réserver pour constituer les différentes zones tampons (ST et SNT) selon les volumes d'éclosions et la situation épidémiologique, en appliquant la mise à jour de la « la Directive DGAPA 0015 : Directive sur les zones tampons ». En cas d'éclosion nosocomiale : prise en charge par l'installation, et assurer toutes les mesures pour contrôler l'éclosion selon le guide de prévention et de gestion des éclosions. 	<ul style="list-style-type: none"> Transferts uniquement selon le niveau de spécialisation/mission nécessaire pour la prise en charge. Délestage important de toutes activités non urgentes selon le comité de comité de coordination local décisionnel et suivant le plan de délestage phase 2 et 3 autorisé par le MSSS. Corridor inter établissements pour des activités cliniques, au besoin. Phase 2 et 3 des cibles de lits COVID-19 à la demande du MSSS. Implication de la coordination réseau pour la coordination inter établissements et des débordements. Usagers NSA : Cible max de 5 % des lits disponibles occupés par des usagers en NSA. Une cible maximale de 25 % des usagers hors délais est attendue ainsi que 0 hors délais en variables 8. Adapter le nombre et l'emplacement des lits à réserver pour constituer les différentes zones tampons (ST et SNT) selon les volumes d'éclosions et la situation épidémiologique. En appliquant la mise à jour de « la Directive DGAPA 0015 : Directive sur les zones tampons ».

	Adapter le nombre et l'emplacement des lits à réserver pour constituer les différentes zones tampons (Sites traditionnels (ST) et sites non traditionnels (SNT)). En appliquant la mise à jour de la « la Directive DGAPA 0015 : Directive sur les zones tampons ». Il est attendu de conserver seulement quelques zones dans des sites désignés au cas de l'impossibilité d'un confinement à la chambre et voir à les regrouper lorsque possible pour éviter la multiplication des sites à couvrir.		▪ Chaque établissement doit fournir au MSSS la liste des installations avec lits COVID-19 pour la coordination des lits.	
Urgence : Se référer au plan de contingence spécifique à l'urgence. Des consignes spécifiques à certains secteurs complètent ce tableau (cancéro, endoscopie, etc.) Actions NSA : Se référer au plan spécifique pour soutenir la gestion des trajectoires pour les sorties NSA.				
Actions nationales MSSS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi de COVID-19 : PLAN D'ACTION POUR UNE 3^e VAGUE. ▪ Tenir un registre des cas dépistés et confirmés. ▪ Suivi du tableau de bord des capacités réelles et de l'utilisation des lits. ▪ Coordination des ÉPI. ▪ Commencer les mesures de gestion de la main d'œuvre en tenant compte des secteurs dont le personnel doit être protégé de manière prioritaire selon les consignes émises (ex. soins intensifs, oncologie, chirurgie, hémodialyse, etc.). ▪ Coordination des orientations avec la santé publique. ▪ Rationalisation et diffusion des communications des directives au réseau. ▪ Gestion de la 3^e vague par sous-comité du comité directeur clinique. ▪ Communiquer la disponibilité des services hospitaliers à la population en contexte de pandémie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Point de suivi hebdomadaire avec les établissements, dont la situation est non contrôlée ou en augmentation. ▪ Coordination de la fluidité NSA avec les responsables désignés des établissements (voir le plan d'action national pour la coordination locale). ▪ Comité de coordination clinique de délestage. ▪ Vigie de la capacité de dépistage selon les besoins. ▪ Partage des priorités et des cibles de délestage selon les activités. ▪ Vigie des situations épidémiologiques populationnelles et des capacités hospitalières régionales. ▪ Simplifier les modes de transmission et alléger la granularité des suivis statistiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Point de suivi hebdomadaire avec les établissements, dont la situation est non contrôlée ou en augmentation. ▪ Évolution des priorités et des cibles de délestage. ▪ Collaborer avec les établissements concernés aux mesures de convergence des ressources. ▪ Coordination de la fluidité NSA avec les responsables désignés des établissements. (Voir le plan d'action national pour la coordination locale). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre les points de suivi hebdomadaire avec les établissements et plus fréquent si nécessaire. ▪ Application du plan de surcapacité provincial. ▪ Coordination de la fluidité NSA avec les responsables désignés des établissements (Voir le plan d'action national pour la coordination locale).

Centres de référence : Installations avec Soins intensifs COVID-19	Psychiatrie et réadaptation : voir tableau de classification. Installation désignée pour l'obstétrique-néonatalogie : * Obstétrique : Se référer à l'algorithme de transfert des femmes enceintes : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-COVID-19-19/sujets/mere-enfant							
Régions	Clientèle adulte							Pédiatrie
Montréal	Hôp. général juif *	Hop. Sacré-Cœur et Fleury	HMR + Santa Cabrini	CHUM*	Notre-Dame et Verdun	LaSalle, St-Mary's et Lakeshore	CUSM*	CHU Ste Justine*
M0000ontérégie et 3L	H. Charles-Lemoyne	H. Pierre-Boucher* H Honoré-Mercier	H. Anna Laberge	H. de la Cité-de-la-Santé*	H. Saint-Jérôme* Hôpital de St-Eustache Hôpital Ste-Agathe	H. Pierre-Legardeur* H. Régional du Nord de Lanaudière		CUSM (clientèle connue)
Autres régions	H. Rimouski *	H. Chicoutimi*	IUCPQ CHU de Québec - UL	H. Trois-Rivières (CHAUR)* Hôpital Sainte-Croix	Hôtel-Dieu de Lévis HDSherbrooke et H. Fleurimont*	H. Rouyn-Noranda*	H. Hull (H. Gatineau*obstétrique seulement)	CMES-CHU de Québec-UL* CHUS-Fleurimont*

Émission : 07-05-2021

Mise à jour :

Directive ministérielle DGAUMIP-034

Catégorie(s) : ✓ Dépistage

**Utilisation de la Plateforme Dépistage COVID-19
CDD et clinique mobiles et saisie des informations sur
les tests de détection rapide de la COVID-19**

Première diffusion

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 (CISSS, CIUSSS, établissements non fusionnés)
– Présidentes-directrices générales, présidents-directeurs généraux
– Directrices et Directeurs des services de dépistage;
– Gestionnaire de site des centres de dépistage;

Directive

Objet : En raison de la progression de la maladie à coronavirus COVID-19 dans le monde et de l'augmentation de cas d'infection au Québec, il devient impératif de se doter d'une plateforme de dépistage populationnel unique afin d'assurer une qualité des données acheminées aux autorités ministérielle.

Les mesures proposées balisent les modalités d'utilisation obligatoire de la Plateforme de Dépistage de la COVID-19.

Mesures à implanter : ✓ Utilisation obligatoire de la Plateforme de Dépistage de la COVID-19 pour tous les centres de dépistages désignés (CDD) populationnels (avec ou sans rendez-vous) et les cliniques mobiles des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la province.

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources

Notes importantes : N/A

Direction ou service ressource : Direction des services de proximité en santé physique
dgaaspem@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,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par

La sous-ministre,
Dominique Savoie

Directive**Obligation d'utilisation de la Plateforme de Dépistage de la COVID-19**

- Tous les CDD et les cliniques mobiles du Québec offrant des services à la population doivent utiliser la plateforme dans leurs activités de dépistage.
- Aucune dérogation d'utilisation de la plateforme ne sera possible pour les CDD et les cliniques mobiles visés par la présente directive, hormis pour les tests rapides de type ID NOW tel que décrit à section suivante.
- Cette directive ne s'applique pas aux activités de dépistage dans les milieux suivants :
 - Résidences pour personnes âgées (RPA)
 - Résidences intermédiaires (RI)
 - Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)
 - Centre hospitalier (CH)
 - Entreprises privées
- Assurer la saisie adéquate et complète des données dans la plateforme conformément à la documentation offerte sur le site de la direction générale des technologies de l'information (DGTI).

Saisie des informations sur les tests de détection rapide de la COVID-19

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) qui souhaitent se prévaloir ou qui se prévalent déjà de l'utilisation des tests de détection rapide de la COVID-19 de type ID NOW doivent s'engager à saisir les données sur l'utilisation des tests de détection rapide dans la plateforme de dépistage de la COVID-19.

Exceptionnellement, les établissements pour lesquels le déploiement de la requête-web Akinox ou l'utilisation du système d'information des laboratoires a déjà cours peuvent poursuivre son utilisation même si la plateforme de dépistage de la COVID-19 y est disponible.

Exceptionnellement :

- La plateforme de dépistage de la COVID-19 n'étant pas disponible dans les régions éloignées et communautés autochtones non rejointes par un établissement du RSSS et établissements non fusionnés, le recours à l'outil de saisie requête-web Akinox y est exceptionnellement autorisé, car la saisie des informations relatives aux tests de détection rapide de la COVID-19 de type ID NOW qui y sont réalisés doit être colligée. (Afin d'avoir accès à la requête-web Akinox, les utilisateurs concernés sont priés de suivre le lien suivant : <https://sites.google.com/view/dcml/covid19>).
- L'utilisation des informations relatives aux tests de détection rapide de la COVID-19 de type ID NOW réalisés en centre hospitalier, par exemple dans un contexte préopératoire, doivent également être saisies dans la requête web Akinox. Si cette méthodologie ne s'avérait pas applicable dans votre contexte, svp contacter Mme Nadine Gilbert (nadine.gilbert@msss.gouv.qc.ca) ou Dr Mathieu Provençal (mathieu.provençal@msss.gouv.qc.ca).

Noter que les utilisateurs des tests rapides réalisés dans les contextes suivants ne sont pas tenus, de saisir les informations relatives à ces tests dans l'une ou l'autre des deux plateformes :

- Dépistages préventifs chez les travailleurs de la santé;
- Tests de détection d'antigènes rapides de la COVID-19 en entreprises privées.

Émission : 31-03-2021

Mise à jour : 07-05-2021

Directive ministérielle DGSP-018.REV2

Catégorie(s) :
✓ Isolement
✓ Travailleurs de la santé
✓ Dépistage

Q 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 31 mars 2021

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



Destinataires :	<ul style="list-style-type: none">- 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 celle émise le 22 février 2021 et révisée le 31 mars 2021 par le MSSS. Elle 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) (15 avril 2021) et du document Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins (15 avril 2021) . Ces avis apportent comme modification qu'ils ne considèrent pas que les variants sous surveillance rehaussée (VSSR) demandent des mesures additionnelles d'isolement.
Mesures à implanter :	Réduire la période d'isolement pour les TdS, en débutant par ceux qui sont le moins susceptibles de présenter une contamination, en tenant compte du type d'exposition, des résultats d'analyses de laboratoire, ainsi que du statut vaccinal du TdS.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Direction ou service ressource :	Direction générale de la santé publique dgsp-covid-validation@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

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). Une mise à jour récente de l'avis du CINQ a été publiée pour tenir compte de la protection conférée aux TdS par la vaccination. Le risque associé à la présence de variants sous surveillance rehaussée (VSSR) du virus SRAS-CoV-2 **n'est plus considéré comme justifiant des mesures d'isolement particulières.**

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, optimisation des 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 asymptomatique qui est un contact d'une personne asymptomatique ou sous investigation, (catégorie #5) :

- contact d'un contact asymptomatique;
- contact d'un voyageur asymptomatique;
- contact d'une personne sous investigation (en attente du résultat d'un test COVID).

Dans ces situations, le TdS peut retourner au travail sans mesures supplémentaires à celles mises en place dans le milieu de travail, peu importe le statut vaccinal.

Situation 2 : TdS qui ont été exposés de façon significative¹ à un cas confirmé dans le milieu de travail, au domicile ou dans la communauté, mais qui sont demeurés asymptomatiques jusqu'à maintenant (catégories #3 et #4).

Dans ces situations, le TdS peut retourner au travail s'il demeure asymptomatique et s'il obtient un résultat de TAAN négatif. Dans le cas de travailleurs de santé critiques **qui sont des contacts de cas en milieu de soins**, le retour peut survenir après 7 jours d'isolement si le TAAN est négatif **au jour 3, puis** au jour 5 ou 6.

Il faut noter qu'un TdS « critique » vacciné considéré protégé ET asymptomatique n'est soumis à aucun isolement préventif, mais doit dans certaines circonstances effectuer des TAAN.

¹ L'exposition significative inclut les expositions professionnelles pour lesquelles le retrait est indiqué selon le document « Prise en charge des travailleurs de la santé dans les milieux de soins » de l'INSPQ, du **15 avril 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.

Situation 3 : TdS dont le test est positif pour la COVID-19 et qui ne respectent pas les critères de rétablissement³, 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 aussi souvent que possible dans le contexte de l'établissement. 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 afebriles 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 aussi souvent que possible dans le contexte de l'établissement. 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) :

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.

- 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.

² En date du 9 mars 2021, 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. Advenant que le TdS retourne au travail avant la période complète d'isolement préventif de 14 jours, celui-ci 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.

³ Moins de 10 jours se sont écoulés depuis la date du 1^{er} prélèvement positif.

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;
- 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;
- 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.

Émission : 12-05-2021

Mise à jour :

Directive ministérielle DGAUMIP-035

Catégorie(s) :
✓ Pénurie d'infirmières
✓ Activités de soins infirmiers

Guide en contexte de pandémie sur les activités de soins infirmiers

Première diffusion

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



Destinataires : Tous les établissements publics (CISSS, CIUSSS, établissements non fusionnés) :
- Directrices des soins infirmiers (DSI)
- Directeurs des services professionnels (DSP)

Directive

Objet :	Cet outil vise à guider les infirmières dans l'identification d'activités qui pourraient être reportées en fonction de la condition de santé du patient ou confiées à une personne proche aidante ou à un autre professionnel. Ces mesures ne représentent que des suggestions et ne doivent pas être appliquées de façon systématique.
Mesures à implanter :	✓ Ce guide peut être actualisé par les directions des soins infirmiers des établissements avec la collaboration des équipes de soins.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Direction ou service ressource :	Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI) 418 266-8485
Document annexé :	✓ Annexe 1 - Activités de soins infirmiers en contexte 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

ACTIVITÉS DE SOINS INFIRMIERS EN CONTEXTE DE PANDÉMIE

TABLEAU 1 - GUIDE - CONTEXTE DE PANDÉMIE¹

CONTEXTE : pénurie d'infirmières dans le contexte de la pandémie.

Cet outil vise à guider les infirmières dans l'identification d'activités qui pourraient être reportées en fonction de la condition de santé du patient ou confiées à une personne proche aidante ou à un autre professionnel. Ces mesures ne représentent que des suggestions et ne doivent pas être appliquées de façon systématique.

ACTIVITÉS QUI PEUVENT ÊTRE DÉLESTÉES : activités dont le report n'entraîne pas de préjudice ou de risque pour la santé, la sécurité et l'intégrité du patient.

Une activité ou un acte est considéré comme préjudiciable s'il présente, par exemple, les caractéristiques suivantes : caractère irrémédiable, complexe, implique un haut niveau de technicité, fait appel à la médication, est susceptible de causer, d'entraîner ou d'accentuer une atteinte à l'intégrité physique².

PRINCIPES :

- Agir avec pertinence dans une situation complexe de soins en mobilisant ses connaissances et ses habiletés cliniques, tout en exerçant son jugement pour prodiguer des soins de manière sécuritaire et éthique (obligation déontologique)³;
- Approche centrée sur les besoins et la condition de santé du patient;
- Évaluation préalable de la condition de santé du patient par l'infirmière pour les situations cliniques où il est envisagé de reporter certaines interventions;
- Utilisation optimale du champ d'exercice et des compétences de chaque professionnel de la santé;
- Appliquer les méthodes de soins infirmiers ou normes en vigueur dans l'établissement;
- Appliquer les principes sur la documentation des soins infirmiers⁴, par ex. : méthode des notes ciblées;
- Approche collaborative avec les autres professionnels de la santé;
- Travail en dyade avec l'infirmière auxiliaire.

SECTEURS	TÂCHES À DÉLESTER	GUIDE - CONTEXTE DE PANDÉMIE
TOUS LES SECTEURS	<ul style="list-style-type: none"> – Tâches administratives, par ex. : imprimer les étiquettes de laboratoire ; – Commandes de matériel ; – Retranscription des résultats de laboratoire. 	<p>Implication du patient ou de sa famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Encourager la présence des personnes proches aidantes pour certains soins d'assistance reliés aux activités de la vie quotidienne (soutien à l'alimentation et à l'hydratation, aide pour les soins d'hygiène), pour la mobilisation (marche, toilette, fauteuil); – Favoriser la prise en charge des soins par le patient ou sa famille (autosoins), par ex. soins de stomie, prise de glycémie, auto-injection; – Favoriser l'inscription du bilan alimentaire par le patient ou sa famille. <p>Réévaluer, avec le médecin, les mesures ou les paramètres de surveillance de routine qui font l'objet d'ordonnance :</p> <ul style="list-style-type: none"> – La nécessité d'une pesée DIE selon la condition de santé du patient; – La fréquence des signes vitaux selon la condition de santé du patient ;

¹ Le tableau regroupe plusieurs activités qui ont préalablement fait l'objet de consultations au CHU de Québec – Université Laval en décembre 2020 et au Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS) en janvier 2021.

² [La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec](#), chapitre 2, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), 2001.

³ [La compétence professionnelle, une obligation déontologique](#), Chronique déontologique, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), avril 2020.

⁴ [Énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers](#), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), 2002.

ACTIVITÉS DE SOINS INFIRMIERS EN CONTEXTE DE PANDÉMIE

SECTEURS	TÂCHES À DÉLESTER	GUIDE - CONTEXTE DE PANDÉMIE
		<ul style="list-style-type: none"> – La poursuite du bilan ingesta/excreta; – La fréquence des glycémies; – La possibilité de reporter certains prélèvements prescrits le jour même au lendemain matin; – La fréquence de certains prélèvements de routine. <p>Mesures d'entretien des accès vasculaires sous-cutanés ou intraveineux périphériques :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Réévaluer la fréquence des changements de pansement selon les signes et symptômes; – Réévaluer la nécessité de maintenir une voie intraveineuse en continu, installer un accès intraveineux intermittent; – Procéder au changement des dispositifs d'accès vasculaire périphérique court (DAVPC) selon les délais recommandés⁵, soit aux 3 à 5 jours après l'installation. Le cathéter peut être changé aux 5 jours selon les conditions suivantes : cathéter perméable, site intact sans rougeur, ni suintement. <p>Collaboration interprofessionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Assistance médicale - peut être réalisée entre médecins; – Favoriser la collaboration interprofessionnelle, par ex. : mobilisation du patient ou l'évaluation de la marche par un thérapeute en réadaptation physique ou un physiothérapeute, administration de certains médicaments (système cardiorespiratoire), lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance, par un inhalothérapeute; – Favoriser la collaboration interprofessionnelle pour la réalisation du bilan comparatif des médicaments (BCM) par un assistant technique en pharmacie (ATP).
URGENCE		<p>Triage :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Effectuer une réévaluation sommaire⁶ des patients stables qui se présentent pour un suivi, par ex. traitement d'antibiotique. <p>Réorientation :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Suivre la procédure de réorientation systématique pour la clientèle ambulatoire non urgente⁷.

⁵ [La prévention des bactériémies associées aux dispositifs d'accès vasculaires périphériques courts](#). Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), octobre 2019.

⁶ [Triage à l'urgence. Lignes directrices](#). Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) en collaboration avec le Collège des médecins du Québec (CMQ), 2019.

⁷ Orientations ministérielles, réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l'urgence, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), janvier 2020.

Émission : 08-02-2021

Mise à jour : 19-05-2021

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux

Québec 

DGAPA-001.

Directive ministérielle **REV8**

- Catégorie(s) :
- ✓ Milieux de vie
 - ✓ Ressources intermédiaires et ressources de type familial
 - ✓ Résidences privées pour aînés
 - ✓ CHSLD
 - ✓ Personnes proches aidantes
 - ✓ Milieux de réadaptation

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
9 avril 2021
DGAPA-001.**REV8**

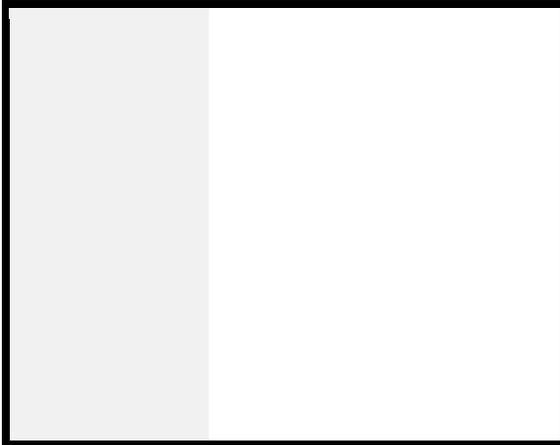
Expéditeur :	Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)
--------------	---



Destinataires :	<ul style="list-style-type: none">- CISSS et CIUSSS<ul style="list-style-type: none">• 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- Établissements de réadaptation privés conventionnés- Associations et organismes représentatifs de RI-RTF- Exploitants des CHSLD PC et PNC- Association des établissements privés conventionnés
-----------------	--

Émission : 08-02-2021

Mise à jour : 18-05-2021



- Association des établissements de longue durée privés du Québec
- Exploitants des RPA
- Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA)
- Regroupement québécois des OBNL d'habitation (RQOH)

Directive

Objet :	<p>Compte tenu de la situation épidémiologique au Québec et de la campagne de vaccination en cours, il demeure important de maintenir des mesures de prévention et de contrôle des infections afin de limiter la propagation de la COVID-19. Pour ce faire, il est recommandé de poursuivre les mesures, notamment celles visant à encadrer l'accès aux milieux de vie où sont hébergées ou confiées des personnes vulnérables.</p> <p>Vous trouverez les mesures à appliquer selon les paliers d'alerte rouge, orange et jaune dans les tableaux ci-joints pour les usagers des différents milieux de vie et de soins pour adultes et enfants (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).</p> <p>Selon l'évolution de la situation épidémiologique au Québec, les présentes directives pourraient être modifiées.</p> <p>Cette mise à jour vise à :</p> <ul style="list-style-type: none">• adapter certaines mesures afin de tenir compte de l'évolution de la campagne de vaccination qui est en cours au Québec. <p>Les nouvelles mesures introduites seront effectives à compter du 21 mai 2021.</p>
Mesures à implanter :	<p>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.</p> <p>Réitérer que :</p> <p>Les personnes de 70 ans et plus sont particulièrement vulnérables à la COVID-19. Dans le contexte actuel, il est important de recommander à ces personnes de réduire au maximum tout contact.</p>

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 :

- Formation PCI obligatoire pour les personnes externes du milieu de vie, sauf pour les visiteurs en RTF;
- Distanciation physique de 2 mètres;
- Hygiène des mains, notamment en entrant et en sortant des locaux partagés par exemple salle à manger, salle de loisirs, etc.;
- Disponibilité des ÉPI nécessaires;
- Port du masque médical¹ (selon les directives en vigueur) en tout temps;
- L'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés, des surfaces à potentiel élevé de contamination dans les chambres (notamment les ridelles de lit, la cloche d'appel, les poignées de porte, etc.) et dans les aires communes (notamment, boutons d'ascenseurs, les poignées de porte, etc.) et les salles de bain communes doit être effectuée. Ces équipements et surfaces doivent être nettoyés et désinfectés 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.

Les CISSS/CIUSSS doivent être en contact étroit et régulier avec les RPA situées sur leur territoire, notamment pour les accompagner dans l'application conforme de l'ensemble des mesures et directives ministérielles applicables en contexte de pandémie de la COVID-19, que celles-ci soient en éclosion ou pas.

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 exposées 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),
- 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.

¹ Afin d'alléger le texte, un masque médical équivaut à un masque de qualité médical.

Malgré les adaptations des mesures, les différents milieux de vie doivent poursuivre leur mobilisation afin de s'assurer que les liens entre les résidents/usagers et leurs proches/familles soient actualisés et intensifiés par le biais de contacts téléphoniques ou de façon virtuelle.

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/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle/cartes-paliers-alerte-covid-19-par-region/>

Considérant la campagne de vaccination qui est toujours en cours dans les différents milieux de vie et au sein de la population générale, le nombre d'éclosions de la COVID-19 encore actives, la situation épidémiologique actuelle, ainsi que les risques pouvant être associés aux nouveaux variants, 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;
- Bien que certains résidents/usagers auraient reçu un diagnostic de la COVID-19, ceux qui ne l'ont pas contractée et ceux qui ne sont pas vaccinés sont les plus à risque de développer des complications graves;
- Selon une récente publication de l'INSPQ², le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) recommande de bien communiquer aux personnes vaccinées l'intervalle de 14-28 jours nécessaire avant d'atteindre une protection optimale contre la maladie. Considérant ce délai et le fait que l'efficacité vaccinale reste imparfaite, il apparaît essentiel que les personnes vaccinées doivent maintenir les mesures sanitaires;
- Une personne qui a été en contact avec le virus durant les jours précédant la vaccination pourrait développer la COVID-19;
- De nombreuses études réalisées au Québec et ailleurs ont démontré la grande efficacité de la vaccination pour prévenir la COVID-19, les hospitalisations et les décès aussi bien après une première dose qu'après 2 doses;
- Les éclosions sont toujours présentes 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

² Publication de l'INSPQ, *Données préliminaires sur l'efficacité vaccinale et avis complémentaire sur la stratégie de vaccination contre la COVID-19 au Québec en contexte de pénurie* [disponible à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/publications/3111-donnees-preliminaires-efficacite-vaccinale-strategie-covid19](https://www.inspq.qc.ca/publications/3111-donnees-preliminaires-efficacite-vaccinale-strategie-covid19).

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/>.

Pour les personnes proches aidantes :

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'utilisateur, 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.

- Pour avoir accès à l'intérieur du milieu, la personne (dont la personne proche aidante) doit être formée avec les mesures PCI à respecter.

- La personne qui côtoie le résident/usager à l'extérieur doit au minimum être accompagnée dans l'application des mesures PCI (s'assurer que la personne ne réponde pas aux critères d'exclusion, que l'hygiène des mains est réalisée, que le masque est porté adéquatement et que la personne a bien signé le registre). Si les personnes doivent rentrer à l'intérieur du milieu de vie pour avoir accès à l'extérieur, le milieu de vie doit mettre en place des mécanismes sécuritaires pour faciliter ces visites.

- Une personne proche aidante 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. De plus, les personnes proches aidantes doivent, généralement, pouvoir déterminer elles-mêmes la durée des visites dans le milieu de vie.

Déplacements entre les régions ou territoires ou pour les déplacements en provenance d'autres provinces ou territoires à l'extérieur du Québec :

- Pour les consignes liées au déplacement, se référer aux indications sur Quebec.ca. destinées à la population générale.

	<ul style="list-style-type: none"> - Une exception s'applique pour les visites de résidents/usagers en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) dans tous les milieux de vie, et ce, peu importe les paliers d'alerte en vigueur. Ainsi, pour les personnes proches aidantes et les visiteurs, les déplacements sont autorisés dans ce contexte. <p>Pour les personnes proches aidantes : De plus, pour tous les paliers d'alerte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les milieux de vie doivent demander aux résidents, aux usagers confiés ou à leur représentant d'identifier un maximum de 4 personnes proches aidantes afin de restreindre le nombre de personnes différentes pouvant avoir accès à l'intérieur du milieu de vie. <p style="margin-left: 40px;">Le jugement clinique demeure important dans toutes les situations afin d'éviter l'épuisement des personnes proches aidantes ou encore selon l'état psychologique des résidents ainsi la liste pourrait être évolutive pour tenir compte des éléments précédents en s'assurant que les nouvelles PPA soient formées.</p> - La prise de rendez-vous est fortement recommandée auprès du milieu de vie pour faciliter l'accueil et l'accompagnement des personnes proches aidantes formées pour le respect des mesures PCI en tout temps selon les directives en vigueur. Ainsi, dans le respect des volontés de la personne proche aidante, il est demandé aux milieux de vie de faire preuve de flexibilité. Une heure d'arrivée peut lui être attribuée afin d'éviter au maximum les contacts entre les autres personnes proches aidantes et les visiteurs. La prise de rendez-vous est également fortement recommandée auprès du milieu de vie lors des rencontres à l'extérieur sur le terrain afin, notamment, de prendre en compte la capacité d'accueil du terrain pour accueillir ces personnes. La prise de rendez-vous a pour principal objectif de s'assurer que le milieu de vie est en mesure d'accompagner adéquatement pour l'application des mesures PCI. - La personne proche aidante, le visiteur ou autres personnes externes qui ne respectent pas les consignes, malgré le fait qu'ils ont reçu toute l'information et ont été accompagnés pour l'application des mesures de PCI, pourraient se voir retirer l'accès au milieu. <p>La présente directive a préséance sur les autres directives lorsque les mêmes mesures sont abordées, par exemple, relativement aux autres directives sur les milieux de vie ou sur les personnes proches aidantes.</p>
--	--

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

Émission : 08-02-2021

Mise à jour : 18-05-2021

Documents annexés :	<ul style="list-style-type: none">✓ Tableau A : Directives applicables dans tous les CHSLD.✓ Tableau B : Directives applicables dans les RI-RTF adultes, ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; les RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; 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-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).
---------------------	--

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				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnes proches aidantes (PPA) (voir définition¹) et visiteurs (voir définition²)				
À l'intérieur du milieu dans la chambre	Permis pour les PPA 2 PPA ³ formées, connues et identifiées à la fois pour un maximum de 4 PPA formées et connues par jour. Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs.	Permis pour les PPA 1 PPA formée, connue et identifiée du milieu de vie ² à la fois pour un maximum 3 PPA formées, connues et identifiées par jour. Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs.	Permis pour les PPA 1 PPA formée, connue et identifiée du milieu de vie à la fois, pour un maximum de 2 PPA formées, connues et identifiées par jour. Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites en soins palliatifs.	Permis 1 PPA formée, connue et identifiée du milieu de vie par jour. Pour les résidents 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.)	Permis pour les PPA Réduire le nombre de personnes pouvant avoir accès en même temps à l'espace commun afin de s'assurer que toutes les mesures ont été mises en place pour respecter en tout temps la distanciation physique de 2 mètres et les autres mesures PCI.	Non permis. Sauf pour circuler vers la chambre ou accompagner le résident pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les autres résidents et avec le port du masque médical selon les directives en vigueur.	Non permis. Sauf pour circuler vers la chambre ou accompagner le résident pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les autres résidents et avec le port du masque médical selon les directives en vigueur.	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre.

¹ Personne proche aidante : Toute personne qui apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme et est offert de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie. Il peut prendre diverses formes, par exemple le transport, l'aide aux soins personnels et aux travaux domestiques, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services. La famille proche et immédiate doit ainsi tout comme les personnes proches aidantes répondre à la définition pouvoir avoir accès au milieu de vie de son proche. La dame de compagnie est considérée comme une PPA si elle apporte un soutien et doit éviter la mobilité entre différents résidents.

² Visiteurs : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. 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.

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

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

TABLEAU A Directives applicables dans tous les CHSLD				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Sur le terrain du milieu de vie	<p>Permis Maximum 5 personnes⁴ par jour en respectant le port des ÉPI, la distanciation physique de 2 mètres et en fonction de la capacité d'accueil du terrain.</p> <p>Aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> avec supervision par un membre du personnel; accompagné pour le respect des mesures PCI; aucun déplacement à l'intérieur du milieu de vie; signature d'un registre afin de recueillir les coordonnées des visiteurs à utiliser lors d'enquête épidémiologique, le cas échéant. 	<p>Permis Maximum 5 personnes⁴ par jour en respectant le port des ÉPI, la distanciation physique de 2 mètres et en fonction de la capacité d'accueil du terrain.</p> <p>Aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> avec supervision par un membre du personnel; accompagné pour le respect des mesures PCI; aucun déplacement à l'intérieur du milieu de vie ; signature d'un registre afin de recueillir les coordonnées des visiteurs à utiliser lors d'enquête épidémiologique, le cas échéant. 	<p>Permis pour les PPA Maximum 3 PPA⁵ par jour en respectant le port des ÉPI, la distanciation physique de 2 mètres et en fonction de la capacité d'accueil du terrain.</p> <p>Aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> avec supervision par un membre du personnel; accompagné pour le respect des mesures PCI; aucun déplacement à l'intérieur du milieu de vie, sauf pour les PPA formées; signature d'un registre afin de recueillir les coordonnées des visiteurs à utiliser lors d'enquête épidémiologique, le cas échéant. 	<p>Isolement préventif ou isolement : Non permis.</p> <p>Si éclosion est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées avec l'autorisation de l'équipe PCI.</p>
Marche entre la PPA et le résident à l'extérieur du terrain du milieu de vie (clarification apportée même si cela était permis avant)	Permis ou non selon la condition clinique du résident	Permis ou non selon la condition clinique du résident	Permis ou non selon la condition clinique du résident	<p>Isolement préventif ou isolement : Se référer aux mesures d'adaptation prévues à la Directive CHSLD (DGAPA-007) et à la Directive Ri-RTF adultes (DGAPA-013)</p> <p>Si éclosion est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées avec l'autorisation de l'équipe PCI.</p>

⁴ Pour les paliers d'alerte jaune et orange, ces personnes peuvent être inscrite ou non sur la liste, l'important c'est de correspondre soit à la définition de personne proche aidante ou de visiteur.

⁵ Pour le palier d'alerte rouge, ces personnes proches aidantes peuvent être inscrites ou non sur la liste, l'important c'est de correspondre à la définition de personnes proche aidante.

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

TABLEAU A Directives applicables dans tous les CHSLD				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Autres				
Professionnels réguliers de l'équipe interdisciplinaire en CHSLD (ergothérapeute, physiothérapeute, TS, nutri, etc.)	Permis Favoriser la consultation et l'intervention en présence. Lorsque requis ou selon le jugement clinique, la consultation et l'intervention peuvent se faire à distance.	Permis Favoriser la consultation et l'intervention en présence. Lorsque requis ou selon le jugement clinique, la consultation et l'intervention peuvent se faire à distance.	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique. Sinon, ajuster la fréquence selon les services essentiels et fortement recommandé que le personnel soit dédié à un milieu de vie ⁶ .	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique. Sinon, services essentiels seulement et fortement recommandé que le personnel soit dédié à un milieu de vie.
Professionnels hors établissements (ex. : orthésistes, podologue, etc.)	Permis	Permis Favoriser la consultation et l'intervention en présence ou à distance seulement lorsque requis ou selon le jugement clinique.	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique. Sinon, ajuster la fréquence selon les services essentiels et fortement recommandé que le personnel soit dédié à un milieu de vie ⁴ .	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. À ce moment-là, il est fortement recommandé que le personnel soit dédié à un milieu de vie.

⁶ Toutefois, pour certains milieux de vie si cela est difficilement applicable, le professionnel ne doit pas faire plus d'un milieu par jour.

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

TABLEAU A Directives applicables dans tous les CHSLD				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnel rémunéré par le milieu pour des activités de loisirs (ex. : musicothérapie, musiciens, zoothérapie, chanteur, etc.)	<p>Permis : musicothérapie, musiciens (sauf pour les instruments à vent) et zoothérapie.</p> <p>À la condition suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> formation PCI obligatoire. <p>Permis : chanteur à l'intérieur</p> <p>Aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> en respectant au minimum une distanciation physique de 2 mètres; en ayant une barrière physique entre le chanteur et les résidents, par exemple, plexiglas; la durée de l'activité devra être entre 30 minutes à 60 minutes tout au plus; privilégier la tenue de l'activité à l'extérieur ou favoriser un endroit où la ventilation est adéquate, notamment, en ouvrant les fenêtres; les résidents demeurent assis et doivent être en bulle⁷; avec un accompagnement de l'équipe PCI locale. 	<p>Permis : musicothérapie, musiciens (sauf pour les instruments à vent) et zoothérapie.</p> <p>Aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> sous supervision; formation PCI obligatoire; fortement recommandé que le personnel soit dédié à un milieu de vie. <p>Non permis : chanteur</p>	<p>Permis : musicothérapie, musiciens (sauf pour les instruments à vent) et zoothérapie.</p> <p>Aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> sous supervision; formation PCI obligatoire; le personnel doit être dédié à un seul milieu de vie; avec l'autorisation de l'équipe PCI. <p>Non permis : chanteur</p> <p>Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis</p>	<p>Isolement préventif ou isolement : Non permis.</p> <p>Si éclosion est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l'autorisation de l'équipe PCI.</p>

⁷ Pour plus de détails, se référer au concept de bulle dans les directive CHSLD (DGAPA-007).

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

TABLEAU A Directives applicables dans tous les CHSLD				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnel rémunéré par le milieu pour des activités de groupe supervisées visant à prévenir le déconditionnement mental, cognitif et physique (ex. récréologue, kinésologue)	Permis À la condition suivante : • formation PCI obligatoire.	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.	Isolement préventif ou isolement : Non permis. Si éclosion est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l'autorisation de l'équipe PCI.
Membres des comités des usagers ou de résidents	Permis	Permis	Permis Toutefois favoriser les rencontres virtuelles.	Permis si l'éclosion est localisée en favorisant les rencontres virtuelles ou avec l'autorisation de l'équipe PCI si les rencontres sont effectuées en présentiel.
Services privés offerts dans les murs du milieu de vie (ex. : coiffeuse avec local avec respect rigoureux des consignes sanitaires)	Permis aux conditions suivantes : • en respectant les mesures sanitaires ⁸ ; • salle d'attente avec distanciation physique de 2 mètres.	Permis aux conditions suivantes : • en respectant les mesures sanitaires ⁹ ; • aucune salle d'attente.	Permis aux conditions suivantes : • en respectant les mesures sanitaires ⁵ ; • aucune salle d'attente; • avec l'autorisation de l'équipe PCI. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis à l'instar des mesures pour la population générale.	Isolement préventif ou isolement : Non permis. Si éclosion est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l'autorisation de l'équipe PCI.

⁸ Pour plus d'informations, consulter le : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2997-soins-esthetiques-covid19>

⁹ Pour plus d'informations, consulter le : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2997-soins-esthetiques-covid19>

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

TABLEAU A Directives applicables dans tous les CHSLD				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnel engagé par le résident ou les proches (ex. : soins de pieds, coiffeuse à la chambre)	Permis aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> limiter le nombre de personnes différentes par jour dans le milieu de vie; restreindre un service privé par jour par résident; formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures. 	Permis aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> limiter le nombre de personnes différentes par jour dans le milieu de vie; restreindre un service privé par semaine par résident; privilégier le recours à du personnel connu du milieu de vie et stable; formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures. 	Non permis, sauf pour les services essentiels	Isolement préventif ou isolement : Non permis. Si éclosion est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées 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 <ul style="list-style-type: none"> limiter le nombre de bénévoles différents par jour dans le milieu de vie; privilégier une équipe stable; formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures. 	Permis aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> limiter le nombre de bénévoles différents par jour dans le milieu de vie; privilégier une équipe stable; formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; si possible, limiter à un bénévole par bulle. 	Permis aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> limiter le nombre de bénévoles différents par jour; privilégier une équipe stable; formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; si possible, limiter à un bénévole par bulle; en concertation entre le gestionnaire/responsable de l'installation/ressource et l'équipe PCI locale. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis	Non permis

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

TABLEAU A Directives applicables dans tous les CHSLD				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolément préventif/ Isolément ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Travailleurs pour la construction, la rénovation ou la réparation	Permis	Permis pour terminer les travaux déjà débutés ou essentiels.	Non permis, sauf les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité.	Non permis, sauf les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité.
Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS), visites de vigie qualité du milieu de vie (MSSS), d'inspection de la CNESST ou du MAPAQ	Permis	Permis	Permis	Permis
Visites par Agrément Canada	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Visites d'évaluation ministérielle de la qualité des milieux de vie (MSSS)	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Nettoyage des vêtements des résidents par les familles à l'extérieur du milieu de vie	Permis	Permis	Permis	Non permis
			Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Permis avec mécanisme sécuritaire pour la livraison.	
Livraison pour les résidents (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 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.	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.
			Hygiène des mains avant et après la manipulation.	
Animaux de compagnie qui accompagnent une personne proche aidante à l'intérieur ou à l'extérieur du milieu de vie	Permis selon la directive du milieu de vie, lorsque applicable, et suivant une entente préalable avec ce dernier.	Permis selon la directive du milieu de vie, lorsque applicable, et suivant une entente préalable avec ce dernier.	Permis selon la directive du milieu de vie, lorsque applicable, et suivant une entente préalable avec ce dernier.	Non permis

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

TABLEAU A Directives applicables dans tous les CHSLD				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolément préventif/ Isolément ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Hébergement temporaire (ex. : lits de répit, dépannage, convalescence)	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la directive DGAPA-005, tableau B-1.	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la directive DGAPA-005, tableau B-1.	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la directive DGAPA-005, tableau B-1.	Non permis
Résidents				
Sur le terrain	Permis en respectant les 2 mètres de distanciation physique.	Permis avec supervision ou non selon la condition / problématique du résident en respectant les 2 mètres de distanciation physique.	Permis avec supervision ou non selon la condition / problématique du résident en respectant les 2 mètres de distanciation physique.	Non permis Si éclosion localisée : Non permis sauf pour les unités non touchées, si autorisation de l'équipe PCI.
Surveillance des symptômes	Quotidiennement	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 et en limitant le nombre de résidents.	En respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps ou en appliquant le concept de bulle et en limitant le nombre de résidents.	En respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps ou en appliquant le concept de bulle et en limitant le nombre de résidents.	Isolément préventif ou isolement : Non permis. Si éclosion localisée : Non permis sauf pour les unités non touchées, avec autorisation de l'équipe PCI.
Repas à la chambre	Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou pour respecter le choix du résident.	Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou pour respecter le choix du résident.	Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou pour respecter le choix de résidents.	Isolément préventif ou isolement : Repas à la chambre nécessaire. Si l'éclosion est localisée. Unité en éclosion : obligatoire sauf pour des conditions cliniques particulières (ex. : dysphagie). Unité non en éclosion : avec accord de l'équipe PCI, la salle à manger pourrait être permise.

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

TABLEAU A Directives applicables dans tous les CHSLD				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Activités de groupe dans le milieu ou à l'extérieur sur le terrain du milieu entre résidents afin de prévenir le déconditionnement mental, cognitif et physique.	Permis Soit en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps et en limitant le nombre de résidents, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur), une hygiène des mains et en l'absence de partage d'objets ou en appliquant le concept de bulle. 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.	Permis Soit en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps et en limitant le nombre de résidents, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur), une hygiène des mains et en l'absence de partage d'objets ou appliquant le concept de bulle. 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.	Permis Soit en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps et en limitant le nombre de résidents, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur), une hygiène des mains et en l'absence de partage d'objets ou appliquant le concept de bulle. 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.	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.
Marche intérieure et extérieure	Marche extérieure : Permis, supervisée ou non selon la condition / problématique du résident. Marche intérieure : Permis si le résident 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 et avec le port du masque médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur.	Marche extérieure : Permis, supervisée ou non selon la condition / problématique du résident. Marche intérieure : Permis si le résident 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 et avec le port du masque médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur.	Marche extérieure : Permis, supervisée ou non selon la condition / problématique du résident. Marche intérieure : Permis si le résident 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 et avec le port du masque médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur.	Non permis Si éclosion localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l'autorisation de l'équipe PCI.

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

TABLEAU A Directives applicables dans tous les CHSLD				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Sorties extérieures seuls ou accompagnés d'un PPA (ex. : restaurant, pharmacie, commerce)	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique du résident. Peut être accompagné par un ou deux PPA.	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique du résident. Peut être accompagné d'un ou deux PPA. Se référer aux consignes applicables pour la population générale pour les commerces et restaurant.	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique du résident. Peut être accompagné d'un ou deux PPA. Se référer aux consignes applicables pour la population générale pour les commerces et restaurant. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis	Non permis en tout temps pour les personnes en isolement. Si éclosion localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l'autorisation de l'équipe PCI.
Sorties extérieures pour rendez-vous médicaux ¹⁰ ou autres rendez-vous (ex. notaire)	Permis et peut être accompagné par un ou deux PPA.	Permis et peut être accompagné par un ou deux PPA.	Permis et peut être accompagné par un ou deux PPA.	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.

¹⁰ 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 A Directives applicables dans tous les CHSLD				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif/ Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Congé temporaire dans la communauté	Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur, voir tableau B-1.	Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur, voir tableau B-1.	Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur, voir tableau B-1.	Non permis pour les personnes en isolement Si éclosion localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l'autorisation de l'équipe PCI.
Personnel/remplaçant/stagiaire¹¹				

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_Immunosuppression.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.

¹¹ Se référer aux directives ministérielles ou arrêtés ministériels s'appliquant aux ressources humaines.

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

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.

<p align="center">TABLEAU B Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> RI-RTF adultes, ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte). 				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnes proches aidantes (PPA) (voir définition ¹) et visiteurs (voir définition ²)				
À l'intérieur du milieu, dans la chambre, dans l'unité locative ou dans une pièce dédiée	Permis pour les PPA Maximum 2 PPA formées, connues et identifiées à la fois pour un maximum de 4 PPA formées et connues par jour. Pour les usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs.	Permis pour les PPA 1 PPA formée, connue et identifiée du milieu de vie à la fois ² pour un maximum de 3 PPA formées, connues et identifiées par jour. Pour les usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs.	Permis pour les PPA 1 PPA formée, connue et identifiée du milieu de vie à la fois, ³ pour un maximum de 2 PPA formées, connues et identifiées par jour. Pour les usagers en soins palliatifs : Se référer aux directives pour les visites pour les soins palliatifs.	Permis 1 PPA formée , connue et identifiée du milieu de vie par jour. Pour les 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)	Permis pour les PPA Réduire le nombre de personnes pouvant avoir accès en même temps à l'espace commun afin de s'assurer que toutes les mesures ont été mises en place pour	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre ou accompagner l'utilisateur pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les autres	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre ou accompagner l'utilisateur pour une marche dans un corridor en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les	Non permis Sauf pour circuler vers la chambre.

¹ Personne proche aidante : Toute personne qui apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme et est offert de manière libre, éclairée et révoquant, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie. Il peut prendre diverses formes, par exemple le transport, l'aide aux soins personnels et aux travaux domestiques, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services. La famille proche et immédiate doit ainsi tout comme les personnes proches aidantes répondre à la définition pouvoir avoir accès au milieu de vie de son proche. La dame de compagnie est considérée comme une PPA si elle apporte un soutien et doit éviter la mobilité entre différents usagers.

² Visiteurs : Toute personne qui souhaite visiter l'utilisateur, 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.

³ 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

<p align="center">TABLEAU B Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RI-RTF adultes, ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; • les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte). 				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	respecter en tout temps la distanciation physique de 2 mètres et les autres mesures PCI.	usagers et avec le port du masque médical selon les directives en vigueur.	autres usagers et avec le port du masque médical selon les directives en vigueur.	
Sur le terrain du milieu de vie	<p>Permis Maximum 5 personnes⁴ par jour en respectant le port des ÉPI, la distanciation physique de 2 mètres et en fonction de la capacité d'accueil du terrain.</p> <p>Aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • avec supervision par un membre du personnel; • accompagné pour le respect des mesures PCI; • aucun déplacement à l'intérieur du milieu de vie; <p>signature d'un registre afin de recueillir les coordonnées des visiteurs à utiliser lors d'enquête épidémiologique, le cas échéant.</p>	<p>Permis Maximum 5 personnes⁴ par jour en respectant le port des ÉPI, la distanciation physique de 2 mètres et en fonction de la capacité d'accueil du terrain.</p> <p>Aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • avec supervision par un membre du personnel; • accompagné pour le respect des mesures PCI; • aucun déplacement à l'intérieur du milieu de vie; <p>signature d'un registre afin de recueillir les coordonnées des visiteurs à utiliser lors d'enquête épidémiologique, le cas échéant.</p>	<p>Permis Maximum 3 PPA⁵ par jour en respectant le port des ÉPI, la distanciation physique de 2 mètres et en fonction de la capacité d'accueil du terrain.</p> <p>Aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • avec supervision par un membre du personnel; • accompagné pour le respect des mesures PCI; • aucun déplacement à l'intérieur du milieu de vie, sauf pour les PPA formées; <p>signature d'un registre afin de recueillir les coordonnées des visiteurs à utiliser lors d'enquête épidémiologique, le cas échéant.</p>	<p>Isolement préventif ou isolement : Non permis Si écloision localisée : Non Permis, sauf si autorisation de l'équipe PCI.</p>

⁴ Pour les paliers d'alerte jaune et orange, ces personnes peuvent être inscrite ou non sur la liste, l'important c'est de correspondre soit à la définition de personne proche aidante ou de visiteur.

⁵ Pour le palier d'alerte rouge, ces personnes proches aidantes peuvent être inscrites ou non sur la liste, l'important c'est de correspondre à la définition de personnes proche aidante.

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

<p align="center">TABLEAU B Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RI-RTF adultes, ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; • les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte). 				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	Pour les RTF, les RIMA, les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers : suivre les consignes de la population générale.	Pour les RTF, les RIMA, les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers : suivre les consignes de la population générale.	Pour les RTF, les RIMA, les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers : suivre les consignes de la population générale.	
Marche entre la PPA et l'utilisateur à l'extérieur du terrain du milieu de vie (clarification apportée même si cela était permis avant)	Permis ou non selon la condition clinique de l'utilisateur.	Permis ou non selon la condition clinique de l'utilisateur.	Permis ou non selon la condition clinique de l'utilisateur.	Isolement préventif ou isolement : Se référer aux mesures d'adaptation prévues à la Directive RI-RTF adulte, DGAPA-013 et la Directive sur le sujet à venir – DGPPFC. Si écloison est localisée : Non permis, sauf avec l'autorisation de l'équipe PCI.
Autres				
Professionnels de la santé et des services sociaux de l'établissement (ex. : éducateur, ergothérapeute, infirmière, etc.)	Permis Favoriser la consultation et l'intervention en présence. Lorsque requis ou selon le jugement clinique, la consultation et l'intervention peuvent se faire à distance.	Permis Favoriser la consultation et l'intervention en présence. Lorsque requis ou selon le jugement clinique, la consultation et l'intervention peuvent se faire à distance.	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.
Professionnels de la santé et des services sociaux hors établissement (ex. audioprothésiste)	Permis Favoriser la consultation et l'intervention en présence. Lorsque requis ou selon le jugement clinique, la consultation et l'intervention peuvent se faire à distance.	Permis Favoriser la consultation et l'intervention en présence. Lorsque requis ou selon le jugement clinique, la consultation et l'intervention peuvent se faire à distance.	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique. Sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels seulement.	Non permis Sauf urgence et en dehors du milieu.

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

<p align="center">TABLEAU B Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> RI-RTF adultes, ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; <ul style="list-style-type: none"> les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte). 				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnel engagé (par l'utilisateur ou la PPA) (ex. soins de pieds, coiffeuse, etc.)	<p>Permis aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> limiter le nombre de personnes différentes dans le milieu de vie par jour; restreindre à un service privé offert par jour par usager; formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures. 	<p>Permis aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> limiter le nombre de personnes différentes dans le milieu de vie par jour; restreindre à un service privé offert par jour par usager; privilégier le recours à du personnel connu du milieu de vie et stable; formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures. 	<p>Non permis Sauf pour services essentiels.</p>	<p>Non permis Sauf pour services essentiels.</p>
Personnel rémunéré par le milieu pour des activités de loisirs (ex. musicothérapie, musiciens, zoothérapie, chanteur)	<p>Permis : musicothérapie, musiciens (sauf pour les instruments à vent) et zoothérapie.</p> <p>À la condition suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> formation PCI obligatoire. <p>Permis : chanteur à l'intérieur</p> <p>Aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> en respectant au minimum une distanciation physique de 2 mètres; en ayant une barrière physique entre le chanteur et les résidents, par exemple, plexiglas; la durée de l'activité devra être entre 30 minutes à 60 minutes tout au plus; 	<p>Permis : musicothérapie, musicien (sauf pour les instruments à vent) et zoothérapie</p> <p>Aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> sous supervision; formation PCI obligatoire; fortement recommandé que le personnel soit dédié à un milieu de vie. <p>Non permis : chanteur</p>	<p>Permis : musicothérapie, musicien (sauf pour les instruments à vent) et zoothérapie</p> <p>Aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> sous supervision; formation PCI obligatoire; le personnel doit être dédié à un seul milieu de vie; avec l'autorisation de l'équipe PCI. <p>Non permis : chanteur</p> <p>Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis</p>	

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

<p align="center">TABLEAU B Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RI-RTF adultes, ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; • les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte). 				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	<ul style="list-style-type: none"> • privilégier la tenue de l'activité à l'extérieur ou favoriser un endroit où la ventilation est adéquate, notamment, en ouvrant les fenêtres; • les usagers demeurent assis et doivent être en bulle⁶; • avec un accompagnement de l'équipe PCI locale. 			
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) (RPA seulement)	Permis : maintenir l'intensité habituelle.	Permis : maintenir l'intensité habituelle.	Permis : maintenir l'intensité habituelle.	Non permis Sauf pour les services essentiels – pour plus de précisions, voir le tableau gradation des mesures Soutien à domicile.
Bénévoles contribuant aux activités visant à prévenir le déconditionnement mental, cognitif et physique	Permis, aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • limiter le nombre différent de bénévoles par jour dans le milieu de vie; privilégier une équipe stable; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures. 	Permis, aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • limiter le nombre différent de bénévoles par jour; privilégier une équipe stable. • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; • si possible, limiter à un bénévole par bulle. 	Permis, aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • limiter le nombre différent de bénévoles par jour; • privilégier une équipe stable ; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; • si possible, limiter à un bénévole par bulle; 	Non permis

⁶ Pour plus de détails, se référer au concept de bulle dans les directive CHSLD (DGAPA-007) ou RI-RTF adultes (DGAPA-013)

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

<p align="center">TABLEAU B Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RI-RTF adultes, ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; • les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte). 				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
			<ul style="list-style-type: none"> • en concertation entre le gestionnaire/responsable de l'installation/ressource et l'équipe PCI locale. <p>Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis</p>	
Travailleurs pour la construction, la rénovation ou la réparation	Permis	Permis Pour terminer les travaux déjà débutés ou essentiels.	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité.	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité.
Visites de location (RPA seulement)	Permis Limiter le nombre de visites par jour et limiter à 3 le nombre de personnes présentes lors de la visite si la distanciation de 2 mètres le permet.	Permis Favoriser les visites virtuelles ou limiter la fréquence. 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. Assurer une distanciation de 2 mètres.	Non recommandé Favoriser les visites virtuelles ou limiter la fréquence. 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. Assurer une distanciation de 2 mètres	
Visites des équipes responsables de la certification des RPA (RPA seulement)	Permis	Permis	Permis	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents.

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

<p align="center">TABLEAU B Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RI-RTF adultes, ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; • les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte). 				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS), d'inspection de la CNESST ou du MAPAQ	Permis	Permis	Permis	Permis
Visites ministérielles d'inspection (RPA seulement)	Permis	Permis	Permis	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents.
Visites d'évaluation ministérielle de la qualité des milieux de vie (MSSS) (RI-RTF seulement)	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Visites d'évaluation de la conformité effectuées par Agrément Canada (RPA seulement)	Permis	Permis	Non permis	Non permis
Visites du processus de contrôle de la qualité des services rendus à l'utilisateur (RI-RTF seulement)	Permis	Permis	Permis	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 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'utilisateur 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'utilisateur en respectant les mesures de PCI. Hygiène des mains avant et après la manipulation.

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

<p align="center">TABLEAU B Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RI-RTF adultes, ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; • les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte). 				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Animaux de compagnie qui accompagnent une personne proche aidante à l'intérieur ou à l'extérieur du milieu de vie	Permis, selon la directive du milieu de vie, lorsque applicable, et suivant une entente préalable avec ce dernier.	Permis, selon la directive du milieu de vie, lorsque applicable, et suivant une entente préalable avec ce dernier.	Permis, selon la directive du milieu de vie, lorsque applicable, et suivant une entente préalable avec ce dernier.	Non permis
Hébergement temporaire (répit, dépannage, convalescence)	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la Directive DGAPA-005.	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la Directive DGAPA-005.	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la Directive DGAPA-005.	Non permis
Nettoyage des vêtements des résidents par les familles (RPA seulement)	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.	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 Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Maximum 1 personne, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en	

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

<p align="center">TABLEAU B Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RI-RTF adultes, ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; • les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte). 				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
			vigueur) et une désinfection doit être faite après utilisation. Ou Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile.	
Usagers				
Repas à la salle à manger	Permis En réduisant le nombre d'usagers en même temps, en augmentant les heures de repas, en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps ou en appliquant le concept de bulle, sauf pour 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.	Permis En réduisant le nombre d'usagers en même temps, en augmentant les heures de repas, en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps ou en appliquant le concept de bulle, sauf pour 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.	Permis En réduisant le nombre d'usagers en même temps, en augmentant les heures de repas, en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps ou en appliquant le concept de bulle, sauf pour 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.	Isolement préventif ou isolement : Non permis Si éclosion localisée : Non permis, sauf si autorisation de l'équipe PCI.
Repas à la chambre	Non recommandé Sauf si condition clinique particulière de l'utilisateur ou pour respecter le choix de l'utilisateur.	Non recommandé Sauf si condition clinique particulière ou pour respecter le choix de l'utilisateur.	Non recommandé Sauf si condition clinique particulière ou pour respecter le choix de l'utilisateur.	Isolement préventif ou isolement : nécessaire Si éclosion localisée : Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou pour respecter le choix de l'utilisateur avec autorisation de l'équipe PCI.
Activités de groupe dans le milieu ou à l'extérieur sur le terrain entre usagers afin de prévenir le	Permis Soit en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps et en limitant le nombre d'usagers avec le port du masque	Permis Soit en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps et en limitant le nombre d'usagers avec le port du masque (médical ou	Permis Soit en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps et en limitant le nombre d'usagers avec le port du masque	Isolement préventif/Isolement : Non permis. Si éclosion localisée : Non permis sauf avec autorisation de l'équipe PCI

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

<p align="center">TABLEAU B Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RI-RTF adultes, ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; • les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte). 				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
déconditionnement mental, cognitif et physique	(médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une hygiène des mains et en l'absence de partage d'objets ou en appliquant le concept de bulle, sauf pour 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. 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.	couvre-visage selon la directive en vigueur) et une hygiène des mains et en l'absence de partage d'objets ou en appliquant le concept de bulle, sauf pour 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. 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.	(médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une hygiène des mains et en l'absence de partage d'objets ou en appliquant le concept de bulle sauf pour 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. 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.	
Activités socio-professionnelles (école, stages, travail, centre de jour, etc.)	Permis	Permis	Permis en fonction des consignes qui s'appliquent à la population générale. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Suivre les mesures pour la population générale.	Non permis Si éclosion localisée : avec l'autorisation de l'équipe PCI, pour l'utilisateur qui exerçait déjà l'activité et qui ne présente pas de facteurs de vulnérabilité à la COVID-19.

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

TABLEAU B Directives applicables dans les : <ul style="list-style-type: none"> • RI-RTF adultes, ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; • les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte). 				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Sorties extérieures seuls ou accompagnés (ex. : restaurant, pharmacie, commerce)	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique du résident. Peut être accompagné par un ou deux PPA.	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique du résident. Peut être accompagné d'un ou deux PPA. Se référer aux consignes applicables pour la population générale pour les commerces et restaurant.	Permis, supervisées ou non selon la condition / problématique du résident. Peut être accompagné d'un ou deux PPA. Se référer aux consignes applicables pour la population générale pour les commerces et restaurant. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Privilégier la livraison Le cas échéant, limiter aux sorties essentielles en fonction des mesures applicables pour la population générale.	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'utilisateur. Marche intérieure : Permis en respectant la distanciation physique de 2 mètres en tout temps avec les usagers et avec le port du masque médical ou avec le couvre-visage selon la directive en vigueur.	Marche extérieure : Permis Supervisée ou non selon la condition / problématique de l'utilisateur. Marche intérieure : Permis si l'utilisateur 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 usagers et avec le port du masque médical ou avec le couvre-visage selon la directive en vigueur.	Marche extérieure : Permis Supervisée ou non selon la condition / problématique de l'utilisateur. Marche intérieure : Permis si l'utilisateur 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 usagers et avec le port du masque médical ou	Isolement préventif/Isolement : Non permis. Si éclosion localisée : Non permis sauf avec autorisation de l'équipe PCI.

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

TABLEAU B Directives applicables dans les : <ul style="list-style-type: none"> • RI-RTF adultes, ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, • RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; • RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; • les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte). 				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
			avec le couvre-visage selon la directive en vigueur.	
Sorties extérieures pour des rassemblements	Permis En respect des consignes émises par la Santé publique pour la population générale.	Non permis RI de type appartement supervisé : Sauf pour une personne résidant seule en respect des consignes émises par la santé publique pour la population générale.	Non permis RI de type appartement supervisé : Sauf pour une personne résidant seule en respect des consignes émises par la santé publique pour la population générale.	Non permis
Sorties extérieures pour rendez-vous médicaux ⁷ ou autres rendez-vous (ex. notaire)	Permis	Permis Peut être accompagné d'un ou deux PPA.	Permis Peut être accompagné d'un ou deux PPA.	Non permis pour les personnes en isolement, sauf si la vie de la personne est en danger, favoriser la consultation et l'intervention à distance Si éclosion localisée : limiter la fréquence aux sorties essentielles.
Congé temporaire dans la communauté	Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur, notamment pour les usagers confiés en RI du programme-services DP-DI-TSA : voir tableaux B-1 et B-6.	Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur, notamment pour les usagers confiés en RI du programme-services DP-DI-TSA : voir tableaux B-1 et B-6.	Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur, notamment pour les usagers confiés en RI du programme-services DP-DI-TSA : voir tableaux B-1 et B-6.	Non permis pour les personnes en isolement.
Personnel/remplaçant/stagiaire⁸				
Personnel/remplaçants dédiés à un milieu de vie	Recommandé	Fortement recommandé.	Fortement recommandé.	Obligatoire.
Personnel/remplaçant dédié à l'étage ou en respectant les	Recommandé	Recommandé	Fortement recommandé.	Obligatoire

⁷ Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur – voir tableau A-1.

⁸ 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

<p align="center">TABLEAU B Directives applicables dans les :</p> <ul style="list-style-type: none"> RI-RTF adultes, ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; RAC, les URCl, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte). 				
Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
différentes zones (chaude, tiède, froide)				
Recours au personnel d'agence	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 selon le plan de contingence et si le personnel est exclusif à la résidence. S'assurer que ces derniers ont reçu la formation PCI.	Permis 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 vêtement avant et après chaque quart de travail	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

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_Immunosuppression.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;

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

- 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

Les modifications au présent tableau sont apportées pour tenir compte qu'au moins 75 % des résidents ont été vaccinés depuis 28 jours ou plus avec une première dose

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)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnes proches aidantes (PPA) (voir définition ¹) et visiteurs (voir définition ²)				
À l'intérieur dans l'unité locative peu importe la durée incluant un coucher	Permis pour les PPA Maximum 2 PPA formées, connues et identifiées à la fois pour un maximum de 4 PPA ³ formées et connues par jour. Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs.	Permis pour les PPA 1 PPA formée, connue et identifiée du milieu de vie à la fois pour un maximum 3 PPA formées, connues et identifiées par jour. Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs.	Permis pour les PPA 1 PPA formée, connue et identifiée du milieu de vie à la fois, pour un maximum de 2 PPA formées, connues et identifiées par jour. Pour les résidents en soins palliatifs : Se référer aux directives des visites en soins palliatifs.	Permis 1 PPA formée, 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)	Permis pour les PPA Réduire le nombre de personnes pouvant avoir accès en même temps à l'espace commun afin de s'assurer que toutes les mesures ont été mises en place pour	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	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	Non permis Sauf pour circuler vers l'unité locative.

¹ Personne proche aidante : Toute personne qui apporte un soutien à un membre de son entourage qui présente une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme et est offert de manière libre, éclairée et révoquant, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie. Il peut prendre diverses formes, par exemple le transport, l'aide aux soins personnels et aux travaux domestiques, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services. La famille proche et immédiate doit ainsi tout comme les personnes proches aidantes répondant à la définition pouvoir avoir accès au milieu de vie de son proche. La dame de compagnie est considérée comme une PPA si elle apporte un soutien et doit éviter la mobilité entre différents résidents.

² Visiteurs : Toute personne qui souhaite visiter l'usager, qui n'est pas de la famille proche ou immédiate, et qui n'entre pas dans la définition d'une personne proche aidante. Il peut s'agir d'une personne connue de l'aidé avec laquelle les contacts sont ponctuels et non essentiels à son intégrité physique et psychologique. 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.

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

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)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	respecter en tout temps la distanciation physique de 2 mètres et les autres mesures PCI.	autres résidents et avec le port du masque médical. Exception permise pour l'accès au salon pour les PPA dans les RPA : <ul style="list-style-type: none"> pour les résidents qui vivent dans une unité locative de type chambre. À ce moment-là, les mesures suivantes doivent être respectées: <ul style="list-style-type: none"> Réduire le nombre de personnes pouvant avoir accès en même temps à l'espace commun afin de s'assurer que toutes les mesures ont été mises en place pour respecter en tout temps la distanciation physique de 2 mètres et les autres mesures PCI. 	autres résidents et avec le port du masque médical.	
Sur le terrain de la RPA	Permis Maximum 5 personnes ⁴ par jour en respectant le port des ÉPI, la distanciation physique de 2 mètres et en fonction de la capacité d'accueil du terrain.	Permis Maximum 5 personnes ⁴ par jour en respectant le port du masque médical, la distanciation physique de 2 mètres et en fonction de la capacité d'accueil du terrain.	Permis Maximum 3 PPA ⁵ par jour en respectant le port du masque médical, la distanciation physique de 2 mètres et en fonction de la capacité d'accueil du terrain.	Isolement préventif/Isolement : Non permis Si écloision localisée : Non permis, sauf avec autorisation de l'équipe PCI.

⁴ Pour les paliers d'alerte jaune et orange, ces personnes peuvent être inscrite ou non sur la liste, l'important c'est de correspondre soit à la définition de personne proche aidante ou de visiteur.

⁵ Pour le palier d'alerte rouge, ces personnes proches aidantes peuvent être inscrites ou non sur la liste, l'important c'est de correspondre à la définition de personnes proche aidante.

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)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	<p>Aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> avec supervision par un membre du personnel; accompagné pour le respect des mesures PCI; aucun déplacement à l'intérieur du milieu de vie; Signature d'un registre afin de recueillir les coordonnées des visiteurs à utiliser lors d'enquête épidémiologique, le cas échéant. 	<p>Aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> avec supervision par un membre du personnel; accompagné pour le respect des mesures PCI; aucun déplacement à l'intérieur du milieu de vie ; Signature d'un registre afin de recueillir les coordonnées des visiteurs à utiliser lors d'enquête épidémiologique, le cas échéant. 	<p>Aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> avec supervision par un membre du personnel; accompagné pour le respect des mesures PCI; aucun déplacement à l'intérieur du milieu de vie ; Signature d'un registre afin de recueillir les coordonnées des visiteurs à utiliser lors d'enquête épidémiologique, le cas échéant. 	
Marche entre la PPA et le résident à l'extérieur du terrain de la RPA (clarification apportée même si cela était permis avant)	Suivre les mesures pour la population générale.	Suivre les mesures pour la population générale.	Suivre les mesures pour la population générale	Isolement préventif/Isolement : Non permis Si écloison localisée : Non permis, sauf avec autorisation de l'équipe PC.I
Parloir	Permis 2 personnes maximums par jour.	Permis 1 personne maximum par jour.	Non permis	Non permis
Autres				
Professionnels de la santé et des services sociaux de l'établissement (ex. : éducateur, ergothérapeute, infirmière)	Permis Favoriser la consultation et l'intervention en présence.	Permis Favoriser la consultation et l'intervention en présence.	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique.	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique.

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)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	Lorsque requis ou selon le jugement clinique, la consultation et l'intervention peuvent se faire à distance.	Lorsque requis ou selon le jugement clinique, la consultation et l'intervention peuvent se faire à distance.	Sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels.	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 en présence. Lorsque requis ou selon le jugement clinique, la consultation et l'intervention peuvent se faire à distance.	Permis Favoriser la consultation et l'intervention en présence. Lorsque requis ou selon le jugement clinique, la consultation et l'intervention peuvent se faire à distance.	Permis Favoriser la consultation et l'intervention à distance selon le jugement clinique. Sinon ajuster la fréquence selon les services essentiels.	Isolement préventif ou isolement : Non permis. Si écloison est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l'autorisation de l'équipe PCI.
Personnel rémunéré par la résidence pour des activités de loisirs (ex. musicothérapie, musiciens, zoothérapie, chanteur)	Permis : musicothérapie, musicien (sauf pour les instruments à vent) et zoothérapie À la condition suivante : <ul style="list-style-type: none"> formation PCI obligatoire. Non permis : chanteur à l'intérieur Permis : chanteur à l'extérieur pour résidents d'unité avec balcon individuel.	Permis : musicothérapie, musicien (sauf pour les instruments à vent) et zoothérapie Aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> sous supervision; formation PCI obligatoire; fortement recommandé que le personnel soit dédié à un milieu de vie. Non permis : chanteur à l'intérieur Permis : chanteur à l'extérieur pour résidents d'unité avec balcon individuel.	Permis : musicothérapie, musicien (sauf pour les instruments à vent) et zoothérapie Aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> sous supervision; formation PCI obligatoire; le personnel doit être dédié à un seul milieu de vie; avec l'autorisation de l'équipe PCI. Non permis : chanteur à l'intérieur Permis : chanteur à l'extérieur pour résidents d'unité avec balcon individuel. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence :	Isolement préventif ou isolement : Non permis. Si écloison est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l'autorisation de l'équipe PCI.

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

TABLEAU C				
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
			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.	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.	Isolement préventif ou isolement : Non permis. Si écloison est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l'autorisation de l'équipe PCI.
Personnel des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) ou travailleur dans le cadre la modalité allocation directe/chèque emploi service (AD/CES)	Permis : maintenir l'intensité habituelle.	Permis : maintenir l'intensité habituelle.	Permis : maintenir l'intensité habituelle.	Non permis Sauf pour les services essentiels – pour plus de précisions, voir le tableau gradation des mesures Soutien à domicile.
Personnel engagé (par le résident ou la PPA) (ex. soins de pieds, coiffeuse, entretien ménager, etc.)	Permis Aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> limiter le nombre de personnes différentes par jour dans la RPA – condition à adapter selon la réalité du milieu; restreindre un service privé par jour par unité locative; accompagnement pour l'application des mesures PCI. 	Permis Aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> limiter le nombre de personnes différentes par jour dans la RPA – condition à adapter selon la réalité du milieu; restreindre un service privé par jour par unité locative; privilégier le recours à du personnel connu du milieu de vie et stable; accompagnement pour l'application des mesures PCI. 	Non permis Sauf pour services essentiels.	Non permis Sauf pour services 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)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Services privés offerts dans les murs de la RPA (ex. salon de coiffure, dépanneur)	Permis Avec respect rigoureux des consignes sanitaires. La clientèle autre que résidente est permise, toutefois les déplacements à l'intérieur de la RPA doivent être restreints entre l'entrée de la RPA et le commerce concerné.	Permis Seulement pour les résidents de la RPA, avec respect rigoureux des consignes sanitaires ⁴ , 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 ⁶ 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. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Salon de coiffure : non permis à l'instar des mesures pour la population générale. Dépanneur : permis seulement pour les résidents de la RPA, avec respect rigoureux des consignes sanitaires 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.	Isolement préventif ou isolement : Non permis. Si écloison est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l'autorisation de l'équipe PCI.
Bénévoles contribuant aux activités visant à prévenir le	Permis aux conditions suivantes : • limiter le nombre différent de bénévoles par jour;	Permis aux conditions suivantes : • limiter le nombre différent de bénévoles par jour;	Permis aux conditions suivantes : • limiter le nombre de bénévoles différents par jour;	Non permis

⁶ Pour plus d'informations, consulter le : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2997-soins-esthetiques-covid19>

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

TABLEAU C				
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
déconditionnement mental, cognitif et physique	<ul style="list-style-type: none"> • privilégier des équipes stables; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures. 	<ul style="list-style-type: none"> • privilégier des équipes stables; • formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; • si possible, limiter à un bénévole par résident. 	<ul style="list-style-type: none"> • privilégier des équipes stables; • 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. <p>Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis</p>	
Travailleurs de la construction ou de rénovation	Permis	Non permis Sauf pour terminer les travaux déjà débutés ou essentiels.	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité des résidents.	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité des résidents.
Visites de location	Permis Limiter le nombre de visites par jour et limiter à 3 le nombre de personnes présentes lors de la visite.	Permis Favoriser les visites virtuelles ou limiter la fréquence. 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.	Permis 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. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence :	Non permis Sauf pour urgence.

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)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
			Non permis	
Visites des équipes responsables de la certification des RPA de l'établissement	Permis	Permis	Permis	Non permis Sauf pour vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, avec accompagnement de l'équipe PCI.
Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS), d'inspection de la CNESST ou du MAPAQ	Permis	Permis	Permis	Permis
Visites ministérielles d'inspection	Permis	Permis	Permis	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	Permis	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 (sans période de quarantaine).	Permis Dépôt à l'accueil et le résident est responsable de venir récupérer sa livraison (sans période de quarantaine). Hygiène des mains avant et après la manipulation.	Permis Dépôt à l'accueil et le résident est responsable de venir récupérer sa livraison (sans période de quarantaine). Hygiène des mains avant et après la manipulation.	Permis Dépôt à l'accueil et le personnel est responsable d'aller porter la livraison au résident (sans période de quarantaine). Hygiène des mains avant et après la manipulation.
Animaux de compagnie qui accompagnent une personne proche aidante à l'intérieur ou à l'extérieur de la RPA	Permis, selon le règlement de la RPA.	Permis, selon le règlement de la RPA.	Permis, selon le règlement de la RPA.	Non permis
Nettoyage des vêtements des résidents par les familles	Permis	Permis	Permis	Non permis

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

TABLEAU C				
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)				
	Palier d’alerte 2	Palier d’alerte 3	Palier d’alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	<p>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.</p> <p>Ou</p> <p>Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile.</p>	<p>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.</p> <p>Ou</p> <p>Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile.</p>	<p>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.</p> <p>Ou</p> <p>Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile.</p> <p>Pour les territoires avec mesures spéciales d’urgence : Maximum 1 personne, avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) et une désinfection doit être faite après utilisation.</p> <p>Ou</p> <p>Les familles peuvent faire la lessive pour leurs proches à leur propre domicile.</p>	
Résidents				
Repas				
Salle à manger	<p>Permis avec mesures sanitaires strictes et aux conditions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> L’exploitant doit s’assurer que toutes les mesures ont été mises en place pour respecter en tout temps la distanciation physique de 2 mètres et les autres 	<p>Permis avec mesures sanitaires strictes et aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> L’exploitant doit s’assurer que toutes les mesures ont été mises en place pour respecter en tout temps la distanciation physique de 2 mètres et les autres mesures 	<p>Permis avec mesures sanitaires strictes aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> L’exploitant doit s’assurer que toutes les mesures ont été mises en place pour respecter en tout temps la distanciation physique de 2 mètres et les autres mesures 	<p>Isolement préventif ou isolement : Non permis.</p> <p>Si écloison est localisée : Non permis, sauf pour les unités non touchées, avec l’autorisation de l’équipe PCI.</p>

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

<p>TABLEAU C Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)</p>			
Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
<p>mesures PCI à l'intérieur de la salle à manger ainsi qu'aux abords de celle-ci.</p> <ul style="list-style-type: none"> Afin de réduire le nombre de personnes pouvant avoir accès en même temps à la salle à manger, plusieurs services pour un même repas devront être offerts aux résidents. Le nombre de résidents est déterminé selon la grandeur de la salle permettant le respect de la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents. Il est possible d'installer un plexiglas au milieu d'une petite table afin de permettre à un résident de s'y asseoir en face d'un autre résident sans avoir à respecter la distanciation physique. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans la salle à manger afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque service. Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. Retirer les repas style buffet et bar à salades. 	<p>PCI à l'intérieur de la salle à manger ainsi qu'aux abords de celle-ci.</p> <ul style="list-style-type: none"> Afin de réduire le nombre de personnes pouvant avoir accès en même temps à la salle à manger, plusieurs services pour un même repas devront être offerts aux résidents. Le nombre de résidents est déterminé selon la grandeur de la salle permettant le respect de la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents pour un maximum de 50 à 100 personnes. Il est possible d'installer un plexiglas au milieu d'une petite table afin de permettre à un résident de s'y asseoir en face d'un autre résident sans avoir à respecter la distanciation physique. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans la salle à manger afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque service. Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. Retirer les repas style buffet et bar à salades. 	<p>PCI à l'intérieur de la salle à manger ainsi qu'aux abords de celle-ci.</p> <ul style="list-style-type: none"> Afin de réduire le nombre de personnes pouvant avoir accès en même temps à la salle à manger, plusieurs services pour un même repas devront être offerts aux résidents. Le nombre de résidents est déterminé selon la grandeur de la salle permettant le respect de la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents pour un maximum de 35 à 50 personnes. Il est possible d'installer un plexiglas au milieu d'une petite table afin de permettre à un résident de s'y asseoir en face d'un autre résident sans avoir à respecter la distanciation physique. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces à risque élevé de contamination dans la salle à manger afin qu'elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque service. Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. 	

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)				
	Palier d’alerte 2	Palier d’alerte 3	Palier d’alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	<ul style="list-style-type: none"> Assurer une surveillance lors des déplacements afin que les résidents 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.). 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer une surveillance lors des déplacements afin que les résidents 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.). Les personnes proches aidantes et les visiteurs ne peuvent avoir accès à la salle à manger. 	<ul style="list-style-type: none"> Retirer les repas style buffet et bar à salades. Assurer une surveillance lors des déplacements afin que les résidents 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.). Les personnes proches aidantes et les visiteurs ne peuvent avoir accès à la salle à manger. 	
À l’unité locative	Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou pour respecter le choix du résident.	Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou pour respecter le choix du résident.	Non recommandé, sauf pour des conditions cliniques particulières ou pour respecter le choix du résident.	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 à l’intérieur comme à l’extérieur sur le terrain de la RPA	Permis avec un maximum de 25 personnes. En respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres, le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur), une hygiène des mains est requise à l’entrée de la salle d’activité. Si partage d’objet, désinfection avant et après chaque groupe. De plus, une attention	Permis avec un maximum de 10 personnes. En respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres, le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur), une hygiène des mains est requise à l’entrée de la salle d’activité et l’absence de partage d’objets. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces	Permis avec un maximum de 8 personnes. 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), une hygiène des mains est requise à l’entrée de la salle d’activité et en l’absence de partage d’objets. De plus, une attention particulière devra être apportée aux surfaces	Non permis Si l’éclosion est localisée : avec autorisation de l’équipe PCI.

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

TABLEAU C				
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)				
	Palier d’alerte 2	Palier d’alerte 3	Palier d’alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	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.	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.	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	Permis avec un maximum de 25 personnes En respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres, le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur), une hygiène des mains est requise à l’entrée de la salle. Si partage d’objet, désinfection avant et après chaque groupe. 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 une fois par jour. Pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. L’accès au vestiaire et aux	Permis avec un maximum 10 personnes Sous la supervision d’un membre du personnel 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 ou couvre-visage selon la directive en vigueur) lors des déplacements), une hygiène des mains est requise à l’entrée de la salle 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. L’accès au vestiaire et aux douches sont permis, aux conditions suivantes :	Permis avec maximum de 8 personnes Sous la supervision d’un membre du personnel 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 ou couvre-visage selon la directive en vigueur) lors des déplacements, une hygiène des mains est requise à l’entrée de la salle 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.

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)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	douches sont permis, aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Si la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents est respectée. • Si le nettoyage est effectué régulièrement dans la journée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents est respectée • Si le nettoyage est effectué régulièrement dans la journée. • Une hygiène des mains est requise à l'entrée de la salle d'activité. 	Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis à l'instar des mesures pour la population générale.	
Salle de conditionnement physique	Permis avec un maximum de 25 personnes. Sous la supervision d'un membre du personnel avec un nombre restreint de résidents, en fonction de la capacité d'accueil afin de respecter la distanciation physique de 2 mètres en tout temps et l'application rigoureuse des mesures PCI, dont le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) lors des déplacements. Une hygiène des mains est requise à l'entrée de la salle. Si partage d'objet, désinfection avant et après chaque usage. 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 une fois par jour.	Permis avec un maximum de 10 personnes. Sous la supervision d'un membre du personnel avec un nombre restreint de résidents en fonction de la capacité d'accueil afin de respecter la distanciation physique de 2 mètres en tout temps et l'application rigoureuse des mesures PCI, dont le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) lors des déplacements. Une hygiène des mains est requise à l'entrée de la salle. Si partage d'objet, désinfection avant et après chaque usage. 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 une fois par jour.	Non permis Sauf, si utilisée aux conditions suivantes: <ul style="list-style-type: none"> • à la suite d'une recommandation d'un professionnel de la santé; • sous la supervision d'un membre du personnel pour une utilisation individuelle (une personne à la fois) pour l'application rigoureuse des mesures PCI et le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur) lors des déplacements; • nettoyage et désinfection entre chaque usage. Le vestiaire doit rester fermé, sauf pour utilisation des salles de bain. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence :	Non permis

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

TABLEAU C				
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	<p>L'accès au vestiaire et aux douches sont permis, aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents est respectée; • Si le nettoyage est effectué régulièrement dans la journée. <p>Un registre de présence doit être tenu.</p>	<p>L'accès au vestiaire et aux douches sont permis, aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents est respectée; • Si le nettoyage est effectué régulièrement dans la journée. <p>Un registre de présence doit être tenu.</p>	<p>Non permis à l'instar des mesures pour la population générale.</p>	
Espaces communs partagés (ex. : bibliothèque, salon, etc.)	<p>Permis avec mesures sanitaires strictes, aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le nombre de résidents est déterminé selon la grandeur de la salle permettant le respect de la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents; • en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres; • avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur); • avec une hygiène des mains est requise à l'entrée de la salle d'activité; • si partage d'objet, désinfection avant et après chaque groupe (pour les 	<p>Permis avec mesures sanitaires strictes, aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le nombre de résidents est déterminé selon la grandeur de la salle permettant le respect de la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents; • en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres; • avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur); • avec une hygiène des mains est requise à l'entrée de la salle d'activité.; • aucun partage d'objets; • une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment touchées (« high touch ») et les surfaces 	<p>Permis avec mesures sanitaires strictes, aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le nombre de résidents est déterminé selon la grandeur de la salle permettant le respect de la distanciation physique de 2 mètres entre les résidents; • en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres; • avec le port du masque (médical ou couvre-visage selon la directive en vigueur); • avec une hygiène des mains est requise à l'entrée de la salle d'activité; • aucun partage d'objets; • une attention particulière devra être apportée aux surfaces fréquemment 	<p>Non permis</p> <p>Si l'écllosion est localisée : avec autorisation de l'équipe PCI pour utilisation individuelle seulement et nettoyage et désinfection après chaque usage.</p>

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)				
	Palier d’alerte 2	Palier d’alerte 3	Palier d’alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	<p>objets ne pouvant pas être désinfectés prévoir un délai de 24 heures avant réutilisation par une autre personne);</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Les personnes proches aidantes peuvent avoir accès aux espaces communs partagés.</p>	<p>à risque élevé de contamination dans l’aire commune afin qu’elle soit nettoyée et désinfectée minimalement entre chaque groupe;</p> <ul style="list-style-type: none"> pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. <p>Les personnes proches aidantes ne peuvent avoir accès aux espaces communs partagés sauf exception prévue (voir section s’adressant aux personnes proches aidantes et visiteurs).</p>	<p>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;</p> <ul style="list-style-type: none"> pour les unités de soins, le concept de bulle peut être appliqué. <p>Les personnes proches aidantes ne peuvent avoir accès aux espaces communs partagés</p>	
Espaces communs partagés (ex. : salle de billard, salle de quilles, etc.) où l’activité implique un partage d’objet	<p>Non permis</p> <p>Sauf pour utilisation individuelle et nettoyage et désinfection après chaque usage (pour les objets ne pouvant pas être désinfectés prévoir un délai de 24 heures avant réutilisation par une autre personne).</p>	<p>Non permis</p> <p>Sauf pour utilisation individuelle et nettoyage et désinfection après chaque usage (pour les objets ne pouvant pas être désinfectés prévoir un délai de 24 heures avant réutilisation par une autre personne).</p>	<p>Non permis</p> <p>Sauf pour utilisation individuelle et nettoyage et désinfection après chaque usage (pour les objets ne pouvant pas être désinfectés prévoir un délai de 24 heures avant réutilisation par une autre personne).</p>	

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)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Salle de cinéma maison, auditorium, etc.	Permis sous supervision d'un membre du personnel, 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 ou couvre-visage selon la directive en vigueur.	Permis sous supervision d'un membre du personnel 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 ou couvre-visage selon la directive en vigueur.	Permis sous supervision d'un membre du personnel 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 ou couvre-visage selon la directive en vigueur. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis à l'instar des mesures pour la population générale.	Non permis Si l'éclosion est localisée : avec autorisation de l'équipe PCI.
Activités de culte	Permis aux conditions suivantes : 250 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 en tout temps 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	Permis aux conditions suivantes : 100 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 en tout temps 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 groupe.	Permis aux conditions suivantes : 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 en tout temps 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	Non permis Si l'éclosion est localisée : avec autorisation de l'équipe PCI.

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

TABLEAU C				
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	désinfectées minimalement entre chaque groupe.		désinfectées minimalement entre chaque groupe.	
Activités socio-professionnelles (stages, travail, centre de jour, etc.)	Permis	Permis	Permis	Non permis Si écloison localisée : avec l'autorisation de l'équipe PCI.
			Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Suivre les mesures pour la population générale.	
Sorties extérieures seuls ou accompagnés (ex. : restaurant, pharmacie, commerce)	Permis	Permis Peut être accompagné d'une ou deux PPA. Se référer aux consignes applicables pour la population générale pour les commerces et restaurant.	Permis Peut être accompagné d'une ou deux PPA. Se référer aux consignes applicables pour la population générale pour les commerces et restaurant.	Isolement préventif/Isolement : Non permis En écloison : Non permis (sauf avec autorisation de l'équipe PCI).
			Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Suivre les mesures pour la population générale.	
Marche extérieure	Permis	Permis	Permis	Isolement préventif/Isolement : Non permis Si écloison 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, 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	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 écloison localisée : Non permis, sauf avec autorisation de l'équipe PCI.

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

TABLEAU C				
Directives applicables dans les résidences privées pour aînés (RPA)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
	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 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.	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 ⁷ ou autres rendez-vous (ex. notaire)	Permis	Permis Peut être accompagné d'une ou deux PPA.	Permis Peut être accompagné d'une ou deux PPA.	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 écloison localisée : limiter la fréquence aux sorties essentielles.
Sorties extérieures pour plus de 24 heures ⁸ sans rassemblement (ex. : chalet personnel)	Permis	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 ⁸	Limiter la fréquence En respect des consignes émises par la Santé publique pour la population générale.	Non permis Sauf pour une personne résidant seule en respect des consignes émises par la santé publique pour la population générale.	Non permis Sauf pour une personne résidant seule en respect des consignes émises par la santé publique pour la population générale.	Non permis
Surveillance des symptômes	Quotidiennement à l'unité de soins seulement	Quotidiennement à l'unité de soins seulement	Quotidiennement à l'unité de soins seulement	Quotidiennement à l'unité de soins seulement

⁷ Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur – voir tableau A-2.

⁸ Des précisions sont apportées dans la directive portant sur les trajectoires DGAPA-005 en vigueur – voir tableau B-3.

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)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Personnel/remplaçant/stagiaire⁹				
Personnel/remplaçants dédiés à un milieu de vie	Recommandé	Fortement recommandé.	Fortement recommandé.	Obligatoire.
Personnel/remplaçants dédiés à l'étage ou l'unité ou en respectant les différentes zones (chaude, tiède, froide)	Recommandé	Recommandé	Fortement recommandé.	Obligatoire, incluant salle de repos dédiée à un étage ou unité.
Recours au personnel d'agence	Se référer à l'arrêté ministériel 2021-017 du 26 mars 2021	Se référer à l'arrêté ministériel 2021-017 du 26 mars 2021	Se référer à l'arrêté ministériel 2021-017 du 26 mars 2021	Se référer à l'arrêté ministériel 2021-017 du 26 mars 2021
Changement de vêtements avant et après chaque quart de travail ¹⁰	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
Autres services offerts par la RPA				
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	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

⁹ Doit également être en conformité avec d'autres directives ministérielles ou arrêtés ministériels s'appliquant aux ressources humaines, notamment la directive sur les stagiaires.

¹⁰ Par ailleurs, comme les RPA sont des milieux de vie, le fait de devoir changer de vêtements n'implique pas de devoir porter un uniforme.

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)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
agents de sécurité si le besoin est reconnu par le CISSS ou CIUSSS. ¹¹				
Entretien des vêtements et de la literie	Permis Maintenir l'intensité habituelle.	Permis Maintenir l'intensité habituelle. Si de rupture de services, prioriser les clientèles plus vulnérables ou ayant des besoins spécifiques (ex. : résident 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. : résident 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 du résident, 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 de bain communes doivent être nettoyées et désinfectées au minimum une fois par jour.	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 de bain communes doivent être nettoyées et désinfectées au minimum une fois par jour.	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 de bain communes doivent être nettoyées et désinfectées au minimum une fois par jour.	Suspendre les services d'entretien ménager, excepté si l'interruption de ce service compromet l'intégrité ou la sécurité du résident, notamment en raison d'un risque d'insalubrité. Prise en charge de la gestion des services devant être maintenus par le RSSS lorsque ces services sont habituellement offerts par un autre prestataire que la RPA. Dans les espaces communs, assurer l'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés et des surfaces à potentiel élevé de contamination (notamment les boutons d'ascenseurs, poignées

¹¹ 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.

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)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
			<p>Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Limiter la fréquence des services d'entretien ménager offerts par la RPA ou par une EESAD ou par un travailleur dans le cadre de la modalité AD/CES. Cependant, ne pas limiter la fréquence des services si ceci compromet l'intégrité ou la sécurité du résident, notamment en raison d'un risque d'insalubrité.</p> <p>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 de bain communes doivent être nettoyées et désinfectées au minimum une fois par jour.</p>	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.	Maintenir l'intensité habituelle. Évaluer la possibilité que le résident 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 le résident 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 du résident et de la personne proche aidante.

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)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
				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 habituellement dispensés dans le cadre de l'AD/CES.
Distribution des médicaments	Permis	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

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)				
	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement Ou en Écllosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Services de soins infirmiers	Maintenir l'intensité habituelle	Maintenir l'intensité habituelle	Poursuivre uniquement les services infirmiers essentiels	Poursuivre uniquement les services infirmiers essentiels.
Services de répit ou de convalescence par la RPA	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la Directive DGAPA-005, tableau B-2.	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la Directive DGAPA-005, tableau B-2.	Permis selon les mêmes conditions qu'une nouvelle admission en provenance de la communauté prévues à la Directive DGAPA-005, tableau B-2.	Suspendu

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_Immunosuppression.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.

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

Pour les milieux de vie mixtes RPA-RI, les directives distinctes s'appliquent à chacune des situations aux conditions suivantes :

- les places RPA sont sur un étage ou un bâtiment différent des places RI;
- les pièces communes ne sont pas fréquentées à la fois par les résidents de la RPA et les usagers de la RI.

Toutefois, si les milieux ne sont pas distincts selon les conditions précitées, les directives selon la vocation principale (majorité de places RI, RTF ou RPA) seront celles applicables.

Les directives RPA concernant le port du masque 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-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 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Visiteurs¹				
À l'intérieur et à l'extérieur (sur le terrain) du milieu	Non permis à l'intérieur, sauf pour les milieux de type cellule familiale comme les RTF, et ce, en respect des consignes émises par la santé publique pour la population en générale. 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 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'utilisateur 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.	Permis en respect des consignes émises par la santé publique pour la population générale.	Non permis
Parents²(ou toute autre personne en contexte d'ordonnance)				
Visites à l'intérieur du milieu dans la chambre de l'utilisateur	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.	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.

¹ **Visiteurs** : Toute personne qui souhaite visiter l'utilisateur. 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 contraignantes s'appliquent.

² Pour les parents qui proviennent d'une région n'ayant pas le même palier d'alerte que celui où est situé le milieu de vie, les directives du palier d'alerte les plus contraignantes s'appliquent.

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

Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Visites à l'extérieur du milieu sur le terrain	Permis en respect des consignes émises par la santé publique pour la population en générale en respectant en tout temps la distanciation physique de 2 mètres.	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.	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.)	Permis Favoriser la consultation et l'intervention en présence. Lorsque requis ou selon le jugement clinique, la consultation et l'intervention peuvent se faire à distance.	Favoriser la consultation et l'intervention en présence. Lorsque requis ou selon le jugement clinique, la consultation et l'intervention peuvent se faire à distance.	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.
Personnel rémunéré par la ressource pour des activités de loisirs	Permis À la condition suivante : <ul style="list-style-type: none"> formation PCI obligatoire offerte par l'établissement. 	Permis Aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> sous supervision; formation PCI obligatoire offerte par l'établissement; fortement recommandé que le personnel soit dédié à un milieu de vie. 	Permis Aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> sous supervision; formation PCI obligatoire offerte par l'établissement; le personnel doit être dédié à un seul milieu de vie; avec l'autorisation de l'équipe PCI. 	Non permis
Chanteur	Non permis	Non permis	Non permis	Non permis

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

Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Bénévole(s) qui entrent dans la ressource	Permis aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> limiter le nombre différent de bénévoles par jour; privilégier une équipe stable; formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures. 	Permis aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> limiter le nombre différent de bénévoles par jour; privilégier une équipe stable; formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; si possible, limiter à un bénévole par usager. 	Permis aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> limiter le nombre de bénévoles différents par jour; privilégier une équipe stable; formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures; si possible, limiter à un bénévole par usager; en concertation entre le responsable de la ressource, l'équipe PCI locale et l'équipe clinique, le cas échéant. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Non permis	Non permis
Travailleurs pour la construction, la rénovation ou la réparation	Permis	Permis Pour terminer les travaux déjà débutés ou essentiels.	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité.	Non permis Sauf pour les réparations et l'entretien nécessaires pour assurer la sécurité.
Visites de vigie PCI (MSSS, RSSS), visites de vigie de la qualité du milieu de vie (MSSS) ou d'inspection de la CNESST ou du MAPAQ	Permis	Permis	Permis	Permis
Visites d'évaluation ministérielle de la qualité des milieux de vie (MSSS)	Permis	Non permis	Non permis	Non permis
Visites du processus de contrôle de la qualité des services rendus à l'utilisateur	Permis	Permis	Permis	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.	Permis Hygiène des mains avant et après la manipulation.

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

Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Animaux de compagnie qui accompagnent le « parent » à l'intérieur et à l'extérieur du milieu de vie	Permis selon la directive du milieu de vie, lorsque applicable, et suivant une entente préalable avec le milieu de vie.	Permis selon la directive du milieu de vie, lorsque applicable, et suivant une entente préalable avec le milieu de vie.	Permis selon la directive du milieu de vie, lorsque applicable, et suivant une entente préalable avec le milieu de vie.	Non permis
Hébergement temporaire (répit, dépannage) Exclut les placements d'urgence	Permis	Permis	Permis si l'objectif est d'éviter une dégradation de la situation qui pourrait entraîner que la sécurité de l'enfant soit compromise. Une analyse clinique doit être faite.	Non permis Sauf si l'utilisateur en besoin d'hébergement temporaire est COVID-19 positif.
Usagers				
Repas à la salle à manger	Permis	Permis	Permis	Non permis pour la personne concernée
Repas à la chambre	Non recommandé.	Non recommandé	Non recommandé	Obligation pour la personne concernée
Activités de groupe	Permis	Permis	Permis	Non permis 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.	Se référer aux directives du ministère de la Famille / du ministère de l'Éducation. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Suivre les mesures pour la population générale.	Non permis
Activités socio-professionnelles/ cliniques ou thérapeutiques (intégration par les stages, travail, centre de jour, etc.)	Permis En cohérence avec l'algorithme décisionnel sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant.	Permis En cohérence avec l'algorithme décisionnel sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant.	Permis En cohérence avec l'algorithme décisionnel sous la responsabilité du DPJ, le cas échéant. Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Suivre les mesures pour la population générale.	Non permis

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

Mesures	Palier d'alerte 2	Palier d'alerte 3	Palier d'alerte 4	Isolement préventif / Isolement ou en éclosion (au moins 2 cas confirmés dans le milieu de vie)
Sorties extérieures (restaurants, pharmacie, etc.)	Permis, en respect des consignes émises pour la population générale.	Permis, en respect des consignes émises pour la population générale.	<p>Limitier aux sorties essentielles ou/et privilégier la livraison pour le restaurant, la pharmacie, les commerces.</p> <p>Pour les territoires avec mesures spéciales d'urgence : Suivre les mesures pour la population générale.</p>	Non permis pour tous.
Marches à l'extérieur	Permis	Permis	Permis	Non permis pour la personne concernée.
Personnel/remplaçant/stagiaire³				
Personnel/remplaçant dédié au milieu de vie	Recommandé.	Fortement recommandé.	Fortement recommandé.	Obligatoire.

N.B. Les facteurs de vulnérabilité des autres personnes vivant dans ces RI-RTF (usagers ainsi que les responsables et les membres de leur famille) doivent néanmoins, dans le cadre des consignes, des mesures et informations émises par la Direction de la santé publique, être pris en considération pour identifier les directives qu'il serait raisonnable d'appliquer (catégorie 2 ou 4).

Les 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_Immunosuppression.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 : 22-07-2020

Mise à jour : 19-05-2021

Directive ministérielle

DGAPA-007.

REV3

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

Directives CHSLD

Remplace la directive

DGAPA-007.REV2 émise le 21 avril 2021

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



Destinataires :	<ul style="list-style-type: none">- CISSS et CIUSSS- Directeurs SAPA- Directeurs de la qualité- Établissements PC et PNC
-----------------	---

Directive	
Objet :	<p>Considérant la campagne de vaccination qui est toujours en cours dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), le nombre d'éclosions de la COVID-19 encore actives, la situation épidémiologique actuelle qui demeure critique dans plusieurs régions ainsi que les risques pouvant être associés aux nouveaux variants, il est nécessaire de poursuivre l'application de toutes les mesures actuelles qui visent à limiter la propagation de la COVID-19.</p> <p>Cette mise à jour présente une nouvelle section portant sur les mesures d'adaptation à prendre lors d'un isolement dans le contexte de la pandémie à la COVID-19.</p>
Mesures à implanter :	<ul style="list-style-type: none">✓ Admission des nouveaux résidents dans le CHSLD✓ Soins et services dans le milieu de vie✓ Concept de bulle de vie✓ Consignes générales pour la gestion et le contrôle des infections✓ Pratiques de base de prévention et contrôle des infections à mettre en place

	<ul style="list-style-type: none">✓ Autres mesures de prévention et de contrôle des infections applicables✓ Zones froides, tièdes et chaudes✓ Mesures d'adaptation à l'isolement✓ Équipements de protection individuelle requis✓ Travailleurs de la santé✓ Critères pour le rétablissement de la personne✓ Hébergement temporaire (lits de répit)✓ Documents de référence pour les mesures de prévention et de contrôle des infections applicables✓ En complément, se référer aux annexes :<ul style="list-style-type: none">• Niveau de soins en CHSLD (annexe 1)• Symptômes typiques COVID-19 (annexe 2)• Évaluation clinique de l'infirmière (annexe 3) <p>Nous vous référons au tableau : COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte pour prendre connaissance des mesures additionnelles s'appliquant sur votre territoire. Le document est disponible sur le site Web du MSSS via le lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002991/</p>
--	--

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Direction ou service ressource :	Direction de la qualité des milieux de vie (DQMV)
Documents annexés :	Aucun

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Natalie Rosebush

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie



Directive

CONSIGNES POUR LES CHSLD

1. Admission de nouveaux résidents dans le CHSLD

- En ce qui concerne les modalités et les principes à considérer lors d'une admission en CHSLD, se référer aux trajectoires applicables selon la situation de l'utilisateur.
- Lors d'une nouvelle admission en provenance d'un centre hospitalier (CH), il est recommandé de procéder à la vaccination du nouveau résident avant son accueil en CHSLD. Toutefois, la non-vaccination de l'utilisateur ne peut justifier le report de son admission. La vaccination d'une personne âgée de 65 ans et plus qui n'a pas déjà été vaccinée dans la communauté devrait l'être dès que possible par les équipes du CH, dans le respect de son consentement.
- Les milieux d'hébergement sont soumis à la décision du mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) pour les résidents qui y sont orientés.
- Lors d'une nouvelle admission en CHSLD, le résident pourra être accompagné par une ou deux personnes de son choix, et ce, selon les directives en vigueur¹.

1.1 Transfert entre CHSLD

- Les milieux d'hébergement sont soumis à la décision du mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) pour les résidents qui y sont orientés.
- Le milieu retenu doit procéder à l'admission au milieu d'hébergement de manière à favoriser la sécurité du résident sur les unités. Si le CHSLD retenu pendant la pandémie n'est pas le milieu souhaité par le résident, il est permis de transférer un résident². En ce sens, le résident qui est hébergé dans un CHSLD de transition peut être transféré vers le CHSLD de son choix.

¹ Se référer au tableau sur la gradation des mesures selon les paliers d'alerte au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002991/>

² En respect de l'arrêté ministériel du 7 avril 2021, numéro 2021-023, où il est spécifié que les déplacements entre les régions sont permis lorsque le déplacement est nécessaire pour obtenir des soins ou des services requis par l'état de santé de l'utilisateur.

- Si les deux installations ne sont pas sous la même gouverne, les deux CHSLD doivent être en accord avec le transfert.
- Si le transfert s'effectue entre deux régions, ce sont les mesures du palier supérieur qui s'appliquent que ce soient celles du CHSLD de départ ou d'accueil (ex. Transfert d'un CHSLD de palier orange vers un CHSLD de palier rouge, ce sont les mesures du palier rouge qui s'appliquent. De même, lors d'un transfert d'un CHSLD en palier rouge vers un CHSLD en palier orange, jaune ou vert, ce sont les mesures du palier rouge qui s'appliquent également).
- Conditions générales pour le transfert dans tous les paliers d'alerte:
 - Les 2 CHSLD sont sans éclosion (milieux froids);
 - Suivre les recommandations de l'équipe PCI sur les mesures PCI à mettre en place;
 - Procéder au dépistage avec le mode de prélèvement le moins intrusif possible pour le résident 24-48 heures avant le transfert;
 - S'assurer que le test de dépistage est négatif, sinon reporter le transfert;
 - S'assurer que l'utilisateur transféré n'a pas de symptômes liés à la COVID-19 ou n'est pas un contact étroit d'un cas confirmé à la COVID-19;
 - Les mesures PCI doivent être appliquées de façon rigoureuse pendant le transfert.
- Conditions spécifiques pour le transfert selon les paliers d'alerte :

Transfert dans la même région en palier rouge :

Transfert dans une autre région en palier rouge :

Transfert du palier rouge vers une région de palier inférieur (orange, jaune ou vert) :

- Accueil en zone tiède avec un isolement préventif de 14 jours et surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours.

À partir du palier orange, lorsque les transferts se font dans une même région (orange) ou vers une autre région de palier orange ou palier inférieur (jaune ou vert) :

- Accueil en zone froide, aucun isolement préventif si l'utilisateur répond à l'ensemble des conditions suivantes :
 - L'utilisateur a reçu minimalement 1 dose du vaccin depuis 28 jours ou plus (valider l'information selon le registre de vaccination et le documenter au dossier du résident);
 - Surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours dans le milieu d'accueil;
 - Faire test de dépistage au jour 5 et 12.

Sinon accueillir en zone tiède avec un isolement préventif de 14 jours et surveillance accrue des symptômes pour une période de 14 jours.

- Lors d'une nouvelle admission en CHSLD suivant le transfert entre deux CHSLD, le résident pourra être accompagné par une ou deux personnes de son choix, et ce, selon les directives en vigueur et le palier d'alerte³.

2. Soins et services dans le milieu de vie

- Maintenir, peu importe que le CHSLD soit en éclosion ou non, l'ensemble des soins et des services de base, notamment le lever, l'habillage, l'aide à la marche et aux déplacements et les soins d'hygiène, selon les modalités correspondant aux préférences du résident.
- De plus, se référer au Guide de réorganisation et de délestage des activités (20-MS-07435-70) pour avoir des indications sur les activités qui doivent être maintenues.
- Accentuer les actions visant à prévenir le déconditionnement des résidents tout en respectant les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) ainsi que les directives de la santé publique en vigueur.

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

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

Se référer aux documents suivants :

- Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie, notamment en RPA, RI-RTF et CHSLD pour la clientèle aînée disponible sur le site Web du MSSS au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002719/?&txt=d%C3%A9conditionnement&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC.
 - Directives pour prévenir le déconditionnement des personnes ayant une déficience, un trouble du spectre de l'autisme ainsi que celles ayant une problématique de santé physique nécessitant des services de réadaptation fonctionnelle intensive, modérée ou post-aigüe en contexte de pandémie disponible sur le site Web du MSSS au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002720/?&txt=d%C3%A9conditionnement&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC.
- Intégrer, aux équipes régulières du CHSLD, dans la mesure du possible, des personnes supplémentaires qui sont en mesure d'offrir du soutien aux équipes en

³ Se référer au tableau sur la gradation des mesures selon les paliers d'alerte au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002991/>

place, d'assurer une surveillance des résidents ou de leur consacrer du temps pour les divertir.

- Le nettoyage des vêtements des résidents par les familles est permis peu importe le palier d'alerte du territoire concerné, sauf lorsque le résident est en isolement préventif, en isolement ou lorsque le milieu de vie est en éclosion.
- La livraison pour les usagers (nourriture, achats, etc.) et biens apportés par les familles est permise pour tous les paliers d'alerte. **Se référer au tableau A-Gradation des mesures pour les mesures à appliquer en fonction des paliers d'alerte.**
- **Se référer au tableau A-Gradation des mesures dans les milieux de vie pour connaître les mesures concernant les sorties extérieures sur le terrain et à l'extérieur du CHSLD en fonction des paliers d'alerte.**

3. Soins palliatifs et de fin de vie en CHSLD

- Référer aux directives en vigueur disponibles sur le site Web du MSSS au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002955/?&txt=soins%20palliatifs&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC

4. Concept de bulle de vie

L'**objectif** de l'application du concept de bulle est de maintenir la qualité de vie des résidents en période de pandémie tout en s'assurant de prévenir et de contrôler la transmission de la COVID dans le milieu de vie. Ce concept constitue l'un des moyens pouvant être mis en place par un CHSLD. S'il ne peut s'appliquer, la distanciation physique de deux mètres entre les résidents et le port du masque médical⁴ doivent impérativement être respectés sauf pour les exceptions prévues à la directive DGSP-014, par exemple, lorsque l'usager ne tolère pas le masque.

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

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

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

⁴ Afin d'alléger le texte, un masque médical équivaut à un masque de qualité médical.

- le maintien des contacts humains (sans le port du masque) et la proximité physique entre les résidents d'une même bulle (à moins de 2 mètres);
- le partage des objets, notamment lors des activités de loisirs (ex. : cartes, casse-tête, livres, balles);
- l'occupation optimale des lieux communs tels que les salons et les salles à manger;
- d'éviter l'isolement lorsque non requis. Ainsi, l'isolement est réservé pour les résidents suspectés ou atteints de la COVID-19.

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

- Le concept de bulle s'applique uniquement en zone froide et ne s'applique pas en zone tiède et ni en zone chaude.
- Une bulle est constituée exclusivement de résidents. Les personnes qui interagissent avec la bulle n'en font pas partie (notamment les membres du personnel, les visiteurs, les bénévoles, etc.).
- Une bulle peut regrouper un nombre variable de résidents, idéalement dix résidents, et ce, jusqu'à un maximum de douze résidents. Ce nombre maximum pourrait être adapté dans les unités prothétiques, sur autorisation de l'équipe de PCI de l'établissement ou du directeur de santé publique, et ce, en tenant compte du profil des résidents.
- La composition des bulles devrait être déterminée au terme d'un processus interdisciplinaire où les aspects fonctionnels, environnementaux et sociaux (exemple, par intérêts des résidents) ont été considérés de manière à répondre le plus adéquatement aux besoins des résidents.
- Les résidents qui font partie d'une même bulle doivent toujours être les mêmes.
- Les résidents constituant une même bulle doivent être facilement identifiables (par exemple, des pastilles de couleur sur les chaises ou à l'entrée de la chambre, liste(s) affichée(s) au poste, etc.). Cette information doit être facilement disponible et bien connue des membres du personnel afin que les résidents d'une même bulle demeurent toujours au sein de la même cellule, puissent se côtoyer librement et participer ensemble aux différentes activités.
- Lors d'une activité de loisir, il est recommandé de procéder à une désinfection préalable, et après chaque usage, des différents objets (ex. : jeux, crayons, etc.) que se partagent les résidents d'une même bulle.
- Une attention particulière doit être apportée à l'hygiène des mains des résidents qui constituent une bulle, et ce, plusieurs fois par jour.
- L'introduction d'un résident nouvellement admis est possible pour compléter une bulle ou pour remplacer un résident l'ayant quittée, lorsque ce dernier a complété la période d'isolement préventif recommandé lors d'une admission.

- Si des résidents de différentes bulles doivent se côtoyer, la distanciation physique, le port du masque médical et les mesures PCI recommandées doivent être respectés. Il est de la responsabilité de l'équipe d'intervenants du milieu (membres du personnel, intervenant, gestionnaire, bénévoles, visiteurs, etc.) de soutenir les résidents pour s'assurer que cette mesure soit bien appliquée particulièrement pour les résidents qui ont de la difficulté à reconnaître leur appartenance à une bulle en raison de leur perte cognitive.
- Lors des activités de groupe, la distanciation physique de deux mètres entre les différentes bulles doit être respectée en tout temps.
- Les membres du personnel, les personnes proches aidantes, les visiteurs, les bénévoles, etc., qui sont en contact avec les résidents doivent respecter rigoureusement les mesures PCI recommandées, porter les équipements de protection individuelle (ÉPI) requis, procéder à l'hygiène des mains et respecter les règles de distanciation physique pour éviter l'introduction de l'infection dans une bulle et la transmission de l'infection entre les différentes bulles.
- Les différents intervenants qui entrent en contact avec une bulle doivent être stabilisés et limités afin de réduire au maximum le risque d'introduction de l'infection dans la bulle à partir d'une source externe.
- Les différents intervenants qui sont amenés à passer d'une bulle à l'autre (ex. : infirmier, infirmière auxiliaire, intervenant en loisirs, thérapeute en réadaptation physique, bénévoles, etc.) doivent appliquer les mesures PCI recommandées (port adéquat des ÉPI, hygiène des mains) afin de réduire au maximum le risque de propagation du virus entre les bulles. Lorsque cela est possible, leur route de travail devrait être organisée de manière à limiter les allers-retours entre les résidents de différentes bulles au cours d'un même quart de travail.
- Il n'est pas permis que les visiteurs et les personnes proches aidantes fréquentent des résidents de différentes bulles, sauf pour des situations particulières.
- Le concept de bulle doit être expliqué aux familles lorsqu'il est mis en place dans un CHSLD. Le consentement du résident ou de son représentant légal est requis afin d'assurer la compréhension et l'acceptation de ce concept, notamment par l'indication d'une note au dossier du résident.
- Si un résident de la bulle est suspecté ou atteint de la COVID-19 ou si un membre du personnel est suspecté ou atteint de la COVID-19 : se référer à l'équipe PCI pour les mesures à adopter et l'informer que le concept de bulle a été appliqué.

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

- Des ressources humaines doivent être disponibles dans le CHSLD pour l'accueil et l'accompagnement des visiteurs, des bénévoles et des employés embauchés par les familles, notamment pour superviser l'application des mesures PCI requises.
- Des ressources humaines doivent aussi être disponibles dans le CHSLD pour accueillir, accompagner et former les personnes proches aidantes sur les précautions additionnelles et le port de l'équipement de protection individuelle requis (hygiène des mains, l'hygiène et l'étiquette respiratoire, mesures de distanciation

physique, l'utilisation des ÉPI, etc.). Même chose pour les « dames de compagnie » embauchées par les résidents ou leurs familles, si leurs fonctions sont semblables à celles des personnes proches aidantes.

- Un accompagnement des personnes qui accèdent au CHSLD (visiteurs, personnes proches aidantes, bénévoles, employés embauchés par un résident ou sa famille, etc.) est nécessaire afin de valider l'absence de critères d'exclusion en lien avec les symptômes liés à la COVID-19. Les critères d'exclusion sont les suivants :
 - personnes infectées par la COVID-19 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 exposées 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);
 - personnes vivant sous le même toit qu'un contact d'un cas confirmé en attendant des résultats;
 - 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.

La personne proche aidante ou le visiteur qui souhaite procéder à un test de dépistage peut le demander à l'établissement. En aucun cas, le milieu ne peut exiger à la personne proche aidante ou au visiteur d'obtenir un test de dépistage négatif pour avoir accès au CHSLD.

- Des masques médicaux doivent être disponibles en quantité suffisante et accessibles pour que les visites soient permises.
- Un registre des visiteurs, des personnes proches aidantes, des bénévoles et du personnel présent de façon ponctuelle dans l'installation (p. ex. : dentiste, hygiéniste dentaire, audioprothésiste, etc.), doit être tenu afin que ceux-ci puissent rapidement être contactés par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et d'isolement préventif si cela était requis. Le registre en CHSLD doit recueillir le minimum de renseignements personnels nécessaires pour faciliter les enquêtes épidémiologiques des autorités de santé publique (nom, numéro de téléphone ou adresse courriel, date et heure de présence, chambre du résident visité).
- Les membres du personnel⁵ ne doivent pas travailler dans plus d'un CHSLD afin de prévenir la contamination d'une installation à l'autre.

⁵ Se référer au tableau sur la gradation des mesures selon les paliers d'alerte au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002991/>

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

- Renforcer l'affichage aux entrées de l'installation spécifiquement aux mesures à mettre en place en contexte de pandémie :
 - promouvoir l'hygiène des mains;
 - l'étiquette respiratoire;
 - afficher les consignes concernant le port du masque médical.
- Éviter l'affichage à l'intention du personnel sauf pour ce qui est de l'affichage relié à la COVID-19. Celui-ci doit être tenu à jour et retiré lorsqu'il n'est plus requis (ex. : affiches sur les zones chaudes ou les mesures particulières aux portes des chambres des résidents lorsqu'il n'y a plus d'éclosion).
- Aucun affichage présentant des informations confidentielles ou la situation clinique d'un résident ne devrait se retrouver sur les murs ou à la vue de tous dans un CHSLD.
- Inscrire les indications⁶ pour les visiteurs, les personnes proches aidantes et les bénévoles, en fonction du palier d'alerte du territoire concerné.
- Si requis, augmenter le nombre de dispensateurs de solution hydroalcoolique disponibles dans le CHSLD (ex : salle à manger, salle d'activité, corridors, etc.). Si les résidents y ont accès, vous devez vous assurer qu'ils ne constituent pas un risque pour ceux qui ne sont pas en mesure de s'en servir de façon adéquate.
- Les produits dangereux, par exemple les produits désinfectants, ne doivent pas être accessibles aux résidents.
- Dispenser, dans les meilleurs délais, la formation sur l'hygiène des mains à tout le personnel à l'aide de la capsule d'information disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://fcp.rtss.qc.ca/local/html-courses/hygiene/story.html>.
- Un taux d'observance de 100 % de l'hygiène des mains doit être visé sur tous les quarts de travail. Ce qui signifie que le personnel doit faire une hygiène des mains à différents moments et le plus souvent possible et surtout où cela est recommandé (à l'entrée et à la sortie de l'installation, avant et après avoir touché son masque, avant et après tout contact avec le résident ou son environnement, avant toute procédure qui requiert l'asepsie (ex. : insertion d'une sonde urinaire), après avoir été en contact avec des liquides biologiques, à toutes les étapes du retrait de l'ÉPI, etc.).
- Rendre disponibles et obligatoires les formations mises à la disposition des employés du CHSLD sur le site de l'ENA aux adresses suivantes : <https://fcp.rtss.qc.ca/> ou <https://fcp-partenaires.ca/>.
- Des personnes, sur place dans chacun des CHSLD, doivent être identifiées comme responsables PCI et comme champions PCI, avoir reçu une formation et par la suite, s'assurer du maintien des bonnes pratiques en tout temps (surveillance et intervention au besoin).
- Sur le terrain du CHSLD, les mesures de PCI doivent s'appliquer à tous telles que les pratiques de base (dont l'hygiène des mains), la distanciation physique, le port de l'ÉPI (masque médical, protection oculaire selon les mesures sanitaires en vigueur) et les précautions additionnelles (port des ÉPI requis selon la situation clinique).
- Lorsqu'un résident est de retour de l'extérieur, toutes les mesures de prévention et de contrôle des infections doivent être appliquées de façon exemplaire. Par exemple, porter un masque médical et procéder à l'hygiène des mains.

⁶ IDEM

- La distanciation physique de deux mètres demeure une mesure requise en tout temps, lorsque possible. Une attention particulière doit être apportée sur le terrain de l'installation pendant les pauses de même que lors des déplacements vers le lieu de travail (transport en commun, covoiturage, etc.) à la fois pour la distanciation physique de 2 mètres et pour le port des ÉPI selon les mêmes indications que pour la population générale.

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

- Effectuer des audits de processus (ex. : mettre et retirer les ÉPI adéquatement, mesures en hygiène et salubrité, respect des zones, nettoyage et désinfection des équipements de soins entre usagers, hygiène des mains, etc.).
- Assurer l'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection en fonction des procédures de l'établissement et selon les recommandations de l'INSPQ.
- L'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés, des surfaces à potentiel élevé de contamination dans les chambres (notamment les ridelles de lit, la cloche d'appel, les poignées de porte, etc.) et dans les aires communes (notamment, boutons d'ascenseurs, les poignées de porte, etc.) et les salles de bain communes doit être effectuée. Utiliser un produit homologué par Santé Canada et efficace contre le virus de la COVID-19. Ces équipements et surfaces doivent être nettoyés et désinfectés au moins une fois par jour (à augmenter selon l'achalandage, la situation épidémiologique ou lors d'éclosion). Désigner un employé pour cette tâche.

8. Zones froides, tièdes et chaudes⁷

a) Création de zones dans les CHSLD lorsque requis :

- Zone froide : clientèle sans COVID-19 ou rétablie⁸;
- Zone tiède : pour les cas COVID-19 suspects ou en investigation (en raison de présence de symptômes ou d'un contact étroit avec une personne COVID positive) ou pour les usagers lors d'une nouvelle admission ou en raison d'un retour en CHSLD en provenance d'un séjour de plus de 24 h en centre hospitalier ou milieu de réadaptation selon les trajectoires en vigueur⁹;
- Zone chaude : pour les cas COVID-19 confirmés.

- De façon générale, la création d'une zone chaude ou tiède se fait par le biais d'un regroupement (cohorte¹⁰) de résidents atteints ou suspectés de la COVID-19 dans un endroit dédié dans le CHSLD. Si vous ne pouvez dédier tout un étage ou toute une unité à une zone chaude ou tiède, vous devez placer une barrière physique délimitant la zone chaude ou tiède et maintenir une séparation spatiale

⁷ Se référer également à la publication de l'INSPQ sur les Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19>

⁸ Se référer à la section 11 de la directive Critères pour le rétablissement de la personne.

⁹ 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 au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002999/>

¹⁰ Une zone tiède devrait être à la chambre, toutefois, il est possible de regrouper en cohorte plusieurs chambres identifiées comme zone tiède au sein d'une unité, d'une portion définie d'une unité.

d'au moins 2 mètres entre les résidents. Ainsi, une zone tiède ou chaude peut-être constituée de l'entièreté d'une unité, d'une portion définie d'une unité ou encore d'une chambre individuelle. Bien identifier les chambres et les zones, par exemple : affiche, code de couleurs, etc.

- Dès l'apparition de signes et symptômes (apparition ou aggravation d'une toux, fièvre, difficulté respiratoire, perte soudaine d'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte de goût - voir annexe 2), le résident est considéré comme un cas suspecté ou en investigation de la COVID-19 : le transférer en zone tiède dans un endroit dédié du CHSLD ou le garder à sa chambre, selon l'évaluation de la situation par l'équipe en prévention et contrôle des infections. Ne pas placer les usagers suspectés ou sous investigation dans la même chambre que les usagers confirmés à la COVID-19 ou les usagers sans COVID ou rétablis.
- Il n'est pas nécessaire de conserver une zone tiède ou une zone chaude dans un CHSLD si elles ne sont pas utilisées par des résidents. L'important est de prévoir des modalités afin que celles-ci soient mises en place lorsque requis, et ce, dans un délai acceptable.
- S'assurer que la planification territoriale de la gestion des lits en CHSLD en contexte de pandémie à la COVID-19 soit maintenue à jour en fonction de la situation épidémiologique de la région. Se référer à la directive DGAPA-011 sur le Plan de gestion des lits en CHSLD en contexte de pandémie à la COVID-19 disponible à l'adresse suivante :

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002708/?&txt=plan%20de%20gestion&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC

b) Recours aux chambres multiples en zone froide

- Le recours aux chambres multiples situées en zone froide demeure permis en contexte de pandémie, dans le respect des recommandations émises par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) à ce sujet.
- Lorsqu'un résident dans une chambre multiple devient suspecté ou confirmé à la COVID-19, dans ces circonstances, une attention particulière doit être apportée aux mesures de prévention et de contrôle des infections. (voir le point suivant en c).
- Une nouvelle admission ne pourra pas être réalisée dans la chambre où on retrouve déjà des résidents.

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

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

de bain, celle-ci doit être désinfectée après chaque utilisation ou dédier une chaise d'aisance à l'un des deux. Pour des précisions, veuillez vous référer aux recommandations de l'INSPQ (<https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19>).

- L'utilisation d'une contention¹¹, par exemple une demi-porte, doit se faire en dernier recours et dans le respect des principes directeurs et des contextes d'application prévus dans les orientations, ce qui implique le retrait de la contention dès qu'elle n'est plus cliniquement requise.
- d) Isolement inversé avec chambres et corridors en zone chaude :**
- Il est possible de considérer comme une mesure alternative l'isolement inversé avec chambres et corridors en zone chaude. En isolant à la chambre (considérée zone froide) les usagers non atteints. L'utilisation de ce type d'isolement doit être une mesure d'exception, et dans la mesure du possible, le transfert des usagers sans la COVID-19 devrait être le premier choix. Dans cette situation, des mesures d'adaptation doivent être prises pour ces résidents afin de prévenir le déconditionnement physique, mental et cognitif.
- e) La présence de personnel désigné pour favoriser l'hygiène des mains chez les résidents est requise.**
- f) Dans le cas où un résident serait temporairement transféré dans une autre chambre, ses meubles et ses biens non essentiels à la vie quotidienne doivent demeurer dans la chambre pour éviter la contamination de l'environnement lors de leur déplacement dans le CHSLD. Une désinfection de la chambre doit être faite s'il est requis de la rendre disponible temporairement pour un autre résident.**
- g) On doit retrouver du personnel dédié distinctement pour chacune des zones du CHSLD (froide, chaude et tiède le cas échéant), ajusté selon le nombre et la condition clinique des résidents présents dans chacune des zones.**
- h) Les zones dans le CHSLD doivent être définies étanches (ex. : séparation spatiale (porte, paravent, etc.) et clairement identifiées (ex. : affiches)). Les entrées, sorties, zones d'habillage et de déshabillage, aires de repas et repos et les aires de préparation de la médication et d'entreposage du matériel doivent être distinctes pour le personnel dédié en zone chaude, tiède ou froide afin que les employés de chaque zone ne soient pas en contact les uns avec les autres.**
- i) Assurez-vous d'avoir des équipements de soins et du matériel dédiés à la zone.**
- j) S'il est requis de remplacer le personnel dédié à une zone (ex : absence maladie, congé), ne pas autoriser le déplacement du personnel (infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires) d'une zone à l'autre à l'intérieur d'un même quart de travail. Si une situation de bris de services requérait un déplacement d'un employé vers une autre zone que celle à laquelle il est dédié, établir une procédure de travail sécuritaire de la zone froide vers la zone chaude.**
- k) Le nombre de personnes différentes qui intervient auprès d'un même résident doit être limité le plus possible (personnel dédié).**

¹¹ Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques au lien suivant :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-812-02.pdf>

9. Mesures d'adaptation à prendre lors d'un isolement dans le contexte de la pandémie à la COVID-19

En contexte de pandémie à la COVID-19, les mesures sanitaires mises en place pour limiter la propagation du virus et protéger la population (ex. : distanciation physique, isolement) sont essentielles et permettent de sauver des vies. Cependant, elles modifient grandement les habitudes de vie et ont des effets indésirables sur le niveau d'activité physique, la nutrition et la santé mentale, et ce, particulièrement chez les aînés en isolement.

En effet, ceux-ci sont plus à risque de ressentir les effets de cette période prolongée d'inactivité physique et d'isolement, et donc de subir les effets délétères du déconditionnement. De plus, certaines sorties sont non recommandées pour les usagers en fonction des paliers d'alerte tels que présentés dans la directive sur les tableaux de gradation des mesures disponibles à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002991/>. Il faut également se référer à la Directive sur les trajectoires pour les personnes en provenance d'un centre hospitalier, d'un milieu de réadaptation ou de la communauté vers différents milieux de vie et d'hébergement disponible à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002999/>. En cas de situations exceptionnelles, des autorisations de sorties peuvent être accordées localement à la suite d'une évaluation du risque et sous condition que des mesures spécifiques soient observées avant, pendant et au retour dans le milieu.

Les directives auxquelles ces usagers et leurs proches doivent se conformer peuvent avoir des impacts importants sur ceux-ci comme le risque de déconditionnement mental, cognitif et physique, impact d'absence de contacts, bris de la routine, les pertes d'acquis, d'intérêt ou de mobilité, le stress, l'anxiété, etc. En considérant différents enjeux éthiques (vulnérabilité et enjeu de protection, diminution des risques de propagation et solidarisation dans la gestion du risque, menaces à l'intégrité et à la dignité des usagers), les impacts sur les intervenants et les gestionnaires, la perspective des usagers hébergés ou confiés et de leurs parents et proches, ainsi que plusieurs aspects juridiques lorsque l'isolement est requis, des mesures d'adaptation permettant la réduction de ces impacts **sont nécessaires**. Ces mesures doivent également être sécuritaires à la fois pour l'usager, les intervenants et l'ensemble du milieu de vie.

L'objectif des mesures d'adaptation lors d'un isolement d'un usager est de préserver l'autonomie de celui-ci et d'éviter un déconditionnement mental, cognitif et physique qui serait accentué par l'isolement à la chambre. Elles visent également à maintenir la qualité de vie des usagers en période de pandémie tout en s'assurant de prévenir et de contrôler la transmission de la COVID-19 dans le milieu de vie.

Pour les résidents en fonction des situations suivantes :	Mesures adaptation à prendre lors d'un isolement en respectant les mesures strictes de PCI :
<ul style="list-style-type: none"> ○ Résident COVID-19 positif ○ Résident symptomatique en attente d'un résultat de dépistage ○ Résident ayant eu un contact étroit avec une personne positive à la COVID-19 et qui est en attente d'un premier résultat du test de dépistage ○ Résident symptomatique et ayant un résultat de dépistage négatif 	<p>Effectuer des actions préventives du déconditionnement à l'intérieur de la chambre avec un accompagnement individualisé. La fréquence doit être déterminée selon le jugement clinique afin d'éviter le déconditionnement.</p> <p>Une personne proche aidante (PPA)¹² peut contribuer pour effectuer ce type d'activité visant à prévenir le déconditionnement.</p>

Pour les résidents en fonction des situations suivantes :	Mesures adaptation à prendre lors d'un isolement en respectant les mesures strictes de PCI :
<ul style="list-style-type: none"> ○ Résident en isolement préventif sans symptôme ○ Résident ayant eu un contact étroit avec une personne positive à la COVID-19 et qui a obtenu un premier test de dépistage négatif 	<p>En plus d'effectuer des actions préventives du déconditionnement à l'intérieur de la chambre, des mesures additionnelles d'adaptation à l'isolement doivent être mises en place. La fréquence doit être déterminée selon le jugement clinique afin d'éviter le déconditionnement.</p> <p>Par exemple, l'isolement « autour de l'utilisateur » consiste à permettre à l'utilisateur de sortir de sa chambre à des moments clés liés à ses routines (ex.: sortie extérieure, prise de repas à la salle à manger après les autres résidents, activité) lors desquels les autres usagers ne sont pas présents dans les aires communes. Ceci implique de fournir un accompagnement individualisé pour effectuer des actions préventives du déconditionnement, par exemple, les marches à l'extérieur de la chambre.</p>

¹² La personnes proche aidante doit avoir été autorisée par le milieu. De plus, une évaluation confirmant la conformité des comportements de la PPA dans l'application des règles PCI devra être faite par le milieu avant l'autorisation.

	<p>Ainsi, les balises suivantes doivent encadrer la sortie des résidents en isolement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Faire des sorties en accord avec l'équipe PCI locale ou la santé publique; ○ Faire des sorties à tour de rôle, un résident à la fois, sauf pour les sorties à l'extérieur car la capacité d'accueil du terrain pourrait permettre de sortir plus d'un résident; ○ Accompagner le résident lors de la sortie de la chambre soit par un employé, une personne proche aidante ou un bénévole (selon les indications de la directive sur la gradation des mesures); ○ Limiter les sorties à une courte période dans un endroit dédié à cette fin ou à l'extérieur sur le terrain du milieu de vie; ○ Respect strict de la distanciation physique de 2 mètres entre le résident (incluant la personne qui l'accompagne) et les autres personnes; ○ Faire l'hygiène des mains de l'usager avant de sortir de la chambre et plus souvent au besoin; ○ L'usager doit obligatoirement porter un masque de qualité médicale lors de la sortie de la chambre¹³; ○ Nettoyage et désinfection de toutes les surfaces touchées après la sortie. Ainsi, un arrimage avec les services techniques est nécessaire afin de s'assurer que la désinfection des surfaces fréquemment touchées s'effectue au moment adéquat suivant les sorties de la chambre. <p>Une PPA¹⁴ peut contribuer pour effectuer ce type d'activité visant à prévenir le déconditionnement.</p>
--	---

L'application de ces mesures d'adaptation n'est pas un motif pour recourir à un isolement en zone tampon (dans un SNT ou à l'extérieur du milieu de vie) qui doit être considérée comme la solution de dernier recours.

Les mesures d'adaptation à prendre lors d'un isolement s'inscrivent en complémentarité avec la directive pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie – DGAPA-010 et la directive pour prévenir le déconditionnement des personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme ainsi que de celles ayant une problématique de santé physique nécessitant des services de réadaptation

¹³ Les exceptions pour les usagers prévues à la 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 DGSP-014 s'appliquent également dans le présent contexte.

¹⁴ La personne proche aidante doit avoir été autorisée par le milieu. De plus, une évaluation confirmant la conformité des comportements de la PPA dans l'application des règles PCI devra être faite par le milieu avant l'autorisation.

fonctionnelle intensive, modérée ou post-aiguë en contexte de pandémie - DGPPFC-008.REV1.

10. Équipements de protection individuelle requis

- Pour les consignes concernant le port des ÉPI en zone froide, tiède ou chaude, se référer aux indications de la CNESST :
Comment limiter la propagation de la COVID-19 au travail?
<https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/formulaires-publications/affiche-covid-19-hebergement-personnes-agees>
Affiche qui décrit l'ordre de priorité des mesures de contrôle afin de limiter la propagation de la COVID-19 dans les milieux de travail.
Guide de normes sanitaires en milieu de travail pour les installations publiques et privées d'hébergement et de soins pour personnes âgées – COVID-19
<https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/formulaires-publications/guide-covid-19-hebergement-soins-personnes-agees>
- Les consignes concernant les équipements de protection individuelle s'appliquent dès l'entrée dans le bâtiment ainsi qu'en tout temps sur les lieux d'un CHSLD, incluant dans les lieux dédiés au personnel (salle de pause, vestiaire, salle à manger, etc.). La distanciation physique de deux mètres demeure une mesure requise en tout temps, lorsque possible. Les ÉPI requis doivent être portés en tout temps par toutes les personnes qui ont accès au CHSLD, peu importe leur âge (enfants de 2 ans et +) ou le motif de leur présence.
- Les équipements de protection individuelle doivent être disponibles en quantité suffisante et tenant compte de la situation épidémiologique de la région. De plus, les réserves d'ÉPI ne devraient pas être entreposées dans les espaces de vie des résidents.
- Les ÉPI doivent être correctement utilisés.
- La protection oculaire utilisée devra être idéalement octroyée à un employé ou une personne déterminée et conservée et désinfectée selon la procédure établie pour un usage multiple, sauf si elle est jetable.

11. Travailleurs de la santé

- Suivre les recommandations sur la levée des mesures d'isolement¹⁵ dans la population en général et sur les mesures d'isolement des travailleurs de la santé disponible sur le site Web du MSSS.
- Réaliser une vigie de l'état de santé des employés dès l'arrivée sur les lieux de travail.
- Réaliser une autoévaluation personnelle des symptômes à l'aide du questionnaire disponible sur le site de l'INSPQ à l'adresse suivante :
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3042-questionnaire-symptomes-covid19>.
- Retourner à la maison tout travailleur :
 - présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19;
 - ayant reçu une consigne d'isolement;

¹⁵ Directive sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé des établissements du réseau de la santé et des services sociaux au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002981/>

- exposé 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);
 - personnes vivant sous le même toit qu'un contact d'un cas confirmé en attendant des résultats;
 - en attente d'un résultat de test ou ayant reçu un diagnostic de COVID-19.
- Pour les travailleurs de la santé (ex. : médecins, diététiste, etc.) devant se déplacer sur plusieurs unités dans l'installation, débiter par les zones froides puis tièdes et chaudes.
- Ne pas autoriser la mobilité des travailleurs de la santé entre les unités ou entre les installations selon le palier d'alerte du territoire concerné¹⁶.
- Recommander aux travailleurs de porter des vêtements propres pour venir travailler, de changer de vêtements lors du retour à leur domicile et de les laver séparément si présence de souillures visibles sur les vêtements. Voir précision selon les gradations des mesures en fonction du palier d'alerte du territoire concerné¹⁷.
- Par ailleurs, comme les CHSLD sont des milieux de vie, le port de l'uniforme n'est pas une pratique conforme avec le concept de milieu de vie. Le fait de devoir changer de vêtements n'implique pas de devoir porter un uniforme.

11. Critères pour le rétablissement de la personne

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

12. Hébergement temporaire (lits de répit)

Les résidents en provenance du domicile pour lesquelles la santé, l'intégrité ou la sécurité du proche est compromise et dont le séjour en hébergement temporaire permet d'éviter le recours à d'autres ressources du réseau de la santé et des services sociaux est permis selon les mêmes indications que pour une admission régulière précisions apportées selon le palier d'alerte du territoire concerné¹⁸.

¹⁶ Se référer au tableau de gradation des mesures en CHSLD au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002991/>

¹⁷ *IDEM*

¹⁸ Se référer au tableau de gradation des mesures en CHSLD au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002991/>.

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

Documents de référence produits par l'INSPQ :

- a) Notion de base : *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hygiène et étiquette respiratoire* :
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2439>
- b) Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour aînés :
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19>
- c) *Levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé* :
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19>
- d) Gestion des éclosions :
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19>

14. Autres références utiles

Site Web de Québec.ca :

<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/#c46383>

Site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>

15. En complément

Se référer aux annexes pour :

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

Émission :	22-07-20
------------	----------

Mise à jour :	17-05-2021
---------------	------------

ANNEXES

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Niveau de soins en CHSLD	20
ANNEXE 2 : Symptômes typiques COVID-19.....	24
ANNEXE 3 : Évaluation clinique de l'infirmière	25

ANNEXE 1 : Niveau de soins en CHSLD

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

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

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

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

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

NIVEAU DE SOINS EN CHSLD

A- Documentation des niveaux de soins dans les dossiers

- 1- Vérification de la présence des volontés des résidents dans les dossiers médicaux en ce qui concerne le niveau de soins et la réanimation cardiorespiratoire. L'expression de la volonté peut se faire sous différentes formes :
 - a. Directive médicale anticipée (DMA);
 - b. Mandat en cas d'incapacité;
 - c. Formulaire de « Niveau de soins et réanimation cardiorespiratoire » (en annexe);
 - d. Volonté exprimée verbalement et consignée au dossier.
- 2- Détermination des niveaux de soins pour les résidents qui n'en ont aucune volonté exprimée au dossier (Utiliser la DMA si présente au dossier);
 - a. En l'absence de volontés exprimées au dossier, on utilisera le formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » (en annexe).
- 3- Révision des niveaux de soins des résidents lorsque:
 - a. Ceux-ci ont été établis il y a plus d'un an;
 - b. Il y a eu modification significative dans la condition de santé des résidents depuis l'établissement des niveaux de soins;
 - c. À la demande du résident ou de son représentant.

B- Déterminer le niveau de soins

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

Pour un résident APTE

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

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

Pour un résident INAPTE

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

En contexte de détérioration d'une condition de santé

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

C- Contexte de transfert en CH des résidents

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

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

Transfert en milieu hospitalier si :

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

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

Transfert en milieu hospitalier si :

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

soins palliatifs, si impossible par les effectifs en place

Pas de transfert en CH si :

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

Niveau de soins C et D

Soins en CHSLD

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

Transfert en milieu hospitalier si :

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

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

ANNEXE 2: Symptômes typiques COVID-19

POUR LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES
OBSERVATIONS ET CHANGEMENTS CHEZ LES RÉSIDENTS
À RAPPORTER AUX INFIRMIÈRES ET AUX INFIRMIÈRES AUXILIAIRES

SYMPTÔMES TYPIQUES DE LA COVID-19

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

SYMPTÔMES ATYPIQUES GÉRIATRIQUES POSSIBLES

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

ANNEXE 3 : Évaluation clinique de l'infirmière**ÉVALUATION CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE****Symptômes du groupe A** (les plus fréquents)

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

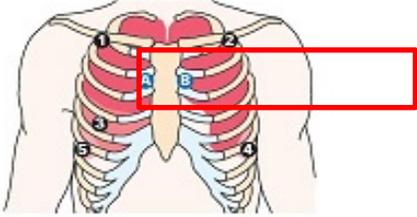
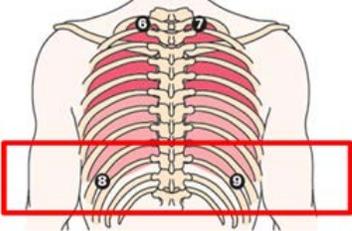
- **Symptômes du groupe B** (au moins 2 symptômes parmi les suivants)

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

Anamnèse

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

Examen physique	
Inspection	
<p>Évaluation de l'état mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité d'attention <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Attentif <input type="checkbox"/> Non attentif • État de conscience : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hyperalerte <input type="checkbox"/> Alerte <input type="checkbox"/> Léthargique (verbal) <input type="checkbox"/> Stuporeux (physique) <input type="checkbox"/> Comateux 	<p>Signes gériatriques atypiques *</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte brusque d'autonomie (< 1 sem) : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Changement brusque de l'état mental (< 1 sem) : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Changement brusque de comportement (nouveau comportement ou arrêt d'un comportement) (< 1 sem) : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>*Si un oui à l'une de ces questions : éliminer une condition de santé aiguë. Si aucune cause aiguë identifiée, considérer la personne comme étant un cas suspecté et transférer dans la zone de chaude.</p>
<p>Signes vitaux :</p> <p><input type="checkbox"/> Pouls : _____/min <input type="checkbox"/> T.A : _____/ _____</p> <p><input type="checkbox"/> T° : _____ C° (fièvre si T° buccale ou rectale \geq 37,6 °C ou si augmentation de 0,5 °C par rapport à la T° normale habituelle)</p> <p>Référence : https://www.jamda.com/article/S1525-8610(20)30513-2/pdf?fbclid=IwAR1se10Jm853sgsK5JIUcfSWrUrHpWtlc0KyYZq2M1-tApPgGkq_8sl1Rl</p> <p>Respiration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence : _____/min (si \geq 25/min \approx signes d'infection) • Type : <input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> Abdominale • Amplitude : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Superficielle • Rythme : <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier 	

Auscultation	
<p>Face antérieure</p> <p>Présence d'un bruit anormal : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Nommer si possible :</p> <p><input type="checkbox"/> Sibilant <input type="checkbox"/> Ronchis</p> <p><input type="checkbox"/> Bronche droite (A) <input type="checkbox"/> Bronche gauche (B)</p> 	<p>Face postérieure</p> <p>Présence d'un bruit anormal : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Nommer si possible :</p> <p><input type="checkbox"/> Sibilant <input type="checkbox"/> Crépitants</p> <p><input type="checkbox"/> Lobe inférieur droit (8) <input type="checkbox"/> Lobe inférieur gauche (9)</p> 
Prise de décision infirmière	
<ul style="list-style-type: none"> • Médecin avisé : <input type="checkbox"/> Oui • Transfert dans la zone chaude (chambre individuelle avec salle de toilette dédiée, porte fermée. Si pas de chambre individuelle : maintenir une distance d'au moins 2 mètres ou mettre une barrière physique entre les résidents) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • PTI à jour : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Dépistage : Les résidents des CHSLD présentant des symptômes compatibles avec une infection à COVID-19 ou en présence d'une éclosion potentielle d'infection respiratoire (au moins 2 cas) ou lors d'un décès inattendu avec une cause respiratoire infectieuse suspectée 	
Suivi clinique infirmier	
<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance clinique de la condition de santé selon les risques identifiés • Surveillance clinique des signes de délirium : <ol style="list-style-type: none"> 1- Début soudain et fluctuation des symptômes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (évidence du changement par rapport à l'état habituel) 2- Inattention <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (incapacité à suivre une conversation, à soutenir son regard, ne peut dire les jours de la semaine ou le mot monde à l'envers) 	

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

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

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

- Surveillance des signes de déshydratation
Le résident a-t-il bu entre les repas dans le dernier 24 heures : Oui Non
Langue humide : Oui Non
Filet de salive sous la langue : Oui Non
Aisselle sèche : Oui Non
Test pli cutané (sternal, frontal ou sous-claviculaire) : Normal Anormal
- Surveillance dénutrition
Prise alimentaire (plat principal) diminuée de 75 % au cours des 7 derniers jours :
 Oui Non
Perte de poids involontaire (2 % en 1 semaine, 5 % en 1 mois, 7,5 % en 3 mois) :
 Oui Non
IMC plus petit que 21 : Oui Non
- Surveillance des signes de détresse psychologique :
Pleurs Oui Non Anxiété Oui Non
Agitation Oui Non Insomnie/hypersomnie Oui Non
- Prévention des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)
 - S'assurer de l'application des approches de base (communication, validation, diversion, recadrage, stratégie décisionnelle, gestion du refus)
 - Si persiste malgré une approche adéquate : Identification des causes

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

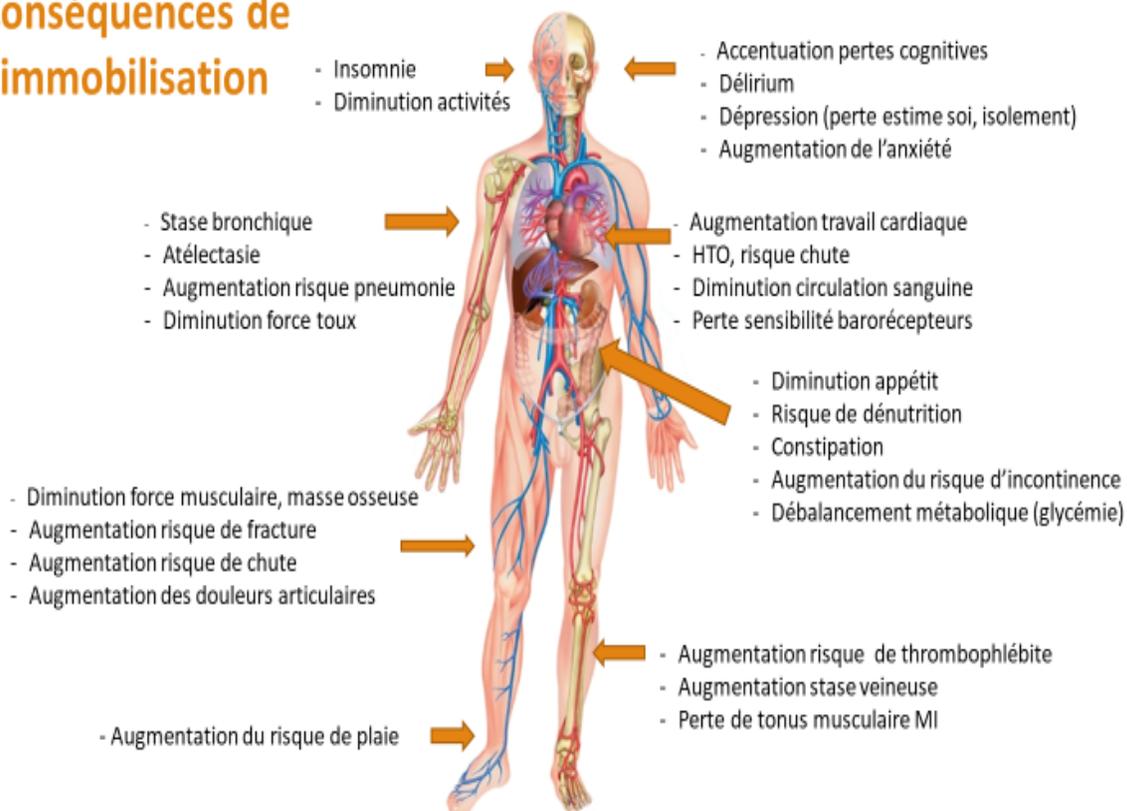
Algorithme d'évaluation et suivi infirmier

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

Risques liés à l'isolement pour une personne âgée

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

Conséquences de l'immobilisation



Prise en charge des SCPD

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

Prise en charge délirium

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

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

Prise en charge de la dénutrition

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

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier-Dénutrition

Prise en charge de la déshydratation

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

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier-Déshydratation

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

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

Remplace la directive émise le 10 novembre 2020 (DGAPA-010)

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



Destinataires :	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les CISSS et les CIUSSS <ul style="list-style-type: none"> • Direction SAPA • Direction des soins infirmiers (DSI) • Direction des services multidisciplinaires (DSM) • Direction qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) • Répondants RI-RTF • Répondants NSA - CUSM - Établissements desservant une population nordique et autochtone - Établissements PC et PNC - Exploitants des RPA - Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA) - Associations et organismes représentatifs de RI-RTF
-----------------	--

Directive

Objet :	<p>En contexte de pandémie à la COVID-19, les mesures sanitaires mises en place pour limiter la propagation du virus et protéger la population (ex. : distanciation physique, isolement) sont essentielles et permettent de sauver des vies. Cependant, elles modifient grandement les habitudes de vie et ont des effets indésirables sur le niveau d'activité physique, la nutrition et la santé mentale, et ce, particulièrement chez les aînés. En effet, ceux-ci sont plus à risque de ressentir les effets de cette période prolongée d'inactivité physique et d'isolement, et donc de subir les effets délétères du déconditionnement.</p> <p>Le déconditionnement est défini comme l'ensemble des conséquences physiques, mentales et sociales reliées à l'inactivité, à une période de sédentarité ou à la sous-stimulation intellectuelle et sociale.</p> <p>Les leçons apprises depuis la première vague de la pandémie nous amènent à réitérer l'importance de mettre en œuvre des actions préventives du déconditionnement (APD) peu importe le niveau d'alerte ou le contexte qui prévaut dans les installations.</p> <p>La prévention du déconditionnement constitue une priorité qui figure au plan d'action ministériel COVID-19 : <i>Plan d'action pour une deuxième vague</i> (Axe 2, action 3). Pour en</p>
---------	---

	<p>assurer la mise en œuvre et le suivi, des personnes responsables ont été nommées dans chacun des établissements et un comité de travail a été mis sur pied.</p> <p>Ces directives s'adressent aux personnes responsables, aux gestionnaires et aux équipes de travail des milieux de vie pour aînés (MVA), du soutien à domicile (SAD) et des zones tampons. Elles peuvent également soutenir tout autre milieu qui accueille cette clientèle. Elles sont regroupées en deux sections distinctes, soient les consignes applicables dans les MVA et en zones tampons ainsi que celles applicables à domicile.</p> <p>Les APD présentées dans ces directives sont basées sur l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) et visent les signes AINÉES* les plus touchés en contexte de pandémie, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'autonomie et mobilité - La nutrition et hydratation - L'état mental et le comportement, incluant l'état psychologique <p>*L'acronyme AINÉES réfère aux indicateurs de déclin fonctionnel à surveiller chez une personne âgée : A : autonomie/mobilité, I : intégrité de la peau, N : nutrition/hydratation, É : élimination, E : état cognitif/comportement/communication, S : sommeil</p>
Mesures à implanter :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consulter préalablement les directives en lien avec le secteur d'activités visé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ○ Directives relatives aux ressources intermédiaires (RI) et aux ressources de type familial (RTF) adultes et aînés en lien avec la COVID-19 ○ Directives pour les résidences privées pour aînés (RPA) dans le contexte de la pandémie de COVID-19 ○ Directives sur les zones tampons ○ Tableaux : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte en lien avec la COVID-19 ○ 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 ○ Gradation des mesures et consignes spécifiques à la dispensation des services de SAD dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 ✓ Appliquer les APD de façon systématique et précoce dans les trois sphères visées des signes AINÉES, selon le secteur d'activités. ✓ Adapter les stratégies de mise en œuvre des APD en cohérence avec les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) ainsi que les directives émises par la santé publique. ✓ Assurer la diffusion et l'application des actions clés énoncées dans le <i>Guide de mise en œuvre des actions préventives et de traitement du déconditionnement auprès des aînés.</i> Ce guide est un outil clinico-administratif qui s'adresse aux personnes, aux gestionnaires et aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux ayant un rôle à jouer dans le déploiement et le suivi de la mise en œuvre des actions préventives et de traitement du déconditionnement dans les différents secteurs d'activités (voir document annexé). ✓ Diffuser auprès des aînés et leurs proches les exemples d'activités pour prévenir le déconditionnement, les initiatives et les outils en ligne ainsi que les programmes d'exercices inclus dans ces directives. ✓ Encourager les aînés et leurs proches à consulter la page <u>Prévenir le déconditionnement chez les aînés en contexte de pandémie.</u>

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes : non applicable

Direction ou service ressource :	Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial. 418 266-6869
Documents annexés :	✓ Guide de mise en œuvre des actions préventives et de traitement du déconditionnement auprès des aînés

Émission :	29-04-2020
------------	------------

Mise à jour :	19-05-2021
---------------	------------

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,
Natalie Rosebush

Lu et approuvé par

La sous-ministre,
Dominique Savoie

Directives

Consignes pour les milieux de vie (CHSLD, RI-RTF, RPA) et zones tampons

- Prendre connaissance des directives suivantes **AVANT** de mettre en œuvre les APD dans les différents milieux :
 - Directives pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
 - Directives relatives aux RI et aux RTF adultes et aînés en lien avec la COVID-19
 - Directives pour les RPA dans le contexte de la pandémie de COVID-19
 - Directives sur les zones tampons
 - Tableaux : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte en lien avec la COVID-19
 - 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
- S'assurer que les APD sont adaptées et toujours réalisées dans le respect des mesures sanitaires et de prévention et contrôle des infections (PCI)

Autonomie et mobilité	
APD à mettre en œuvre pour tous	APD spécifiques en raison d'un isolement
<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les aînés, les personnes proches aidantes (PPA) et les membres du personnel à l'importance pour un aîné d'être actif, peu importe le moyen et selon sa capacité physique - Encourager les usagers ou résidents à effectuer leurs soins de base de façon autonome, tels l'hygiène personnelle et l'habillement, ainsi que les activités domestiques ou les faire participer le plus possible à ces activités selon leur capacité physique et cognitive - Faire la tournée des unités locatives ou des chambres, en personne ou par téléphone, pour encourager les usagers ou les résidents à se mobiliser de façon régulière et sécuritaire - Fournir l'aide requise pour la mobilisation et les déplacements - Offrir des activités individuelles d'exercices physiques ou de loisir - Poursuivre les activités permises en fonction des paliers d'alerte, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> o Effectuer des activités physiques ou de réadaptation de groupe, intérieures ou extérieures o Offrir des activités de loisir de groupe, intérieures ou extérieures o Effectuer des sorties hors du milieu de vie ou des rencontres à l'extérieur - Appliquer le concept de bulle sociale, si applicable, pour favoriser la poursuite des activités habituelles - Impliquer le personnel et les PPA dans : <ul style="list-style-type: none"> o Toute initiative favorisant l'activité physique ou le maintien de l'autonomie dans les activités quotidiennes, dans le respect des directives et des principes de prévention et de contrôle des infections o La surveillance de tout signe de diminution de l'autonomie ou de la mobilité par rapport à la condition habituelle afin qu'ils communiquent leurs observations aux professionnels de la santé - Assurer l'évaluation professionnelle requise en présence d'un risque important de détérioration de l'autonomie ou de la mobilité et référer à un professionnel de la réadaptation (physiothérapeute ou ergothérapeute), si requis 	<ul style="list-style-type: none"> - Intensifier la fréquence des visites ou des appels de suivi pour détecter précocement le risque ou la perte d'autonomie et la mobilité - Encourager les usagers ou résidents à effectuer leurs soins de base de façon autonome, tels l'hygiène personnelle et l'habillement, ainsi que les activités domestiques ou les faire participer le plus possible à ces activités selon leur capacité - Encourager l'exercice physique dans l'unité locative ou à la chambre, en fonction des capacités physiques de la personne : <ul style="list-style-type: none"> o Programmes d'exercices format papier ou en ligne o Accompagnement par un membre du personnel ou une PPA habilitée - Permettre des sorties du lieu d'isolement selon les mesures d'adaptation permises indiquées dans les directives propres à chaque milieu de vie - Impliquer le personnel et les PPA dans l'application des interventions préventives ainsi que dans la surveillance de tout signe de diminution de l'autonomie ou de la mobilité par rapport à la condition habituelle afin qu'ils communiquent leurs observations aux professionnels de la santé - Assurer l'évaluation par un professionnel de la réadaptation (physiothérapeute ou ergothérapeute) lors d'une détérioration de l'autonomie ou de la mobilité - Intensifier la présence des équipes de réadaptation pour la mise en place d'interventions adaptées - Offrir un programme individualisé d'exercices par un intervenant habilité, si possible

Nutrition et hydratation	
APD à mettre en œuvre pour tous	APD spécifiques en raison d'un isolement
<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les aînés, les PPA et les membres du personnel à l'importance de l'apport en protéine et l'hydratation chez l'aîné - Faire la tournée régulière des unités locatives ou des chambres, en personne ou par téléphone, pour encourager l'alimentation, la prise de collations protéinées et l'hydratation - Questionner régulièrement sur ce qu'ils ont mangé et bu pour déceler rapidement un problème d'apport alimentaire ou d'hydratation - Si possible, dédier une personne responsable qui peut offrir régulièrement à boire aux usagers ou résidents, dans le respect des directives et principes de prévention et de contrôle des infections - Fournir le niveau d'assistance requis à chaque repas, lorsque requis - Poursuivre les activités permises en fonction des paliers d'alerte, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> o Assurer la prise des repas à la salle à manger en assurant la mise en place des moyens de protection requis o Encourager les PPA et les visiteurs, selon les directives en vigueur, à venir prendre les repas avec leur proche - Appliquer le concept de bulle sociale, si applicable, pour favoriser une atmosphère propice à l'alimentation - Impliquer le personnel et les PPA dans : <ul style="list-style-type: none"> o Toute initiative favorisant un apport alimentaire et hydrique adéquat, dans le respect des directives et des principes de prévention et de contrôle des infections. o La surveillance de tout signe de diminution des apports alimentaires ou de l'hydratation par rapport à la condition habituelle afin qu'ils communiquent leurs observations aux professionnels de la santé - Assurer l'évaluation professionnelle requise en présence d'un risque important de dénutrition et de déshydratation et référer à la nutritionniste si des difficultés à l'alimentation, une perte d'appétit dans les derniers jours, une perte de poids, des signes de dysphagie ou de déshydratation sont observés 	<ul style="list-style-type: none"> - Intensifier la fréquence des visites ou des appels de suivi pour détecter précocement le risque de dénutrition et de déshydratation - Si possible, dédier une personne responsable qui peut offrir régulièrement à boire aux usagers ou résidents, dans le respect des directives et principes de prévention et de contrôle des infections - Utiliser des moyens de communication tels que l'appel vidéo pour permettre de socialiser avec ses proches lors de l'activité repas dans l'unité locative ou à la chambre - Fournir le niveau d'assistance requis à chaque repas - Porter une attention particulière aux apports alimentaires et hydriques des usagers ou résidents lors des repas ou les questionner régulièrement pour déceler rapidement un problème d'apport alimentaire ou d'hydratation - Impliquer le personnel et les PPA dans l'application des interventions préventives ainsi que la surveillance de la diminution de l'appétit ou de l'hydratation afin qu'ils communiquent leurs observations aux professionnels de la santé - Référer à la nutritionniste ou à l'ergothérapeute si des difficultés à l'alimentation, une perte d'appétit dans les derniers jours, une perte de poids, des signes de dysphagie ou de déshydratation sont observés

État mental, comportement et état psychologique	
APD à mettre en œuvre pour tous	APD spécifiques en raison d'un isolement
<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les aînés, les PPA et les membres du personnel à l'importance d'établir une routine quotidienne, incluant des moments de socialisation par différents moyens - Assurer une communication régulière avec les usagers ou les résidents, que ce soit en personne ou par téléphone - Utiliser différents moyens de communication pour que l'utilisateur ou le résident contacte ses proches : téléphone, courriels, messages textes, appels vidéo, etc. et l'assister à le faire, si requis - Discuter d'éléments positifs de leur histoire de vie lors des visites - Offrir des activités individuelles de loisir et de stimulation cognitive ou sensorielle - Poursuivre les activités permises en fonction des paliers d'alerte, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> o Offrir des activités de loisirs de groupe, intérieures ou extérieures o Offrir des activités de stimulation cognitives ou sensorielles de groupe o Encourager la visite des PPA et visiteurs, selon les directives en vigueur, pour permettre la socialisation en présentiel - Appliquer le concept de bulle sociale, si applicable, pour favoriser la stimulation cognitive et la socialisation - Porter une attention particulière aux problèmes tels que la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil ou le delirium. - Impliquer le personnel et les PPA dans : <ul style="list-style-type: none"> o Toute initiative permettant aux usagers ou résidents de se divertir, de socialiser ou d'exercer leurs fonctions cognitives, dans le respect des directives et des principes de prévention et de contrôle des infections. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intensifier la communication avec les usagers ou les résidents, que ce soit en personne ou par téléphone, pour déceler toute problématique - Offrir un programme individualisé de loisir et de stimulation cognitive ou sensorielle par un intervenant habilité, si possible - Utiliser différents moyens de communication pour que l'utilisateur ou le résident contacte ses proches : téléphone, courriels, messages textes, appels vidéo, etc. et l'assister à le faire, si requis - Discuter d'éléments positifs de leur histoire de vie lors des interventions - Offrir un environnement physique contenant des repères visuels et des objets significatifs permettant une meilleure orientation spatio-temporelle - Permettre des sorties du lieu d'isolement selon les mesures d'adaptation permises indiquées dans les directives propres à chaque milieu de vie - Surveiller fréquemment l'état d'éveil, l'humeur ou tout changement dans l'état mental ou le comportement de la personne lors des communications avec elle pour détecter des problèmes tels que la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil ou le delirium

<ul style="list-style-type: none"> o La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), le cas échéant o La surveillance de l'état d'éveil, l'humeur ou tout changement dans l'état mental ou le comportement de la personne lors de communications avec elle afin de communiquer leurs observations aux professionnels de la santé <p>- Assurer l'évaluation professionnelle requise d'une détérioration de la santé mentale ou cognitive ou si problématique psychosociale</p>	<p>- Assurer l'évaluation professionnelle requise lors d'une détérioration de la santé mentale ou cognitive ou si problématique psychosociale</p>
--	---

Consignes pour le SAD (clientèle à domicile)

- Prendre connaissance des directives suivantes **AVANT** de mettre en œuvre les APD à domicile :
 - **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.**
- S'assurer que les APD sont adaptées et toujours réalisées dans le respect des mesures sanitaires et de prévention et contrôle des infections (PCI).

Autonomie et mobilité

APD à mettre en œuvre

- Sensibiliser les aînés, les PPA, les différents partenaires communautaires et les membres du personnel à l'importance pour un aîné d'être actif, peu importe le moyen et selon sa capacité physique.
- Encourager les usagers à se mobiliser de façon régulière et sécuritaire lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique.
- Encourager les usagers à effectuer leurs soins de base de façon autonome, tels l'hygiène personnelle et l'habillement, ainsi que les activités domestiques ou les faire participer le plus possible à ces activités selon leur capacité physique et cognitive.
- Fournir de la documentation en lien avec différents programmes d'exercices à réaliser de façon autonome ou sous supervision d'une PPA.
- Impliquer les PPA et les partenaires communautaires dans :
 - o Toute initiative favorisant l'activité physique et le maintien de l'autonomie dans les activités quotidiennes, dans le respect des directives et des principes de prévention et de contrôle des infections;
 - o La surveillance de tout signe de diminution de l'autonomie ou de la mobilité par rapport à la condition habituelle afin qu'ils communiquent leurs observations aux professionnels du SAD.
- Porter une attention particulière aux éventuels changements dans les niveaux d'indépendance et d'autonomie des usagers lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique avec l'utilisateur ou ses proches pour déceler rapidement un éventuel problème. Faire les interventions et/ou références pertinentes, le cas échéant.
- Assurer l'évaluation par un professionnel de la réadaptation (physiothérapeute ou ergothérapeute) lors d'une détérioration de l'autonomie ou de la mobilité et intensifier l'offre de service lorsque requis.

Nutrition et hydratation

APD à mettre en œuvre

- Sensibiliser les aînés, les PPA, les différents partenaires communautaires et les membres du personnel à l'importance de l'apport en protéine et l'hydratation chez l'aîné et fournir la documentation disponible.
- Encourager les PPA et les visiteurs, selon les directives en vigueur, à venir prendre les repas avec leur proche, si possible.
- Encourager l'utilisation des moyens de communication tels que l'appel vidéo pour permettre de socialiser avec ses proches lorsque les rassemblements sont interdits.
- Encourager la prise de repas et l'hydratation lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique.
- Impliquer les PPA et les partenaires communautaires dans :
 - o Toute initiative favorisant un apport alimentaire et hydrique adéquat;
 - o La surveillance de tout signe de diminution des apports alimentaires (ex. : perte d'appétit, perte de poids) ou de l'hydratation par rapport à la condition habituelle afin qu'ils communiquent leurs observations aux professionnels du SAD.
- Porter une attention particulière aux apports alimentaires et hydriques des usagers lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique avec l'utilisateur ou ses proches pour déceler rapidement un éventuel problème. Faire les interventions et/ou références pertinentes, le cas échéant (notamment si des signes de dysphagie sont observés).
- Assurer l'évaluation professionnelle requise et référer à la nutritionniste si des difficultés à l'alimentation, une perte d'appétit dans les derniers jours, une perte de poids, des signes de dysphagie ou de déshydratation sont observés.

État mental, comportement et état psychologique

APD à mettre en œuvre

- Sensibiliser les aînés, les PPA, les différents partenaires communautaires et les membres du personnel à l'importance d'établir une routine quotidienne, incluant des moments de socialisation par différents moyens.
- Encourager, lorsque possible et pertinent, l'utilisation de différents moyens de communication pour que l'utilisateur contacte ses proches : téléphone, courriels, messages textes, appels vidéo, etc.
- Discuter d'éléments positifs de leur histoire de vie lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique avec l'utilisateur.
- Porter une attention particulière à l'état d'éveil, l'humeur ou tout changement dans l'état mental ou le comportement de l'utilisateur lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique avec l'utilisateur ou ses proches pour détecter l'émergence de problèmes tels que la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil ou le délirium. Faire les interventions et/ou références pertinentes, le cas échéant.
- Impliquer les PPA et les partenaires communautaires dans :
 - o Toute initiative favorisant la santé psychologique et cognitive, ainsi que la gestion des SCPD, le cas échéant, dans le respect des directives et des principes de prévention et de contrôle des infections;
 - o La surveillance de l'état d'éveil, l'humeur ou tout changement dans l'état mental ou le comportement de la personne lors de communications avec elle afin de communiquer leurs observations aux professionnels du SAD.
- Assurer l'évaluation professionnelle requise d'une détérioration de la santé mentale ou cognitive ou si problématique psychosociale.
- Assurer un soutien psychosocial aux usagers et aux PPA que vous identifiez comme étant susceptibles d'être fragilisés par la pandémie (exemple : anxiété, déprime).

Autres exemples d'interventions de routine basées sur l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA)

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

Annexes aux directives

Annexe 1 : Exemples d'activités s'adressant à la clientèle aînée pour prévenir le déconditionnement

Annexe 2 : Initiatives de prévention du déconditionnement au Québec

Annexe 3 : Programmes d'exercices

ANNEXE 1**EXEMPLES D'ACTIVITÉS S'ADRESSANT À LA CLIENTÈLE AÎNÉE
POUR PRÉVENIR LE DÉCONDITIONNEMENT****Autonomie et mobilité**

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

Nutrition et hydratation

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

État cognitif et comportement / état psychologique

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

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

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

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

ANNEXE 2

INITIATIVES DE PRÉVENTION DU DÉCONDITIONNEMENT AU QUÉBEC

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

Pour les personnes œuvrant auprès de la clientèle âgée :

- Le document [COVID-19 - Particularités gériatriques - Guide de soins et revue de la littérature](#), une initiative du Service de gériatrie du Centre hospitalier universitaire de Montréal;
- Le [Coffre à outils pour les infirmières et infirmiers travaillant auprès des personnes âgées en hébergement](#), une initiative de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Pour la clientèle âgée :

- Consulter sur Québec.ca la page [Prévenir le déconditionnement chez les aînés en contexte de pandémie](#).
- La plateforme numérique québécoise de conditionnement physique [Move 50+](#) propose des programmes d'entraînement disponibles gratuitement permettant aux aînés confinés de demeurer actifs et ainsi minimiser le risque de déconditionnement physique.
- [Le GO pour bouger! : 5 programmes d'exercices adaptés pour les aînés en fonction de leur forme physique](#).
- Deux programmes simples et sécuritaires pour la clientèle à domicile, en résidences privées pour aînés (RPA) et également en ressources intermédiaires et en ressources de type familial (RI-RTF), soit un programme pour les usagers sans auxiliaire de marche et un autre pour les usagers avec auxiliaire de marche, élaborés par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du Centre-du-Québec. Les deux programmes sont disponibles et en format imprimable (**voir annexe 3**) et en format vidéo :
 - [Usager sans auxiliaire de marche et qui effectue de façon sécuritaire et autonome ses transferts et déplacement](#).
 - [Usager avec auxiliaire de marche \(cane, marchette, ambulateur, etc.\) ou usager avec équilibre précaire lors des transferts et à la marche](#).
- Le site Web [Le CRIUGM répond au confinement des aînés](#), lancé par le centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, pour garder actifs les aînés en période de confinement.
- [Vidéos ressources COVID de la Fondation AGES](#) : Capsules d'informations et trucs pour maintenir l'autonomie et la mobilité en période de confinement.
- L'initiative [Déconfinement Virtuel pour Aînés](#) (DV Aînés) fondée dans le contexte d'isolement et de distanciation sociale lié à la pandémie et dont la mission est de centraliser les ressources afin d'aider les aînés à naviguer sur les plateformes virtuelles et d'avoir accès à une multitude d'activités offertes pour soutenir les personnes âgées et leurs proches en temps de crise.
- La brochure [Trucs et conseils pour les aînés manger sainement, maintenir une routine et demeurer actif durant la pandémie de la COVID-19](#) du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.
- La page Web [Saine alimentation pendant la pandémie](#) du Gouvernement du Canada : des informations sur une alimentation saine pendant la pandémie de COVID-19.
- La page Web [Aller mieux en contexte de pandémie \(COVID-19\)](#) du gouvernement du Québec.
- La page Web [Stress, anxiété et déprime associés à la maladie à coronavirus COVID-19](#) : Informations sur les différentes réactions possibles en contexte de pandémie et des moyens pour améliorer la situation.

ANNEXE 3

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

Maintien à domicile

Client
RPA2 sans accessoire

Notes :

1 Mini-squat

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

Debout face au comptoir ou derrière une chaise avec appuis légers:

-Pliez vos genoux comme si vous voudriez vous asseoir puis redressez-vous complètement.

-Assurez-vous de toujours maintenir les pieds à plat au sol et de laisser vos genoux bien alignés avec vos pieds.

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

Faites 10 à 15 répétitions selon vos capacités.

2 Flexion de la hanche

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

Debout derrière une chaise ou à côté d'un comptoir avec appuis nécessaires (1 ou 2 mains):

-Levez le genou le plus haut possible en gardant le dos bien droit et redescendez la jambe lentement.

Faites 10 à 15 répétitions par jambe.

Maintien à domicile

Client
RPA2 sans accessoire

3 Flexion plantaire des chevilles



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

Debout avec appuis légers à une chaise ou au comptoir:

-Montez sur la pointe des pieds en gardant les jambes bien allongées puis redescendez lentement.

Faites 10 à 15 répétitions selon vos capacités.

4 Flexion dorsale des chevilles



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

Debout avec appuis légers à une chaise ou au comptoir:

-Levez le devant des pieds en gardant les jambes bien allongées puis redescendez lentement.

Faites 10 à 15 répétitions selon vos capacités.

Maintien à domicile

Client
RPA2 sans accessoire

5 Se lever et s'asseoir



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

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras et une table devant:

Pour se lever:

- Placez vos mains sur les appuis-bras.
- Levez-vous lentement en penchant le corps vers l'avant et en vous aidant de vos mains.
- Relevez-vous bien droit.

Pour s'asseoir:

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

Faites 5 à 10 répétitions selon vos capacités.

6 Marche de côté



Fréq: 3 à 5 fois par semaine

Debout face au comptoir avec appuis légers:

- Marchez de côté vers la droite puis vers la gauche.

Faites plusieurs allers-retours selon vos capacités.

Maintien à domicile

Client
RPA2 sans accessoire

7 Serrer le poing



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

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



Faites 10 à 15 répétitions avec chaque main.

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

Maintien à domicile

Client
RPA

Notes :

1 Flexion des hanches, assis



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

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras:

- Assurez-vous d'avoir le dos bien droit et appuyé au dossier de la chaise.
- Soulevez lentement la cuisse vers le haut, puis abaissez-la au sol.

Faites 10 répétitions chaque jambe.

2 Extension des genoux



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

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras:

- Assurez-vous d'avoir le dos bien droit et appuyé au dossier de la chaise.
- Levez le pied en tirant les orteils vers vous, puis abaissez-le au sol.

Faites 10 répétitions chaque jambe.

Maintien à domicile

Client
RPA

3 Se lever et s'asseoir



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

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras, devant une table:

Pour se lever:

- Placez vos mains sur les appuis-bras.
- Levez-vous lentement en penchant le corps vers l'avant et en vous aidant de vos mains.
- Relevez-vous bien droit.

Pour s'asseoir:

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

Faites 5 répétitions, selon vos capacités.

4 Flexion des épaules



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

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras, le dos décollé:

- Assurez-vous d'avoir le dos bien droit.
- Joignez vos mains ensemble.
- Soulevez les mains vers le haut le plus possible sans douleur, puis abaissez-les.

****Ne pas avancer la tête pendant l'exercice.****

Faites 10 répétitions, selon vos capacités.

Maintien à domicile

Client
RPA

5 Serrer le poing



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

Assis sur une chaise, le dos bien droit et appuyé au dossier:

-Serrez fort une balle ou une serviette roulée dans votre main et maintenez pendant 5 secondes.

Faites 10 répétitions par main.

6 Exercice circulatoire



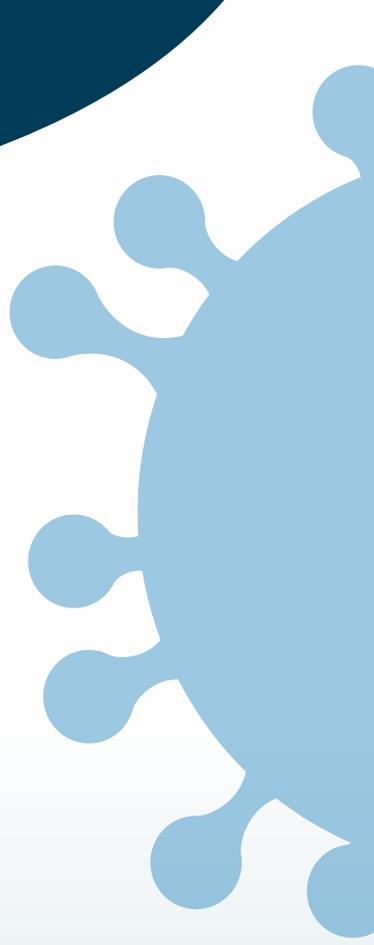
Séries: 1 à 2 Réps: 15 à 20 fois Fréq: Au moins 3 fois par semaine

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras:

-Assurez-vous d'avoir le dos bien appuyé au dossier de la chaise.

-Tirez les pieds vers vous, puis pointez-les.

Faites 15 à 20 répétitions.



Guide de mise en œuvre des actions préventives et de traitement du déconditionnement auprès des aînés

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 :

msss.gouv.qc.ca section **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 : 978-2-550-89225-0 (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

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction des travaux

Vincent Defoy, directeur

Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial (DSAPARIRTF)

Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)

Coordination des travaux et rédaction

Charlène Joyal, conseillère en services aux aînés

DSAPARIRTF — DGAPA

Nathalie Tremblay, conseillère et adjointe exécutive

DSAPARIRTF — DGAPA

Comité de travail

Anik Audet, conseillère en soutien à domicile

Direction du soutien à domicile (DSAD) — DGAPA

Jean-Sébastien Boucher, conseiller à la promotion des saines habitudes de vie, sécurité et aménagement du territoire

Direction de la promotion des saines habitudes de vie (DPSHV) — Direction générale de la santé publique (DGSP)

Valérie Guillot, conseillère en gérontologie

DSAPARIRTF — DGAPA

Karine Labarre, conseillère experte en soins gériatriques et soins de proximité

Direction nationale des soins et services infirmiers — Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

D^r David Lussier, médecin gériatre

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Directeur du Centre de promotion de la santé AvantÂge

Expert-conseil sur le comité de travail

Michèle Martin, conseillère à la promotion des saines habitudes de vie, nutrition

DPSHV — DGSP

Cindy Miller, conseillère en prévention et contrôle des infections

Direction de la prévention et du contrôle des infections dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation en santé et services sociaux — Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles

Suzanne Montreuil, évaluatrice ministérielle de la qualité des milieux de vie

Direction de la qualité des milieux de vie — DGAPA

Andrée-Anne Rhéaume, conseillère en soutien à domicile

DSAD — DGAPA

Validation

Membres du comité sur la prévention du déconditionnement — Volet SAD

Nathalie Bolduc, coordonnatrice des services dans le milieu, zone Est

Direction SAPA

CIUSSS de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Mélissa Paradis-Lapointe, directrice adjointe — Volet SAD

Direction des programmes SAPA

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre

Nathalie Farley, coordonnatrice en réadaptation, volet santé physique

Responsable du Guichet centralisé en Santé physique

Direction des Services Multidisciplinaires et de la Réadaptation (déficience physique, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme)

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Membres du comité sur la prévention du déconditionnement — Volet CHSLD

Amélie Boutin, conseillère-cadre harmonisation, qualité des pratiques et approche milieu de vie à l'hébergement — Axe Sud

Direction du programme SAPA

CISSS de Chaudière-Appalaches

Pascale Bernard, gestionnaire responsable de CHSLD

Direction du programme SAPA

CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Nathalie Beaupré, spécialiste en activités cliniques

Direction du programme SAPA

CISSS de la Montérégie-Ouest

Nous remercions également les différents collaborateurs qui ont lu et commenté ce document.

Table des matières

Introduction	1
Déconditionnement chez les aînés	2
Objectifs	3
Profils de la population aînée	4
Axes d'intervention	5
Approche préventive populationnelle	5
Interventions préventives systématiques	6
Interventions spécifiques	6
Figure 1. Axes d'intervention selon les profils de la population aînée et les secteurs d'activités	8
Principes soutenant la mise en œuvre des APD	8
Actions clés de la mise en œuvre des APD	9
TABLEAU 1. Actions clés de l'axe de l'approche préventive populationnelle	9
TABLEAU 2. Actions clés de l'axe des interventions préventives systématiques	11
TABLEAU 3. Actions clés de l'axe des interventions spécifiques	13
Structure de déploiement et de suivi	14
Figure 2. Structures de déploiement provinciale, territoriales et locales	15
Structure provinciale	15
Structures territoriales et locales	16
Indicateurs et reddition de comptes	17
Conclusion	18
Bibliographie	19

Introduction

En contexte de pandémie à la COVID-19, les mesures sanitaires mises en place pour limiter la propagation du virus et protéger la population (ex. : distanciation physique, isolement) sont essentielles et permettent de sauver des vies. Cependant, elles modifient grandement les habitudes de vie et ont des effets indésirables sur le niveau d'activité physique, la nutrition et la santé mentale, et ce, particulièrement chez les aînés. En effet, ceux-ci sont plus à risque de ressentir les effets de cette période prolongée d'inactivité physique et d'isolement, et donc de subir les effets délétères du déconditionnement sur les plans physique, mental et social.

Conscient de ces conséquences pour les aînés vivant à domicile ou dans les différents milieux de vie pour aînés (MVA), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a émis, dès la première vague, des directives ministérielles pour prévenir le déconditionnement des aînés en contexte de pandémie. Ces directives ont servi de levier aux établissements pour leur permettre de réagir rapidement à cette problématique. Également, à l'été 2020, des personnes responsables de la mise en œuvre des actions préventives du déconditionnement (APD) ont été nommées dans les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Avec ces répondants, un comité de travail a été mis en place à l'automne 2020, avec la collaboration d'un médecin gériatre et de conseillers provenant de différentes directions du MSSS, afin d'effectuer le suivi des APD réalisées à domicile ainsi que dans les différents MVA. Il est à noter que ce même exercice a également été réalisé à la Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique au MSSS.

Parmi les diverses actions posées par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour prévenir le déconditionnement des aînés, plusieurs initiatives et innovations ont vu le jour. Afin d'accompagner les établissements dans l'actualisation des APD et l'harmonisation des actions dans l'ensemble du RSSS, nous proposons le présent guide. Celui-ci contribuera à soutenir la mise en œuvre des APD, mais également le traitement des aînés déconditionnés, en plus de préciser les attentes envers les CISSS et les CIUSSS.

Bien que ce guide à portée clinico-administrative serve particulièrement en contexte de pandémie, où l'impact des mesures est majeur sur le déconditionnement des aînés, les principes et les actions qui y sont présentés peuvent se poursuivre au-delà de la pandémie dans une visée de prévention de la perte d'autonomie et du déclin fonctionnel des aînés.

Déconditionnement chez les aînés

Le déconditionnement chez les aînés est un phénomène connu et multifactoriel. Dans la littérature, il est souvent défini comme la perte de mobilité associée aux conséquences de l'inactivité physique. On peut également l'associer à la perte d'autonomie et au déclin fonctionnel qui, particulièrement en contexte de pandémie, sont exacerbés par les mesures de confinement et d'isolement. Ainsi, aux fins de ce document, nous définirons le déconditionnement comme étant :

L'ensemble des conséquences physiques, mentales et sociales reliées à l'inactivité, à une période de sédentarité ou à la sous-stimulation intellectuelle et sociale.

Les conséquences physiques concernent principalement les sphères de l'autonomie et la mobilité ainsi que la nutrition et l'hydratation. Les conséquences mentales et sociales concernent la santé psychologique et cognitive ainsi que les contacts sociaux.

Une diminution de la pratique d'activités physiques chez les aînés, même pour quelques jours, peut entraîner une diminution de la capacité fonctionnelle, diminuant les possibilités de revenir à une pratique d'activités physiques plus importante ou au niveau d'autonomie habituelle. On peut observer une baisse progressive et généralisée de la masse musculaire, de la force, de l'équilibre et de la mobilité, en plus de répercussions importantes au niveau de la santé mentale (ex. : dépression, anxiété) et des fonctions cognitives (ex. : perte de mémoire, SCPD¹). Ces conséquences peuvent notamment accroître le risque de chutes et la fatigabilité, de même que fragiliser les fonctions cardiaques et respiratoires. La participation sociale peut également en être affectée.

En raison des changements physiologiques liés au vieillissement, les aînés sont particulièrement vulnérables à la dénutrition et à la déshydratation. Ils ont tendance à se sentir rassasiés plus tôt et à avoir moins d'appétit. Leurs sens du goût et de l'odorat peuvent également être altérés, ce qui limite le plaisir apporté par la nourriture. Par conséquent, ils mangent moins. De même, la réduction de la capacité d'absorption de certaines substances nutritives, les problèmes de santé buccodentaire ou de dysphagie, la présence d'une maladie aiguë, la prise de certains médicaments ou une situation de vie particulière, tels l'isolement social ou le deuil, sont autant de facteurs pouvant contribuer à la dénutrition et à la déshydratation. En conséquence, la personne pourra présenter un manque d'énergie, une perte d'autonomie, une augmentation des chutes, des infections et des plaies de pression de même qu'un rétablissement difficile en cas de maladie ou de blessure. La diminution de l'activité physique et de la mobilité a également un impact non négligeable sur la diminution de l'appétit, ce qui constitue également un facteur aggravant de la dénutrition.

¹ Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Ainsi, le cercle vicieux qu'entraîne l'impact d'une condition sur l'autre peut mener à un syndrome de fragilité², voire un déconditionnement important qui pourrait perdurer dans le temps et qui risque d'être difficilement réversible. C'est pourquoi les mesures pour réduire la sédentarité, soutenir la pratique d'activités physiques et la saine alimentation, ainsi que pour maintenir une bonne santé mentale et cognitive sont primordiales chez les aînés, d'autant plus en contexte de pandémie. Ces APD doivent rapidement être mises en place, surtout chez les personnes qui présentent un risque élevé.

La problématique du déconditionnement est présente sur l'ensemble du continuum de soins et services aux aînés. En milieu hospitalier, le cadre de référence de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) élaboré par le MSSS en 2011 donne des balises quant à l'application de différents niveaux d'intervention visant la prévention ou l'atténuation du déclin fonctionnel iatrogène³. Actuellement, un tel cadre n'est pas disponible pour encadrer la prévention du déclin fonctionnel ou du déconditionnement à domicile et dans les différents MVA. Le présent guide vise à répondre à ce besoin en établissant des actions clés pour la mise en œuvre des APD dans ces milieux, mais également pour le traitement du déconditionnement, le tout dans le respect des mesures sanitaires en place, des pratiques de base en prévention et contrôle des infections (PCI) ainsi que des précautions additionnelles, s'il y a lieu. Comme le guide servira d'outil complémentaire au cadre de référence de l'AAPA, les actions spécifiques au milieu hospitalier ne seront donc pas traitées dans le présent document. Cependant, les APD présentées dans ce guide consistent aux mêmes interventions que celles de l'AAPA, mais adaptées au contexte, au lieu et à la condition de santé de l'aîné.

Objectifs

Ce guide d'accompagnement destiné aux établissements a pour objectifs de :

- définir la stratégie d'action auprès de la population aînée selon ses besoins, son milieu de vie, et ce, en fonction de trois axes principaux d'interventions;
- énoncer les principes soutenant la stratégie d'action;
- préciser les actions clés à mettre en place ainsi que les rôles et les responsabilités des différents acteurs pour optimiser la mise en œuvre des APD auprès des aînés à domicile et dans les MVA;
- proposer une structure de déploiement et de suivi de la mise en œuvre des APD;
- préciser les indicateurs de suivi de la mise en œuvre des APD et la reddition de comptes attendue par le MSSS.

En présence ou non d'un contexte de pandémie, le présent guide vise également à assurer une pérennité des APD en mettant l'accent sur l'importance d'intégrer, dans les pratiques et les actions, le maintien des

² Le syndrome de fragilité est un phénomène complexe qui se définit comme une vulnérabilité organique résultant du déclin des réserves physiologiques. Ce déclin provoque une perte de capacité de résistance de la personne aux stressors internes et externes. Il se manifeste par de la faiblesse, la fatigue, la perte de poids, la perte de force musculaire, la diminution de l'activité physique, le ralentissement de la vitesse de marche et le ralentissement moteur (Voyer, 2021).

³ Provoqué involontairement par une intervention médicale visant à soigner ou à protéger la personne d'une maladie.

capacités fonctionnelles des aînés à travers un mode de vie actif, de saines habitudes de vie et une participation sociale optimale, quel que soit leur milieu de vie.

Profils de la population aînée

La stratégie d'action proposée tient compte du profil d'autonomie et des besoins de la population aînée au sein du continuum de soins et services et des différents axes d'intervention pour la prévention du déconditionnement.

La population aînée constitue un groupe hétérogène qu'il est possible de diviser en trois sous-groupes. Il y a d'abord les aînés en bonne santé générale qui sont encore actifs, autonomes et indépendants dans leurs différentes activités de la vie quotidienne et domestique, et ceux en légère perte d'autonomie. Ces personnes présentent habituellement peu de facteurs de risque de déconditionnement. Néanmoins, l'adoption de saines habitudes de vie constitue la clé pour les aider à ralentir le processus du vieillissement, à préserver leur autonomie et ainsi à prévenir le déconditionnement. La plupart de ces personnes vivent dans leur domicile ou en résidence privée pour aînés (RPA). Elles ont habituellement les ressources suffisantes pour répondre à leurs besoins et donc utilisent peu ou pas les services de santé. Cependant, en contexte de pandémie, ces personnes peuvent rapidement se retrouver dans un état de fragilité en raison de l'isolement et de la baisse marquée des contacts sociaux.

D'autres aînés plus vulnérables sont touchés par certaines maladies chroniques qui accélèrent les pertes physiologiques et occasionnent une instabilité dans la condition de santé, et qui peuvent potentiellement entraîner un syndrome de fragilité. Ces personnes ont souvent de multiples pathologies, sont moins actives physiquement et peuvent parfois être atteintes de troubles neurocognitifs. Ces conditions augmentent leur risque de développer des incapacités fonctionnelles ou d'être hospitalisées. Certaines d'entre elles développent des incapacités et des dépendances fonctionnelles légères, d'autres ont des atteintes modérées à sévères. La plupart de ces personnes nécessitent le support d'une personne proche aidante ou différents services afin de pallier leurs incapacités et de répondre à certains de leurs besoins. Certaines sont connues et reçoivent des services de santé, mais une partie est peu ou pas en contact avec le réseau et bénéficieraient de l'être (Raiche, Hébert et Dubois, 2004). On retrouve ces personnes à domicile, en RPA et en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF).

Enfin, il y a les aînés qui présentent des incapacités et des dépendances fonctionnelles sévères en raison de maladies dégénératives en stade avancé. Ils requièrent une plus grande intensité de soins et services, sont incapables de demeurer à domicile ou en RPA, malgré le soutien des personnes proches aidantes et les différents services qui leur sont offerts. Il s'agit là de la clientèle que l'on retrouve généralement en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou en maisons des aînés (MDA), mais également en RI-RTF.

Il est à noter que peu importe son profil ou son parcours, un aîné peut aussi subir à tout moment un épisode aigu de santé nécessitant le recours aux soins et services offerts en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Axes d'intervention

Dans le but d'appliquer de façon optimale les APD, les interventions doivent être adaptées en fonction des besoins de la population visée sur l'ensemble du continuum de soins et services aux aînés. Trois axes d'intervention sont proposés, soit l'approche préventive populationnelle, les interventions préventives systématiques et les interventions spécifiques. Ces axes d'intervention s'appliquent à différents moments dans le continuum de soins et services aux aînés, que ce soit à domicile ou dans les différents MVA.

Approche préventive populationnelle

L'approche populationnelle constitue une stratégie globale visant à réaliser de manière intégrée des actions ou des interventions sur l'ensemble des facteurs qui déterminent la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent, en partant d'une analyse rigoureuse des besoins exprimés et non exprimés de ce collectif vivant sur un territoire défini (Couturier, Bonin et Belzile, 2016). Elle implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en :

- rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- agissant en amont sur les déterminants de la santé.

Cet exercice requiert une collaboration entre les organisations publiques et communautaires des divers secteurs, les établissements privés de santé, les partenaires socioéconomiques, les municipalités et autres représentants de la population agissant sur le territoire local et régional. Ensemble, ils mettent à profit leurs leviers et leurs compétences au bénéfice de la population et assument collectivement leur responsabilité. Plus spécifiquement, les CISSS et les CIUSSS ont pour rôle de susciter, d'animer et de soutenir la collaboration et la concertation dans leur territoire. Pour assumer leur responsabilité populationnelle, ils doivent déployer un continuum de soins et services, mettre en place des instances d'échange, réaliser des projets organisationnels et territoriaux et consolider en continu leurs compétences liées à la responsabilité populationnelle (Institut national de santé publique du Québec, 2016).

L'approche populationnelle en prévention du déconditionnement chez les aînés passe par la promotion des saines habitudes de vie, notamment par l'adoption d'un mode de vie actif, l'acquisition d'une saine alimentation, ainsi que par la participation sociale. Pour ce faire, il importe de sensibiliser les aînés, leurs proches ainsi que toute personne qui gravite autour d'eux aux impacts du déconditionnement, de les soutenir dans la reconnaissance des différents facteurs de risque et de faire connaître les APD pouvant être mises en place au quotidien, qu'ils s'agissent d'activités autonomes ou de différents programmes ou d'offre de services dans la communauté. Aux fins du guide, elles visent dans un premier temps le premier sous-groupe d'aînés présenté, c'est-à-dire celui des aînés en bonne santé générale ou en légère perte d'autonomie.

Interventions préventives systématiques

L'axe des interventions préventives systématiques fait référence aux APD qui visent le maintien des capacités physiques et cognitives habituelles de la personne et la prévention du déclin fonctionnel pour toute clientèle aînée à risque de déconditionnement. Il s'agit d'interventions qui ciblent les différents facteurs de risque, par exemple, la mise en place de programmes d'exercices physiques, de stimulation cognitive, de maintien des contacts sociaux et de soutien à la participation sociale ou différentes actions structurées pour prévenir la dénutrition et la déshydratation.

Aux fins du guide, les interventions préventives systématiques visent principalement la clientèle aînée qui reçoit les soins et les services d'un établissement de santé et de services sociaux, donc une clientèle connue, résidant à domicile, en RPA, en RI-RTF ou en hébergement (CHSLD ou MDA). Cela concerne également la clientèle se trouvant dans les zones tampons⁴ communautaires déployées dans le contexte de la pandémie à la COVID-19. Néanmoins, la clientèle non connue, notamment les personnes résidant en RPA, devrait également bénéficier des interventions préventives systématiques en contexte de pandémie, puisqu'elles sont à risque important de déconditionnement en raison des mesures émises en milieu de vie collectif.

Les actions réalisées dans cet axe doivent faire partie intégrante des pratiques quotidiennes des différents intervenants, peu importe leur secteur d'activités. Elles doivent également être enseignées aux non-professionnels, à l'utilisateur et ses proches, ainsi qu'aux bénévoles et aux intervenants des organismes communautaires qui peuvent grandement contribuer à la prévention du déconditionnement avec l'accompagnement requis. Les interventions préventives systématiques doivent aussi faire l'objet d'un suivi régulier dans le but de s'assurer que leur mise en place est suffisante pour éviter le point de rupture, c'est-à-dire le moment où la personne perd ses capacités habituelles malgré la mise en place des interventions préventives systématiques. Comme plusieurs causes peuvent expliquer le déconditionnement (problème de santé aiguë, isolement préventif, événement déstabilisant ou stressant comme un deuil ou la pandémie, etc.), la vigilance de tous est de mise pour repérer de façon précoce les aînés à haut risque de déconditionnement et ensuite procéder à une évaluation clinique plus exhaustive des personnes considérées à haut risque.

Interventions spécifiques

Bien que la stratégie d'action soit principalement orientée sur la prévention du déconditionnement, il requiert d'intervenir auprès des aînés qui sont déconditionnés. L'axe des interventions spécifiques fait référence aux différentes actions à mettre en place en présence d'un déconditionnement, c'est-à-dire lorsque la personne a perdu des capacités fonctionnelles habituelles, tant au niveau physique que cognitif, et ce, malgré les interventions préventives systématiques. Les interventions spécifiques visent à cibler de façon plus pointue les écarts à travailler dans le but de ralentir la progression ou de ramener les capacités

⁴ Une zone tampon peut se situer dans une installation déjà existante dans l'établissement (site traditionnel) ou dans un site non traditionnel hors établissement. Elle peut être de type communautaire, c'est-à-dire offrant gîte, couvert et services, ou avec soins et services. Réf : [Directive sur les zones tampons](#).

habituelles de la personne, et ce, peu importe le niveau auquel se situent ses capacités habituelles antérieures.

Pour ce faire, une évaluation professionnelle est requise au préalable afin de bien identifier la cause du déconditionnement. L'implication médicale est souvent de mise afin de déterminer si le déconditionnement est secondaire à la réduction des activités physiques, cognitives et sociales habituelles, à une diminution des apports nutritionnels, à un problème de santé aiguë tels un delirium ou une maladie infectieuse telle la COVID-19, une dépression reliée à un trouble neurocognitif, etc. Le diagnostic oriente les différentes interventions à mettre en place par l'équipe des soins infirmiers, l'équipe de réadaptation, la nutritionniste ou tout autre membre de l'équipe interdisciplinaire requis selon les problématiques et les besoins ciblés.

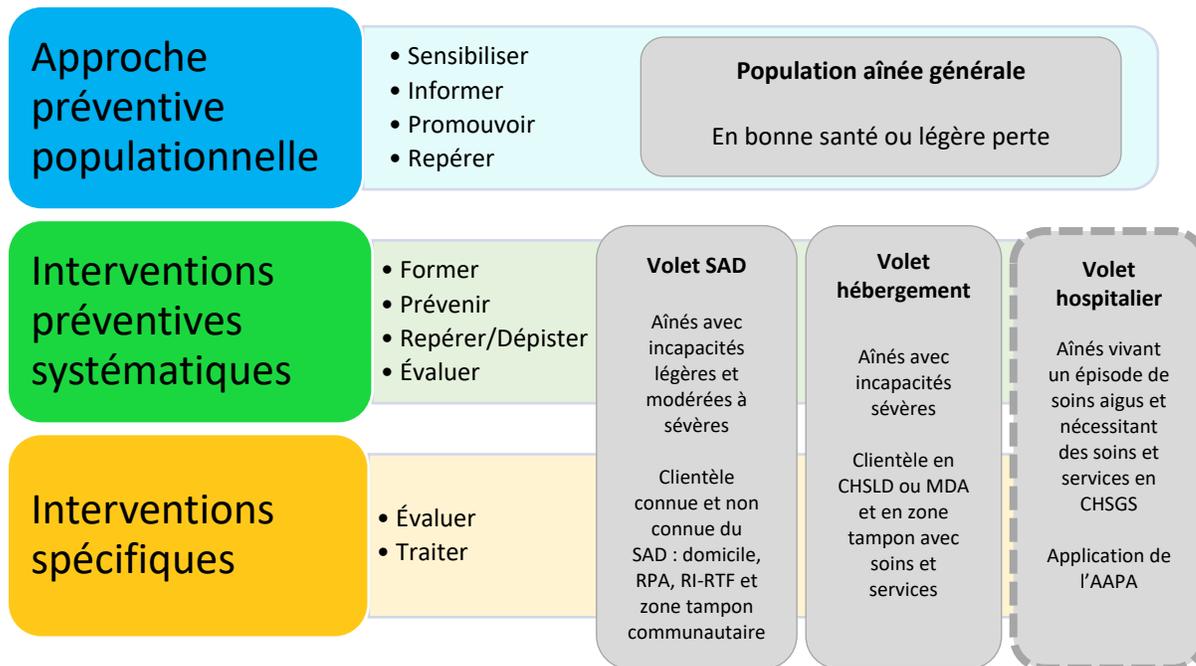
Tout comme pour les interventions préventives systématiques, les interventions spécifiques s'adressent principalement à la clientèle âgée connue, résidant à domicile, en RPA, en RI-RTF, en hébergement (CHSLD ou MDA) ou en zones tampons avec soins et services déployées dans le contexte de la pandémie à la COVID-19. Néanmoins, la clientèle non connue, notamment les personnes résidant en RPA, devraient également bénéficier des interventions spécifiques lorsque requis, puisque plusieurs d'entre elles peuvent présenter un état de déconditionnement résultant d'un confinement prolongé et d'un manque de contacts sociaux et de stimulation liés à la pandémie.

Les interventions spécifiques sont personnalisées et déterminées, autant que possible, en équipe interdisciplinaire. Elles doivent être inscrites au plan d'intervention de l'âgé. Plusieurs de ces interventions requièrent des compétences spécifiques propres aux professionnels de la santé. Néanmoins, la participation des non-professionnels, des usagers et des proches, ainsi que des bénévoles et des partenaires communautaires doit être non seulement sollicitée, mais favorisée pour une approche réellement intégrée.

La figure 1 présente les différents axes d'intervention en fonction des profils de la population âgée, mais également en fonction des secteurs d'activités, pour faciliter la compréhension des actions appartenant au volet soutien à domicile (SAD), volet hébergement et volet hospitalier⁵.

⁵ À noter que le volet hospitalier du continuum de soins et services aux âgés n'est pas traité dans ce guide, puisque les actions de prévention du déconditionnement en milieu hospitalier sont établies dans le cadre de référence de l'AAPA. (MSSS, 2011)

Figure 1. Axes d'intervention selon les profils de la population âgée et les secteurs d'activités



Principes soutenant la mise en œuvre des APD

Les principes suivants doivent faire partie intégrante de la stratégie de mise en œuvre des APD, quel que soit l'axe d'intervention visé :

- la prévention du déconditionnement des aînés est une responsabilité partagée entre tous les acteurs en contact avec des personnes âgées;
- les APD doivent être appliquées sur tout le continuum de soins et services aux aînés;
- l'intervention précoce ainsi que la rapidité d'intervention sont des éléments clés dans la prévention et le traitement du déconditionnement;
- un équilibre entre les mesures pour protéger les aînés et pour prévenir le déconditionnement doit être visé;
- la mise en œuvre des APD doit viser l'autonomisation des aînés, quel que soit leur niveau d'autonomie ou leur condition de santé;
- la mise en œuvre des APD doit faire l'objet d'un suivi périodique et des mesures doivent être prises pour en assurer la pérennité.

Actions clés de la mise en œuvre des APD

La prochaine section présente sous forme de tableaux les différentes actions clés permettant une mise en œuvre optimale des interventions en lien avec la prévention et le traitement du déconditionnement selon les différents axes d'intervention. Pour chacune des actions clés, les rôles et les responsabilités appartenant aux CISSS et CIUSSS sont détaillés et appuyés de quelques exemples de moyens⁶.

TABLEAU 1. Actions clés de l'axe de l'approche préventive populationnelle

APPROCHE PRÉVENTIVE POPULATIONNELLE		
Actions clés	Rôles et responsabilités	Exemples de moyens
<p>SENSIBILISER</p> <p>Sensibiliser tous les acteurs pouvant contribuer à la prévention du déconditionnement des aînés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les aînés et leurs proches aux impacts du confinement, à la gestion du risque et à l'importance de prévenir le déconditionnement • Sensibiliser les partenaires de la communauté à la problématique du déconditionnement chez les aînés (tables de concertation des aînés, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale d'aide à domicile (EESAD), etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Référence à la page Web Analyser le niveau de risque des aînés en contexte de COVID-19 • Rencontres d'information • Présentations, ateliers virtuels, vidéos • Publications sur les réseaux sociaux, site Web, ou autres médiums • Campagne de sensibilisation, journée ou semaine thématique
<p>INFORMER</p> <p>Rendre disponible l'information sur la prévention du déconditionnement aux différents publics cibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre accessible aux aînés et à leurs proches l'information sur le déconditionnement et les façons de le prévenir • Développer des outils adaptés aux différents publics cibles et diffuser l'information par différents médiums 	<ul style="list-style-type: none"> • Référence à la page Web Prévenir le déconditionnement chez les aînés en contexte de pandémie • Distribution de feuillets, de brochures, d'outils promotionnels, d'affiches, etc.

⁶ Liste non exhaustive.

APPROCHE PRÉVENTIVE POPULATIONNELLE

Actions clés	Rôles et responsabilités	Exemples de moyens
<p>PROMOUVOIR</p> <p>Encourager les aînés à adopter de saines habitudes de vie en promouvant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'activité physique selon leurs capacités; • les bonnes habitudes alimentaires; • le développement et le maintien de la santé cognitive; • le maintien des contacts sociaux et le soutien à leur participation sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre accessibles les contenus des différents programmes ou des types d'activités dédiés aux aînés dans les municipalités de toutes les régions du Québec et favoriser leur déploiement • Améliorer la collaboration entre la Direction régionale de santé publique (DRSP) et la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) • Soutenir les initiatives visant la participation sociale des aînés dans leur communauté • Développer des collaborations avec les partenaires (communautaires, municipalités, entreprises, etc.) dans le développement d'initiatives novatrices • Soutenir les collaborations entre les acteurs de la communauté et les MVA Rendre accessibles aux aînés et à leurs proches les outils de promotion de la santé globale, particulièrement ceux qui informent des impacts du confinement • Soutenir les initiatives visant à rendre les milieux de vie et les environnements sains et sécuritaires pour les aînés, favorables au maintien de l'autonomie et à la participation sociale des aînés 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'offre de services des CISSS et des CIUSSS s'adressant aux aînés • Développement de l'offre de services en activité physique tels : programme Viactive, programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), Le GO pour bouger, MOVE 50+, Vivre en équilibre, etc. • Promotion de la marche comme mode de déplacement • Utilisation de moyens de communication variés pour offrir différentes activités destinées aux aînés (ex. : diffusion d'une capsule d'exercices physiques à la télé communautaire, activité de chant à la radio communautaire, capsule vidéo sur le site Internet de l'établissement, etc.) • Promotion de l'offre de services des organismes offrant de l'aide alimentaire • Développement de cuisines collectives et culturelles pour les aînés dans la communauté
<p>REPÉRER</p> <p>Repérer les aînés vulnérables non connus à risque de déconditionnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Former les partenaires de la communauté et les personnes proches aidantes à reconnaître les facteurs de risque du déconditionnement • Identifier les milieux de vie les plus préoccupants, dont ceux en éclosion ou qui ont vécu une éclosion, ou offrant des services à une clientèle à risque de déclin fonctionnel, en collaboration avec divers partenaires, dont les RPA • Établir des trajectoires de communication efficaces et mettre en place des corridors de services pour assurer une prise en charge rapide des usagers référés par les partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'outils de repérage tels le Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA-7) ou AINÉES 75 PLUS • Personnel dédié au repérage des personnes non connues, notamment dans les RPA

TABLEAU 2. Actions clés de l'axe des interventions préventives systématiques

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES SYSTÉMATIQUES		
Actions clés	Rôles et responsabilités	Exemples de moyens
<p>FORMER</p> <p>Soutenir le développement des compétences en lien avec la prévention du déconditionnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diffuser et veiller au déploiement de la Directive pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie • Former le personnel, les bénévoles et les partenaires à appliquer de façon systématique lors de leurs interventions les APD adaptées aux différents types de clientèle dans les différents secteurs d'activités • Enseigner et conseiller à l'usager et à ses proches les APD à mettre en place au quotidien • Référer aux programmes déjà existants soutenant les bonnes habitudes de vie et la prévention du déconditionnement • Renforcer les compétences des différentes personnes en contact avec les aînés dans les différents secteurs d'activités à repérer ceux à haut risque de déconditionnement (ex. : auxiliaires aux services de santé et sociaux [ASSS], bénévoles, EESAD, personnel des services alimentaires, personnel d'hygiène et salubrité, aides de service, personnes proches aidantes, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de trousse ou de boîtes à outils pour différents publics cibles sur l'intranet ou le site Web de l'établissement • Fiches cliniques de l'AAPA • Diffusion de capsules vidéo • Offre de formation en ligne ou par visioconférence • Coaching et soutien clinique • Ateliers de pratique réflexive
<p>PRÉVENIR</p> <p>Assurer la mise en œuvre des APD et effectuer le suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer et mettre en place différents programmes adaptés au contexte de pandémie sur les différents plans : activité physique, nutrition, santé cognitive et psychologique • Assurer la mise en place d'interventions adaptées pour la clientèle ayant des troubles neurocognitifs majeurs et qui présente des SCPD • Impliquer en premier lieu les équipes de soins infirmiers dans l'application précoce et au quotidien des APD auprès des aînés • Collaborer avec l'équipe PCI dans les stratégies de mise en œuvre des APD afin d'assurer la cohérence des interventions et minimiser les impacts sur le 	<ul style="list-style-type: none"> • Offre de différents types de programmes d'exercices physiques en fonction du degré d'autonomie • Offre de différents types d'activités de stimulation cognitive en fonction des capacités • Achat de matériel spécifique • Recours au personnel des centres de jour fermés • Implication d'équipes interdisciplinaires dans la prévention du déconditionnement dans les différents secteurs d'activités

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES SYSTÉMATIQUES

Actions clés	Rôles et responsabilités	Exemples de moyens
	<p>déconditionnement, notamment lors d'éclosion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser et soutenir le personnel, les bénévoles et les partenaires dans l'application systématique des APD • Recourir à différentes ressources pour assurer la mise en œuvre des APD • S'assurer d'une supervision professionnelle selon le cas • Prioriser les interventions dans les installations où la situation est précaire au niveau des ressources humaines, où la clientèle est plus à risque et où la gradation des mesures est plus stricte en fonction du palier d'alerte • Assurer un suivi et une vigilance soutenue des aînés non connus en RPA • Remettre l'approche milieu de vie au cœur des actions, notamment en CHSLD, dans le respect des mesures PCI • Prévoir un plan spécifique pour un maintien des activités de façon sécuritaire pour la clientèle en zone tampon ou dans les unités en éclosion • Soutenir la mise en place du concept de bulle social, lorsque possible, selon les directives ministérielles • Effectuer le suivi du plan d'intervention pour la clientèle connue à haut risque de déconditionnement selon les facteurs de risques présents dans les différentes sphères • Consulter les différents intervenants au dossier et planifier des rencontres interdisciplinaires au besoin 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajouts de techniciens en loisir, de kinésilogues, etc. • Recours à des étudiants et stagiaires, etc. • Développement d'ententes de services innovatrices • Accompagnement dans l'organisation de certains services pour minimiser l'impact sur le déconditionnement, notamment en RPA et en RI-RTF (Ex. distribution de plateau-repas à l'appartement ou la chambre, etc.) • Développement d'outils de suivi de l'application des APD par les différents intervenants • Suivi en caucus d'équipe • Cibler des ambassadeurs ou « champions » des APD
<p>REPÉRER/DÉPISTER</p> <p>Repérer les aînés vulnérables à haut risque de déconditionnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des questionnaires standardisés de repérage du déconditionnement ou du déclin fonctionnel, ou des outils permettant l'observation des éléments de fragilité • Utiliser des outils spécifiques pour dépister le risque de chute, la dénutrition, la dépression, les troubles cognitifs, etc. • Impliquer tous acteurs gravitant autour des aînés ainsi que les personnes proches 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisations d'outils tels le PRISMA-7, les signes AINÉES ou le SMAF • Procéder à l'appel des usagers en attente de services au SAD • Effectuer une visite systématique et périodique des aînés non connus en RPA, notamment dans les milieux en

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES SYSTÉMATIQUES		
Actions clés	Rôles et responsabilités	Exemples de moyens
	<p>aidantes dans la prévention et le repérage des aînés à haut risque de déconditionnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec les GMF, les services courants et autres programmes services pour le repérage des aînés à risque de déconditionnement • Optimiser les collaborations et les trajectoires de communication et de référence auprès des différents partenaires • Développer des trajectoires pour une évaluation rapide des usagers identifiés à haut risque de déconditionnement ou déconditionnés 	<p>éclosion ou qui ont vécu une éclosion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profiter des différentes activités cliniques pour procéder au repérage : <ul style="list-style-type: none"> ○ soins de base; ○ vaccination; ○ etc.
<p>ÉVALUER</p> <p>Évaluer les aînés repérés à haut risque de déconditionnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une évaluation rapide dans les différentes sphères et le suivi professionnel requis en fonction des facteurs de risques présents • Solliciter la collaboration de l'usager et des proches dans la mise en œuvre d'interventions préventives individualisées 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'outils d'évaluation spécifiques à la clientèle aînée • Émettre les directives requises aux non-professionnels ainsi qu'aux usagers et à leurs proches

TABLEAU 3. Actions clés de l'axe des interventions spécifiques

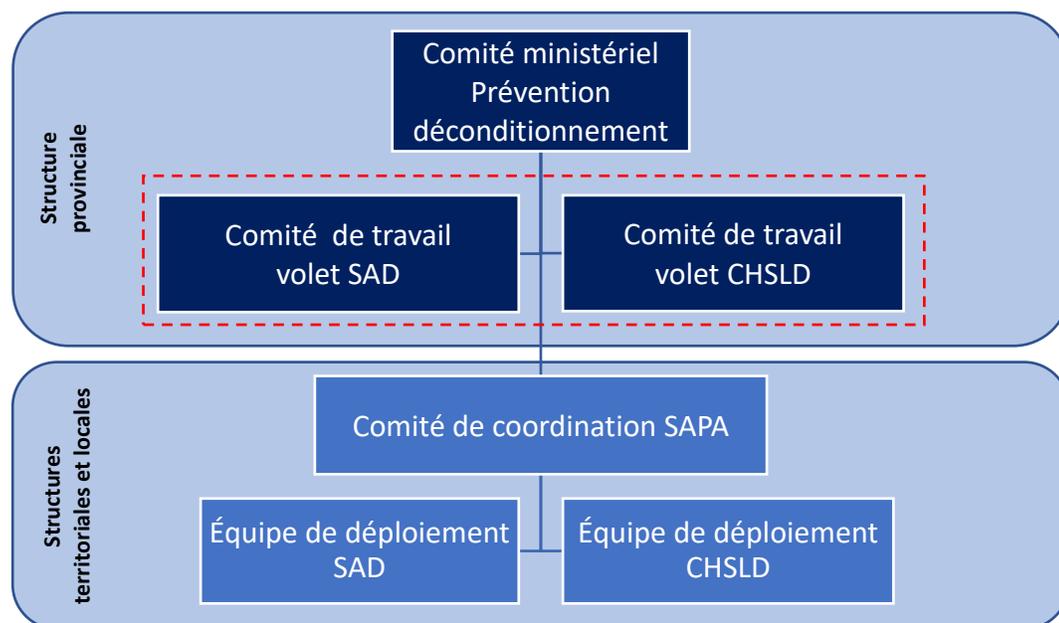
INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES		
Actions clés	Rôles et responsabilités	Exemples de moyens
<p>ÉVALUER</p> <p>Évaluer les besoins spécifiques de la clientèle déconditionnée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une évaluation rapide pour déterminer la cause du déconditionnement • Référer aux différents professionnels requis 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'outils d'évaluation spécifiques à la clientèle aînée • Mise à contribution des équipes médicales pour l'évaluation et le diagnostic différentiel de la clientèle, notamment pour la clientèle non connue en RPA

INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES		
Actions clés	Rôles et responsabilités	Exemples de moyens
<p>TRAITER</p> <p>Assurer la mise en place d'interventions spécifiques pour traiter le déconditionnement dans les sphères visées</p>	<ul style="list-style-type: none"> Assurer une offre de services permettant la réponse aux besoins des résidents déconditionnés dans les différentes sphères (réadaptation physique, nutrition, stimulation cognitive, suivi psychologique) selon la cause Collaborer avec l'équipe PCI, notamment si présence de précautions additionnelles ou d'éclosion Adapter l'offre de services à la clientèle en post-éclosion COVID-19 Recourir à des ressources supplémentaires pour assurer le traitement du déconditionnement et s'assurer d'une supervision professionnelle selon le cas Effectuer le suivi du plan d'intervention spécifique au traitement du déconditionnement dans les sphères visées Solliciter la collaboration de l'utilisateur et des proches dans la mise en œuvre d'interventions spécifiques 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation du personnel des centres de jour fermés pour des interventions spécifiques Implication des équipes interdisciplinaires dans le traitement du déconditionnement, notamment en post-éclosion COVID-19 Développement d'ententes de services novatrices Ajouts de personnel de réadaptation, kinésithérapeutes, techniciens en loisir, etc. Recours à des étudiants et des stagiaires, etc.

Structure de déploiement et de suivi

Afin d'optimiser la mise en œuvre des ADP et le suivi de leur application dans les différents secteurs d'activités, le MSSS propose la structure de déploiement ci-dessous (figure 2). Celle-ci se veut une suggestion et non pas une obligation dans sa forme. Les structures et les rôles déjà en place dans les CISSS et les CIUSSS doivent être considérés afin d'éviter des doublons.

Figure 2. Structures de déploiement provinciale, territoriales et locales



Structure provinciale

	Comité ministériel	Comité de travail
<i>Composition</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Direction générale des aînés et des proches aidants : <ul style="list-style-type: none"> o Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en RI-RTF; o Direction de la qualité des milieux de vie; o Direction du SAD. - Direction nationale des soins et services infirmiers - Médecin gériatre - Direction de la prévention et du contrôle des infections dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation en santé et services sociaux - Direction générale de la santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> - Membres du comité ministériel - Responsables de la mise en œuvre des APD dans les CISSS et les CIUSSS. <p>* Pour faciliter les discussions, le comité de travail a été séparé en deux volets : SAD (incluant RPA et RI-RTF) et CHSLD. Les responsables ont nommé des répondants spécifiques aux différents volets pour participer aux rencontres qui se tiennent en alternance.</p>
<i>Rôles et responsabilités</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Animer les rencontres avec le comité prévention déconditionnement - Effectuer le suivi des actions réalisées et des enjeux vécus auprès des autorités - Déterminer les orientations et les stratégies pour assurer la mise en œuvre des APD - Accompagner les CISSS et les CIUSSS dans la mise en œuvre des APD 	<ul style="list-style-type: none"> - Effectuer le suivi des actions réalisées - Partager les initiatives et les idées innovatrices - Discuter des enjeux liés à l'application des APD - Partager des pistes de solution pour assurer la pérennité des actions

Structures territoriales et locales

	Comité de coordination SAPA	Équipe de déploiement SAD	Équipe de déploiement CHSLD
<i>Composition proposée</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Directeur/directeurs adjoints SAPA - Codirecteur médical - Gestionnaires SAD et CHSLD - Responsables de la mise en œuvre des APD - Conseiller-cadre de la Direction des soins infirmiers (DSI) et Direction des services multidisciplinaires (DSM) - Chef du service de PCI - Représentant de la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique - Représentant de la DRSP - Conseiller de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques 	<p>Le responsable de la mise en œuvre des APD ou son répondant volet SAD coordonne le déploiement dans ce secteur.</p> <p>Pour ce faire, il pourrait s'adjoindre les personnes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - chef de programme SAD - représentant de la DSI et DSM - conseillère en PCI - professionnels de l'équipe interdisciplinaire (nutritionniste, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, etc.) et ASSS - répondant-cadre RPA - répondant-cadre RI-RTF - organisateur communautaire - usager-partenaire 	<p>Le responsable de la mise en œuvre des APD ou son répondant volet CHSLD coordonne le déploiement dans ce secteur.</p> <p>Pour ce faire, il pourrait s'adjoindre les personnes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestionnaires responsables de CHSLD - cogestionnaire médical - représentant de la DSI et DSM - conseillère en PCI - représentant des équipes de soins et services professionnels (ex. : préposés aux bénéficiaires, technicien en loisir, etc.) - membre du comité des usagers
<i>Rôles et responsabilités</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des stratégies favorisant la mise en œuvre des APD - Soutenir la mise en œuvre des APD dans les différents secteurs d'activités - Effectuer le suivi de l'avancement des travaux des équipes de déploiement - Assurer le suivi auprès du comité de coordination clinique - Effectuer la reddition de comptes au MSSS 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des stratégies de mise en œuvre adaptées au secteur d'activité spécifique et à la structure d'organisation de travail - Participer à l'élaboration de programmes, d'outils et de formations - Soutenir les équipes dans le déploiement des APD - Effectuer le suivi des actions réalisées au comité de coordination SAPA (état d'avancement, enjeux, etc.) 	

Indicateurs et reddition de comptes

Afin de s'assurer de la mise en œuvre continue des APD auprès des aînés du Québec et plus particulièrement auprès de ceux ayant subi des impacts de la pandémie, le MSSS veut se doter d'un mécanisme de reddition de comptes simple qui vise les éléments incontournables au déploiement et au suivi l'avancement de la mise en œuvre des APD de façon périodique. Il est souhaité que le processus débute à l'automne 2021.

Basé sur le modèle d'évaluation de la qualité des soins de Donabedian, le suivi s'effectuera dans un premier temps sur la **structure** et les **processus**, donc sur des composantes en lien avec la structure de déploiement et les principales actions clés mises en place selon les différents axes d'intervention pour permettre la réalisation des APD auprès de la clientèle.

À cet effet, la réalisation d'un plan d'action spécifique aux différents secteurs d'activités s'avère un moyen judicieux pour permettre de cibler des objectifs en lien avec les éléments de suivi visés, de déterminer les moyens requis pour y arriver et d'assurer facilement le suivi des actions réalisées. Il s'agit d'un outil simple qui peut faciliter le processus de reddition de comptes.

Au niveau des **résultats**, il est proposé dans un premier temps de sonder la satisfaction quant aux soins et services reçus en lien avec la prévention et le traitement du déconditionnement. D'autres indicateurs seront déterminés à moyen terme et pourront être suivis lorsque la structure et les processus seront bien en place dans les CISSS et les CIUSSS.

Voici les principales composantes qui feront l'objet du suivi de la mise en œuvre des APD :

Structure	Processus	Résultats
<ul style="list-style-type: none">✓ Structures territoriales et locales✓ Formation du personnel, des bénévoles, des partenaires et des proches en lien avec les APD✓ Attribution de ressources humaines et matérielles dédiées à la prévention et au traitement du déconditionnement	<p>Axe BLEU</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Réalisation d'actions de sensibilisation, d'information, de promotion et de repérage <p>Axe VERT</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Réalisation d'interventions préventives systématiques concernant :<ul style="list-style-type: none">- autonomie/mobilité;- nutrition/hydratation;- état cognitif/comportemental/psychologique.✓ Mécanisme de repérage de la clientèle à risque✓ Mécanisme de priorisation de la clientèle à haut risque pour une évaluation <p>Axe JAUNE</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Évaluation rapide des personnes déconditionnées✓ Réalisation d'interventions spécifiques selon la cause du déconditionnement✓ Interventions spécifiques auprès des personnes en rémission de la COVID-19	<ul style="list-style-type: none">✓ Satisfaction de la clientèle et des proches face aux soins et services reçus en lien avec la prévention ou le traitement du déconditionnement (facultatif)

Conclusion

Le MSSS espère que le présent guide répondra aux besoins des CISSS et des CIUSSS quant aux attentes face au déploiement et au suivi de la mise en œuvre des APD, et ce, plus particulièrement dans le contexte actuel de pandémie. Il est également souhaité que la prévention du déconditionnement fasse partie intégrante des pratiques et que les actions mises en œuvre demeurent pérennes, peu importe le contexte, le milieu de vie ou la condition de santé des aînés.

Bibliographie

BLAIN, Hubert, Anne VUILLEMIN, Arielle BLAIN, et Claude JEANDEL. (2000) « Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées », *La Presse médicale*, vol. 29, n° 22, 24 juin 2020, p. 1240-1248. Également disponible en ligne : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/docdeuxannee/0107Aaactphys2004.pdf>

COUTURIER, Yves, Lucie BONIN, et Louise BELZILE. *L'intégration des services en santé. Une approche populationnelle*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2016, 276 pages.

COULONGEAT, Matthieu, Marine PAMBET, Philippe CHASSAGNE, et Jean-Bernard GAUVAIN. « Le concept de fragilité chez la personne âgée : implications pour le rhumatologue », *Revue de Rhumatisme Monographies*, vol. 86, n° 3, juin 2019, p. 164-171. doi : 10.1016/j.monrhu.2019.01.005.

DONABEDIAN, Avedis. « Evaluating the Quality of Medical Care ». *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 44, n° 3, 1966, p. 166-206. doi : 10.2307/3348969

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *COVID-19 : Lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées en contexte de pandémie*, [Fichier PDF], Gouvernement du Québec, 2020, 21 p. [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3033-isolement-social-solitude-aines-pandemie-covid19.pdf>]

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. « Saine alimentation et mode de vie actif », [En ligne]. *Veille Scientifique – spécial COVID-19*, vol. 8, n° 2, septembre 2020, p. 1-8. [<https://www.inspq.qc.ca/veille-scientifique-saine-alimentation-mode-vie-actif/septembre-2020>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2016). *Responsabilité populationnelle*, [En ligne], mis à jour le 14 juillet 2016. [<https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle>] (Consulté le 10 décembre 2020).

LIU, Chiung-ju, et Nancy K. LATHAM. « Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, 8 juillet 2009. doi : 10.1002/14651858.CD002759.pub2

MARÉCHAL, René. « Effet d'un programme d'exercice mixte sur la capacité fonctionnelle et la sédentarité chez les personnes âgées en traitement contre le cancer », Mémoire (M.Sc.), Université de Sherbrooke, 2019, 121 p. [En ligne]. [https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/14663/Marechal_Rene_MSc_2019.pdf] (Consulté le 29 mars 2021).

MARTEL, Dominic. « Comparaison des effets d'un programme d'activité physique à domicile à l'aise d'une gérontechnologie à une intervention de groupe supervisée dans un centre communautaire sur les capacités fonctionnelles des personnes âgées après une blessure mineure », Mémoire (M.Sc.), Université du Québec à Montréal, 2017, 136 p. [En ligne]. [<https://archipel.uqam.ca/10956/1/M15349.pdf>] (Consulté le 29 mars 2021).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie*, [En ligne], mis à jour le 10 novembre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002719/>] (Consulté le 10 décembre 2020).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence*, [Fichier PDF], Gouvernement du Québec, 2011, 188 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>]

MORLEY, John. E. (2020). « Dénutrition », dans *Le Manuel Merck version pour le grand public*, [En ligne], mis à jour en janvier 2020. [<https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/troubles-de-la-nutrition/d%C3%A9nutrition/d%C3%A9nutrition#:~:text=Chez%20les%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%2C%20la,aggrav%C3%A9%20chez%20les%20personnes%20d%C3%A9nutries>] (Consulté le 10 décembre 2020).

PATERSON, Donald H., et Darren ER. WARBURTON. « Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines », *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 7, n° 38, mai 2010, p. 1-22. doi : 10.1186/1479-5868-7-38.

RAÏCHE, Michel, Réjean HÉBERT, et Marie-France DUBOIS. « Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave ». Dans HÉBERT, Réjean, André Tourigny, et Maxime Gagnon. *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Québec, Edisem, 2004, p. 153-175, [En ligne], mis à jour en novembre 2016. [<https://www.expertise-sante.com/outils-cliniques/outils-rsipa/prisma-7/>] (Consulté le 9 mars 2021).

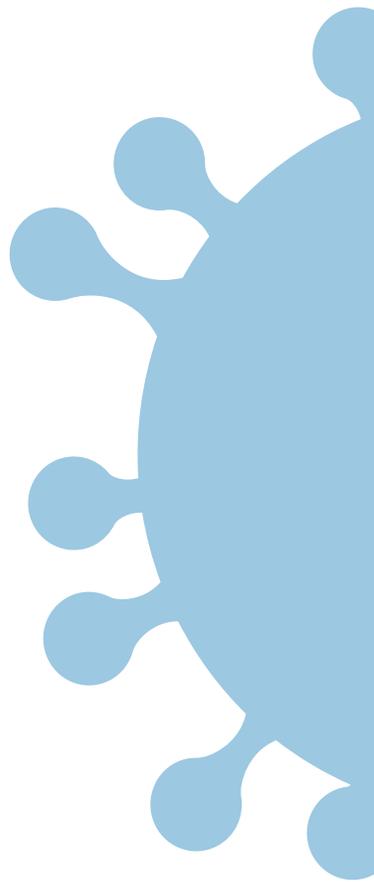
ROLLAND, Yves, et Bruno VELLAS. « La sarcopénie », *La Revue de Médecine Interne*, vol. 30, n° 2, février 2009, p. 150-160. doi : 10.1016/j.revmed.2008.08.013.

SCHUTZER, Karen A., et B Sue GRAVES. « Barriers and motivations to exercise in older adults », *Preventive Medicine*, vol. 39, n° 1, novembre 2004, p. 1056-1061. doi : 10.1016/j.ypmed.2004.04.003.

TIEDEMANN, Anne, Catherine SHERRINGTON, et Stephen R. LORD. « The role of exercise for all prevention in older age », *Moritz : Revista de Educação Física*, vol. 19, no 3, septembre 2013, p. 541-547. doi : 10.1590/S1980-65742013000300002.

VOYER, Philippe. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 3^e édition, Montréal, Éditions du Nouveau Pédagogique, 2021, 697 p.

VUILLEMIN, Anne. « Bénéfices de l'activité physique sur la santé des personnes âgées », *Science & Sports*. vol. 27, no 4, septembre 2012, p. 249-253. doi : 0.1016/j.scispo.2012.07.006.



Émission : 21-01-2021

Mise à jour : 27-05-2021

Directive ministérielle

DGSP-
003.REV1

Catégorie(s) :
✓ Directives cliniques
✓ ITSS
✓ CISSS/CIUSSS
✓ Services médicaux de première ligne et spécialisés

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

Remplace la directive émise le 21 janvier 2021.

Expéditeur : Direction générale de la santé publique (DGSP)



Destinataires : Tous les CISSS et les CIUSSS

- Président-directeur général (PDG) et Président-directeur général adjoint (PDGA)
- Direction de santé publique (DSPublique)
- Direction des services professionnels (DSP)
- Direction des soins infirmiers (DSI)
- Département régional de médecine générale (DRMG)
- Direction des services multidisciplinaires (DSM)
- GMF, GMF-U et GMF-réseau

Directive

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

Elle vise à soutenir les présidents-directeurs généraux des établissements et les chefs de département régional de médecine générale pour développer le plan de maintien des activités par l'établissement et à soutenir les professionnels de la santé qui réalisent des interventions en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), selon le niveau d'alerte de chaque région. Elle est basée sur l'analyse des recommandations québécoises en matière de prévention clinique des ITSS et de prise en charge des personnes atteintes, à partir d'une consultation sommaire d'experts de santé publique, de microbiologie, infectiologie et de professionnels de première ligne.

Elle est complémentaire au [Plan provincial de priorisation des activités cliniques - Secteur première ligne médicale](#) et au [Plan 2^e vague : Services mère-enfant - COVID-19](#).

Principe :	En matière d'ITSS, les interventions cliniques sont réalisées auprès des personnes symptomatiques, auprès des personnes asymptomatiques qui ont des facteurs de risque d'ITSS et auprès des personnes qui ont un risque plus élevé de transmission et de complication. L'évaluation et la prise en charge des personnes chez lesquelles le risque d'une ITSS est présent doivent être maintenues dans la mesure du possible, que ce soit dans les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE), dans les cliniques jeunesse, dans les points de service pour les jeunes « Aire ouverte » ou dans les autres milieux cliniques où ces personnes se présentent. Comme pour toute autre intervention clinique, les milieux cliniques favoriseront le pré triage téléphonique.
Mesures à implanter :	<p>1. Ressources humaines et matérielles disponibles</p> <p>Lorsque les ressources humaines (milieu clinique et laboratoire) et le matériel permettant le prélèvement, le transport et l'analyse des échantillons sont disponibles, les interventions cliniques en ITSS devraient se poursuivre selon les recommandations québécoises en vigueur.</p> <p>2. Ressources humaines ou matérielles limitées</p> <p>Le maintien de certaines activités cliniques en ITSS est essentiel pour minimiser les effets collatéraux de la pandémie de COVID-19 et éviter une flambée d'ITSS. L'évaluation et la prise en charge des personnes chez lesquelles le risque d'une ITSS est présent doivent être maintenues dans la mesure du possible. Lorsque les ressources humaines ou matérielles sont limitées, prioriser :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ les urgences (personnes symptomatiques ou exposées à une personne atteinte), ➔ le suivi de grossesse, ➔ les nouveaux diagnostics, ➔ le suivi des personnes ayant une infection (VIH ou hépatite) mal contrôlée, ➔ la vaccination des personnes exposées à une maladie évitable par la vaccination.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes : aucune

Direction ou service ressource :	DPITSS itss@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Annexe A - Mise à jour des recommandations pour le suivi de l'infection à VIH, de la prophylaxie préexposition (PPrE) et de la prophylaxie post-exposition (PPE) en période de COVID-19 ✓ Annexe B - Traitement accéléré des partenaires de personnes atteintes de chlamydia ou de gonorrhée (TAP) en période de pandémie de la COVID-19 : orientations intérimaires. ✓ Annexe C - Tableau - Interventions cliniques en lien avec les ITSS selon la disponibilité des ressources et les quatre paliers d'alerte.

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

msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par
Le sous-ministre adjoint,
Horacio Arruda

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Directive

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

Principes

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

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

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

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

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

1. Ressources humaines et matérielles disponibles

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

Elles sont présentées, notamment, dans le [Guide des bonnes pratiques en prévention clinique](#), le [Guide québécois de dépistage des ITSS](#), les [outils d'aide à la prévention clinique des ITSS](#), les [Guides d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS](#), les Recommandations pour le suivi de l'infection à VIH, la prophylaxie préexposition (PPRE) et la prophylaxie postexposition (PPE) en période de COVID-19 ([voir Annexe A](#)).

2. Ressources humaines ou matérielles limitées

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

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

Personnes symptomatiques

- ➔ Offrir un traitement syndromique : consulter les [Guides d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS](#) et [Recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne au Québec](#).
- ➔ Prélever tous les sites exposés ou faire un prélèvement sanguin et demander les analyses de laboratoire appropriées et disponibles.

Personnes exposées, consulter le document [Personnes exposées à une ITSS, que faire?](#)

- [Dépister l'infection à laquelle la personne a été exposée et les autres ITSS selon les facteurs de risque.](#)
- Personne asymptomatique exposée à une [Infection à *Chlamydia trachomatis* \(CT\)](#) ou à [Neisseria gonorrhoeae \(NG\)](#), à la [syphilis](#), à la [lymphogranulomatose vénérienne](#) (LGV) ou à la [trichomonase](#) : offrir un traitement épidémiologique.

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

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

Si cette option n'est pas envisageable, une utilisation élargie du TAP pourrait être acceptable. À cet effet, veuillez consulter l'annexe B intitulé Traitement accéléré des partenaires de personnes atteintes de chlamydia ou de gonorrhée (TAP) en période de pandémie de la COVID-19 : orientations intérimaires. Il précise les exclusions qui doivent être maintenues.

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

Personnes qui ont une condition clinique particulière :

- [femme enceinte](#) à la première visite du suivi prénatal et, si nécessaire, pendant le suivi de la grossesse et au moment de l'accouchement.

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

- femme demandant une interruption volontaire de grossesse;
- [personne victime d'agression sexuelle](#);
- personne sous hémodialyse.

- [Déterminer les ITSS à dépister.](#)

- [Prélever tous les sites exposés](#) ou [faire un prélèvement sanguin](#) et demander les analyses de laboratoire appropriées et disponibles.

Personnes ayant reçu un résultat positif pour une ITSS :

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

- [Déterminer les autres ITSS à dépister.](#)

- NG : [effectuer un prélèvement et demander une culture](#) avant de débiter le traitement afin de déterminer la sensibilité de la souche (sans retarder le traitement).

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

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

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

- VHC : consulter [La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C](#).

- [Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires.](#)

Personnes chez lesquelles il y a une indication de [vaccination](#) :

- ➔ Vacciner si le risque d'acquisition est élevé (ex. : contact sexuel ou domiciliaire d'une personne ayant une hépatite B).
- ➔ Vacciner si la personne doit se présenter en clinique pour une autre raison et que le vaccin peut être administré au cours de la même visite.

Consulter le tableau (voir Annexe C) Interventions cliniques en lien avec les ITSS selon la disponibilité des ressources et les quatre paliers d'alerte. Il résume les interventions cliniques à maintenir en fonction des ressources humaines et matérielles disponibles et des paliers du système d'alertes régionales et d'intervention graduelle (COVID-19).

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

Analyses de laboratoires pour la détection des ITSS

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

Sources

- [Guide des bonnes pratiques en prévention clinique](#) (MSSS, 2019)
- [Guide québécois de dépistage des ITSS](#) (MSSS, 2019)
- [Outils d'aide à la prévention clinique](#) (MSSS, 2021)
- [Guides d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS](#) (INESSS)
- Recommandations pour le suivi de l'infection à VIH, la prophylaxie préexposition (PPrE) et la prophylaxie postexposition (PPE) en période de COVID-19 (Baril JG et al, 2021)
- [Joindre, dépister et détecter, traiter - Intégrer la prévention des ITSS dans les plans d'action régionaux de santé publique](#) (MSSS, 2017)
- [Les activités de vaccination en période de pandémie de Coronavirus COVID-2019-Avis court du Comité sur l'immunisation du Québec](#) (INSPQ, 8 mai 2020)
- [La prophylaxie oculaire néonatale : pénurie d'onguent ophtalmique d'érythromycine pour les nouveau-nés](#) (Société canadienne de pédiatrie, 2019 - consulté le 1^{er} mai 2020)
- [Plan provincial de priorisation des activités cliniques - Secteur première ligne médicale](#) (MSSS, 7 avril 2021)
- [Plan 2e vague : Services mère-enfant - COVID-19](#) (MSSS, 12 avril 2021)
- S'adapter à la COVID-19 - Un plan pour faire face à la deuxième phase de la pandémie au Québec (Document de travail de la Direction générale de la santé publique du MSSS).

Recommandations pour le suivi de l'infection au VIH, de la PPrE et de la PPE en période de COVID-19

Mise à jour le 26 avril 2021

Jean-Guy Baril

Claude Fortin

Valérie Martel-Laferrière

Cécile Tremblay

Benoit Trottier

Marie-Louise Vachon



PNMVH

PROGRAMME NATIONAL
DE MENTORAT SUR LE VIH
ET LES HÉPATITES

Participants

Auteurs:

- Jean-Guy Baril
- Claude Fortin
- Pierre Côté
- Valérie Martel-Laferrière
- Cécile Tremblay
- Benoit Trottier
- Marie-Louise Vachon

Réviseurs:

- Océane Apffel Font
- Anne Bruneau
- Pierre Côté
- Lucie Deshaies
- Evelyne Fleury
- Claude Laberge
- Guillaume Lemieux
- Valérie Marchand
- Laurence Mersilian
- Ken Monteith
- Alain Piché
- Rachel Therrien

Mise à jour 2021

- Modifications faites à la version du 29-01-2021 :
 - Les modifications importantes sont surlignées en jaune.
 - Un encadré indique l'ajout d'une nouvelle diapositive :

Nouveau

Objectifs de ces recommandations

- Optimiser le suivi des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), des personnes recevant la prophylaxie préexposition (PPrE) et la prophylaxie postexposition (PPE) dans le contexte de la COVID-19 :
 - en diminuant les contacts en présence pour le suivi des patients, surtout pour ceux qui présentent une vulnérabilité accrue à l'infection par le virus SRAS-CoV-2 :
 - visites médicales;
 - visites à la pharmacie communautaire.
- Mieux utiliser les ressources de laboratoire dans le contexte de la COVID-19.
- Préciser les critères pour la réaffectation ou le retrait préventif du travailleur VIH+ de son milieu de travail.
- Connaître les documents de référence au regard des mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté.

VIH ET COVID : ÉTAT DES CONNAISSANCES

Contexte

- Il est reconnu que les personnes immunodéprimées sont plus à risque de complications à la suite d'infections respiratoires.
- Avec les données actuellement disponibles, il est difficile d'estimer le risque de complications de cette population à la suite d'une infection par le virus SRAS-CoV-2, mais les personnes avec un déficit immunitaire grave, notamment les personnes atteintes du VIH avec un faible décompte de cellules CD4 et/ou qui ne reçoivent pas de traitement antirétroviral **sont considérées** plus à risque de développer des complications à la suite de cette infection*.
- Ces recommandations sont formulées en utilisant le principe de précaution dans le contexte où les connaissances actuelles au sujet du SRAS-CoV-2 sont limitées.

Risques de complications de la COVID-19

- Les premières méta-analyses ont montré que, comparativement aux personnes chez qui une infection non sévère a été observée, les personnes chez qui une infection plus sévère s'est déclarée avaient un rapport de cotes (RC) plus élevé en ce qui a trait à la présence d'une :
 - hypertension (RC 2,36; IC à 95% : 1,46 à 3,83);
 - maladie du système respiratoire (RC 2,46; IC à 95%: 1,76 à 3,44);
 - maladie cardiovasculaire (RC 3,43; IC à 95% : 1,88 à 6,22).
- Certaines PVVIH présentent également des comorbidités qui augmentent le risque d'une évolution plus sévère de la maladie par SRAS-CoV-2.

Sources : Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q, Ji R, Wang H, Wang Y, Zhou Y. March 2020. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Infectious Diseases. Vol. 94, P91-95.

DOI : <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.017>

CDC Interim Guidance for COVID-19 and Persons with HIV, 2020 :

<https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/COVID-19-and-persons-hiv-interim-guidance/interim-guidance-COVID-19-and-persons-hiv>

Facteurs de risque de formes sévères de la COVID-19

En date du 1^{er} novembre 2020, le Québec dénombrait 108 018 cas confirmés de COVID-19 depuis le premier cas en février 2020, dont 6 283 (5,8 %) sont décédés des suites de la maladie. Basé sur l'analyse de ces cas :

- Le fardeau de la maladie en matière de mortalité est plus important chez les personnes de 70 ans et plus parmi lesquelles se retrouvent plus de 90% des décès liés à la COVID-19 au Québec.
- Chez les personnes vivant à domicile (versus en CHSLD ou RPA), les maladies chroniques suivantes étaient associées avec une augmentation du risque de décès après ajustement pour l'âge, le sexe et les comorbidités : maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, maladies rénales, maladies hépatiques, le diabète, l'obésité, l'anémie et le cancer*.
- Les maladies chroniques suivantes n'étaient pas associées avec un risque accru de décès après ajustement pour l'âge, le sexe et les comorbidités : les troubles neurologiques, l'hypertension, l'hypothyroïdie et les problèmes du système immunitaire*.
- Le risque relatif ajusté de décès pour le cumul de comorbidités (de 0 à 4 et plus) augmentait de manière significative avec l'augmentation du nombre de comorbidités*.

* analyses des données de surveillance effectuées par l'INSPQ avec les cas confirmés au Québec au 11 juillet 2020

Source : [COVID-19 \(SRAS-CoV-2\) : avis scientifique intérimaire pour la protection des travailleurs avec maladies chroniques](#), INSPQ, décembre 2020.

Revue de certaines publications sur le VIH et la COVID-19

- La plupart des données montrent que l'évolution de la COVID-19 n'est pas différente chez les PVVIH qui ont une infection contrôlée et qui n'ont pas d'autres comorbidités associées à une augmentation du risque d'évolution défavorable de la COVID-19.
- Certaines études de cohorte observationnelle rapportent un risque plus élevé d'évolution défavorable de la COVID-19 chez les PVVIH, mais certains facteurs de confusion n'ont pas été pris en compte comme le statut immuno-virologique, l'effet des comorbidités et le statut socio-économique.
- Caractéristiques de publications révisées :
 - certaines études sont descriptives (séries de cas);
 - certaines comparent les caractéristiques des PVVIH ayant eu et n'ayant pas eu la COVID-19;
 - certaines comparent les personnes connues infectées par le VIH à celles qui ne le sont pas, au regard des facteurs de risque et des facteurs d'évolution vers des formes plus sévères de la COVID-19 ou vers un décès, soit dans la population générale soit chez les personnes hospitalisées pour la COVID-19.

Étude descriptive: revue systématique de l'infection au SRAS-CoV-2 chez les PVVIH

- 23 articles rapportant 164 cas adultes de co-infection VIH/SRAS-CoV-2.
- Surtout des hommes (120/142, 84.5%), souvent avec une ou plusieurs comorbidités.
- 15 cas admis aux soins intensifs dont 3 avec comorbidités.
- 16 décès dont 3 avec comorbidités;
- Les hommes VIH+, particulièrement ceux avec des complications potentiellement liées aux antirétroviraux, (diabète, maladie cardiaque) pourraient être plus à risque d'avoir une forme plus sévère de la COVID-19.

Table 2. Results - Overall clinical outcomes

	Total patients n = 164
Alive and no invasive ventilation (<i>n,%</i>)	123 (75)
Alive and invasive ventilation (<i>n,%</i>)	4 (2.4)
Alive, not reported invasive ventilation (<i>n,%</i>)	11 (6.7)
Dead (<i>n%</i>)	16 (9.8)
Unreported outcome (<i>n,%</i>)	10 (6.1)

Comparaison des caractéristiques des PVVIH ayant eu et n'ayant pas eu la COVID-19 : étude observationnelle à Madrid

- Comparaison de 51 cas de co-infection VIH+/SRAS-CoV-2 vs 1288 VIH+ sans SRAS-CoV-2.
- Les comorbidités étaient plus fréquentes chez les patients VIH+ ayant eu la COVID 19.
- L'immunosuppression plus sévère semble augmenter le risque d'une évolution défavorable de la COVID-19.

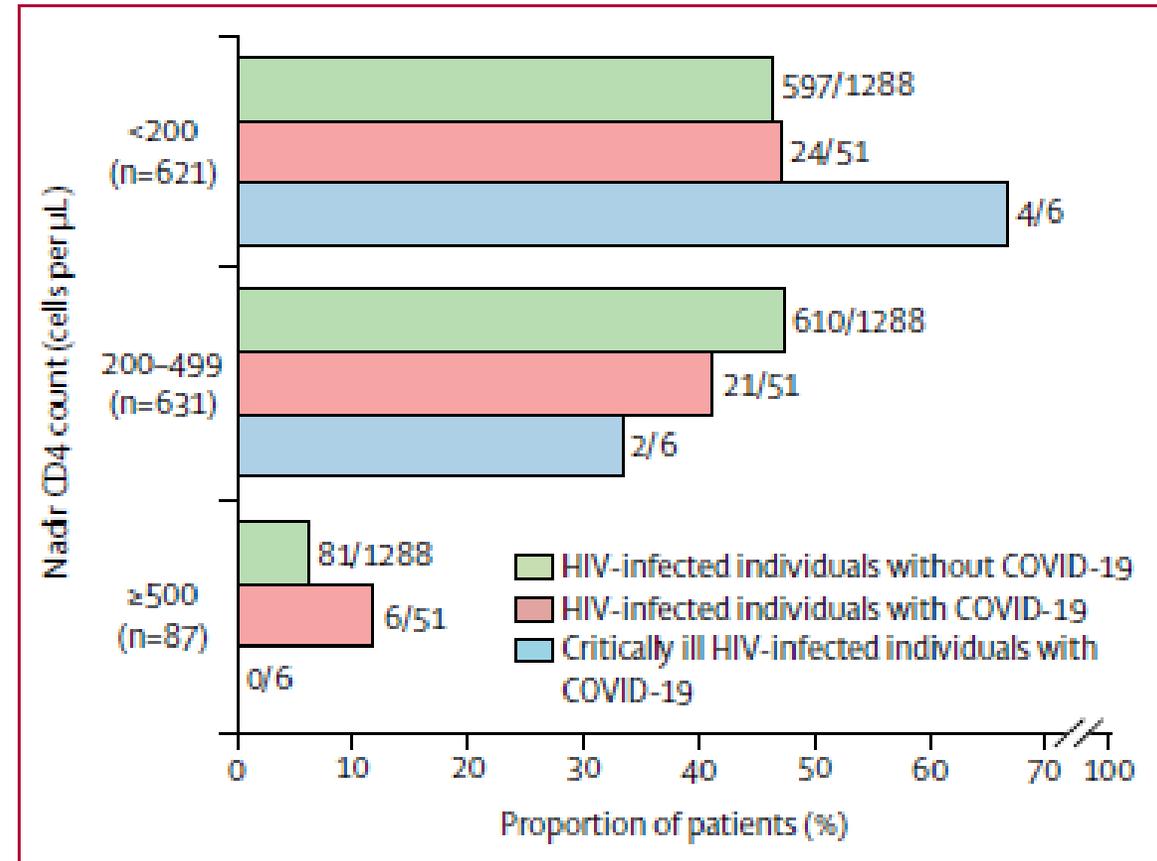


Figure 3: HIV-infected individuals with and without COVID-19 by nadir CD4 cell counts category

Étude observationnelle comparative VIH+ et VIH- : évolution de la COVID-19 chez les PVVIH

- Chez 21 VIH+ et 42 VIH- hospitalisés pour la COVID-19.
- L'infection à VIH n'influence pas significativement la présentation et l'évolution de la COVID 19.

TABLE 2.

Hospital Outcomes Among HIV-Positive and Non-HIV Patients

	HIV-Positive, N = 21	Non-HIV, N = 42	
Length of hospital stay, d	6 (4-13), N = 21	5 (3-10), N = 42	0.653
O2 flow rate AVG, L/min	4.5 (2-16), N = 16	3.3 (2-12), N = 33	0.681
O2 flow rate MAX, L/min	11 (2-38), N = 16	4 (3-15), N = 33	0.313
Fraction of inspired oxygen AVG	79.1 ± 21.4, N = 7	71.88 ± 34.4, N = 12	0.278
Fraction of inspired oxygen MAX	90.0 ± 17.32, N = 7	81.25 ± 35.94, N = 12	0.682
Died or transferred to hospice	6 (28.6%)	10 (23.8%)	0.271
Needed ICU	6 (28.6%)	7 (16.7%)	0.223
Needed invasive ventilation	5 (23.8%)	5 (11.9%)	0.249
Lactate dehydrogenase peak, U/L	477.04 ± 210.37, N = 21	436.30 ± 223.02, N = 37	0.024
CRP peak, mg/L	185.13 ± 107.35, N = 20	128.06 ± 99.29, N = 38	0.617
Ferritin peak, ng/mL	1446 (493-2209), N = 20	1156 (314-2148), N = 36	0.227
Procalcitonin peak, ng/mL	0.22 (0.11-0.42), N = 20	0.11 (0.06-0.28), N = 35	0.125
White blood cell count peak, 10 ³ /μL	8.3 (7.1-12.4), N = 21	7.3 (5.5-11.6), N = 41	0.828
White blood cell count low, 10 ³ /μL	5.1 (4.3-5.6), N = 21	4.6 (3.6-6.1), N = 41	0.315
D-dimer peak, ng/mL	N = 19	N = 34	0.158
<1000	11 (57.9%)	26 (76.5%)	0.456
1000-6000	5 (26.3%)	6 (17.6%)	0.237
>6000	3 (15.8%)	2 (5.9%)	0.027
Abnormal initial chest x-ray*	19 (90.5%)	27 (64.3%)	0.152
Bilateral	18 (94.7%)	23 (85.2%)	
Unilateral	1 (5.3%)	4 (14.8%)	
Chest x-ray bilateral ever*	18 (85.7%)	29 (69.0%)	0.611
Myocardial infarction	1 (4.8%)	1 (2.4%)	0.611
Pulmonary embolism	1 (4.8%)	1 (2.4%)	0.611
Deep vein thrombosis	1 (4.8%)	1 (2.4%)	0.611

Data are represented as median (IQR), mean ± SD, or N (%). Sample size is reported where it differed due to laboratory tests not performed. *P* values were calculated using a 2-sided *t* test for parametric variables and a Mann-Whitney *U* test for nonparametric continuous variables. A Pearson χ^2 test was used for categorical comparisons. *P* < 0.05 (in bold) was deemed significant. Peak laboratory results represent the highest measured value during hospitalization.

*Chest x-rays were considered abnormal if a finding of consolidation, infiltrate, or opacity suggestive of pneumonia/pneumonitis was recorded.

IQR, interquartile range.



Étude observationnelle comparative VIH+ et VIH- : réseau multicentrique TriNETX

- 50 167 patients avec la COVID-19 (49 763 VIH- et 404 VIH+).
- Les PVVIH étaient plus fréquemment des hommes, des afro-américains, et présentaient plus fréquemment une obésité, de l'hypertension, un diabète, une maladie rénale chronique et une dépendance à la nicotine (toutes les valeurs $P < 0.05$).
- Dans une analyse non appariée, les PVVIH avaient un taux de mortalité à 30 jours plus élevé [Risque relatif 1.55; intervalle de confiance 95% (IC 95%): 1.01-2.39] et un plus grand risque de nécessiter une hospitalisation (Risque relatif 1.83; IC 95% : 1.496-2.24).

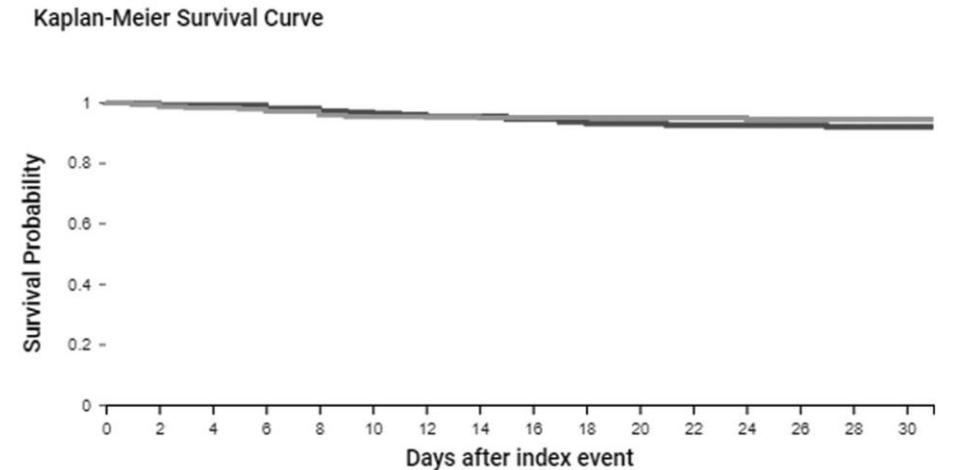


Fig. 2. Survival probability after COVID-19 in the HIV-positive (purple) and non-HIV (blue) cohorts in the matched analysis.

AIDS 2020, Vol 34 No 13

Table 2. Outcomes in the two cohorts.

Outcome	HIV group	Percentage	Non-HIV group	Percentage	Risk ratio	95% CI Lower	95% CI Upper
Before propensity score matching							
Mortality within 30 days	20	4.95	1585	3.19	1.55	1.01	2.39
Inpatient services	78	19.31	5254	10.56	1.83	1.50	2.24
After propensity score matching							
Mortality within 30 days	20	4.95	15	3.71	1.33	0.69	2.57
Inpatient services	78	19.31	46	11.39	1.70	1.21	2.38

95% CI, 95% confidence interval.

Étude observationnelle comparative VIH+ et VIH- : réseau multicentrique TriNETX (suite)

- Après appariement 1 : 1 pour l'indice de masse corporelle, le diabète, l'hypertension, les maladies respiratoires chroniques, les maladies rénales chroniques, la race, l'histoire de dépendance et le sexe, une analyse par score de propension ne montrait pas de différence de mortalité entre les deux groupes (Risque relatif 1.33; IC 95%: 0.69-2.57).
- Une plus grande proportion de PVVIH ont dû être hospitalisées (19.31 vs. 11.39%, risque relatif 1.696; IC 95% : 1.21-2.38).

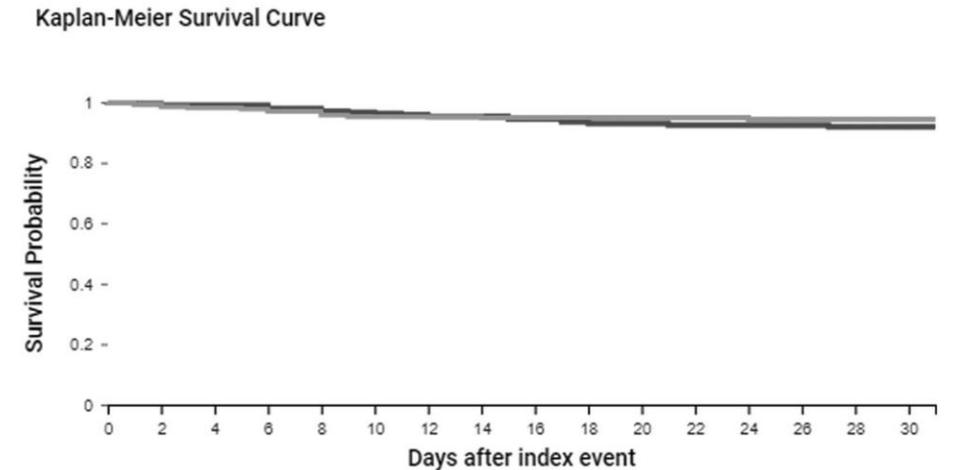


Fig. 2. Survival probability after COVID-19 in the HIV-positive (purple) and non-HIV (blue) cohorts in the matched analysis.

AIDS 2020, Vol 34 No 13

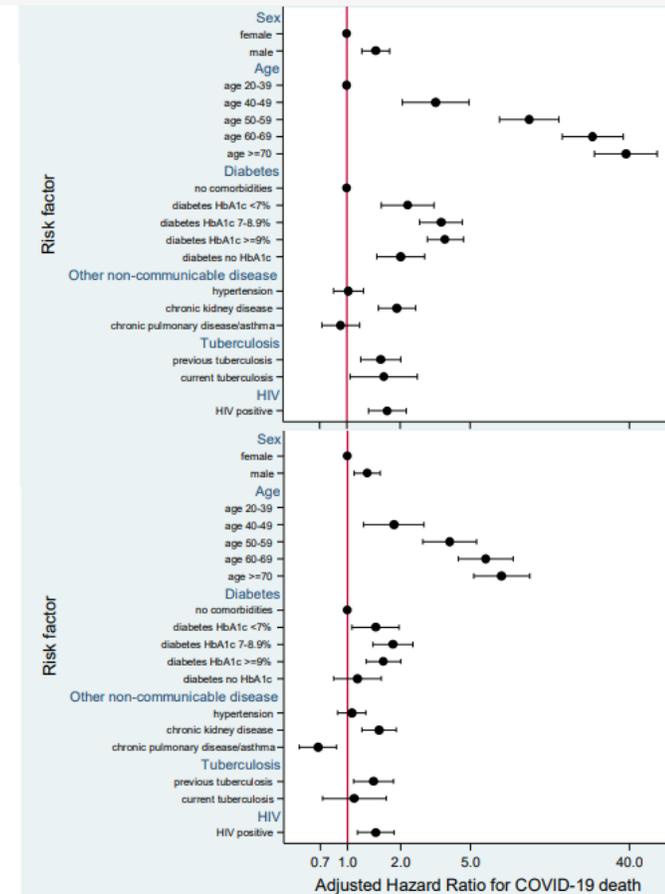
Table 2. Outcomes in the two cohorts.

Outcome	HIV group	Percentage	Non-HIV group	Percentage	Risk ratio	95% CI Lower	95% CI Upper
Before propensity score matching							
Mortality within 30 days	20	4.95	1585	3.19	1.55	1.01	2.39
Inpatient services	78	19.31	5254	10.56	1.83	1.50	2.24
After propensity score matching							
Mortality within 30 days	20	4.95	15	3.71	1.33	0.69	2.57
Inpatient services	78	19.31	46	11.39	1.70	1.21	2.38

95% CI, 95% confidence interval.

Évolution de la COVID-19 chez des patients VIH+ et VIH- : étude de cohorte en Afrique du Sud

- Sur un registre de données de 3 460 932 patients du secteur public qui inclut 16 % de patients séropositifs pour le VIH, 22 308 ont été diagnostiqués avec la COVID-19.
- L'infection à VIH augmente de 2,14 fois le risque de mortalité associé à la COVID-19.
- Des facteurs de confusion résiduels pourraient expliquer cette différence : population séropositive généralement plus jeune, ne recevant pas toujours de traitements antiviraux pour contrôler le VIH et présentant différentes comorbidités, y compris fréquemment la tuberculose.



(ii) all COVID-19 cases ≥ 20 years diagnosed before June 1, 2020 (n=15,203)

(iii) all hospitalized COVID-19 cases (n=2,978)

Évolution de la COVID-19 chez des patients VIH+ et VIH- : étude de cohorte chez les patients hospitalisés pour la COVID-19 dans 207 centres au Royaume-Uni

- 47 592 patients avec la COVID-19, dont 122 VIH+ (0,26%).
- Les patients du groupe VIH+ étaient plus jeunes et avaient moins de comorbidités.
- La mortalité cumulative était similaire dans les groupes VIH+ et VIH- (26.7% vs. 32.1%; $p=0.16$), mais le taux de mortalité était plus élevé chez les VIH+ dans les populations de moins de 60 ans (21.3% vs. 9.6%; $p<0.001$).
- La mortalité était plus importante dans le groupe VIH+ après ajustement pour l'âge (RC: 1.47 $p=0.05$), ou après ajustement pour d'autres variables comme les comorbidités (RC 1.69; $p=0.008$) ou lorsque l'analyse était limitée aux personnes de moins de 60 ans (RC 2.87; $p<0.001$).

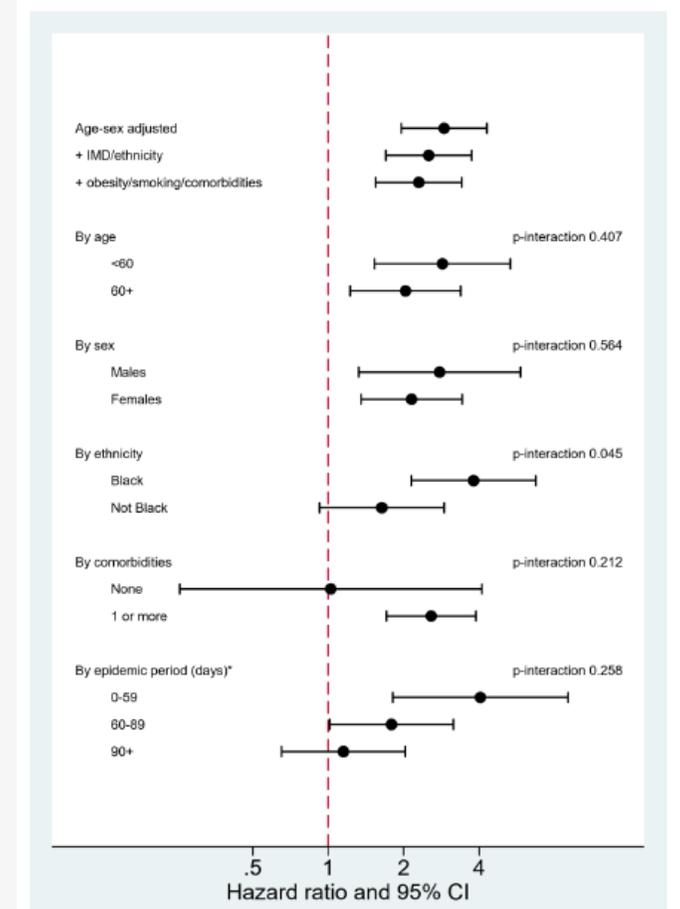
Table 4. Cox proportional hazards model of the association between HIV status and day-28 mortality

HIV-positive versus HIV-negative	Hazard ratio	95% CI	P value
Unadjusted	0.77	0.54 to 1.11	0.17
Adjusted for sex	0.76	0.53 to 1.10	0.15
Adjusted for ethnicity	0.88	0.60 to 1.29	0.52
Adjusted for age	1.47	1.01 to 2.14	0.05
Adjusted for age and sex	1.45	1.00 to 2.12	0.05
Adjusted for sex, ethnicity, age, baseline date, and indeterminate/probable hospital acquisition of COVID-19	1.49	1.01 to 2.20	0.04
Adjusted for sex, ethnicity, age, baseline date, indeterminate/probable hospital acquisition of COVID-19, and 10 comorbidities ^a	1.50	1.02 to 2.22	0.04
Adjusted for sex, ethnicity, age, baseline date, indeterminate/probable hospital acquisition of COVID-19, 10 comorbidities ^a , and hypoxia/receiving oxygen at presentation ^b	1.69	1.15 to 2.48	0.008
Adjusted for sex, ethnicity, age, baseline date, indeterminate/probable hospital acquisition of COVID-19, 10 comorbidities ^a and hypoxia/receiving oxygen at presentation ^b among individuals aged <60 years	2.87	1.70 to 4.86	<0.001

Décès reliés à la COVID-19 chez des patients VIH+ et VIH- : banque de données administratives dans une cohorte populationnelle de soins primaires au Royaume-Uni

- Données portant sur 17,3 millions d'adultes, dont 27 840 sont VIH+ (0,16%).
- Durant l'étude, il y eu 14 882 décès reliés à la COVID-19 dont 25 parmi les PVVIH.
- Le risque de décès relié à la COVID-19 des PVVIH était près de trois fois supérieur à celui des personnes VIH- après ajustement pour l'âge et le sexe (RC=2.90; IC 95%: 1.96-4.30).
- L'association, quoique moindre, persistait après ajustement pour le niveau socio-économique et l'ethnicité (RC =2.52; IC 95%: 1.70-3.73) et en ajoutant les comorbidités (RC=2.30; IC 95%: 1.55-3.41). L'association était plus forte chez les personnes de race noire (RC = 3.80; IC 95%: 2.15-6.74), comparativement aux autres groupes ethniques (RC=1.64; IC 95%: 0.92-2.90, p-interaction=0.045).

Figure 3: Hazard ratios for the association between HIV and COVID-19 mortality



Immunosuppression et risque élevé de complications de la COVID-19

Au regard du VIH, l'INESSS a défini les personnes pour lesquelles le risque de complications de la COVID-19 est élevé :

- personnes avec le VIH dont le nombre de cellules CD4 est inférieur à $200/\text{mm}^3$, ou qui présentent un VIH non contrôlé (charge virale détectable) ou des manifestations cliniques d'un SIDA symptomatique.

On ne sait pas si l'immunosuppression causée par le VIH exposera une personne à un plus grand risque de contracter la COVID-19, donc, jusqu'à ce que l'on en sache plus, des précautions supplémentaires doivent être prises pour toutes les personnes vivant avec le VIH dont le nombre de cellules CD4 est inférieur à $200/\text{mm}^3$, ou qui présentent une charge virale détectable ou une des manifestations cliniques du SIDA.

À l'heure actuelle, rien ne prouve que le risque d'infection ou de développer des complications liées à la COVID-19 soit différent parmi les personnes vivant avec le VIH qui sont stables cliniquement et d'un point de vue immunologique, sous traitement antirétroviral par rapport à la population générale.

OPTIMISATION DU SUIVI MÉDICAL DE L'INFECTION AU VIH

Plan provincial de priorisation des activités cliniques secteur première ligne médicale – 2 décembre 2020

NIVEAUX DES ACTIVITÉS	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4
Caractéristiques	Transmission communautaire limitée <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> Réaffectation des ressources médicales et professionnelles en fonction des besoins; Nombre limité de sites en éclosion Ajustement du confinement impliquant une augmentation significative de la demande. 	Circulation active du virus, mais situation en contrôle <ul style="list-style-type: none"> Réaffectation des ressources médicales et professionnelles en fonction des besoins; Nombre limité de sites en éclosion; Ajustement du confinement de la population provoquant une diminution significative de la demande. 	Circulation active du virus avec dépassement de la capacité du milieu <ul style="list-style-type: none"> Les ressources médicales et professionnelles sont réaffectées massivement selon les besoins; Éclosions multisites; Ajustement du confinement de la population limitant de façon importante la demande de services de première ligne.
Priorités cliniques	S'ajoutent aux activités niveau 2 : <ul style="list-style-type: none"> 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 : <ul style="list-style-type: none"> 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 (excluant gestion de retour au travail et maintien du lien d'emploi). 	S'ajoutent aux activités niveau 4 : <ul style="list-style-type: none"> Dépistage génétique; Suivi Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (excluant gestion de retour au travail et maintien du lien d'emploi); Suivi en santé mentale pour patients vulnérables; Repérage des troubles cognitifs; Autres vaccinations. 	Activités priorisées : <ul style="list-style-type: none"> 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.

Précautions pour toutes les personnes vivant avec le VIH

- Hygiène des mains.
- Étiquette respiratoire :
 - Couvrir bouche et nez lorsque toux/éternuements avec mouchoirs/coude replié.
- Distanciation physique : distance minimale de 2 mètres.
- Port du masque ou du couvre-visage dans les lieux publics tel que recommandé.
- Mettre à jour la vaccination pour le pneumocoque si requis.
- Envisager la vaccination contre la COVID-19 **en suivant les recommandations sur les personnes à vacciner en priorité :**
 - Le CIQ estime que, chez les personnes immunodéprimées, les avantages de la vaccination contre la COVID-19 surpassent les risques. Toutefois, la réponse immunitaire pourrait être diminuée chez ces personnes.*
- Diminuer le risque d'exposition en diminuant les visites médicales ou en milieu de soins et les visites à la pharmacie dans la mesure du possible.

*Source : [Questions et réponses sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 – À l'intention des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux](#), MSSS, 25 mars 2021.

Précautions pour toutes les personnes vivant avec le VIH : vaccination contre la COVID-19

Nouveau

- La personne qui a fait la COVID-19 confirmée par un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour le SRAS-CoV-2 a besoin d'une seule dose du vaccin pour être considérée comme adéquatement vaccinée. De préférence, cette dose devrait lui être offerte au moins 3 mois après la fin de l'épisode aigu de son infection ou au moins 3 mois après son résultat de TAAN positif. Une dose administrée avant ce délai serait valide et n'aurait pas à être redonnée si un intervalle minimal de 21 jours a été respecté entre le vaccin et le début des symptômes ou le résultat TAAN positif.
- Si la personne fait la maladie au même moment qu'elle reçoit sa 1^{re} dose de vaccin contre la COVID-19, elle doit recevoir une autre dose selon un intervalle de 3 mois après le début de ses symptômes ou de 3 mois après son résultat de test diagnostic positif.
- **Cependant, une personne immunodéprimée (voir le définition de l'INESSS*) doit recevoir un total de 2 doses du vaccin contre la COVID-19 même si elle a fait la COVID-19 confirmée par un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour le SRAS-CoV-2 .**

Source : [Questions et réponses sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 – À l'intention des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux](#), MSSS, 25 mars 2021.

*[COVID-19 et personnes immunosupprimées](#), INESSS, 24 septembre 2020.

Consultations médicales prioritaires, à faire par télé-médecine ou en présence, en palier d'alerte modérée ou maximale (zone orange ou rouge)

- Visite initiale.
- Visites de suivi :
 - Urgences;
 - Patient instable (incluant suivi en santé mentale);
 - Patient n'ayant pas eu de suivi depuis un an;
 - Patient n'ayant pas eu de suivi depuis 6 mois s'il est en couple séro-différent et s'il n'utilise pas d'autres méthodes que la thérapie antirétrovirale pour la prévention de la transmission du VIH;
 - Gestion de retour au travail et maintien du lien d'emploi;
 - Mise à jour de la vaccination pour le pneumocoque si requis;
 - Vaccination contre la COVID-19 en suivant les recommandations sur les personnes à vacciner en priorité.

Diminuer la fréquence des visites médicales en présence en palier d'alerte modérée ou maximale (zone orange ou rouge)

- Favoriser les visites médicales par téléphone ou par télémédecine.
- Reporter les visites non urgentes.
- Éviter les changements de traitement antirétroviral qui peuvent nécessiter des visites médicales supplémentaires sauf en cas :
 - d'échec thérapeutique;
 - d'intolérance;
 - d'interactions médicamenteuses significatives;
 - de grossesse.
- Prescrire une quantité suffisante de médication jusqu'à la prochaine visite.

Évaluation initiale de la PVVIH– épreuves de laboratoire en palier d’alerte modérée ou maximale (zone orange ou rouge)

- Le même bilan initial doit être prélevé (voir le [Guide de suivi de l’adulte vivant avec le VIH](#)).
- Les résultats de certains tests de laboratoire peuvent être retardés.
- Pour diminuer les visites médicales, l’usage du test de libération à interféron gamma (TLIG) est préférable au test cutané à la tuberculine (TCT) pour le dépistage de la tuberculose. On peut considérer de reporter ce dépistage au besoin.

Thérapie antirétrovirale : patient naïf

- Ne pas retarder le début de la TAR après confirmation du diagnostic.
 - Les résultats de certains tests de laboratoire pourraient être retardés comme les tests génotypiques de résistance et le test HLA-B*5701.
 - Le traitement antirétroviral peut être débuté avant le résultat de ces tests en utilisant des médicaments qui ont une haute barrière génétique à la résistance et un faible potentiel de résistance transmise dans notre population.
 - Si le traitement débute avant l'obtention des résultats des tests de résistance, il devrait inclure l'association de deux INTI* et de soit :
 - préférablement, l'un des inhibiteurs de l'intégrase suivants :
 - le bictégravir
 - Le dolutégravir
 - en solution de rechange :
 - le darunavir potentialisé par du ritonavir ou du cobicistat.
- *En raison de la nécessité d'obtenir un résultat au test de l'allèle HLA-B*5701 avant de débiter son utilisation, l'abacavir ne devrait pas faire partie des INTI utilisés en cas d'un traitement rapide.

Suivi de l'infection sous traitement en palier d'alerte modérée ou maximale (zone orange ou rouge)

- Espacer les visites et les prélèvements de laboratoire jusqu'à 6 mois et plus au besoin pour les patients stables qui ont eu une charge virale indétectable lors des deux dernières mesures et qui ont une bonne adhésion à leur médication. Ne pas dépasser 12 mois d'intervalle pour la mesure de la charge virale ou 6 mois d'intervalle chez les personnes en couple séro-différents qui n'utilisent pas d'autres méthodes que la thérapie antirétrovirale pour la prévention de la transmission du VIH.
- Procéder à des visites médicales téléphoniques ou par télémédecine.
- Certains tests moins urgents peuvent être retardés :
 - le dépistage des ITSS chez les asymptomatiques en situation de faible risque (continuer à évaluer les facteurs de risque et offrir le dépistage dans les situations à plus haut risque – se référer au tableau : [Interventions cliniques en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang \(ITSS\) selon la disponibilité des ressources et les 4 paliers d'alerte](#));
 - la cytologie du col de l'utérus;
 - l'ostéodensitométrie;
 - le dosage plasmatique des médicaments selon l'indication;
 - les tests de tropisme viral selon l'indication.

Suivi de l'infection sous traitement

- Les mesures pour contrôler l'infection à SRAS-CoV-2 peuvent augmenter l'isolement social et le risque de violence conjugale ou intra familiale. Le professionnel de la santé doit être conscient de ce risque accru pour certaines personnes et aborder cette question dans les rencontres en présence et par télémédecine, tout en s'assurant que le patient puisse en parler en privé durant la consultation*.
- Le désir de grossesse et la planification familiale doivent être discutés avec les personnes en âge de procréer. Cette discussion devrait inclure le fait qu'il y a peu de connaissance sur l'effet de la COVID-19 sur la grossesse. Les femmes enceintes sont cependant plus à risque de présenter des symptômes sévères de la COVID-19, en particulier au 2e et au 3e trimestre. Ce risque est plus élevé si la femme présente d'autres facteurs de risque**.
- Des informations utiles pour la prise en charge des troubles liés à l'utilisation d'une substance psychoactive en période de COVID-19 peuvent être obtenus sur le site : [Trousse d'outils de Santé Canada : COVID-19 et consommation de substances](#)

*Source : [CDC Interim Guidance for COVID-19 and Persons with HIV, 2020.](#)

**<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/informations-pour-les-femmes-enceintes-coronavirus-COVID-19/>

Dispensation de la TAR au cours du suivi de l'infection au VIH en palier d'alerte modérée ou maximale (zone orange ou rouge)

- Envisager de servir une provision de médication d'au moins 30 jours et pouvant aller jusqu'à 90 jours lorsque cela est possible selon l'avis du pharmacien.
- Prendre en compte les barrières financières à l'accès à la médication.
- Avoir recours au besoin aux programmes de support financier offerts par les fabricants pour la poursuite ininterrompue de la médication antirétrovirale.
- Envoyer un messenger chercher la médication après entente avec son pharmacien.
- Utiliser les services de livraison à domicile lorsque disponibles.

Hospitalisation

- Quand une personne vivant avec le VIH est hospitalisée :
 - Le traitement ARV devrait être continué. Pour les patients qui font partie d'un protocole de recherche, il faut contacter les responsables de l'étude clinique pour continuer la médication, si possible.
 - Quelques traitements ARV sont disponibles en formules liquides et certaines pilules peuvent être écrasées pour les patients gravement malades qui doivent être nourris par gavage.
 - INTUBATION: les cliniciens devraient contacter un spécialiste en VIH afin d'étudier la meilleure façon de continuer le traitement ARV du patient pendant qu'il est intubé.

Hospitalisation (suite)

- Quand le patient reçoit un traitement pour la COVID-19, que ce soit dans le cadre d'une étude ou non ou hors-indication :
 - Les cliniciens doivent vérifier les potentielles interactions médicamenteuses entre le traitement pour la COVID-19 et le traitement ARV ainsi que pour les autres médicaments. Des informations sur les interactions médicamenteuses potentielles peuvent être trouvées dans les monographies des produits, les ressources sur les interactions médicamenteuses, les protocoles d'essais cliniques ou les brochures de recherche.
 - Lorsque des études sont disponibles, les cliniciens peuvent envisager d'inviter des patients à participer à un essai clinique évaluant l'innocuité et l'efficacité du traitement expérimental de la COVID-19. Les personnes vivant avec le VIH ne devraient pas être exclues de ces essais.

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

Interventions cliniques ITSS à maintenir*, à titre indicatif Adapter l'intervention selon le contexte régional ou local et la disponibilité des ressources humaines et matérielles.		PALIER 1 Vigilance	PALIER 2 Préalerte	PALIER 3 Alerte modérée	PALIER 4 Alerte maximale
Personnes symptomatiques (ITSS)	♦ Traitement	✓	✓	✓	✓
	♦ Analyses de laboratoires	✓	✓	✓	✓
Personnes asymptomatiques exposées à CT, NG, syphilis, <i>Trichomonas vaginalis</i> (TV), LGV	♦ Analyses de laboratoire	✓	✓	✓ Sauf TV	✓ Sauf TV
	♦ Traitement épidémiologique (incluant le traitement accéléré des partenaires[TAP])	✓	✓	✓ Privilégier le TAP pour CT et NG sauf si contre-indication	✓ Privilégier le TAP pour CT et NG sauf si contre-indication

*Pour connaître l'ensemble des recommandations, incluant celles ayant trait à la grossesse, consultez le tableau [Interventions cliniques en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang \(ITSS\) selon la disponibilité des ressources et les 4 paliers d'alerte](#), MSSS.

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

Interventions cliniques ITSS à maintenir*, à titre indicatif Adapter l'intervention selon le contexte régional ou local et la disponibilité des ressources humaines et matérielles.		PALIER 1 Vigilance	PALIER 2 Préalerte	PALIER 3 Alerte modérée	PALIER 4 Alerte maximale
Personnes ayant reçu un résultat positif pour une ITSS (incluant l'infection par le VIH)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Analyses de laboratoire ◆ Soutien pour aviser les partenaires ◆ Traitement ◆ Autres suivis recommandés 	✓			
Personnes asymptomatiques (ITSS) sans histoire d'exposition	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dépistage et vaccination 	<p>Appliquer l'ensemble des recommandations québécoises</p>	<p>Acceptable, <u>après évaluation</u>, de reporter, de quelques semaines ou de quelques mois, ou jusqu'à ce que la situation épidémiologique ou le contexte organisationnel le permette, le dépistage ou la vaccination pour les personnes présentant d'autres indications de dépistage d'ITSS ou d'autres indications de vaccination contre l'hépatite A, l'hépatite B ou les VPH. Ces personnes devront être dépistées ou vaccinées le plus rapidement possible lorsque la situation le permettra.</p>		

*Pour connaître l'ensemble des recommandations, incluant celles ayant trait à la grossesse, consultez le tableau [Interventions cliniques en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang \(ITSS\) selon la disponibilité des ressources et les 4 paliers d'alerte](#), MSSS.

OPTIMISATION DU SUIVI EN LIEN AVEC LA PPrE ET LA PPE

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

Interventions cliniques ITSS à maintenir, à titre indicatif Adapter l'intervention selon le contexte régional ou local et la disponibilité des ressources humaines et matérielles.		PALIER 1 Vigilance	PALIER 2 Préalerte	PALIER 3 Alerte modérée	PALIER 4 Alerte maximale
Personnes exposées à une infection par le VIH ou une hépatite virale ET personnes à risque de contracter une infection par le VIH	PPE ou PPrE <ul style="list-style-type: none"> ◆ administration de la PPE ou de la PPrE ◆ analyses de laboratoire ◆ autres suivis 	✓	✓	✓ Selon le risque d'ITSS, espacer les visites de suivi pour le dépistage	

PPrE : prophylaxie préexposition au VIH en palier d'alerte modérée ou maximale (zone orange ou rouge)

- Interventions recommandées : se référer au document « [La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec](#) ».
- Ajustements en contexte de COVID-19 pour les paliers d'alerte modérée ou maximale :
 - Favoriser les suivis médicaux téléphoniques ou par télémédecine.
 - Maintenir la visite au départ et à un mois.
 - Espacer les visites de suivi aux 6 mois pour les patients qui ont un faible risque d'ITSS et qui ont eu une adhésion parfaite à la PPrE continue ou intermittente lors de leur prise de risque. Maintenir le dépistage de l'infection au VIH et des ITSS de façon plus rapprochée lorsque le risque est élevé.
 - Prescrire une quantité de médication suffisante jusqu'au prochain suivi lorsque ce dernier est retardé.

PPE : prophylaxie postexposition en palier d'alerte modérée ou maximale (zone orange ou rouge)

- Se référer au [Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC](#).
- Envisager de faire des consultations par téléphone ou par télémédecine, lorsque possible.
- Dans les suivis de PPE sexuelle, le dépistage des ITSS requiert parfois une visite en présence lorsque le laboratoire serveur ne procède pas aux prélèvements des sites extra-génitaux. Dans ce contexte, le bilan au mois 1 peut être ignoré lorsque le risque est peu élevé et que le patient y consent. Il faut lui rappeler de se protéger lors de ses relations sexuelles.
- Dans les suivis de PPE professionnelle, envisager de ne faire que des consultations par téléphone ou par télémédecine lorsque possible, si le travailleur exposé peut procéder aux bilans de suivi dans un laboratoire dans la communauté :
 - Faire parvenir les documents de la CNESST par courrier ou en ligne lorsqu'applicable.
 - Lorsque le travailleur n'est pas immun contre le VHB et que l'exposition n'est pas à risque pour le VHB, la vaccination peut être reportée pour éviter des consultations en personne.

RÉAFFECTATION OU RETRAIT PRÉVENTIF DES TRAVAILLEURS INFECTÉS PAR LE VIH

Recommandations de l'INSPQ sur le retrait préventif des travailleurs immunosupprimés

- Ces recommandations sont formulées en utilisant le principe de précaution dans le contexte où les connaissances actuelles au sujet du SRAS-CoV-2 sont limitées et en constante évolution.

Consulter le site internet de l'INSPQ pour avoir la version la plus récente du document [COVID-19: Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#)

Les travailleurs ciblés susceptibles de développer des complications lors d'une infection par le SRAS-CoV-2 en raison d'une immunosuppression

- Personne qui a récemment reçu ou qui reçoit une radiothérapie, une chimiothérapie ou un traitement par inhibiteur de point de contrôle (immunothérapie).
- Personne présentant des tumeurs solides malignes non hématologiques.
- Personne présentant des troubles hématologiques malins.
- Personne greffée du foie selon l'une des conditions suivantes :
 - la greffe a eu lieu il y a moins d'un an;
 - il y a eu un traitement de rejet dans les 6 derniers mois;
 - le régime d'immunosuppresseurs a été augmenté dans les 6 derniers mois;
 - le traitement associe deux immunosuppresseurs ou plus.
- Personne greffée du cœur, du poumon, du rein, du pancréas, de l'intestin, de l'intestin-foie, de l'intestin-pancréas et autres greffes multiviscérales.
- Personne greffée de cellules souches hématopoïétiques (greffe de moelle osseuse, cordon...) selon l'une des conditions suivantes :
 - selon le type de greffe et l'évaluation de la reconstitution immunitaire par le médecin greffeur;
 - pendant le traitement immunosuppresseur;
 - ou en présence d'une réaction du greffon contre l'hôte (GVHD) active.

Les travailleurs ciblés susceptibles de développer des complications lors d'une infection par le SRAS-CoV-2 en raison d'une immunosuppression (suite)

- Personne qui reçoit de hautes doses de corticostéroïdes, en présence de toutes les conditions suivantes :
 - le traitement est administré par voie systémique (orale ou intraveineuse);
 - le traitement est administré pour une période de 2 semaines ou plus;
 - la dose est plus élevée que 20 mg de prednisonne par jour, ou son équivalent.
- Personne qui reçoit un traitement immunosuppresseur de forte intensité déterminé par le médecin prescripteur. À titre indicatif, d'autres facteurs à considérer : l'importance de la morbidité conférée par la maladie sous-jacente; la présence d'une comorbidité significative (p. ex. : diabète, obésité) ou un traitement concomitant quotidien de prednisonne (ou son équivalent) à une dose d'au moins 5 mg.
- Personne qui présente une immunodéficiences primaire essentiellement de l'immunité cellulaire.
- Personnes avec le VIH dont le nombre de cellules CD4 est inférieur à 200/mm³, ou qui présentent un VIH non contrôlé ou des manifestations cliniques d'un SIDA symptomatique.

Recommandations intérimaires pour les travailleurs ciblés en raison d'une immunosuppression

Nouveau

Mesures à appliquer en tout temps :

- Le télétravail est une mesure de distanciation efficace faisant partie des mesures sanitaires de base recommandées pour tous les travailleurs. Si les possibilités de télétravail sont limitées, les personnes vulnérables doivent être prioritaires.
- Le travail en présentiel pour les personnes vulnérables est autorisé si les conditions suivantes sont respectées :
 - L'ensemble des mesures sanitaires de base recommandées pour les milieux de travail sont appliquées incluant notamment :
 - l'utilisation du questionnaire des symptômes de la COVID-19 avant chaque quart de travail;
 - l'application des mesures d'hygiène des mains, le respect de l'étiquette respiratoire et le renforcement du nettoyage et de la désinfection des espaces et outils de travail;
 - le recours aux mesures administratives et d'organisation du travail permettant de limiter les contacts et favorisant la distanciation physique.

Recommandations intérimaires pour les travailleurs ciblés en raison d'une immunosuppression (suite)

- Les postes permettant une distanciation physique d'au moins deux mètres en tout temps ou presque sont réservés en priorité aux travailleurs vulnérables, dans la mesure du possible.
- Si la distanciation physique d'au moins deux mètres ne peut être respectée, installer si possible une barrière physique adéquate pour séparer les travailleurs entre eux et avec la clientèle.
- Les mesures sont rigoureusement appliquées au cours de la journée de travail, entre l'arrivée et le départ.

Recommandations intérimaires pour les travailleurs ciblés en raison d'une immunosuppression

Nouveau

- En paliers d'alerte vert et jaune dans la région du milieu de travail :
 - Les tâches à moins de deux mètres d'autrui peuvent être effectuées si les travailleurs sont protégés par des équipements de protection individuels (ÉPI) appropriés. Toutefois, la distanciation physique et l'utilisation d'une barrière physique adéquate doivent demeurer les options de premier recours et les tâches à moins de deux mètres avec ÉPI, limitées le plus possible.
- En paliers d'alerte orange et rouge dans la région du milieu de travail :
 - Les tâches à moins de deux mètres d'autrui doivent être effectuées en présence d'une barrière physique adéquate. Les ÉPI ne sont pas acceptés en remplacement aux barrières physiques.
 - À noter que des interactions brèves à moins de deux mètres, telles que croiser une personne dans un corridor ou dans un escalier sans s'arrêter, représentent un risque faible de transmission du virus. Ainsi, l'impossibilité d'éliminer ces types d'interactions ne doit pas conduire d'emblée à une réaffectation. Nous recommandons toutefois le port d'un masque médical par les travailleurs vulnérables lors de déplacements dans le milieu de travail au cours desquels ces interactions sont susceptibles de survenir.

Recommandations intérimaires pour les travailleurs ciblés en raison d'une immunosuppression (suite)

Nouveau

- Pour les situations professionnelles à risque élevé d'exposition au SRAS-CoV-2 :
 - Dans le contexte actuel de la pandémie de COVID-19, il est recommandé d'éliminer tout contact avec les personnes sous investigation (PSI) ou les cas suspectés ou confirmés de COVID-19 (ci-après « cas COVID-19 »), que ce soit lors d'une intervention à domicile, dans un établissement d'hébergement ou de soins de santé. Ces mesures s'ajoutent à celles recommandées pour toutes les situations professionnelles.

Recommandations intérimaires pour les travailleurs ciblés en raison d'une immunosuppression

Nouveau

Le retrait des travailleurs vulnérables :

- Le retrait des travailleurs vulnérables demeure justifié en présence d'une transmission communautaire importante et lorsque les mesures préconisées (distanciation ou séparation physique) ne peuvent être appliquées en tout temps.
- Dans des situations de faible transmission communautaire, un retrait n'est pas envisagé si les mesures sanitaires de base recommandées pour tous les milieux de travail sont respectées.
- S'il n'est pas possible d'affecter le travailleur vulnérable à un poste en respectant les présentes recommandations, un retrait du milieu est recommandé. Considérant que la participation au travail est un déterminant de la santé important, les conséquences d'un retrait prolongé des travailleurs doivent être considérées.

Recommandations intérimaires pour les travailleurs ciblés en raison d'une immunosuppression (suite)

Nouveau

- En raison des incertitudes sur la protection immunitaire conférée par une infection antérieure au SRAS-CoV-2 ou par la vaccination contre la COVID-19 chez les personnes immunosupprimées, ces recommandations s'appliquent aussi aux individus avec un antécédent d'infection et à ceux vaccinés contre la COVID-19. Les recommandations pourront être revues en fonction de l'évolution des connaissances sur l'immunité suite à une infection naturelle et la vaccination.
- Finalement, il convient de rappeler que le travailleur conserve son droit de rester en poste dans la mesure où celui-ci a été adéquatement informé sur les risques liés à son travail et que l'employeur a pris toutes les mesures nécessaires pour protéger la santé du travailleur (LSST, art. 51).

PVVIH sans déficit immunitaire significatif avec maladie(s) chronique(s)

Des recommandations pour la protection des travailleurs avec maladies chroniques sont aussi disponibles. Les travailleurs ciblés par ces recommandations sont :

- les personnes avec une maladie chronique de l'encadré 1 et qui répondent à un critère de sévérité de l'encadré 2 (voir diapositives suivantes);
- les personnes avec au moins trois maladies chroniques de l'encadré 1;
- les personnes âgées de 60 à 69 ans avec au moins deux maladies chroniques de l'encadré 1;
- les personnes âgées de 70 ans et plus, avec ou sans maladies chroniques;
- les personnes avec une maladie falciforme (inclus tous les génotypes : SS, SC, S-beta-thalassémique et autres variants).

PVVIH sans déficit immunitaire significatif avec maladie(s) chronique(s) (suite)

Encadré 1. Maladies chroniques identifiées comme facteur de risque de complications de la COVID-19¹

- ▶ Maladies cardiovasculaires excluant une hypertension contrôlée².
- ▶ Maladies respiratoires chroniques excluant un asthme contrôlé³.
- ▶ Maladies rénales chroniques.
- ▶ Maladies hépatiques chroniques.
- ▶ Diabète de type 1 ou 2.
- ▶ Obésité à partir d'un IMC de 30 kg/m².
- ▶ 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).
- ▶ Toute condition médicale ou maladie chronique diagnostiquée et associée à un risque de complication de la COVID-19 selon l'avis du médecin traitant.

1 Les conditions médicales associées à une immunosuppression sont traitées dans un avis distinct.

2 Une hypertension non contrôlée est définie comme une pression systolique de 160 ou plus ou d'une pression diastolique de 100 ou plus malgré un traitement approprié et lorsque la tension artérielle est mesurée avec la technique appropriée selon le guide canadien pour l'hypertension : <https://hypertension.ca/wp-content/uploads/2018/07/Hypertension-Guidelines-English-2018-Web.pdf>

3 Un asthme non contrôlé est défini par l'un OU l'autre des critères suivants :

- a. Une réponse positive à trois ou quatre questions sur le contrôle de l'asthme de la section A de la boîte 4 à la page 15 du guide de la Global initiative for Asthma, 2020 : https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/04/Main-pocket-guide_2020_04_03-final-wms.pdf.
- b. La présence d'un des quatre critères sous l'onglet « uncontrolled asthma » présentés dans l'encadré à la page 4 du guide de la Société canadienne de thoracologie : <https://cts-sct.ca/wp-content/uploads/2018/01/Recognition-and-Management-of-Severe-Asthma.pdf>

PVVIH sans déficit immunitaire significatif avec maladie(s) chronique(s) (suite)

Encadré 2. Critères de sévérité

Maladies cardiovasculaires

- ▶ Angine de classe II à IV selon la classification de la société canadienne de cardiologie.
- ▶ Infarctus du myocarde récent, soit au cours des trois derniers mois.
- ▶ Insuffisance cardiaque de stade 3 ou 4, selon la classification du *New York Heart Association*.
- ▶ Cardiomyopathie cyanogène ou congénitale.
- ▶ Hospitalisation pour insuffisance cardiaque récente, soit au cours des trois derniers mois.
- ▶ Une angioplastie ou une chirurgie cardiaque ou vasculaire récente, soit au cours des trois derniers mois.
- ▶ Arythmie cardiaque non contrôlée (fibrillation auriculaire rapide, flutter, blocs de haut grade).

Maladies respiratoires chroniques

- ▶ Asthme sévère selon les critères de la Société canadienne de thoracologie.
- ▶ Maladie respiratoire chronique associée à une dyspnée de grade 3 ou 4 selon l'échelle de dyspnée modifiée du Conseil de la recherche médicale du Royaume-Uni.
- ▶ Maladie respiratoire chronique instable (dyspnée augmentée, tolérance à l'effort diminuée, exacerbation répétée).
- ▶ Tests des fonctions respiratoires démontrant un syndrome obstructif ou restrictif sévère (VEMS moins de 50 %).
- ▶ Hospitalisation ou prise de corticostéroïdes oraux au cours des trois derniers mois pour une maladie respiratoire chronique exacerbée.
- ▶ Oxygénothérapie ambulatoire.

Maladies rénales chroniques

- ▶ Débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 45.
- ▶ Dialyse.

Maladies hépatiques chroniques

- ▶ Cirrhose hépatique stade 3 ou 4 selon le score Child-Pugh.

Diabète

- ▶ Complications microvasculaires ou macrovasculaires d'un diabète de type I ou II (p. ex. neuropathie, néphropathie, rétinopathie, etc.).

Obésité

- ▶ IMC de 40 kg/m² ou plus.

Critères applicables à l'ensemble des maladies chroniques

- ▶ Complication(s) récente(s) d'une maladie chronique de l'encadré 1 nécessitant une hospitalisation ou un suivi médical étroit au cours des trois derniers mois.
- ▶ Avis du médecin traitant d'un risque élevé de complications de la COVID-19 en lien avec une maladie chronique de l'encadré 1 suivant une évaluation médicale.

Recommandations intérimaires pour les travailleurs ciblés en raison d'une maladie chronique

- Éliminer tout contact avec des personnes sous investigation ou cas de COVID-19.
- Privilégier et prioriser le télétravail.
- À défaut du télétravail, privilégier et prioriser les postes de travail qui permettent une distanciation physique d'au moins 2 mètres en tout temps.
- Pour les tâches effectuées à moins de 2 mètres qui ne peuvent être éliminées, les mesures applicables en fonction de la situation épidémiologique sont les suivantes :

Paliers d'alertes*			
Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4
Les tâches à moins de 2 mètres peuvent être effectuées avec des équipements de protection individuels (ÉPI) de qualité** (masque médical (de procédure) et protection oculaire) comme mesure de dernier recours si l'utilisation d'une barrière physique adéquate n'est pas possible.		Éliminer les tâches effectuées à moins de 2 mètres sans barrière physique adéquate. Les ÉPI seuls ne sont pas acceptés.	

* Pour les travailleurs qui se déplacent à une autre région pour le travail, le palier et les recommandations qui s'appliquent sont celles de la région du milieu de travail.

**Des masques répondant aux critères de conformité de l'American Society of Testing and Materials (ASTM), norme F2100, ou une norme équivalente (p. ex. la norme EN 14683 type IIR) doivent être utilisés.

- Pour le travail en présentiel, l'ensemble des mesures sanitaires de base pour les milieux de travail sont appliquées rigoureusement en tout temps : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2911-mesures-milieu-travail-COVID19>.
- Mettre en tout temps des ÉPI de qualité à la disposition des travailleurs vulnérables.

Recommandations intérimaires pour les travailleurs ciblés en raison d'une maladie chronique (suite)

- Principes généraux :
 - À noter que les maladies chroniques visées ici se limitent principalement à celles qui sont les plus prévalentes chez les adultes. Il n'est pas exclu que d'autres maladies chroniques non identifiées puissent conférer une vulnérabilité à la COVID-19.
Le jugement du médecin traitant face à la vulnérabilité de son patient demeure essentiel et ne devrait pas être remis en question.
 - En raison des incertitudes sur la protection immunitaire conférée par une infection antérieure au SRAS-CoV-2, les recommandations s'appliquent aussi aux personnes avec un antécédent d'infection.
 - Le travailleur conserve son droit de rester en poste dans la mesure où celui-ci a été adéquatement informé sur les risques liés à son travail et que l'employeur a pris toutes les mesures possibles pour protéger la santé du travailleur.

Certificat médical (exemple utilisé au CHUM)

CERTIFICAT MÉDICAL POUR L'EMPLOYEUR

Date :

Nom du patient :

À qui de droit,

Le patient ci-haut est atteint d'une condition de santé le mettant à risque de complications graves en cas d'infections respiratoires. Dans le contexte exceptionnel actuel en lien avec la pandémie de COVID-19, je fais les recommandations suivantes en tant que médecin traitant :

- Permettre au patient d'effectuer un travail à partir de son domicile (télétravail).
- Certaines modifications dans son milieu de travail doivent être réalisées immédiatement soit :
 - Mise en place des mesures permettant de se laver les mains le plus fréquemment possible.
 - Mise en place des mesures de distanciation sociale (>2 mètres entre les personnes).
- En raison de la nature particulière des tâches réalisées, ce patient devrait être réaffecté à des tâches qui ne comportent pas de situation à risque d'exposition à la COVID-19.
- En raison de la nature particulière du milieu de travail dans lequel il œuvre, ce patient devrait être réaffecté à un milieu ne comportant pas de situation à risque d'exposition à la COVID-19.
- Autres recommandations suggérées : _____
- Si ces mesures ne peuvent être appliquées, et en raison de l'application du principe de précaution, je considère que ce patient devrait être retiré du milieu de travail.
- En raison de l'application du principe de précaution, je considère que ce patient devrait être retiré du milieu de travail.

Signature :

PVVIH EXPOSÉES OU ATTEINTES DE COVID-19

Critères de référence en cliniques désignées d'évaluation (CDÉ)

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 les suivants :

- 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 ≥ **48h** à l'urgence ou l'hôpital dans les **14 derniers jours**;
- Séjour 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);
- Patient contacté par la santé publique ou visé par une annonce populationnelle de la santé publique.

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

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

En cas d'infection au SRAS-CoV-2

Quand une hospitalisation n'est pas nécessaire, la personne vivant avec le VIH doit :

- S'isoler à domicile, protéger son entourage et soulager ses symptômes en se référant au [Guide autosoins – COVID-19](#) disponible en ligne.
- Maintenir une communication avec son professionnel de la santé et consulter en cas d'aggravation des symptômes comme une fièvre soutenue ou l'apparition de dyspnée.
- Continuer son traitement antirétroviral et ses autres médicaments tels que prescrits.

SRAS-CoV-2 : recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé ([inspq.qc.ca](https://www.inspq.qc.ca) mars 2021)

- Travailleur non immunosupprimé :
 - 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 qui peuvent persister);
 - pour les cas ayant eu une maladie sévère (i.e. hospitalisés aux soins intensifs en lien avec la COVID-19), attendre 21 jours plutôt que 10 jours.

SRAS-CoV-2 : recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé ([inspq.qc.ca](https://www.inspq.qc.ca) mars 2021)

- Travailleur immunosupprimé (selon la définition de l'INESSS: Personnes avec le VIH dont le nombre de cellules CD4 est inférieur à $200/\text{mm}^3$, ou qui présentent un VIH non contrôlé (charge virale détectable) ou des manifestations cliniques d'un SIDA symptomatique) :
 - 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);
 - ne pas affecter le travailleur aux soins aux cas de COVID-19 confirmés. Voir à ce sujet: 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> ;
 - les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un travailleur de la santé 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.

Sources : [Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires](#), INSPQ, 9 mars 2021; [COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#), mars 2021.

Gestion des cas et des contacts dans la communauté

- Un cas peut être confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique, probable, clinique, suspect, sous investigation, rétabli ou un cas de réinfection.
- Une exposition peut être à risque élevé, modéré ou faible.

Les informations sur l'évaluation et la gestion du risque peuvent être consultées dans le document [Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires](#) de l'INSPQ

Références aux documents du MSSS, de l'INESSS et de l'INSPQ

- [COVID-19 et personnes immunosupprimées](#), INESSS, 24 septembre 2020.
- [COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés](#), INSPQ, 4 mars 2021.
- [COVID-19 \(SRAS-CoV-2\) : avis scientifique intérimaire pour la protection des travailleurs avec maladies chroniques](#), INSPQ, 21 décembre 2020.
- [Guide auto-soins – COVID-19](#), MSSS, 23 décembre 2020.
- [ITSS : Interventions cliniques en période de pandémie de coronavirus COVID-19](#), MSSS, 21 janvier 2021.
- [Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires](#), INSPQ, 9 mars 2021.
- [Plan provincial de priorisation des activités cliniques - Secteur première ligne médicale](#), MSSS, avril 2021.
- [Questions et réponses sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 – À l'intention des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux](#), MSSS, 25 mars 2021.

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

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

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

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

1. Il est recommandé, selon la situation, d'offrir une téléconsultation auprès des partenaires pour une évaluation clinique, planifier un dépistage si possible, identifier les situations où un examen physique est requis et prescrire le traitement approprié. Il est suggéré de référer le partenaire à la documentation disponible en ligne ([carte de notification chlamydia ou gonorrhée](#), dépliant [Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée...Il faut en parler](#)). Il ne s'agit pas alors de TAP puisqu'une évaluation est effectuée.
2. Si une téléconsultation auprès du partenaire n'est pas envisageable, une utilisation élargie du TAP est acceptable. Cependant, **certains critères d'exclusions du TAP doivent être maintenus**:
 - ➔ la partenaire est une femme enceinte
 - ➔ la ou le partenaire a moins de 14 ans
 - ➔ la ou le partenaire est symptomatique

Pour *Chlamydia trachomatis* :

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

Pour *Neisseria gonorrhoeae* :

- ➔ la personne atteinte a une souche résistante à un antibiotique utilisé pour le traitement
- ➔ la ou le partenaire a une allergie connue à la pénicilline ou aux céphalosporines

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

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

Interventions cliniques en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) selon la disponibilité des ressources et les quatre paliers d'alerte¹

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

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES	INTERVENTIONS CLINIQUES ITSS À MAINTENIR, À TITRE INDICATIF	PALIER 1 Vigilance	PALIER 2 Préalerte	PALIER 3 Alerte modérée	PALIER 4 Alerte maximale	
DISPONIBLES	Appliquer l'ensemble des recommandations québécoises	✓				
LIMITÉES	Prioriser les urgences (personnes symptomatiques ou exposées à une personne atteinte), le suivi de grossesse, les nouveaux diagnostics, le suivi des personnes ayant une infection (VIH ou hépatite) mal contrôlée et la vaccination des personnes exposées à une maladie évitable par la vaccination ²					
	▪ Personnes symptomatiques (ITSS)	♦ Traitement	✓	✓	✓	✓
		♦ Analyses de laboratoires	✓	✓	✓	✓
	▪ Personnes asymptomatiques exposées à CT, NG, syphilis, TV, LGV	♦ Analyses de laboratoire	✓	✓	✓ Sauf TV	✓ Sauf TV
		♦ Traitement épidémiologique (incluant le TAP ³)	✓	✓	✓ Privilégier le TAP ³ pour CT et NG sauf si contre-indication	✓ Privilégier le TAP ³ pour CT et NG sauf si contre-indication
	▪ Personnes exposées à une infection par le VIH ou une hépatite virale et personnes à risque de contracter une infection par le VIH	♦ Prophylaxie post-exposition (PPE) ou prophylaxie préexposition au VIH (PPrE) : – administration de la PPE ou de la PPrE – analyses de laboratoire – autres suivis	✓ ⁴	✓ ⁴	✓ ^{4, 5}	✓ ^{4, 5}
	▪ Personnes qui ont une condition clinique particulière :	♦ Dépistage				
		– Femme enceinte	✓	✓	✓	✓
		– Femme demandant une IVG	✓ ⁶	✓ ⁶	✓ ⁶	✓ ⁶
		– Personne victime d'agression sexuelle	✓	✓	✓	✓
		– Personne sous hémodialyse	✓	✓	✓	✓



DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES	INTERVENTIONS CLINIQUES ITSS À MAINTENIR, À TITRE INDICATIF	PALIER 1 Vigilance	PALIER 2 Préalerte	PALIER 3 Alerte modérée	PALIER 4 Alerte maximale
LIMITÉES	Prioriser les urgences (personnes symptomatiques ou exposées à une personne atteinte), le suivi de grossesse, les nouveaux diagnostics, le suivi des personnes ayant une infection (VIH ou hépatite) mal contrôlée et la vaccination des personnes exposées à une maladie évitable par la vaccination ²				
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes ayant reçu un résultat positif pour une ITSS 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Traitement ♦ Analyses de laboratoire lorsqu'indiqué incluant les tests de contrôle de l'efficacité du traitement ♦ Soutien pour aviser les partenaires ♦ Autres suivis recommandés 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓⁷ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓⁷ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓⁷ ✓ hépatites virales ou VIH⁴
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes exposées à une ITSS évitable par la vaccination² 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓

Liste des abréviations

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

Notes

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

Émission : 09-11-2020

Mise à jour : 28-05-2021

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux

Québec 

Directive ministérielle

DGAPA-
013.REV2

- Catégorie(s) :
- ✓ Milieux de vie
 - ✓ Ressources intermédiaires
 - ✓ Ressources de type familial
 - ✓ Mesures de prévention et de contrôle des infections

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

Remplace la
directive
émise le 11 janvier
2021
(DGAPA-013.REV1)

Expéditeur :

Direction générale
des aînés et des
proches aidants
(DGAPA)



Destinataires :

- CISSS et CIUSSS
 - Toutes les directions des programmes-services;
 - Répondants RI-RTF des établissements.
- Hôpital Sainte-Justine
- Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
- Associations et organismes représentatifs de RI-RTF

Directive

Objet :

Considérant la campagne de vaccination qui est toujours en cours dans les différents milieux de vie et au sein de la population générale, les éclosions de COVID-19 encore actives, la situation épidémiologique actuelle, ainsi que les risques pouvant être associés aux nouveaux variants, il est impératif de poursuivre l'application de toutes les mesures actuelles qui visent à limiter la propagation de la COVID-19.

Cette mise à jour présente les mesures générales qui s'appliquent en tout temps en RI-RTF, peu importe le palier d'alerte en vigueur dans une région.

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

	<p>(TSA). Les directives sont articulées selon les types de ressources et non par programme-services.</p> <p>Elles sont complémentaires aux tableaux de gradation des mesures disponibles au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002991 et aux différentes trajectoires en provenance d'un centre hospitalier ou d'un milieu de réadaptation ou en provenance de la communauté au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002999</p>
Mesures à implanter :	<p>Les établissements et les RI-RTF doivent mettre en place et respecter les mesures en lien avec les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La prévention et le contrôle des infections dans le milieu de vie ✓ Suivi clinique ✓ Visites et sorties des usagers et retour ✓ Remplaçants et employés embauchés par les RI-RTF ✓ Déplacement de la main-d'œuvre ✓ Placement/ Déplacement/ Réintégration ✓ Les répits et les placements intermittents dans les RI-RTF ✓ Règlement sur la classification des services offerts par une RI-RTF ✓ En présence d'un cas suspecté, en investigation ou confirmé en RI-RTF ✓ Transfert vers une zone tampon tiède ou chaude ou de soins spécialisés ✓ Réanimation cardiorespiratoire en contexte de pandémie ✓ Climatisation

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes : Les directives suivantes sont complémentaires aux directives s'appliquant à la population en général.

Pour des informations sur les mesures à adapter en fonction des paliers d'alerte, vous référez au document « COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte » disponible sur le site Web du MSSS à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002991/>.

Direction ou service ressource :	Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial guichetRIRTF@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	Aucun

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

msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par

La sous-ministre adjointe,
Natalie Rosebush

Lu et approuvé par

La sous-ministre,
Dominique Savoie

Directive

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

Les différents types de ressources sont rassemblés dans les tableaux *COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers d'alerte*, sous la directive DGAPA-001.

Le tableau qui concerne les RI-RTF adultes et aînés, est le suivant :

- Tableau B : Directives applicables dans les RI-RTF adultes, ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19, les RPA dont l'exploitant partage leur lieu principal de résidence avec les usagers; les RAC, les URCI, les foyers de groupe, les internats (adultes DP-DI-TSA) ayant ou non un ou des usagers vulnérables à la COVID-19; les milieux de réadaptation en déficience physique, en santé physique et modérée (adulte)

Conséquemment, les directives du présent document seront un complément du tableau B en plus des différentes trajectoires en provenance d'un centre hospitalier ou d'un milieu de réadaptation ou en provenance de la communauté.

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

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

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

Étant donné le lien juridique de prestataire de services qui unit les ressources et les établissements de santé et de services sociaux, ceux-ci doivent collaborer afin d'assurer la continuité des services aux usagers en respect des lois, des règlements, des directives de santé publique et des pratiques reconnues. Ainsi, le présent document vise à communiquer des consignes et des renseignements importants et nécessaires pour assurer la protection des personnes hébergées en RI-RTF et toute autre personne résidant dans le même milieu de vie. Le tout, en favorisant le retour à une vie le plus normale possible à l'intérieur des balises émises par la Direction générale de la santé publique.

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

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

État d'urgence sanitaire

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

- Personnes de 70 ans et plus
- Personnes immunosupprimées (selon l'avis de l'INESSS) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Immunosuppression.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 \geq 40);
- Personnes avec une condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).

La prévention et contrôle des infections dans le milieu de vie

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

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

- S'assurer quotidiennement de la surveillance active de la fièvre et de l'apparition de signes et symptômes typiques et atypiques gériatriques chez l'utilisateur (voir annexe 1);
- Adapter les moyens de communication aux caractéristiques de chaque clientèle;

- Faire respecter, par l'ensemble des personnes présentes dans la RI-RTF, par différents moyens de communication adaptés, les mesures de base applicables dans le milieu de vie en prévention et contrôle des infections (PCI), par exemple :
 - Afficher les consignes concernant le port du masque médical¹;
 - Afficher les indications pour les visiteurs, les personnes proches aidantes, les nouveaux employés et les bénévoles, en fonction du palier d'alerte du territoire concerné;
 - Prévoir l'accueil des visiteurs, des personnes proches aidantes, des nouveaux employés et des bénévoles notamment pour superviser l'application des mesures de PCI requises;
 - Prévoir des stations d'hygiène des mains à l'entrée et dans les entrées des aires communes (ex. : la salle à manger, salle d'activité, buanderie, ascenseurs, etc.) ainsi que sur chaque étage de la ressource.

Les usagers doivent notamment :

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

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

- Rappeler à l'usager, l'obligation de porter le masque ou le couvre-visage lorsqu'il fait une sortie pour se rendre dans un lieu public fermé: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002709/>
- Contacter l'établissement avec lequel elles sont en entente afin de trouver une solution permettant de préserver l'intégrité des usagers, de la ressource ou d'autres personnes de la ressource (membres de la

¹ Afin d'alléger le texte, un masque médical équivaut à un masque de qualité médical.

famille, employés), lorsque cette intégrité est menacée par certains usagers qui ne respectent pas les directives émises par la santé publique;

- Mettre en place des modalités adaptées de PCI, prévues par l'établissement responsable, pour le personnel et toute autre personne qui entre à l'intérieur de la ressource, le cas échéant;
- Réaliser la vigie de l'état de santé des employés/remplaçants des RI-RTF, lorsqu'elle y a recours, avant chaque quart de travail (par exemple, par l'instauration de la grille de surveillance des symptômes suivants :

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

- Prévoir les modalités pour la circulation fluide des informations entre le personnel/remplaçants de la ressource, le cas échéant;
- Mettre en place des employés dédiés à une seule zone ou une seule ressource afin d'éviter qu'ils se déplacent d'une zone à l'autre notamment, dans les zones tièdes ou chaudes (voir l'arrêté ministériel 2020-038 et la section « Déplacement de la main-d'œuvre » à la page 6);
- Identifier une infirmière de référence pour les RI-RTF dans les milieux de vie spécifiques aux personnes qui présentent les facteurs de vulnérabilité concernant la complication à la COVID-19;
- Augmenter les mesures de prévention entre les différentes personnes qui offrent les services, à moins que cela ne soit essentiel à la prestation des soins et des services, tel que le déplacement d'un usager nécessitant deux personnes;
- Limiter le nombre de personnes pouvant utiliser l'ascenseur en même temps le cas échéant, en fonction de la taille de celui-ci et de manière à maintenir un minimum de deux mètres entre les occupants. Afficher ce nombre de manière visible à l'entrée de l'ascenseur;
- L'application rigoureuse d'un protocole de nettoyage et de désinfection des équipements de soins partagés, des surfaces fréquemment touchées à potentiel élevé de contamination dans les chambres (notamment les ridelles de lit, la cloche d'appel, les poignées de porte, etc.) et dans les aires communes (notamment, boutons d'ascenseurs, les poignées de porte, etc.) et les salles de bain communes doit être effectuée. Utiliser un produit homologué par Santé Canada et efficace contre le virus de la COVID-19. Ces équipements et surfaces doivent être nettoyés et désinfectés au moins une fois par jour (à augmenter selon l'achalandage, la situation épidémiologique ou lors d'éclosion). Désigner une personne pour cette tâche.

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

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

- Dispenser les formations, notamment celles concernant la PCI pour les RI-RTF, leurs employés et leurs remplaçants :
 - Faire la promotion de capsules d'information sur l'hygiène des mains et l'utilisation de l'équipement de protection individuelle ou dispenser la formation :
 - Voici le lien pour la formation qui porte sur l'hygiène des mains :
<https://fcp.rtss.qc.ca/local/html-courses/hygiene/story.html>
 - Voici celui pour la formation portant sur l'utilisation de l'équipement de protection personnel, d'une durée de 10 minutes : <https://vimeo.com/399025696>

- Rendre accessible le programme de formation sommaire, disponible sur l'environnement numérique d'apprentissage provincial (ENA), visant à soutenir le personnel en affectation temporaire dans un milieu de vie pour aînés, élaboré avec la collaboration du professeur Philippe Voyer de l'Université Laval;
- Consulter au besoin:
 - Les répondants RI-RTF de l'établissement avec lequel vous êtes en entente;
 - Le champion PCI de la ressource, si applicable;
 - La ligne spéciale COVID-19 (1 877 644-4545) pour tout questionnement sur la COVID-19 (autre que PCI) et l'outil d'autoévaluation;
 - Les informations à jour sur le site officiel du Gouvernement du Québec à partir du lien suivant : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/>
- Il est fortement recommandé de poursuivre les exercices d'évacuation dans les régions, peu importe le palier d'alerte en vigueur. Lors de ceux-ci, les mesures de prévention et contrôle des infections comme la distanciation physique de 2 mètres entre les usagers et le port du masque médical ou couvre-visage (selon la directive applicable) doivent s'appliquer lorsque possible, et ce, surtout au lieu de rassemblement identifié par le milieu de vie en cas d'évacuation.

Suivi clinique

Les activités doivent s'appliquer dans le respect des mesures PCI décrites ci-haut, des directives de la santé publique, ainsi qu'en cohérence avec les tableaux distinguant chaque type de milieu de vie.

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

Visites

Se référer aux mesures en vigueur à ce sujet présentées dans le tableau de gradation des mesures.

L'accueil et l'accompagnement des visiteurs, des personnes proches aidantes, du personnel ou autres personnes ayant accès à la ressource sont nécessaires pour valider l'absence de critères d'exclusion et pour superviser l'application des mesures de PCI requises. Les critères d'exclusion sont les suivants :

- personnes 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 exposées 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);
- personnes vivant sous le même toit qu'un contact d'un cas confirmé en attendant des résultats;
- personnes de retour d'un voyage à l'extérieur du Canada depuis 14 jours et moins;

- personnes ayant reçu la consigne de s'isoler par une autorité de santé publique.

Pour tous les types de ressource, toute personne ayant accès à la résidence, dont les enfants (sauf pour les bambins de 2 ans et moins), doit porter les ÉPI requis dont un masque de qualité médicale ou un couvre-visage.

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

Précisions pour les ressources qui ne partagent pas leur lieu principal de résidence avec les usagers :

Ces ressources doivent tenir obligatoirement un registre pour la gestion des entrées et des sorties pour le personnel régulier afin de faciliter la recherche de contacts en cas d'éclosion, entre le personnel et les usagers. De plus, pour les visiteurs, les personnes proches aidantes, le personnel non régulier du milieu offrant des soins et des services, le personnel embauché par la famille ou les bénévoles, ce registre est également obligatoire et doit de plus, inclure les coordonnées de la personne afin que celle-ci puisse rapidement être contactée par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et placée en isolement préventif si cela est requis. Les ressources ayant plusieurs portes d'accès doivent identifier une ou deux portes par lesquelles les visiteurs peuvent circuler et s'assurer que les autres portes sont fermées.

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

Activités et services offerts par la ressource

- Il est nécessaire d'adapter les activités proposées afin de respecter les consignes sanitaires en vigueur, notamment la distanciation physique de deux mètres. Toutefois, les activités de loisirs impliquant un partage de matériel (ex. : cartes à jouer, billard, jeux de poches, livre à la bibliothèque) ne sont pas recommandées, sauf en concept de bulle (voir annexe 6).
- Il est recommandé de poursuivre les actions afin de prévenir le déconditionnement. Pour ce faire, se référer :
 - au tableau de gradation des mesures;
 - aux directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie, disponibles sur le site Web du MSSS à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002719/>;
 - aux directives pour prévenir le déconditionnement des personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme ainsi que celles ayant une problématique de santé physique nécessitant des services de réadaptation fonctionnelle intensive, modérée ou post-aiguë en contexte de pandémie, disponibles sur le site Web du MSSS à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002720/>.

Sorties des usagers

Se référer aux mesures en vigueur à ce sujet présentées dans le tableau de gradation des mesures.

Rappelons que la nécessité ou non de superviser ou d'accompagner l'usager lors d'une sortie est déterminée à l'Instrument de détermination et de classification de chaque usager ou, si cela est justifié, se référer au jugement clinique du professionnel de l'établissement responsable du suivi de l'usager. Évidemment pour une sortie sans

supervision, la personne doit être consciente du risque encouru associé à la contamination communautaire de la COVID-19. Elle doit aussi être en mesure de respecter les directives de la santé publique, notamment l'hygiène des mains, le port du couvre-visage ou du masque médical et la distanciation physique de deux mètres.

Dans le cadre d'un séjour temporaire d'un usager chez les membres de sa famille, et ce, peu importe la durée, se référer au tableau de gradation des mesures ainsi qu'à la directive sur les trajectoires DGAPA-005. Si des besoins importants de services de soutien à domicile s'avèrent nécessaires, l'établissement pourrait refuser la sortie de la personne dans l'intérêt de sa sécurité compte tenu de la limite de capacité actuelle des équipes de soutien à domicile dans le contexte de la pandémie.

Retour de sortie

En plus de se référer à la directive sur les trajectoires, il est recommandé de favoriser, lors du retour de la personne, à la suite d'une sortie ou d'un séjour de courte ou de longue durée si celle-ci est permise :

- l'hygiène des mains systématique;
- le changement de vêtements, le nettoyage des bagages et le lavage des vêtements qui ont servi lors de la sortie ou une quarantaine de 24 h pourrait être une alternative;
- le lavage des appareils électroniques (cellulaire, tablette, etc.) avec des lingettes désinfectantes;
- la poursuite de la surveillance active de l'apparition de symptômes reliés à la COVID-19 : fièvre et d'autres symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers au moins une fois par jour pendant 14 jours;
- en cas d'apparition de symptômes, un appel doit être fait à l'établissement.

Remplaçants et employés embauchés par les RI-RTF

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

<https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/formulaires-publications/guide-covid-19-hebergement-soins-personnes-agees>

Suivre les recommandations produites par l'INSPQ sur :

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

Suivre la directive du MSSS <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002936/> et les recommandations produites par l'INSPQ sur l'isolement et la levée de l'isolement des travailleurs de la santé en lien avec la COVID-19 : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19>

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

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

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

Déplacement de la main-d'œuvre

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

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

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

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

Placement / Déplacement / Réintégration

Même en temps de crise, les obligations de chacune des parties, notamment prévues dans les ententes collectives et nationales, demeurent celles applicables et doivent gouverner les actions de tous. Ainsi, le refus de placement demeure une situation exceptionnelle et la présente pandémie n'est pas un motif permettant de justifier un refus systématique. Les circonstances actuelles requièrent de la flexibilité de toutes les parties et c'est le sens qu'il faut donner aux mots utilisés. L'établissement doit considérer, dans son analyse, le fait que les signataires à l'entente de même que de toute personne qui réside dans la résidence principale d'une ressource présentent des facteurs de vulnérabilité concernant la complication à la COVID-19 (facteurs édictés en page 2, dans la section « État d'urgence sanitaire » du présent document).

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

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

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

compétences qui y sont associées, l'utilisateur pourrait intégrer cette ressource.

Les répit et les placements intermittents dans les RI-RTF

Se référer au tableau *COVID-19 : Gradation des mesures dans les milieux de vie en fonction des paliers*

Soins palliatifs et de fin de vie

Se référer aux directives en vigueur disponibles sur le site Web du MSSS :

[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002955/?&txt=soins palliatifs&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002955/?&txt=soins_palliatifs&msss_valpub&index=directives-covid-19&date=DESC)

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

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

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

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

Complétion de l'Instrument lors d'un nouveau placement

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

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

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

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

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

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

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

- La personne est autonome pour s'occuper d'elle-même et est en mesure de se conformer aux directives et qu'elle :
 - vit seule dans son appartement supervisé et peut s'y isoler (repas à l'appartement);
 - vit dans une chambre individuelle et peut s'y isoler (repas à la chambre); avec un accès à une salle de bain exclusive;
 - vit avec d'autres personnes, mais a une chambre individuelle et peut s'y isoler (repas à la chambre avec un accès à une salle de bain exclusive).
- Advenant que la personne n'ait pas accès à une salle de bain exclusive, c'est-à-dire que la salle de bain est partagée avec une ou plusieurs personnes, il est possible de maintenir cette personne en isolement dans la RI-RTF en appliquant les mesures suivantes :
 - la personne sous investigation doit se déplacer entre sa chambre et la salle de bain en portant un masque médical;
 - l'hygiène des mains doit être pratiquée avant de sortir de la chambre et tout de suite après avoir utilisé la toilette;
 - la poignée de la porte, la chasse d'eau et le robinet doivent être désinfectés après l'utilisation de la toilette;

- le recours à une chaise d'aisance dans la chambre individuelle de la personne pourrait être possible, si l'autonomie de la personne le permet et que la désinfection est assurée.
6. Toute décision dans l'application des mesures d'isolement doit tenir compte des caractéristiques de la personne, de sa situation psychosociale et de son environnement (incluant les autres personnes qui y résident, dont les responsables de la RI-RTF). Bien que le bien-être collectif prime sur celui individuel en cette période de pandémie, l'intégrité psychologique et physique de la personne isolée doit également être préservée, afin de prévenir un risque de désorganisation de celle-ci. À cet effet, il est souhaitable d'encourager, autant que possible, la participation de la personne présentant, notamment un trouble de la santé mentale, dans la recherche de compromis entre ses besoins et les directives de la santé publique à l'égard de la prévention de la propagation de la COVID-19. D'autres personnes, par exemple présentant un trouble neurocognitif majeur, nécessitent la mise en place de mesures additionnelles assurant la préservation de leur intégrité psychologique et physique (pour plus de détails, se référer à la section mesures d'adaptation à prendre lors de l'isolement dans le contexte de la pandémie à la COVID-19).
7. Toutefois, l'établissement demandera un transfert vers un milieu de confinement (nommé zone chaude ou zone tiède selon les modalités mises en place dans les établissements), situé dans un lieu préalablement déterminé, pour toute la durée de la période d'isolement, malgré la mise en place de mesures adaptées à ces clientèles, si une de ces conditions n'est pas rencontrée :
- la personne n'est pas autonome pour s'occuper d'elle;
 - la personne n'est pas en mesure de se conformer de façon stricte aux consignes d'isolement à la chambre (par exemple, en présence de troubles neurocognitifs ou d'un trouble d'opposition);
 - la ressource/le personnel n'a pas accès à des équipements de protection individuelle (ÉPI) pour offrir les services en toute sécurité.

Si transfert vers zone tampon ou de soins spécialisés :

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

Deux cas de figure peuvent s'appliquer :

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

Mesures d'adaptation à prendre lors de l'isolement dans le contexte de la pandémie à la COVID-19

En contexte de pandémie à la COVID-19, les mesures sanitaires mises en place pour limiter la propagation du virus et protéger la population (ex. : distanciation physique, isolement) sont essentielles et permettent de sauver des vies. Cependant, elles modifient grandement les habitudes de vie et ont des effets indésirables sur le niveau d'activité physique, la nutrition et la santé mentale.

En effet, certains usagers sont plus à risque de ressentir les effets de cette période prolongée d'inactivité physique et d'isolement, et donc de subir les effets délétères du déconditionnement. De plus, certaines sorties sont non recommandées pour les usagers en fonction des paliers d'alerte tels que présentés dans la directive sur les tableaux de gradation des mesures, DGAPA-001, disponibles à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002991/>. Il faut également se référer à la Directive sur les trajectoires, DGAPA-005, 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 disponible à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002999/>. En cas de situations exceptionnelles, des autorisations de sorties peuvent être accordées localement à la suite d'une évaluation du risque et sous condition que des mesures spécifiques soient observées avant, pendant et au retour dans le milieu.

Les directives auxquelles ces usagers et leurs proches doivent se conformer peuvent avoir des impacts importants sur ceux-ci comme le risque de déconditionnement mental, cognitif et physique, impact d'absence de contacts, bris de la routine, les pertes d'acquis, d'intérêt ou de mobilité, le stress, l'anxiété, etc. En considérant différents enjeux éthiques (vulnérabilité et enjeu de protection, diminution des risques de propagation et solidarisation dans la gestion du risque, menaces à l'intégrité et à la dignité des usagers), les impacts sur les intervenants et les gestionnaires, la perspective des usagers hébergés ou confiés et de leurs parents et proches, ainsi que plusieurs aspects juridiques lorsque l'isolement est requis, des mesures d'adaptation permettant la réduction de ces impacts sont nécessaires. Ces mesures doivent également être sécuritaires à la fois pour l'utilisateur, les intervenants et l'ensemble du milieu de vie.

L'objectif des mesures d'adaptation lors d'un isolement d'un usager est de préserver l'autonomie de celui-ci et d'éviter un déconditionnement mental, cognitif et physique qui serait accentué par l'isolement à la chambre. Elles visent également à maintenir la qualité de vie des usagers en période de pandémie tout en s'assurant de prévenir et de contrôler la transmission de la COVID-19 dans le milieu de vie.

Pour les usagers en fonction des situations suivantes ² :	Mesures adaptation à prendre lors d'un isolement en respectant les mesures strictes de PCI :
<ul style="list-style-type: none"> ○ Usager COVID-19 positif ○ Usager symptomatique en attente d'un résultat de dépistage ○ Usager symptomatique et ayant un résultat de dépistage négatif ○ Usager ayant eu un contact étroit avec une personne positive à la COVID-19 en attente d'un 	<p>Effectuer des actions préventives du déconditionnement à l'intérieur de la chambre avec un accompagnement individualisé. La fréquence doit être déterminée selon le jugement clinique afin d'éviter le déconditionnement.</p> <p>Une personne proche aidante (PPA)³ peut contribuer pour effectuer ce type d'activité visant à prévenir le déconditionnement.</p>

² Pour les situations suivantes, les consignes en lien avec l'isolement pourraient être amenées à évoluer selon la situation épidémiologique. Il demeure essentiel de se référer à la Directive sur les trajectoires, DGAPA-005, pour connaître les situations où il est requis de faire une période d'isolement.

³ La personnes proche aidante doit avoir été autorisée par le milieu. De plus, une évaluation confirmant la conformité des

premier résultat du test de dépistage	
---------------------------------------	--

Pour les usagers en fonction des situations suivantes ² :	Mesures adaptation à prendre lors d'un isolement en respectant les mesures strictes de PCI :
<ul style="list-style-type: none"> ○ Usager en isolement préventif sans symptôme ○ Usager ayant eu un contact étroit avec une personne positive à la COVID-19 et qui a obtenu un premier test de dépistage négatif 	<p>En plus, d'effectuer des actions préventives du déconditionnement à l'intérieur de la chambre, des mesures additionnelles d'adaptation à l'isolement doivent être mises en place. La fréquence doit être déterminée selon le jugement clinique afin d'éviter le déconditionnement.</p> <p>Par exemple, l'isolement « autour de l'utilisateur » consiste à permettre à l'utilisateur de sortir de sa chambre à des moments clés liés à ses routines (ex.: sortie extérieure, prise de repas à la salle à manger après les autres usagers, activité) lors desquels les autres usagers ne sont pas présents dans les aires communes. Ceci implique de fournir un accompagnement individualisé pour effectuer des actions préventives du déconditionnement, par exemple, les marches à l'extérieur de la chambre.</p> <p>Ainsi, les balises suivantes doivent encadrer la sortie des usagers en isolement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Faire des sorties en accord avec l'équipe PCI locale ou la santé publique; ○ Faire des sorties à tour de rôle, un usager à la fois, sauf pour les sorties à l'extérieur car la capacité d'accueil du terrain pourrait permettre de sortir plus d'un usager; ○ Accompagner l'utilisateur lors de la sortie de la chambre soit par un employé, une personne proche aidante ou un bénévole (selon les

	<p>indications de la directive sur la gradation des mesures);</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Limiter les sorties à une courte période dans un endroit dédié à cette fin ou à l'extérieur sur le terrain du milieu de vie; ○ Respect strict de la distanciation physique de 2 mètres entre l'utilisateur (incluant la personne qui l'accompagne) et les autres personnes; ○ Faire l'hygiène des mains de l'utilisateur avant de sortir de la chambre et plus souvent au besoin; ○ L'utilisateur doit obligatoirement porter un masque de qualité médicale lors de la sortie de la chambre; ○ Nettoyage et désinfection de toutes les surfaces touchées après la sortie. Ainsi, un arrimage avec les services techniques lorsque nécessaire afin de s'assurer que la désinfection des surfaces fréquemment touchées s'effectue au moment adéquat suivant les sorties de la chambre. <p>Une PPA⁴ peut contribuer pour effectuer ce type d'activité visant à prévenir le déconditionnement.</p>
--	---

L'application de ces mesures d'adaptation n'est pas un motif pour recourir à un isolement en zone tampon (dans un SNT ou à l'extérieur du milieu de vie) qui doit être considérée comme la solution de dernier recours.

Les mesures d'adaptation à prendre lors d'un isolement s'inscrivent en complémentarité avec la directive pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie – DGAPA-010 et la directive pour prévenir le déconditionnement des personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme ainsi que de celles ayant une problématique de santé physique nécessitant des services de réadaptation fonctionnelle intensive, modérée ou post-aiguë en contexte de pandémie - DGPPFC-008.REV1.

Critères de rétablissement

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

⁴ La personne proche aidante doit avoir été autorisée par le milieu. De plus, une évaluation confirmant la conformité des comportements de la PPA dans l'application des règles PCI devra être faite par le milieu avant l'autorisation.

Réanimation cardiorespiratoire (RCR) en contexte de la pandémie

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

- Le responsable de la ressource n'a pas l'obligation de tenir une discussion à propos de la volonté de l'utilisateur à l'égard de certains soins. Il n'est pas tenu non plus de déterminer si l'utilisateur est apte à exprimer une telle volonté;
- Un usager qui souhaite discuter de sa volonté en cas d'arrêt cardiorespiratoire doit être orienté vers son médecin ou un autre professionnel de la santé impliqué dans le suivi de sa situation, qui pourra amorcer la discussion avec lui;
- Lorsqu'un niveau de soins ou une autre forme de volonté (ex. : directives médicales anticipées ou DMA) est connu et déposé au dossier du résident dans l'établissement, celui-ci doit être communiqué au responsable de la ressource, avec le consentement de l'utilisateur ou son représentant. Pour ce faire, l'utilisation d'un formulaire reconnu, tel que le formulaire Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire, est suggérée.

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

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

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

Climatisation

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

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

Références utiles

Site Web de Québec.ca

<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/#c46383>

Sites Web du ministère de la Santé et des Services sociaux

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/>

Émission :	09-11-2020
------------	------------

Mise à jour :	28-05-2021
---------------	------------

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002490/>
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-207-01W.pdf>
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2997-soins-esthetiques-covid19>
<https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/Pages/index.aspx>
<http://www.education.gouv.qc.ca/coronavirus/>

ANNEXE 1 : Symptômes de la COVID-19

OBSERVATIONS ET CHANGEMENTS CHEZ L'USAGER À RAPPORTER À L'ÉTABLISSEMENT**Symptômes typiques de la COVID-19**

Symptômes du groupe A

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

Symptômes atypiques gériatriques possibles

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

ANNEXE 2 :

Coronavirus COVID-19

PROTOCOLE DE RÉANIMATION SIMPLIFIÉ DE LA COVID-19

Mise à jour 29 mai 2020

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

Objectif et clientèle visée par le protocole

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

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

Principes directeurs

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

... 2

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

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

ANNEXE 3 - Mesures de prévention et de protection individuelle à appliquer par les représentants de l'établissement lors de visites dans les RI-RTF (vigie ou autres visites nécessaires dans le cadre des responsabilités de l'établissement) :

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

- Ne présenter aucun symptôme lié à la COVID-19 tel que la toux, la faiblesse généralisée, la perte de l'odorat subit sans congestion nasale avec ou sans perte de goût, les céphalées, la fièvre/frissons, des douleurs (musculaire, thoracique, abdominale ou articulaire), de la fièvre, de l'écoulement nasal, des maux de gorge, de la diarrhée, de la dyspnée, des nausées ou vomissements;
- Ne pas être sous consigne d'isolement, que ce soit en raison d'un diagnostic positif, du fait d'être un contact d'un cas confirmé ou d'être revenu de voyage à l'extérieur du Canada dans les 14 derniers jours, etc.;
- Personnes symptomatiques en attente d'un résultat de test pour la COVID-19;
- Personnes exposées 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);
- Personnes vivant sous le même toit qu'un contact d'un cas confirmé en attendant des résultats;
- Dans les régions où il serait possible de le faire, si vous avez plus d'une visite à réaliser, visiter en premier les RI-RTF qui ne sont pas en éclosion de COVID-19 pour terminer par les milieux en éclosion;
- Dans le cas où un intervenant à plus d'une visite de ressources à faire dans la même journée, il devra porter l'ÉPI nécessaire en fonction de la situation épidémiologique, dès son arrivée dans les ressources;
- Si la ressource est composée de différentes unités, ces dernières devraient être visitées dans la chronologie suivante : débiter par la zone froide, suivi des zones tièdes et en terminant par les zones chaudes;
- Les visites dans les chambres des usagers devraient être limitées le plus possible;
- Respecter une hygiène des mains stricte à fréquence régulière, en particulier lors de l'arrivée et de la sortie, de même que lors de l'entrée et la sortie d'une chambre ou d'un lieu de rencontre;
- Respecter une distance de deux mètres et porter un masque médical ou autre selon les directives en vigueur: autant par rapport aux usagers, aux responsables de la ressource, à ses employés et aux autres personnes vivant dans la ressource.

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

- **Mesures pour la gestion de cas et des contacts dans les CHSLD : recommandations intérimaires**
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19>;
- **Mesures pour les travailleurs de la santé lors de la prestation de soins à domicile**
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2917-mesures-travailleurs-sante-soins-domicile-covid19.pdf>.
<https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/formulaires-publications/guide-covid-19-hebergement-soins-personnes-agees>

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

Si le port d'une protection oculaire est requise, elle doit être conservée par les RI-RTF et désinfectée s'il s'agit d'une protection oculaire à usage multiple.

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

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

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

SOURCE : Prestataire de services Agence de placement de personnel

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

- *toute personne qui fournit à un établissement de santé et de services sociaux, une ressource intermédiaire, une ressource de type familial ou une résidence privée pour aînés une prestation de services dans le cadre d'un contrat de services, incluant un contrat de location de personnel, une prestation de services correspondant aux tâches du personnel visé par un des titres d'emploi visés et prévus à la Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux (prestataire de services);*
- *les agences de placement de personnel ou autre personne morale dont les services consistent en la location de personnel souhaitant offrir les services d'un prestataire de services à un établissement de santé et de services sociaux, une ressource intermédiaire, une ressource de type familial ou une résidence privée pour aînés;*
- *lorsque l'affectation du prestataire de services est requise en « zone froide ». Si l'affectation du prestataire de services se situe dans une « zone chaude », la complétion du formulaire de déclaration n'est pas nécessaire.*

Les renseignements visés par la déclaration sont les suivants :

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

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

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

Date : _____

Signature du déclarant : _____

Annexe 5- Concept de bulle

CONCEPT DE BULLE

L'**objectif** de l'application du concept de bulle est de maintenir la qualité de vie des usagers en période de pandémie tout en s'assurant de prévenir et contrôler la transmission de la COVID-19 dans le milieu de vie. Ce concept constitue l'un des moyens pouvant être mis en place par **une RI non visée par la LRR**. S'il ne peut s'appliquer, la distanciation physique de 2 mètres entre les usagers et **le port du masque médical** doivent impérativement être **respectés sauf pour les exceptions prévues à la directive DGSP-014, par exemple, lorsque l'utilisateur ne tolère pas le masque**.

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

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

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

- le maintien des contacts humains **(sans le port du masque)** et la proximité physique entre les usagers d'une même bulle **(à moins de 2 mètres)**;
- le partage des objets, notamment lors des activités de loisirs (ex. : cartes, casse-tête, livres, balles);
- l'occupation optimale des lieux communs tels que les salons et les salles à manger;
- d'éviter l'isolement à la chambre lorsque non requis. Ainsi, l'isolement à la chambre est réservé pour les usagers suspectés ou atteints de la COVID-19.

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

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

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

