

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

ANNEXE 3

DIRECTIVES COVID-19 DU MSSS • DÉCEMBRE 2021

Émission : 25-01-2021

Mise à jour : 2021-12-03

Directive ministérielle DGPPFC-035.REV1

Catégorie(s) :
✓ Organismes communautaires
✓ Organisation du travail
✓ Services sociaux

Guide pour le maintien et l'adaptation des activités et des services offerts par les organismes communautaires

Mise à jour de la directive émise le 28 septembre 2021

Expéditeur : Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)		Destinataire : Tous les CISSS et les CIUSSS : <ul style="list-style-type: none">• Directions programme jeunesse• Directions des programmes en déficience physique, intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme• Directions des services en santé mentale, dépendance et en itinérance• Directions du soutien à l'autonomie des personnes âgées• Directions des services en santé physique• Directions des services multidisciplinaires• Directions de la santé publique• Directions des services sociaux généraux
--	---	--

Directive	
Objet :	Les organismes communautaires offrent des activités et des services de première importance pour la population de leur territoire, notamment auprès de personnes en situation de vulnérabilité. Leur rôle socioéconomique est essentiel pour la population, notamment dans le contexte pandémique. À cet effet, il est souhaitable qu'ils puissent maintenir des activités dans le respect des mesures sanitaires déterminées par la santé publique.
Mesures à implanter :	Ce document vise à guider les conseils d'administration des organismes communautaires dans le choix des mesures pouvant être mises en place pour continuer à offrir des activités et des services à la population tout en respectant les règles sanitaires. Le présent guide est conçu pour soutenir le maintien et l'adaptation des activités et services offerts par les organismes communautaires à la population. Ce document tient compte des plus récentes annonces relatives à la vaccination et au dépistage obligatoire, notamment.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires dssgac@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	Guide pour le maintien et l'adaptation des activités et des services offerts par les organismes communautaires

Émission :	25-01-2021
------------	------------

Mise à jour :	2021-12-03
---------------	------------

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
Dominique Breton

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

GUIDE POUR LE MAINTIEN ET L'ADAPTATION DES ACTIVITÉS ET DES SERVICES OFFERTS PAR LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DANS LE CONTEXTE DE LA COVID-19

VERSION DU 3 DÉCEMBRE 2021

Mise en contexte

Les organismes communautaires offrent des activités et des services de première importance pour la population, notamment auprès de personnes en situation de vulnérabilité. Leur rôle est donc capital pour la population, notamment dans le contexte de la pandémie. À cet effet, les services des organismes communautaires doivent être maintenus et adaptés selon les recommandations de la santé publique. Ce document vise à informer les conseils d'administration des organismes communautaires sur les mesures qui doivent être mises en place pour maintenir les activités et des services à la population.

Les informations dans ce guide sont valides à la date de la plus récente mise à jour. [Consultez les mesures sanitaires qui s'appliquent dans votre région pour connaître les détails](#). Il est possible que les mesures et les consignes changent selon le contexte épidémiologique et les différentes annonces du gouvernement du Québec. Il est important de suivre l'évolution de la situation en consultant le site quebec.ca. Si vous avez des questions, vous devez communiquer avec les personnes-ressources de votre Centre intégré ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux.

Passeport vaccinal

Le passeport vaccinal **n'est pas requis** pour accéder aux services des organismes communautaires, à moins que les activités se déroulent dans un lieu visé par son application comme un restaurant ou un bar. [Lieux et activités visés](#) par le déploiement du passeport vaccinal.

- Le passeport vaccinal **n'est pas requis** pour accéder aux services de repas (soupes populaires, distribution alimentaire, banques alimentaires, cuisines collectives et comptoirs de services alimentaires), lorsque ces services visent la clientèle de ces organismes afin d'offrir leurs services.
 - Pour les organismes communautaires ayant pour mission de fournir des repas communautaires, le nombre de personnes qui peuvent y assister est limité à 250 personnes. Il est fortement recommandé que les personnes soient principalement assises et que les déplacements soient limités. D'autre part, la distanciation de 1m doit être respectée entre les personnes de résidences différentes et le couvre-visage doit être porté en tout temps, sauf pour manger ou boire. De plus, les mesures sanitaires en vigueur doivent être respectées pendant les déplacements. De plus, les banques alimentaires, les comptoirs de repas ou d'aliments à emporter ne sont pas visés par le passeport vaccinal, comme les épiceries et les comptoirs de commande à emporter des restaurants ne sont pas visés.
 - Pour les activités de nature sociale (fête, anniversaire) non nécessaires au fonctionnement ou à la mission première de l'organisme communautaire, 25 personnes à l'intérieur et à 50 personnes à l'extérieur sont permises dans le respect des mesures sanitaires en vigueur.

- Le passeport vaccinal **n'est pas requis** pour participer aux activités nécessaires au fonctionnement de l'organisme (ex. : assemblées et réunions du conseil d'administration ou des comités de travail) à moins que celles-ci se déroulent dans un lieu visé par son application comme un restaurant ou un bar. [Lieux et activités visés](#) par l'utilisation du passeport vaccinal :
 - Le nombre de personnes qui peuvent y assister est limité à 250 personnes à l'intérieur ou à 500 personnes à l'extérieur, à condition que le couvre-visage soit porté en tout temps à l'intérieur (sauf pour manger ou boire) et qu'une distance d'un mètre sépare les personnes de résidences différentes. Les [consignes sanitaires](#) doivent également être observées.
 - À noter qu'il est possible d'accueillir plus de personnes, si le passeport vaccinal est exigé. La distanciation n'est alors plus requise entre les personnes et le port du couvre-visage est obligatoire en tout temps, sauf pour manger ou boire.
- Le passeport vaccinal **est requis** :
 - lorsqu'un organisme communautaire offre des activités qui figurent dans la [liste](#) des lieux et activités exigeant le passeport vaccinal COVID-19. Par exemple, le passeport est requis lorsqu'un organisme offre des activités de loisir et de sport ou un spectacle tel que précisé dans la [liste](#);
 - lorsqu'un organisme offre au public des repas ou toute autre activité dans la [liste](#) (ex. : un organisme qui gère un café ou un comptoir alimentaire accessible au public);
 - lors de certaines visites, déplacements et sorties organisés par un organisme communautaire;
 - lors des activités de nature événementielle (qui ne font pas partie de la mission première de l'organisme) comme un encan silencieux, un lancement de livre ou un vernissage.

Vaccination et dépistage obligatoire

De manière générale, les organismes communautaires ne sont pas visés par la vaccination et le dépistage obligatoire.

Le lieu de prestation des services est toutefois déterminant quant à l'obligation de vaccination ou de dépistage obligatoire pour certains intervenants et pourrait affecter les organismes communautaires.

Pour de plus amples informations, veuillez vous référer à la Directive et le document Q/R développé par le MSSS disponible à ce [lien](#).

Consignes de base à appliquer pour l'ensemble des organismes communautaires

L'organisme communautaire doit mettre en place les processus nécessaires pour assurer le respect des [mesures sanitaires](#) et communiquer les consignes de la santé publique à leurs employés, bénévoles et usagers. Les mesures spécifiques au milieu de travail s'appliquent pour les travailleurs (incluant les partenaires provenant de l'externe) et les bénévoles en milieu communautaire, selon les normes de la [Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail \(CNESST\)](#).

Cela inclut l'aménagement des lieux et l'accessibilité du matériel nécessaire (ex. : produits pour l'hygiène des mains, masque de qualité médicale).

Voici des exemples de mesures :

- Aménagement du mode et du temps de travail;
- Triage/sélection des travailleurs, des bénévoles et des usagers par le questionnaire sur les symptômes et le risque d'exposition ;
- Hygiène des mains;
- Distanciation physique (1 mètre entre les personnes qui ne résident pas à la même adresse, sauf lorsque le 2 mètres est précisé dans certaines situations), sauf lorsqu'une personne reçoit un service de soins ou un soutien;
- Minimisation des contacts;
- Port du masque de qualité médicale (obligatoire pour les employés de l'organisme communautaire si la distanciation ne peut être respectée ou en l'absence de barrière physique, comme une cloison de plexiglas) ou du couvre-visage ;
- Contrôle des entrées, des sorties, des files d'attente et de l'achalandage;
- Nettoyage et désinfections des espaces et des surfaces (référence : [COVID-19 : Nettoyage et désinfection de surfaces | INSPQ](#)).

Les documents de référence suivants contiennent les informations nécessaires concernant ces mesures :

- [Organismes communautaires : mesures de prévention de la COVID-19 en milieu de travail \(INSPQ\)](#)
- [La section aide-mémoire sur le site de la CNESST](#)
- [Hiérarchie des mesures de contrôle en milieu de travail \(inspq.qc.ca\)](#)

Il est recommandé de tenir un registre des personnes présentes. Le registre devrait inclure la date, le nom, le numéro de téléphone ou d'autres coordonnées permettant de contacter rapidement les personnes présentes sur les lieux. Les renseignements consignés à ce registre ne peuvent être communiqués qu'à une autorité de santé publique ou à une personne autorisée à agir en son nom aux fins de la tenue d'une enquête épidémiologique et ne peuvent être utilisés par quiconque à une autre fin. Ces renseignements doivent être détruits 30 jours suivant leur consignation.

Il est nécessaire de limiter le nombre total de personnes présentes à l'intérieur de l'organisme selon la taille de chaque local afin de maintenir la distanciation d'un mètre (ou deux mètres selon le cas) en tout temps. Pour ce faire, il est recommandé de contrôler les entrées des usagers dans l'organisme. Si une file d'attente survient, il est préférable de la faire à l'extérieur du bâtiment et de maintenir une distance d'un mètre entre les usagers. Également, lorsque des activités ou des services doivent être rendus individuellement, il est recommandé qu'un jumelage soit établi, autant que possible, afin de favoriser qu'un intervenant ou un bénévole intervienne le plus possible auprès des mêmes usagers. Les ateliers et les rencontres de groupe de soutien (ex. : Alcooliques anonymes) sont autorisés à se tenir avec un maximum de 250 participants. Le port du couvre-visage est requis en tout temps à l'intérieur, sauf pour manger ou boire, et la distanciation de 1 m doit être respectée entre les personnes de résidences différentes et une distance d'un mètre sépare les personnes. Le nombre doit être ajusté en fonction de la capacité des locaux. [Les mesures en vigueur pour les organismes communautaires.](#)

En cas d'éclosion dans un milieu :

- Respecter des indications spécifiques reçues de la santé publique ou du service de prévention et de contrôle des infections (PCI) du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de leur territoire;
- Possibilité de fermeture des locaux de l'organisme pendant un minimum de 10 jours, selon les indications de la santé publique;
- Maintien de certains services par téléphone ou virtuellement et par télétravail.

Hébergement :

Des directives concernant les organismes communautaires qui offrent de l'hébergement ou qui œuvrent dans le secteur de l'itinérance sont disponibles sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux :

- [Directive sur les services de répit à domicile avec nuitée\(s\) et les maisons de répit - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)
- [Directives relatives aux ressources intermédiaires \(RI\) et aux ressources de type familial \(RTF\) enfants, adultes et aînés en lien avec la COVID-19 - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)
- [Directive sur les mesures de prévention et contrôle des infections \(PCI\) destinées aux ressources d'hébergement d'urgence en itinérance \(RHU\) et aux ressources d'hébergement communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance \(RHD\) - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)
- [Organismes communautaires - Mesures rehaussées \(inspq.qc.ca\)](#)

Lorsqu'un usager hébergé par l'organisme communautaire devrait être sous une consigne d'isolement, des [mesures particulières](#) s'appliquent. Les services à l'utilisateur ou à proximité de l'utilisateur (moins de 2 mètres) devraient être offerts par des personnes formées à cet effet, notamment sur le port des équipements de protection individuelle requis chez l'utilisateur et chez le prestataire de service ainsi que sur les précautions additionnelles à prendre.

Si une personne hébergée développe des symptômes compatibles avec la COVID-19, isoler la personne, lui demander de porter un masque de qualité médicale et compléter [l'outil d'autoévaluation des symptômes](#) sur Québec.ca ou appeler au 1-877-644-4545. Dans la mesure du possible, nous invitons les organismes communautaires en hébergement à mettre en place des zones (froides, tièdes et chaudes) en collaboration avec le service de prévention et de contrôle des infections (PCI) et de la direction de santé publique du CISSS ou du CIUSSS de leur territoire.

Directive ministérielle DGAPA-005.REV4

- Catégorie(s) :
- ✓ Trajectoires
 - ✓ Milieux de vie
 - ✓ Centre hospitalier
 - ✓ Milieu de réadaptation
 - ✓ NSA

Trajectoire pour les personnes en provenance d'un centre hospitalier, d'un milieu de réadaptation ou de la communauté vers différents milieux de vie et d'hébergement

Remplace la directive émise le 11 juin 2021 (DGAPA-005REV03)

<p>Expéditeur : Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)</p>		<p>Destinataire :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tous les CISSS et les CIUSSS <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les directions des programmes-services • Répondant NSA • Direction des services professionnels • Département régional de médecine générale – Établissements non fusionnés – Établissements COVID-19 désignés – DG des CHSLD privés conventionnés et non conventionnés – Établissements de réadaptation privés conventionnés
---	---	---

Directive

<p>Objet :</p>	<p>Transmission de la mise à jour de la directive pour admission/intégration ou retour/réintégration d'un usager jeune ou adulte en milieu de vie ou un milieu de réadaptation en provenance d'un centre hospitalier, d'un milieu de réadaptation ou de la communauté.</p> <p>Les modifications proposées s'inscrivent dans le contexte de la situation épidémiologique qui perdure au Québec, notamment en raison de la recrudescence des cas de COVID-19.</p>
----------------	---

	<p>Il demeure important d'assurer une application rigoureuse des mesures de prévention et de contrôle des infections afin de limiter la propagation du virus.</p> <p>La présente directive sur la trajectoire s'inscrit en complémentarité avec les directives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • DGAPA-002 portant sur le plan NSA; • DGAPA-011 portant sur le plan de gestion des lits en CHSLD en contexte de pandémie à la COVID-19; • Les différentes directives spécifiques à chaque milieu de vie et d'hébergement; • DGPPFC-045 portant sur les mesures d'adaptation à prendre lors d'un isolement dans le contexte de la pandémie en RAC, URCI, foyers de groupes, internats, RI-RTF jeunesse, milieux de réadaptation et hospitalisation en santé mentale. <p>Cette directive est applicable dès la diffusion au RSSS.</p>
Mesures à implanter :	<p>DIRECTIVE POUR L'ADMISSION/INTÉGRATION OU RETOUR/RÉINTÉGRATION DANS UN MILIEU DE VIE OU UN MILIEU DE RÉADAPTATION</p> <p>Appliquer les principes suivants :</p> <p>Dépistage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les résidents ou usagers en provenance d'un centre hospitalier, de la communauté ou d'un milieu de réadaptation vers différents milieux de vie et d'hébergement doivent se soumettre à un test de dépistage, 24 heures avant l'admission ou l'intégration dans un milieu de vie ou de réadaptation. • Un usager ou un résident qui est en attente du résultat d'un test de dépistage¹ doit s'isoler. <p>Isolement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un usager ou un résident sans symptôme et qui n'a pas été en contact étroit ou élargi (en provenance d'un milieu de soins) ou qui a été à risque faible (en provenance de la communauté) d'une personne ayant la COVID-19 et ayant un test de dépistage négatif peut être accueilli ou retourner dans son milieu de vie avec un isolement préventif, peu importe son niveau de protection. Afin de lever l'isolement, un second test négatif est requis entre le 3^e jour et le 5^e jour suivant l'admission. • Un usager ou un résident sans symptôme et qui a été en contact étroit ou élargi (en provenance d'un milieu de soins en éclosion ou non) ou qui a été un contact à risque modéré ou élevé (en provenance de la communauté) d'une personne ayant la COVID-19 et ayant un test de dépistage négatif peut être accueilli ou retourner dans son milieu de vie avec un isolement préventif de 10 jours à la chambre, peu importe

¹Pour plus de détails, se référer au document de l'INSPQ suivant : *Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2* disponible à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-retablies-nouveau-test-positif-covid19>.

le niveau de protection de l'usager. Une surveillance quotidienne des symptômes pour une période de 14 jours est également requise.

- Un usager ou un résident qui a un test positif à la COVID-19 doit être isolé pendant 10 jours minimum et répondre aux critères de rétablissement² pour la période de son rétablissement. L'isolement de l'usager peut se faire dans la chambre de l'usager, et ce même dans un milieu froid. La chambre de l'usager sera considérée chaude.

Utilisation des cohortes chaudes

- Il n'est pas nécessaire de conserver une cohorte chaude dans un milieu de vie si elle n'est pas utilisée. L'important est de prévoir des modalités afin que celle-ci soit mise en place lorsque requis, et ce, dans un bref délai. Il est important de ne pas mélanger le concept de cohorte avec la notion de « précaution additionnelle (isolement) à la chambre ».

Usager COVID + ou avec symptôme et milieu de vie sans cas de COVID (froid)

- Un usager COVID + ou avec symptôme ne peut pas être admis ou retourner dans CHSLD ou un RI si le milieu de vie est froid, sans cas de COVID-19.
- Un usager COVID + ou avec symptôme peut retourner dans son milieu de vie (excluant un CHSLD et une RI) même si le milieu de vie est froid, lorsque toutes les consignes suivantes peuvent être respectées :
 - en RPA ou en RI de type appartement supervisé, si c'est un retour/réintégration et que le résident est en mesure de suivre les conditions liées à son isolement à l'unité locative;
 - en RTF ou en RIMA, si le responsable de la ressource/gestionnaire donne son accord et qu'il est en mesure d'assurer un isolement dans le milieu pour éviter tout contact avec les autres usagers n'ayant pas la COVID-19 (privilégier une programmation en parallèle pour l'usager ayant été testé positif afin d'éviter l'isolement social). Le milieu doit posséder l'ÉPI complet, la formation et les compétences qui y sont associées, l'usager pourrait intégrer ou réintégrer cette ressource même si le milieu est froid.

Transitions

- Les transitions entre différentes régions (ex. : transfert entre un CH et un milieu de vie, déménagement entre deux milieux de vie) sont possibles à condition de respecter les mesures prévues dans la trajectoire.

² <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2910-mesures-gestion-cas-contacts-chsl-d-covid19.pdf>

- La transition des usagers à partir d'un milieu de soins, d'un autre milieu de vie ou de la communauté doit s'effectuer 7 jours sur 7 de 9 h à 20 h, afin de favoriser un accueil adéquat de l'usager ou du résident et de permettre aux personnes proches aidantes de l'accompagner. Le transport doit être planifié en conséquence.

Milieus de réadaptation

Appliquer la trajectoire selon la situation de l'usager en fonction des principes suivants pour les usagers en réadaptation :

- Les unités de réadaptation de tous types, situées dans les CHSLD doivent utiliser les mêmes consignes que celles appliquées dans les CHSLD.
- Compte tenu des nouvelles directives sur l'isolement présentées dans cette mise à jour et de la situation épidémiologique en cours, il n'est pas nécessaire de conserver une cohorte chaude dans un milieu de réadaptation non désigné si elles ne sont pas utilisées. Toutefois, les milieux de réadaptation non désignés doivent prévoir les modalités afin de mettre en place une cohorte chaude lorsque requis.
- Un usager positif à la COVID-19 qui présente un besoin de réadaptation doit être dirigé vers un milieu de réadaptation désigné COVID-19.
- Un usager en épisode de réadaptation dans un milieu de réadaptation désigné COVID-19 qui est rétabli selon les critères de rétablissement en vigueur et qui présente des besoins résiduels de réadaptation doit être orienté vers un milieu de réadaptation non désigné selon les indications suivantes :
 - Acheminer le dossier au mécanisme d'accès aux services de réadaptation de l'établissement pour orientation vers un milieu de réadaptation non désigné;
 - Exception : si le milieu de réadaptation désigné dispose également d'un milieu de réadaptation non désigné au sein du même bâtiment, un transfert vers celle-ci est favorisé afin de réduire les déplacements dans un autre milieu et d'éviter de repasser par le guichet.
 - Dans cette optique, la durée de séjour résiduelle pour atteindre les objectifs du plan d'intervention doit être déterminée. Si celle-ci est plus complétée à plus de 75 % et que l'établissement a la capacité de garder cette personne, il est préférable de compléter la période de réadaptation dans ce milieu plutôt que d'envisager un transfert vers un autre milieu. Autrement, le transfert vers un autre milieu de réadaptation sera nécessaire.
- La coordination des transferts des usagers COVID-19+ est assurée par le COOLSI (sauf pour la clientèle pédiatrique).

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes : Sans objet

Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés
Document annexé :	Trajectoire : Admission/intégration ou retour/réintégration d'un usager jeune ou adulte en milieu de vie ou un milieu de

Émission : 07-07-2020

Mise à jour : 17-12-2021

réadaptation en provenance d'un centre hospitalier, d'un milieu de réadaptation ou de la communauté

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

msss.gouv.qc.ca/directives

La sous-ministre adjointe,

Original signé par

Natalie Rosebush

Original signé par

La sous-ministre adjointe DGPPFC

Dominique Breton

Lu et approuvé par

La sous-ministre

Dominique Savoie

Émission : 20-12-2020

Mise à jour : 20-12-2021

Directive ministérielle DGAUMIP-001.REV6

Catégorie(s) :
 ✓ Visites et sorties
 ✓ Personnes proches aidantes
 ✓ Centres hospitaliers

Directives relatives aux visites de proches aidants en centre hospitalier

Remplace la directive
DGAUMIP-001.REV5

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



Destinataires : Tous les établissements publics (CISSS, CIUSSS, établissements non fusionnés) :

- Directeurs des services professionnels (DSP) ;
- Directrices des soins infirmiers (DSI) ;
- Gestionnaire désigné à la coordination des visites ;
- Responsables de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

Directive

Objet :	Nous vous transmettons une mise à jour dans le contexte d'une augmentation des cas, de la situation épidémiologique en lien avec le variant Omicron, et de l'adoption du décret numéro 1276-2021 du 24 septembre dernier visant la protection adéquate contre la COVID-19 des travailleurs de la santé et visiteurs dans les milieux visés.
Mesures à implanter :	✓ Prendre connaissance et mettre en application les directives ministérielles quant à l'autorisation et à l'encadrement des visites de personnes proches aidantes auprès des clientèles recevant des soins et services en centres hospitaliers.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Direction ou service ressource :	Direction des services hospitaliers (DSH) 418 266-4530
Document annexé :	✓ Annexe 1 – Directives relatives aux visites de proches aidants en centre hospitalier (MAJ2021-12-20)

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

msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par
La sous-ministre adjointe
Lucie Opatrny
Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Coronavirus COVID-19

Mise à jour 2021-12-20

L'évolution de la COVID-19 au Québec depuis le mois de mars 2020 nous a permis de tirer des leçons des différentes situations vécues et d'apprendre à mieux protéger nos milieux tout en permettant aux gens d'accompagner leur proche. **Dans le contexte d'une augmentation des cas, de la situation épidémiologique en lien avec le variant Omicron,** et de l'adoption du décret [numéro 1276-2021](#) du 24 septembre dernier visant la protection adéquate contre la COVID-19 des travailleurs de la santé et visiteurs dans les milieux visés, nous vous transmettons ainsi une mise à jour des directives en regard de la venue de personnes proches aidantes ou de visiteurs en centres hospitaliers (CH).

Les personnes proches aidantes et visiteurs sont définis comme suit :

Personne proche aidante (PPA) : *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 dame de compagnie est considérée comme une PPA si elle apporte un soutien et doit éviter la mobilité entre différents résidents.*

La famille proche et immédiate doit ainsi tout comme les personnes proches aidantes répondant à la définition avoir accès au centre hospitalier où leur proche est hospitalisé, y compris les jeunes enfants de 0 à 12 ans.

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

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

DIRECTIVES POUR LA VENUE DES PERSONNES PROCHES AIDANTES OU VISITEURS EN CENTRES HOSPITALIERS

Les visites dans les CH sont permises sous certaines conditions.

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

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

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

Nous soulignons que le soutien offert par les personnes proches aidantes apporte l'aide aux soins personnels, le soutien émotionnel et à l'organisation des soins, qui ne peut être substitué par des mesures de contrôle physiques ou chimiques *qu'en dernier recours*. **À cet égard, l'établissement pourrait prendre une décision en ce qui a trait à la présence du nombre de personnes proches aidantes autorisées, par exemple pour une clientèle requérant une aide urgente ou importante ou un niveau de soins alternatifs.**

DIRECTIVES GÉNÉRALES

- Aucune personne proche aidante ou visiteur ayant reçu un diagnostic de COVID-19 confirmé et non rétablie, en investigation ou symptomatique n'est admis dans les CH; tous secteurs confondus.
- Toutes les personnes proches aidantes et visiteurs de 13 ans et plus qui accèdent à un CH, en respect des directives résumées dans le tableau ici-bas, doivent présenter une pièce d'identité avec photo et un passeport vaccinal, en format électronique ou papier, attestant qu'elles sont adéquatement protégées, sous réserve des exceptions suivantes :
 - Toute personne qui accompagne :
 - un enfant de moins de 18 ans ;
 - une personne inapte à consentir aux soins requis par son état de santé ;

- une femme qui accouche ;
- une personne qui, en raison de son état de santé ou à des fins de sécurité, requiert une assistance qui ne peut lui être fournie par l'exploitant du lieu;
- Un parent ou un tuteur d'un enfant hébergé dans un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de même que toute personne ayant un droit de visite ordonné par une décision rendue par la Cour du Québec ;
- Les visiteurs d'un proche en fin de vie ;

Vous référer à l'INFO COVID-19 transmise à vos établissements :

Précisions sur les modalités d'application de décret concernant l'ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de la COVID-19 – 27 septembre 2021.

Dans le respect de l'exigence du passeport vaccinal décrite ci-haut, lors de situations exceptionnelles, des ouvertures pourront être analysées au cas par cas par l'établissement.

- La venue de personnes proches aidantes est permise à n'importe quel moment du séjour sous certaines modulations **en fonction de la situation épidémiologique** (voir tableau ci-dessous).
- Les modalités de visites usuelles doivent être considérées. Néanmoins, les personnes proches aidantes doivent, généralement, pouvoir déterminer elles-mêmes la durée, le moment et la fréquence des visites. Par ailleurs, dans le respect des volontés de la personne proche aidante, une heure d'arrivée peut lui être attribuée afin d'éviter au maximum les contacts entre les personnes proches aidantes et les visiteurs, et ce, en respect des directives de distanciation sociale émises par la santé publique.
- Par ailleurs la durée de la visite n'est pas limitée dans la mesure où les consignes de prévention et de contrôle des infections (PCI) sont bien respectées. L'aide et le soutien significatifs peuvent être offerts par plus d'une personne proche aidante auprès d'une même personne en CH. Un assouplissement pourrait être fait pour la clientèle très vulnérable, telle la clientèle gériatrique, en situation de handicap ou de fin de vie.
- Une personne proche aidante doit être systématiquement identifiée pour certains patients hospitalisés qui présentent une vulnérabilité, car ils sont des partenaires de soins essentiels. Dans le cas où des unités d'hospitalisation accueillent des clientèles mixtes, des consignes correspondant au niveau d'alerte plus élevée pourraient s'appliquer pour assurer la protection des patients plus vulnérables (ex. : patients immunosupprimés).

Par ailleurs, les mesures usuelles d'isolement et de restriction des visites des patients immunosupprimés s'appliquent.

- Le port d'équipement de protection individuelle (EPI) est adaptable selon le palier d'alerte et les consignes de la PCI de l'établissement; les recommandations de la santé publique relatives au port d'ÉPI sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à l'adresse suivante : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/prevention-et-controle-des-infections/>.

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

Ces directives peuvent être modulées pour des raisons humanitaires, par exemple s'il s'agit d'une urgence ou si le patient est en fin de vie.

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

Aucune identification ou document ne doit être demandé afin d'attester d'un « statut » de proche aidant. Nous rappelons que *le soutien est offert à titre non professionnel, et sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité du membre de l'entourage, qu'elle soit physique, psychique, psychosociale ou autre.*

Pour les mesures identifiées dans le tableau ci-dessous, aux fins de reconnaissance des personnes proches aidantes identifiées par le patient, il est suggéré de mettre un bracelet d'identification au proche.

Tableau résumé des directives selon les mesures en vigueur pour les visiteurs et personnes proches aidantes en CH

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

		Mesures en vigueur	Mesures applicables si éclosion dans un secteur
DIRECTIVE GÉNÉRALE*			
TOUS SECTEURS Voir particularités pour certains secteurs spécialisés ci-dessous		1 PPA à la fois Maximum 2 par jour : obligation d'identifier un maximum de 4 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois Maximum 1 par jour : obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer
SALLE D'URGENCE*			
TOUS SECTEURS		1 PPA à la fois	1 PPA à la fois
CANCÉROLOGIE*			
AMBULATOIRE ADULTE	CONSULTATIONS EXTERNES DANS LE CENTRE DE CANCÉROLOGIE	1 PPA maximum	1 PPA maximum, sous autorisation INF ou MD
	SALLE DE TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES, RADIOTHÉRAPIE, GMO ET THÉRAPIE CELLULAIRE	Interdit sauf exceptions autorisées par INF. ou MD	Interdit sauf exceptions autorisées par INF. ou MD
HOSPITALISATION ADULTE	GMO ET THÉRAPIE CELLULAIRE	1 PPA à la fois Maximum 1 par jour : obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois Maximum 1 par jour : obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer
	AUTRES CANCERS HÉMATOLOGIQUES	1 PPA à la fois Maximum 2 par jour : obligation d'identifier un maximum de 3 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois Maximum 1 par jour : obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer
	CANCERS SOLIDES SUR AUTRES UNITÉS DE SOINS	1 PPA à la fois Maximum 2 par jour : obligation d'identifier un maximum de 3 proches aidants différents pouvant se relayer	1 PPA à la fois Maximum 1 par jour : obligation d'identifier un maximum de 2 proches aidants différents pouvant se relayer
ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE	AMBULATOIRE	1 parent ou 1 PPA remplaçant	1 parent ou 1 PPA remplaçant
	HOSPITALISATION	Parents ou max. 2 PPA remplaçants	Parents ou max. 2 PPA remplaçants
MÈRE-ENFANT*			
PRÉSENCE D'UN PÈRE OU D'UNE PERSONNE SIGNIFICATIVE (1^{ER} ACCOMPAGNATEUR)			
Prénatal		Permis	Permis
Pernatal (bloc opératoire césarienne inclus)		Permis	Permis
Postnatal		Permis	Permis
Particularité : Pour les femmes enceintes atteintes de la COVID-19, il pourrait être envisagé que le second parent ou l'accompagnateur atteint de la COVID-19 soit présent, s'il se déplace uniquement en même temps que la femme enceinte dans l'hôpital (pour l'arrivée entre autres)			

Néonatalogie	Permis Exception : 1 seul parent à la fois lorsque les mesures de PCI ne peuvent être appliquées (ex. unités néonatales ouvertes)	Permis Exception : 1 seul parent à la fois lorsque les mesures de PCI ne peuvent être appliquées (ex. unités néonatales ouvertes)
Pédiatrie -Parents	Permis	Permis
Particularité : Pour les enfants atteints de la COVID-19, il pourrait être envisagé que les parents atteints de la COVID-19 soient présents, s'ils se déplacent uniquement en même temps que l'enfant dans l'hôpital (pour l'arrivée entre autres), et en portant un masque.		
Présence de l'accompagnante à la naissance ou d'une personne significative (2^e accompagnateur)		
Prénatal	Aucun 2 ^e accompagnateur permis	Aucun 2 ^e accompagnateur permis
Pernatal	Accompagnante à la naissance permise (sauf bloc opératoire). Autre personne non permise.	Aucun 2 ^e accompagnateur permis
Postnatal	Permis. Un support téléphonique/vidéo pourrait être envisagé.	Aucun 2 ^e accompagnateur permis. Un support téléphonique/vidéo pourrait être envisagé.
Visiteurs-fratrie-famille élargie		
Postnatal	Non permis	Non permis
Néonatalogie	Non permis	Non permis
Pédiatrie (exclusion : soins intensifs pédiatriques, hémato-oncologie, milieu en éclosion, zone chaude)	Non permis sauf lors d'hospitalisation prolongée : Plus de 2 semaines sans possibilité de congé temporaire, selon les conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacité de la fratrie à porter un masque de procédure de manière adéquate. ▪ 3^e accompagnateur devrait être identifié et ne changer qu'exceptionnellement. ▪ 1 personne à la fois ▪ Limite de 2 visites/semaine ▪ Durée de la visite : <ul style="list-style-type: none"> ○ Chambre multiple : 1 heure ○ Chambre individuelle : La durée des visites devrait être encadrée par les équipes traitantes locales, en fonction de la situation épidémiologique et clinique. 	Non permis
IMAGERIE MÉDICALE		
TOUS SECTEURS	1 PPA maximum	1 PPA maximum

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

DIRECTIVES PARTICULIÈRES DÉTAILLÉES

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

SALLES D'URGENCE

La présence d'une personne proche aidante est recommandée en tout temps. Pour les visiteurs, les périodes de visites sont appliquées selon les politiques locales en vigueur.

CANCÉROLOGIE

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

Ambulatoire adulte

L'accès au centre de cancérologie est limité aux patients sous traitement, aux personnes proches aidantes autorisées et au personnel, médecins et autres professionnels travaillant au centre de cancérologie.

Consultations :

- Application des mesures du tableau ci-haut, soit autorisation d'une personne proche aidante maximum accompagnant le patient à son rendez-vous.
- Étant donné la vulnérabilité des patients atteints de cancer, la limitation à une seule personne proche aidante pouvant accompagner aux rendez-vous et aux consultations en ambulatoire est en lien avec le besoin de protéger la clientèle atteinte de cancer et le personnel de ces secteurs, mais découle aussi du fait que les exigences de distanciation sociale affectent les espaces disponibles (salles d'attente et de consultation) pour offrir les services aux patients.
- Dans le contexte où la présence des proches est limitée, les consultations en cancérologie (médecin, IPO, pharmacien, etc.) qui sont offertes en télésanté (téléphone ou mode virtuel) doivent inclure la possibilité de la participation des proches lorsqu'applicable. Les établissements doivent encourager et continuer à faciliter les communications virtuelles.

Traitements :

- Salle de traitements systémiques et radiothérapie: la présence d'un proche aidant dans la salle de traitement n'est pas possible, en lien avec le besoin de protéger la clientèle et le personnel de ces secteurs, mais aussi compte tenu des exigences de distanciation sociale qui affectent les espaces disponibles pour offrir les traitements aux patients. Toutefois, des situations d'exception peuvent être autorisées par le médecin ou l'infirmière.
- Greffe de moelle osseuse (GMO) et thérapie cellulaire: aucune personne proche aidante ne sera admise en clinique ambulatoire de greffe et thérapie cellulaire. La participation des proches aidants via la télésanté doit être assurée dans ce secteur.

Hospitalisation adulte :

- GMO et thérapie cellulaire: sous réserve de l'avis clinique, application en tout temps **des mesures en vigueur inscrites au tableau ci-haut**, soit autorisation d'une personne proche aidante maximum par jour, obligation d'identifier un maximum de deux personnes différentes pouvant se relayer.
- Autres cancers hématologiques : application **des mesures en vigueur inscrites au tableau ci-haut, soit une personne à la fois**, maximum de deux par jour et obligation d'identifier un maximum de trois personnes différentes pouvant se relayer pendant le séjour. L'application de ces mesures doit reconnaître que les patients en traitement pour une leucémie aigüe ont des moments de grande vulnérabilité et sont mis en isolation stricte, qui limite souvent les visites des proches.

Les personnes autorisées sur ces unités devront se soumettre aux procédures de triage ou de tests applicables sur l'unité, conformément aux consignes de zonage applicables en oncologie.

- **Cancers solides sur autres unités de soins : En date du 20 décembre 2021, autorisation d'un proche aidant maximum selon les paramètres inscrits au tableau.**

Oncologie pédiatrique :

- Secteurs ambulatoires en hémato-oncologie : un seul accompagnateur par patient permis. Pour certaines situations particulières, la présence d'un deuxième accompagnateur pourrait être autorisée (exemple : annonce d'une nouvelle difficile).
- Hospitalisation : parents (ou leurs remplaçants) autorisés au chevet.
- Hospitalisation pour thérapie cellulaire : seuls les deux parents (ou accompagnateurs significatifs) ont accès à la chambre. Se référer aussi aux consignes en oncologie pédiatrique au lien suivant : (<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/sujets/cancerologie>).

SOINS OBSTÉTRICAUX, NÉONATAUX ET PÉDIATRIQUES

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

Obstétrique

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

Néonatalogie

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

- Les parents atteints de la COVID-19 ne peuvent être présents, sauf lors de circonstances exceptionnelles.

Pédiatrie

- Toutes les mesures raisonnables doivent être mises en place afin de favoriser la présence des parents, s'ils ne présentent pas de symptômes à la COVID-19.
- Cependant, pour les enfants atteints de la COVID-19, il pourrait être envisagé que les parents atteints de la COVID-19 soient présents, s'ils se déplacent uniquement en même temps que l'enfant dans l'hôpital (pour l'arrivée entre autres), et en portant un masque.

Pour plus d'information, **veuillez consulter le site Web du MSSS** à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002989/>.

SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE (SPFV)

Pour plus de détails, veuillez-vous référer à la section « Visiteurs » des directives spécifiques aux SPFV disponibles sur le site Web MSSS à l'adresse : [Directives sur les soins palliatifs et de fin de vie](#)

IMAGERIE MÉDICALE

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

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

Directive ministérielle **DGAPA-020**

- Catégorie(s) :**
- ✓ Milieux de vie
 - ✓ Centre d'hébergement et de soins longue durée
 - ✓ Résidences privées pour aînés
 - ✓ Ressources intermédiaires ou de type familial
 - ✓ Personnes proches aidantes
 - ✓ Visiteurs
 - ✓ Milieux de réadaptation

Directives concernant les visiteurs et les personnes proches aidantes dans les CHSLD, RPA, RI-RTF, milieux de réadaptation et autres milieux¹ à compter du 20 décembre 2021

Nouvelle directive

Expéditeur :	<p>Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)</p> <p>Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)</p>
---------------------	--



Destinataire :	<ul style="list-style-type: none"> – Tous les CISSS et les CIUSSS <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les directions des programmes-services – Directeurs de la qualité – Établissements non fusionnés – Établissements COVID-19 désignés – Établissements PC et PNC – Exploitants des RPA – Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA) – Regroupement québécois des OBNL d'habitation (RQOH) – Répondants RI-RTF des établissements
-----------------------	--

¹Ressource à assistance continue (RAC) en santé mentale et DP-DI-TSA, unité de réadaptation comportementale intensive (URCI), internats en DP-DI-TSA, foyers de groupe en DP-DI-TSA, milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou réadaptation modérée, centre de crise en santé mentale



	<ul style="list-style-type: none"> – Hôpital Sainte-Justine – Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James – Associations et organismes représentatifs de RI-RTF
--	---

Directive

Objet :	<p>Transmission d'une nouvelle directive qui s'inscrit dans le contexte de la situation épidémiologique qui perdure au Québec, notamment en raison de la recrudescence des cas de COVID-19. Il demeure important d'assurer une application rigoureuse des mesures de prévention et de contrôle des infections afin de limiter la propagation du virus.</p> <p>Cette mise à jour qui entre en vigueur le 20 décembre 2021, vise principalement à resserrer les mesures de contrôle des accès, à réitérer l'importance d'appliquer les mesures de prévention et de contrôle des infections et d'encadrer les activités dans les différents milieux de vie.</p> <p>Ces mesures s'inscrivent en continuité de l'obligation du port du masque d'intervention de qualité médicale pour les résidents lors des déplacements, dans les ascenseurs et dans les aires communes pour toutes les RPA à compter du 15 décembre 2021.</p> <p>Les mesures à implanter concernent les milieux suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RPA autres que celles dont l'exploitant partage son lieu principal de résidence avec les usagers; • RI-RTF qui accueillent des usagers des programmes-services DP-DI-TSA, Santé mentale et SAPA de même que les RI-RTF avec une mixité de clientèle (ex : RI-RTF accueillant à la fois des jeunes en difficulté et des usagers DP-DI-TSA/Santé mentale); • Ressources à assistance continue (RAC) en santé mentale et DP-DI-TSA; • Unités de réadaptation comportementale intensive (URCI); • Internats en DP-DI-TSA; • Foyers de groupe en DP-DI-TSA; • Milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou réadaptation modérée; • Centres de crise en santé mentale. <p>Ainsi, pour les milieux non visés précédemment, il faudra suivre les consignes applicables pour la population générale à travers le lien suivant : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/mesures-en-vigueur/a-propos-des-mesures-en-vigueur.</p>
----------------	---

	<p>Les CISSS/CIUSSS doivent être en contact étroit et régulier avec les CHSLD privés, les RPA et les RI-RTF 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.</p> <p>Selon la situation épidémiologique, les présentes mesures pourraient être modifiées.</p> <p>Cette directive est complémentaire à la directive DGAPA-005 REV.4 concernant la trajectoire d'admission.</p>
Mesures à implanter :	<p><u>1. Accueil des personnes proches aidantes (PPA) et des visiteurs dans les milieux visés :</u></p> <p>A) Milieux visés autres que RPA <u>sans éclosion.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 personne à la fois pour un maximum de 4 personnes par jour. <p>Une même personne peut visiter son proche à plus d'une reprise au cours de la même journée.</p> <p>L'accès aux espaces communs, par exemple à la salle à manger et au salon est désormais interdit pour les personnes. Ces dernières peuvent avoir accès uniquement qu'à la chambre ou la pièce dédiée. Cependant, une personne autorisée peut accompagner un usager ou un résident nécessitant une aide à l'alimentation à la salle à manger en respectant les consignes sanitaires en vigueur.</p> <p>La personne qui ne respecte pas les consignes, malgré le fait qu'elle a reçu toute l'information et a été accompagnée pour l'application des mesures de PCI, pourrait se voir retirer l'accès au milieu.</p> <p>Accompagnement des personnes proches aidantes et visiteurs en contexte de soins palliatifs et de fin de vie pour le résident ou l'utilisateur</p> <p>Se référer aux directives en vigueur, DGAUMIP-014, disponibles sur le site Web du MSSS au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid19/</p> <p>B) Résidences privées pour aînés <u>sans éclosion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un maximum de 5 personnes à la fois, par jour à l'intérieur est permis, et ce, selon la capacité d'accueil de l'unité locative afin de respecter la distanciation physique de 2 mètres. <p>Une même personne peut visiter son proche à plus d'une reprise au cours de la même journée.</p> <p>L'accès aux espaces communs, par exemple à la salle à manger et au salon est désormais interdit pour les personnes. Ces dernières peuvent avoir accès uniquement</p>

qu'à l'unité locative. Cependant, une personne autorisée peut accompagner un résident nécessitant une aide à l'alimentation à la salle à manger en respectant les consignes sanitaires en vigueur.

La personne qui ne respecte pas les consignes, malgré le fait qu'elle a reçu toute l'information et a été accompagnée pour l'application des mesures de PCI, pourrait se voir retirer l'accès au milieu.

Accompagnement des personnes proches aidantes et visiteurs en contexte de soins palliatifs et de fin de vie pour le résident ou l'utilisateur

Se référer aux directives en vigueur, DGAUMIP-014, disponibles sur le site Web du MSSS au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid19/>

C) Usagers ou résident en isolement ou milieu visé en éclosion (2 cas ou plus)

Lorsque l'utilisateur ou un résident est en isolement ou lorsque le milieu visé est en éclosion, les milieux doivent mettre en place les mesures suivantes :

- 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.
- À partir de cette liste, 1 PPA formée aux mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI), connue et identifiée peut avoir accès au milieu de vie par jour.
- 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.

Les personnes proches aidantes et les visiteurs doivent :

- présenter leur passeport vaccinal et avoir le statut « adéquatement protégée », sauf exceptions prévues :
 - une personne proche aidante qui ne peut démontrer être adéquatement protégée peut accéder à un CHSLD, une RPA ou une RI-RTF si elle présente la preuve d'un résultat négatif d'un test de dépistage **PCR ou TAAN** contre la COVID-19 effectué depuis moins de 72 heures;
- respecter rigoureusement les consignes sanitaires de base dans le milieu de vie;
- appliquer la distanciation physique de 2 mètres et porter un masque dans la chambre, l'unité locative ou de la pièce dédiée. Ainsi, le port du masque et la distanciation physique de 2 mètres demeurent obligatoires en tout temps dès l'entrée dans le milieu de vie ou de réadaptation (entrée, corridors, salon, etc.). Le port du masque s'applique à tous les visiteurs de plus de 2 ans à l'intérieur du milieu de vie ou de réadaptation.

D) Demande de dérogation pour interdire l'accès des personnes proches aidantes dans un milieu de vie

S'il advenait une situation exceptionnelle dans un milieu liée à la COVID-19 ou autres raisons qui ne permettrait pas, de façon temporaire, que les conditions nécessaires à la sécurité des personnes proches aidantes soient présentes, une demande de dérogation doit être acheminée au MSSS. Cette demande doit être formulée par le président-directeur général (PDG) ou le directeur régional de santé publique à madame Natalie Rosebush, sous-ministre adjointe à la Direction générale des aînés et des proches aidants.

Cette demande doit présenter la situation du milieu de vie, les mesures mises en place jusqu'à maintenant, les mesures supplémentaires à mettre en place pour assurer un accès sécuritaire aux PPA, le délai nécessaire pour leur mise en place ainsi que les unités du milieu de vie visées. Si cette demande est transmise par la PDG, elle devrait avoir été validée par la Direction de santé publique régionale.

Cette demande fera l'objet d'une analyse avant la transmission d'une décision ministérielle.

E) Recours aux agents de sécurité dans les milieux de vie visés par la directive DGAPA009.REV1

Un accueil des personnes qui accèdent au milieu de vie est nécessaire. Cet accueil peut se faire par un membre du personnel régulier du milieu de vie. Lorsque des difficultés dans la gestion de l'accueil sont constatées, un milieu de vie peut faire la demande au CISSS/CIUSSS de son territoire pour avoir recours à un agent de sécurité. De la même manière, un CISSS/CIUSSS peut demander à un milieu de vie de recourir à un agent de sécurité pour les raisons invoquées plus haut, notamment lorsqu'il y a une éclosion, afin de limiter les risques de propagation de la COVID-19.

Dans tous les cas, le recours à un agent de sécurité doit être autorisé préalablement par le CISSS/CIUSSS. Pour plus de détails, se référer à la directive DGAPA-009.REV1 sur le sujet accessible au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>

2. Mesures de prévention et de contrôle des infections entre usagers/résidents

Les mesures PCI doivent s'appliquer en tout temps dans les différents milieux de vie, et ce, selon les directives en vigueur :

- Un accompagnement des visiteurs, des PPA, du personnel ou autres personnes ayant accès au milieu de vie ou de réadaptation est nécessaire pour valider l'absence de critères d'exclusion, pour superviser l'application des mesures de

	<p>PCI requises et pour s'assurer que les personnes sont adéquatement protégées² selon les directives en vigueur pour accéder à l'intérieur du milieu de vie. Les critères d'exclusion sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ personnes positives à la COVID-19 qui ne sont pas considérées rétablies; ▪ personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles; ▪ personnes ayant eu une consigne d'isolement d'une autorité sanitaire (ex. : Agence des services frontaliers, DSPu, équipe PCI). <p>Ainsi, une personne présentant un de ces critères se verra refuser l'accès au milieu de vie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • respecter la distanciation physique de 2 mètres entre les usagers/résidents et le port du masque d'intervention de qualité de médicale; • possibilité de tenir des activités ou des rencontres dans un espace commun à l'intérieur entre les résidents/usagers en respectant la distanciation physique de 2 mètres et avec le port de masque d'intervention de qualité médicale (par exemple : activités pour prévenir le déconditionnement, regroupement au salon, activités de loisirs). <p>Les travailleurs de ces milieux doivent respecter les exigences de la CNESST et les recommandations de l'INSPQ concernant la distanciation physique à respecter et le port des équipements de protection individuelle.</p> <p>Lorsque les travailleurs offrent des soins et des services, le résident/usager doit porter le masque selon les indications prévues à la directive DGSP-014 (sauf pour les milieux de vie où l'exploitant/responsable partage son lieu de résidence avec les résidents/usagers).</p> <p>Les autres mesures PCI suivantes doivent être poursuivies lors des activités tenues à l'intérieur ou à l'extérieur du milieu/installation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; • 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. <p>Lorsqu'un résident de RPA participe à un rassemblement, ce sont les consignes de la population générale qui s'applique. Au retour dans le milieu de vie, surveillance</p>
--	---

² <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/personnes-adequatement-protgees-contre-covid-19>

quotidienne des symptômes pendant 14 jours. Si apparition de symptômes compatibles à la COVID-19, procéder à un test de dépistage et s'isoler en attente des résultats.

Lorsqu'un résident ou un usager de CHSLD ou de RI visée participe à un rassemblement, il doit suivre les consignes de la population générale. Au retour dans le milieu de vie, un test de dépistage devra être effectué avec isolement en attente du résultat. Surveillance quotidienne des symptômes pendant 14 jours.

3. Registre des visiteurs en RPA

Afin de faciliter le processus d'enquête épidémiologique, tenir obligatoirement un registre pour les visiteurs, les PPA, le personnel non régulier de la résidence offrant des soins ou des services (dentiste, hygiéniste dentaire, audioprothésiste, etc.), le personnel embauché par la famille et les bénévoles. Ce registre doit inclure les coordonnées de la personne afin que celle-ci puisse rapidement être contactée par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et placée en isolement préventif, si cela est requis.

Les résidences ayant plusieurs portes d'accès doivent demander aux visiteurs, aux PPA, aux bénévoles et au personnel non régulier de circuler par la porte principale afin de compléter le registre et s'assurer que ces personnes sont adéquatement protégées.

4. Repas à la salle à manger dans les RPA

Assurer une surveillance lors des déplacements afin que les résidents respectent le port du masque et la distanciation physique et éviter les attroupements (ex. ascenseur, devant la salle, etc.).

- Maximum 4 personnes par table, privilégier le regroupement des mêmes résidents à une table déterminée (sans plexiglas et sans distanciation);
- Le port du masque demeure obligatoire en tout temps, sauf au moment de manger ou de boire;
- S'assurer d'une distanciation de 1 mètre entre chaque table;
- 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.

5. Activités pour les usagers et résidents dans les milieux de vie

- Se référer aux consignes prévues dans les directives CHSLD (DGAPA-007) et RPA (DGAPA-008) et RI-RTF (DGAPA-013) accessibles au lien suivant :
<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/mesures-en-vigueur/a-propos-des-mesures-en-vigueur>

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

Émission :	17-12-2021
------------	------------

Mise à jour :	
---------------	--

	ou sur les personnes proches aidantes. Toutefois, les mesures dans les différentes mesures continuent de s'appliquer si elles ne sont abordées
--	--

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes : Sans objet

Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)
Document annexé :	Aucun

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

msss.gouv.qc.ca/directives

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Natalie Rosebush

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Dominique Breton

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Directive ministérielle DGAPA-015.REV2

- Catégorie(s) :
- ✓ Trajectoires
 - ✓ Milieux de vie
 - ✓ Centre hospitalier
 - ✓ Milieu de réadaptation
 - ✓ NSA

Directives sur les zones tampons

**Remplace la
directive
DGAPA-015REV1
émise le
8 juillet 2021**

<p>Expéditeur : Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)</p>		<p>Destinataire :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tous les CISSS et les CIUSSS <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les directions des programmes-services • Répondants NSA • Direction des services professionnels • Département régional de médecine générale – Établissements non fusionnés – Établissements COVID-19 désignés
--	---	--

Directive

<p>Objet :</p>	<p>Dans le contexte actuel où la situation épidémiologique est préoccupante en raison de la recrudescence des cas de COVID-19, il demeure essentiel de maintenir des mesures de prévention et de contrôle des infections. Ainsi, il est important de réitérer que les zones tampons sont une solution de dernier recours et devraient être utilisées de façon exceptionnelle. Ces zones sont des lieux transitoires permettant d'accueillir des usagers devant être dans un milieu de vie (centre d'hébergement et de soins de longue (CHSLD), ressource intermédiaire et de type familial (RI-RTF), résidence privée pour aînés (RPA), résidence à assistance continue (RAC) et autres milieux de vie. La mise en place des zones tampons vise uniquement à éviter la propagation de la COVID-19 dans ces milieux et d'éviter que certains usagers demeurent en centre hospitalier ou dans une autre ressource spécialisée (notamment des milieux de réadaptation) lorsque ce n'est plus requis.</p>
-----------------------	---

	<p>La mise à jour des directives sur les zones tampons vise à s’assurer que les zones tampons soient réservées uniquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aux usagers qui ne peuvent pas rester dans leur milieu de vie lorsque les conditions (aménagement, profil clinique, etc.) ne permettent pas un isolement à la chambre; • lorsque l’ensemble du milieu de vie peut être infecté (milieu de vie de type familial); • lorsque la réintégration ou le retour d’un usager ou d’un résident dans son milieu de vie est impossible, car le milieu est froid, sans cas de COVID-19. <p>L’amplitude de ces mesures est à adapter selon le portrait local et régional de la pandémie et l’organisation des soins et services en vigueur, des besoins des usagers et des ressources humaines disponibles.</p> <p>La présente directive sur les zones tampons s’inscrit en complémentarité avec les directives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ DGAPA-001 portant sur la gradation des mesures dans les milieux de vie, ○ DGAPA-002 portant sur le plan NSA, ○ DGAPA-005 portant sur la trajectoire pour les personnes en provenance d’un centre hospitalier, d’un milieu de réadaptation ou de la communauté vers différents milieux de vie et d’hébergement, ○ DGAPA-010 Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie, ○ DGAPA-011 portant sur le plan de gestion des lits en CHSLD en contexte de pandémie à la COVID-19, ○ DGPPFC-008.REV1 Directives pour prévenir le déconditionnement des personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme ainsi que de celles ayant une problématique de santé physique nécessitant des services de réadaptation fonctionnelle intensive, modérée ou post-aiguë en contexte de pandémie, ○ les différentes directives spécifiques à chaque milieu de vie et d’hébergement.
<p>Mesures à implanter :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Les usagers à référer en zone tampon; ○ Une zone tampon peut être dans une installation déjà existante ou être créée dans un site non traditionnel (SNT) selon l’organisation de services du territoire concerné; ○ Les types de zone tampon; ○ Lors d’un séjour en zone tampon; ○ Personnel de la zone tampon; ○ Gestion des visites en zone tampon. <p>Des précisions sont apportées tout au long du document sur diverses mesures à implanter.</p>

Émission : 07-07-2020

Mise à jour : 21-12-2021

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes : Sans objet

Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants
Documents annexés :	Aucun

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

msss.gouv.qc.ca/directives

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Natalie Rosebush

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Directive

CONSIGNES POUR LES ZONES TAMPONS**1. La clientèle des zones tampons**

- La zone tampon doit être considérée uniquement pour la période d'isolement des usagers qui ne peuvent;
 - Demeurer dans leur milieu de vie en raison de l'incapacité du milieu d'appliquer les consignes présentées dans les directives spécifiques PCI pour leur période d'isolement,
 - Suivre les consignes dans leur milieu de vie (CHSLD, RI-RTF, RPA, RAC),
 - Réintégrer ou retourner dans un milieu froid, sans cas de COVID-19.
- En l'absence de ces critères, ceci est considéré comme des transitions sans valeurs ajoutée pour l'usager que l'on doit éviter, autant que possible.
- Ces personnes peuvent provenir :
 - Directement d'un milieu de vie;
 - Du CH ou d'un milieu de réadaptation avant qu'elles ne soient transférées dans leur milieu de vie antérieur ou nouveau milieu de vie.
- Lorsque la période d'isolement est terminée en zone tampon, l'usager doit être redirigé vers son milieu de vie antérieur ou son nouveau milieu de vie s'il s'agit d'une admission ou une intégration.
- Le passage en zone tampon n'est pas requis :
 - Pour les usagers pour lesquels le milieu de vie (CHSLD, RI-RTF, RAC ou RPA) ou de réadaptation désigné est adéquat pour respecter les conditions liées à l'isolement et où les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) sont appliquées.

2. Où trouve-t-on des zones tampons ?

- Une zone tampon peut être, selon l'organisation de services du territoire concerné, située :

- A) Dans un site traditionnel (ST) soit une installation déjà existante sur le territoire:
- Dans des locaux d'une installation du RSSS n'ayant pas la mission CHSLD, par exemple, une section d'un centre hospitalier non utilisée ou autre local.
 - Dans le même immeuble qu'un CHSLD à la condition d'avoir des entrées distinctes pour la zone tampon et que l'on retrouve du personnel dédié.
- B) Dans un site non traditionnel (SNT) (ex. dans un hôtel, aréna).
- L'utilisateur dans une zone tampon peut être considéré comme admis ou inscrit, selon le type de zone tampon.
 - Une zone tampon est différente d'une cohorte chaude qui doit être mise en place dans des milieux de vie afin de regrouper les usagers selon les pratiques PCI lorsqu'il y a des cas suspectés ou confirmés de COVID-19.
 - Il n'est pas nécessaire de conserver une zone tampon (dans un site traditionnel (ST) ou dans un site non traditionnel (SNT) si elles ne sont pas utilisées. L'important est de prévoir des modalités pour dédier un site COVID-19+ sur le territoire ou un site afin qu'une zone tampon soit mise en place lorsque requis, et ce, dans un bref délai.

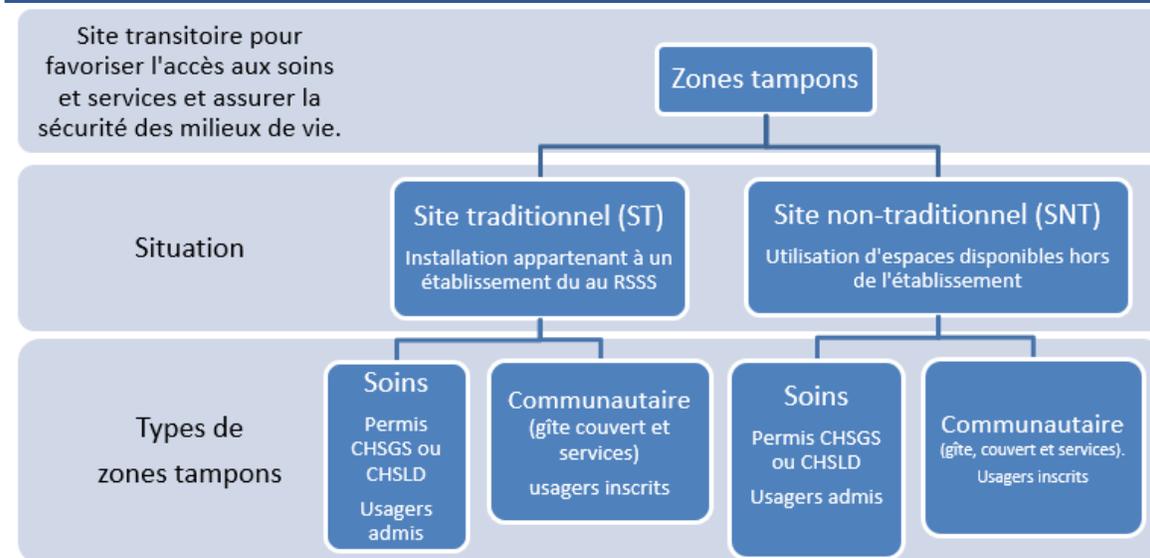
3. Les types de zones tampons

Il existe deux types de zones tampons qui donneront lieu à des permis différents;

- A- La zone tampon de type soins et services, où la clientèle est admise, est une ressource d'hébergement transitoire qui offre l'ensemble des services de santé et d'assistances requis par l'utilisateur.
- B- La zone tampon de type communautaire, où la clientèle est inscrite (clientèle RPA, domicile...) est une ressource visant à offrir les services non professionnels (repas, ménage...) et certains services professionnels de base. Les services pharmaceutiques peuvent provenir de la pharmacie communautaire. Les services médicaux peuvent être offerts selon les lettres d'ententes.

Différents types de zones tampons peuvent être créés sur un même territoire, car l'environnement physique doit permettre de répondre aux besoins et caractéristiques de la clientèle.

Schéma zones tampons



- La cohorte située dans la zone tampon doit être distincte et clairement identifiée (entrées, sorties, zone d'habillage et de déshabillage, aire de repas et de repos, aire de préparation de la médication et entreposage du matériel).
- En zone tampon, le personnel doit porter les équipements de protection individuelle selon les indications de la CNESST. Pour ce faire, se référer, à l'adresse suivante : <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/coronavirus-covid-19/questions-reponses-covid-19>
- Les équipements de protection individuelle doivent être disponibles en quantité suffisante et être utilisés de façon adéquate et judicieuse.

4. Lors d'un séjour en zone tampon

- Si possible chaque usager devrait avoir une chambre individuelle avec salle de toilette dédiée. Se référer aux mesures PCI appropriées en cohortes. Pour plus de détails, se référer, à l'adresse suivante sur le site de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3066_mesures-prevention-contrôle-eclosion_milieu-soin.pdf

5. Personnel de la zone tampon

- On retrouve du personnel dédié et distinct pour chaque cohorte si présence de plus d'une cohorte.
- Le personnel doit être en nombre suffisant pour répondre aux besoins des usagers et assurer la qualité des soins et des services.
- Suivre les recommandations sur la levée des mesures d'isolement dans les milieux de vie et sur les mesures d'isolement des travailleurs de la santé disponible sur le site web de l'INSPQ.
- 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>.
- Le personnel devrait être formé aux meilleures pratiques en matière de PCI ainsi qu'aux meilleures pratiques cliniques pour répondre aux besoins à la clientèle âgée en contexte de pandémie.
- Les équipes doivent appliquer de façon rigoureuse les mesures de PCI en vigueur.

6. Gestion des visites en zones tampons :

- Les personnes proches aidantes¹ et les visiteurs² sont admis dans les zones tampons en fonction des directives. Pour ce faire, se référer aux directives applicables disponibles sur le site web du MSSS.

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 répondant à la définition pouvoir avoir accès au milieu de vie de son proche. Cela signifie que la famille proche et immédiate doit pouvoir accéder au milieu de vie de son proche, comme pour les PPA.

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.

Directive ministérielle

DGAPA-
005.REV5

- Catégorie(s) :
- ✓ Trajectoires
 - ✓ Milieux de vie
 - ✓ Centre hospitalier
 - ✓ Milieu de réadaptation
 - ✓ NSA

Trajectoire pour les personnes en provenance d'un centre hospitalier, d'un milieu de réadaptation ou de la communauté vers différents milieux de vie et d'hébergement

Remplace la
directive émise le
17 décembre 2021
(DGAPA-005REV04)

Expéditeur : Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)		Destinataire : <ul style="list-style-type: none"> – Tous les CISSS et les CIUSSS <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les directions des programmes-services • Répondant NSA • Direction des services professionnels • Département régional de médecine générale – Établissements non fusionnés – Établissements COVID-19 désignés – DG des CHSLD privés conventionnés et non conventionnés – Établissements de réadaptation privés conventionnés
--	---	--

Directive

Objet :	<p>Transmission de la mise à jour de la directive pour admission/intégration ou retour/réintégration d'un usager en milieu de vie ou un milieu de réadaptation en provenance d'un centre hospitalier, d'un milieu de réadaptation ou de la communauté.</p> <p>Les modifications proposées s'inscrivent dans le contexte de la situation épidémiologique qui perdure au Québec, notamment en raison de la recrudescence des cas de COVID-19. Il demeure important d'assurer une application rigoureuse des mesures de prévention et de contrôle des infections afin de limiter la propagation du virus.</p>
---------	--

Les mesures à implanter concernent les milieux visés suivants :

- CHSLD;
- RPA;
- RI-RTF qui accueillent des usagers adultes et des jeunes des programmes-services DP-DI-TSA, Santé mentale sans mixité de clientèle et des usagers SAPA;
- Ressources à assistance continue (RAC) en DP-DI-TSA et en santé mentale;
- Unités de réadaptation comportementale intensive (URCI);
- Internats en DP-DI-TSA;
- Foyers de groupe en DP-DI-TSA;
- Milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou réadaptation modérée;
- Milieux de réadaptation santé mentale.

Sont exclus de cette directive les RI-RTF qui accueillent des jeunes du programme-services jeunes en difficulté.

Mixité des milieux :

Si dans le même immeuble on retrouve plus d'un type de milieu de vie (CHSLD, RI ou RPA) ou 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 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, ce sont les directives les plus restrictives qui s'appliquent.

Sauf pour les RI-RTF qui accueillent à la fois des jeunes du programme-services jeunes en difficultés et des jeunes des programmes-services DP-DI-TSA et santé mentale, les consignes de la population générale s'appliquent.

La présente directive sur la trajectoire s'inscrit en complémentarité avec les directives suivantes :

- DGAPA-002 portant sur le plan NSA;
- DGAPA-011 portant sur le plan de gestion des lits en CHSLD en contexte de pandémie à la COVID-19;
- Les différentes directives spécifiques à chaque milieu de vie et d'hébergement;
- DGPPFC-045 portant sur les mesures d'adaptation à prendre lors d'un isolement dans le contexte de la pandémie en RAC, URCI, foyers de groupes, internats, RI-RTF jeunesse, milieux de réadaptation et hospitalisation en santé mentale;
- DGAUMIP-014 portant sur les soins palliatifs et de fin de vie.

Cette directive est applicable dès la diffusion au RSSS.

Mesures à implanter :	<p><u>DIRECTIVE POUR L'ADMISSION/INTÉGRATION OU RETOUR/RÉINTÉGRATION DU CH OU D'UN MILIEU DE RÉADAPTATION DANS UN MILIEU VISÉ</u></p> <p>Appliquer les principes suivants :</p> <p><u>Dépistage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les résidents ou usagers en provenance d'un centre hospitalier ou d'un milieu de réadaptation vers différents milieux de vie et d'hébergement doivent se soumettre à un test de dépistage, 24 heures avant l'admission ou l'intégration dans un milieu de vie ou de réadaptation. • Un usager ou un résident qui est en attente du résultat d'un test de dépistage¹ doit s'isoler ou maintient à la chambre (ex. CH) dans son lieu de provenance. • Le résultat du test doit être connu avant de procéder au transfert. <p><u>Isolement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un usager ou un résident sans symptôme et qui n'a pas été en contact étroit ou élargi d'une personne ayant la COVID-19 et ayant un test de dépistage négatif peut être accueilli ou retourner dans son milieu de vie avec un isolement préventif, peu importe son niveau de protection. Afin de lever l'isolement, un second test négatif est requis au 3^e jour suivant l'admission. • Un usager ou un résident sans symptôme et qui a été en contact étroit ou élargi d'une personne ayant la COVID-19 et ayant un test de dépistage négatif peut être accueilli ou retourner dans son milieu de vie avec un isolement préventif de 10 jours à la chambre, peu importe le niveau de protection de l'usager. Un test de dépistage négatif est requis entre le 8e jour et le 9e jour suivant le retour dans le milieu² pour une levée de l'isolement. Une surveillance quotidienne des symptômes pour une période de 14 jours est également requise. • Un usager ou un résident avec symptôme et ayant un test de dépistage négatif, faire des investigations additionnelles pour déterminer les mesures à prendre concernant l'isolement et le transfert. • Un usager ou un résident qui a un test positif à la COVID-19 doit être isolé pendant 10 jours minimum et répondre aux critères de rétablissement ³ pour la période de
-----------------------	---

¹ Pour plus de détails, se référer au document de l'INSPQ suivant : *Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2* disponible à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-retablies-nouveau-test-positif-covid19>.

² Si le résident n'a pas accès à un test de dépistage ou que la RPA n'est pas en mesure de lui en fournir un, la levée de l'isolement peut s'effectuer après la période d'isolement de 10 jours en réduisant les contacts avec les autres résidents (par exemple, privilégier que le résident soit seul à la table à la salle à manger) pour une période additionnelle de 4 jours. C'est la responsabilité du résident d'être diligent afin de respecter ces mesures.

³ <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2910-mesures-gestion-cas-contacts-chsld-covid19.pdf>

son rétablissement. L'isolement de l'usager peut se faire dans la chambre de l'usager, et ce même dans un milieu froid⁴. La chambre de l'usager sera considérée chaude.

DIRECTIVE POUR UNE NOUVELLE ADMISSION OU UNE NOUVELLE INTÉGRATION DANS UN MILIEU VISÉ (SAUF RPA) EN PROVENANCE DE LA COMMUNAUTÉ

Appliquer les principes suivants :

Dépistage :

- Tous les résidents ou usagers en provenance de la communauté **vers un milieu visé sauf RPA** doivent se soumettre à un test de dépistage, 24 heures avant l'admission ou l'intégration dans le milieu de vie.
- Un usager ou un résident qui est en attente du résultat d'un test de dépistage⁵ doit s'isoler **dans son lieu de provenance**.
- **Le résultat du test doit être connu avant de procéder au transfert.**

Isolement :

- Un usager ou un résident sans symptôme et qui n'a pas été en contact étroit ou élargi (en provenance d'un milieu de soins) ou qui a été à risque faible (en provenance de la communauté) d'une personne ayant la COVID-19 et ayant un test de dépistage négatif peut être accueilli ou retourner dans son milieu de vie avec un isolement préventif, peu importe son niveau de protection. Afin de lever l'isolement, un second test négatif est requis au 3^e jour suivant l'admission.
- Un usager ou un résident sans symptôme et qui a été en contact étroit ou élargi (en provenance d'un milieu de soins en éclosion ou non) ou qui a été un contact à risque modéré ou élevé (en provenance de la communauté) d'une personne ayant la COVID-19 et ayant un test de dépistage négatif peut être accueilli ou retourner dans son milieu de vie avec un isolement préventif de 10 jours **à la chambre**, peu importe le niveau de protection de l'usager. **Un test de dépistage négatif est requis entre le 8e jour et le 9e jour suivant le retour dans le milieu pour une levée l'isolement.** Une surveillance quotidienne des symptômes pour une période de 14 jours est également requise.

DIRECTIVE POUR LES INTÉGRATIONS DE NOUVEAUX RÉSIDENTS EN RPA

⁴ Un usager qui présente des besoins de réadaptation doit être dirigé vers un milieu de réadaptation désigné COVID-19.

⁵ Pour plus de détails, se référer au document de l'INSPQ suivant : *Prise en charge des personnes considérées rétablies et présentant à nouveau un test positif pour le SRAS-CoV-2* disponible à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3032-personnes-retablies-nouveau-test-positif-covid19>.

Lors d'intégration de nouveaux résidents en RPA, des précautions additionnelles doivent être prises :

- Un résident sans symptôme et qui n'a pas été en contact étroit d'une personne ayant la COVID-19⁶ doit effectuer une surveillance quotidienne des symptômes pour une période de 14 jours.
- Un résident sans symptôme et qui a été en contact étroit avec une personne ayant la COVID-19⁷ doit faire un isolement préventif de 10 jours, peu importe son niveau de protection. Un test de dépistage négatif est requis entre le 8e jour et le 9e jour suivant l'intégration dans le milieu⁸. Ainsi, durant cette période d'isolement, l'usager ou le résident ne peut pas être en contact avec les autres résidents dans son milieu ni fréquenter les espaces communs. Enfin, une surveillance quotidienne des symptômes pour une période de 14 jours est également requise.
- Un résident qui a la COVID-19 doit reporter son intégration après avoir suivi les modalités liées aux critères de rétablissement.

DIRECTIVE POUR LES SORTIES D'UN USAGER/RÉSIDENT POUR PARTICIPER À UN RASSEMBLEMENT PRIVÉ OU CONGÉ TEMPORAIRE DANS LA COMMUNAUTÉ

MILIEUX VISÉS SAUF RPA

À partir de l'entrée en vigueur de cette directive, il n'est plus permis pour les résidents de CHSLD ou les usagers confiés de RI SAPA non-visée par la LRR de sortir du milieu de vie pour un rassemblement privé ou un congé temporaire dans la communauté.

Sauf en situation exceptionnelle pour préserver l'intégrité et la santé du résident ou de l'usager confié, il pourrait être permis d'accorder une sortie du milieu de vie si :

- essentiel pour l'usager et en respect de son plan d'intervention;
- chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint) et en mesure d'accueillir l'usager;
- et selon une évaluation du risque⁹ en concertation avec la PCI de l'établissement et l'équipe clinique de l'usager.

Dans ces situations exceptionnelles, au retour du résident ou de l'usager confié, il faut appliquer les directives applicables lors d'une nouvelle admission en provenance de la communauté.

⁶ En d'autres termes qui a été un contact à risque faible ou modéré d'une personne ayant la COVID-19.

⁷ En d'autres termes qui a été un contact à risque élevé d'une personne ayant la COVID-19.

⁸ Si le résident n'a pas accès à un test de dépistage ou que la RPA n'est pas en mesure de lui en fournir un, la levée de l'isolement peut s'effectuer après la période d'isolement de 10 jours en réduisant les contacts avec les autres résidents (par exemple, privilégié que le résident soit seul à la table à la salle à manger) pour une période additionnelle de 4 jours. C'est la responsabilité du résident d'être diligent afin de respecter ces mesures.

⁹ Lors de cette évaluation du risque, il faut prendre en considération l'accès au test lors du retour dans le milieu.

RPA

Un résident de RPA qui désire participer à un rassemblement privé à l'extérieur de son milieu doit suivre les consignes applicables à la population générale ([À propos des mesures en vigueur | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)) ainsi que respecter rigoureusement les mesures PCI suivantes la distanciation physique et le port de masque d'intervention de qualité médicale.

Toutefois, à son retour dans la RPA, des précautions additionnelles doivent être prises :

- Un résident sans symptôme et qui n'a pas été en contact étroit d'une personne ayant la COVID-19¹⁰ doit effectuer une surveillance quotidienne des symptômes pour une période de 14 jours.
- Un résident sans symptôme et qui a été en contact étroit avec une personne ayant la COVID-19¹¹ doit faire un isolement préventif de 10 jours, peu importe son niveau de protection. Un test de dépistage négatif est requis entre le 8e jour et le 9e jour suivant le retour dans le milieu¹². Ainsi, durant cette période d'isolement, l'usager ou le résident ne peut pas être en contact avec les autres résidents dans son milieu ni fréquenter les espaces communs. Enfin, une surveillance quotidienne des symptômes pour une période de 14 jours est également requise.

DIRECTIVE POUR LES SORTIES D'UN USAGER/RÉSIDENT POUR UNE CONSULTATION MÉDICALE DE MOINS DE 24 HEURES (URGENCE OU CLINIQUE MÉDICALE)

Un résident ou un usager doit effectuer une surveillance quotidienne des symptômes pour une période de 14 jours.

UTILISATION DES COHORTES CHAUDES

- Il n'est pas nécessaire de conserver une cohorte chaude dans un milieu de vie si elle n'est pas utilisée. L'important est de prévoir des modalités afin que celle-ci soit mise en place lorsque requis, et ce, dans un bref délai. Il est important de ne pas mélanger le concept de cohorte avec la notion de « précaution additionnelle (isolement) à la chambre ».

¹⁰ En d'autres termes qui a été un contact à risque faible ou modéré d'une personne ayant la COVID-19.

¹¹ En d'autres termes qui a été un contact à risque élevé d'une personne ayant la COVID-19.

¹² Si le résident n'a pas accès à un test de dépistage ou que la RPA n'est pas en mesure de lui en fournir un, la levée de l'isolement peut s'effectuer après la période d'isolement de 10 jours en réduisant les contacts avec les autres résidents (par exemple, privilégié que le résident soit seul à la table à la salle à manger) pour une période additionnelle de 4 jours. C'est la responsabilité du résident d'être diligent afin de respecter ces mesures.

USAGER COVID + OU AVEC SYMPTÔME ET MILIEU DE VIE¹³ SANS CAS DE COVID (FROID)

- Un usager COVID + ou avec symptôme ne peut pas être admis ou retourner dans CHSLD ou un RI si le milieu de vie est froid, sans cas de COVID-19.
- Un usager COVID + ou avec symptôme peut retourner dans son milieu de vie (excluant un CHSLD et un RI) même si le milieu de vie est froid, lorsque toutes les consignes suivantes peuvent être respectées :
 - en RPA ou en RI de type appartement supervisé, si c'est un retour/réintégration et que le résident est en mesure de suivre les conditions liées à son isolement à l'unité locative;
 - en RTF ou en RIMA, si le responsable de la ressource/gestionnaire donne son accord et qu'il est en mesure d'assurer un isolement dans le milieu pour éviter tout contact avec les autres usagers n'ayant pas la COVID-19 (privilégier une programmation en parallèle pour l'utilisateur ayant été testé positif afin d'éviter l'isolement social). Le milieu doit posséder l'ÉPI complet, la formation et les compétences qui y sont associées, l'utilisateur pourrait intégrer ou réintégrer cette ressource même si le milieu est froid.

TRANSITIONS

- Les transitions entre différentes régions (ex. : transfert entre un CH et un milieu de vie, déménagement entre deux milieux de vie) sont possibles à condition de respecter les mesures prévues dans la trajectoire.
- La transition des usagers à partir d'un milieu de soins, d'un autre milieu de vie ou de la communauté doit s'effectuer 7 jours sur 7 de 9 h à 20 h, afin de favoriser un accueil adéquat de l'utilisateur ou du résident et de permettre aux personnes proches aidantes de l'accompagner. Le transport doit être planifié en conséquence.

MILIEUX DE RÉADAPTATION

Appliquer la trajectoire selon la situation de l'utilisateur en fonction des principes suivants pour les usagers en réadaptation :

- Les unités de réadaptation de tous types, situées dans les CHSLD doivent utiliser les mêmes consignes que celles appliquées dans les CHSLD.
- Compte tenu des nouvelles directives sur l'isolement présentées dans cette mise à jour et de la situation épidémiologique en cours, il n'est pas nécessaire de conserver une cohorte chaude dans un milieu de réadaptation non désigné si elles ne sont pas utilisées. Toutefois, les milieux de réadaptation non désignés doivent prévoir les modalités afin de mettre en place une cohorte chaude lorsque requis.
- Un usager positif à la COVID-19 qui présente un besoin de réadaptation doit être dirigé vers un milieu de réadaptation désigné COVID-19.

¹³ Pour les modalités concernant les milieux de réadaptation, se référer à la section sur le sujet.

	<ul style="list-style-type: none"> • Un usager en épisode de réadaptation dans un milieu de réadaptation désigné COVID-19 qui est rétabli selon les critères de rétablissement en vigueur et qui présente des besoins résiduels de réadaptation doit être orienté vers un milieu de réadaptation non désigné selon les indications suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Acheminer le dossier au mécanisme d'accès aux services de réadaptation de l'établissement pour orientation vers un milieu de réadaptation non désigné; ○ Exception : si le milieu de réadaptation désigné dispose également d'un milieu de réadaptation non désigné au sein du même bâtiment, un transfert vers celle-ci est favorisé afin de réduire les déplacements dans un autre milieu et d'éviter de repasser par le guichet. ○ Dans cette optique, la durée de séjour résiduelle pour atteindre les objectifs du plan d'intervention doit être déterminée. Si celle-ci est plus complétée à plus de 75 % et que l'établissement a la capacité de garder cette personne, il est préférable de compléter la période de réadaptation dans ce milieu plutôt que d'envisager un transfert vers un autre milieu. Autrement, le transfert vers un autre milieu de réadaptation sera nécessaire. • La coordination des transferts des usagers COVID-19+ est assurée par le COOLSI (sauf pour la clientèle pédiatrique).
--	--

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Notes importantes : Sans objet

Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés
Document annexé :	Aucun

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

msss.gouv.qc.ca/directives

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Natalie Rosebush

Original signé par
La sous-ministre adjointe DGPPFC
Dominique Breton

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie



Directive ministérielle **DGAPA-021** **REV.1**

- Catégorie(s) :**
- ✓ Milieux de vie
 - ✓ Centre d'hébergement et de soins longue durée
 - ✓ Résidences privées pour aînés
 - ✓ Ressources intermédiaires ou de type familial
 - ✓ Personnes proches aidantes
 - ✓ Visiteurs

Directives applicables à compter du 23 décembre 2021 dans les CHSLD, RPA et RI SAPA concernant notamment les personnes proches aidantes et les visiteurs

Mise à jour de la directive émise le 17 décembre 2021 (DGAPA-021)

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



- Destinataire :**
- Tous les CISSS et les CIUSSS :
 - Directeurs SAPA
 - Directeurs de la qualité
 - Établissements non fusionnés
 - Établissements COVID-19 désignés
 - Établissements PC et PNC
 - Exploitants des RPA
 - Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA)
 - Regroupement québécois des OBNL d'habitation (RQOH)
 - 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 :	<p>Transmission de la mise à jour de la directive considérant, notamment, la recrudescence des cas de COVID-19. Il demeure important d'assurer une application rigoureuse des mesures de prévention et de contrôle des infections afin de limiter la propagation du virus.</p> <p>Cette mise à jour qui entre en vigueur le 23 décembre 2021, vise principalement à resserrer les mesures de contrôle des accès, à réitérer l'importance d'appliquer les mesures de prévention et de contrôle des infections et d'encadrer les activités dans les différents milieux visés.</p> <p>Ces mesures s'inscrivent en continuité de l'obligation du port du masque d'intervention de qualité médicale pour les résidents lors des déplacements, dans les ascenseurs et dans les aires communes pour toutes les RPA (incluant les RPA où l'exploitant partage son lieu principal de résidence avec les usagers) à compter du 15 décembre 2021.</p> <p>Les mesures à implanter concernent les milieux suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD; • RPA autres que celles dont l'exploitant partage son lieu principal de résidence avec les résidents; • RI SAPA non visée par la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (LRR); • Maison de répit. <p>Mixité des milieux :</p> <p>Si dans le même immeuble on retrouve plus d'un type de milieu de vie (CHSLD, RI ou RPA) ou 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Toutefois, si les milieux ne sont pas distincts selon les conditions précitées, ce sont les directives les plus restrictives qui s'appliquent.</p> <p>Autres milieux non visés :</p> <p>Une directive distincte portera sur les RI-RTF à l'enfance provenant des programmes-services JED et DI-DP-TSA et des RI-RTF clientèle adultes (excluant SAPA) visées par la LRR.</p>
----------------	--

	<p>Pour les milieux non visés précédemment dont les ressources de type familial (RTF) SAPA, il faudra suivre les consignes applicables pour la population générale présentées au le lien suivant : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/mesures-en-vigueur/a-propos-des-mesures-en-vigueur.</p> <p>Les CISSS/CIUSSS doivent être en contact étroit et régulier avec les CHSLD privés, les RPA et les RI-RTF 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.</p> <p>Selon la situation épidémiologique, les présentes mesures pourraient être modifiées.</p> <p>Cette directive est complémentaire à la directive DGAPA-005 concernant la trajectoire d'admission ainsi que la directive concernant les zones tampons DGAPA-015 REV.2 accessibles au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/</p> <p>La mise à jour actuelle présente un resserrement de certaines mesures publiées le 17 décembre 2021.</p>
Mesures à implanter :	<p><u>1. Accueil des personnes proches aidantes (PPA) et des visiteurs dans les milieux visés (incluant les RPA) :</u></p> <p>En tout temps et en toute circonstance :</p> <p>Les personnes proches aidantes et les visiteurs doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • présenter leur passeport vaccinal pour accéder au milieu visé. Ainsi la preuve du dépistage négatif pour une personne proche aidante depuis moins de 72 heures n'est plus acceptée dans les CHSLD, RPA et RI-RTF; • respecter rigoureusement les consignes sanitaires de base dans le milieu de vie; • appliquer la distanciation physique de 2 mètres et porter un masque dans la chambre, l'unité locative ou de la pièce dédiée. Ainsi, le port du masque et la distanciation physique de 2 mètres demeurent obligatoires en tout temps dès l'entrée dans le milieu de vie (entrée, corridors, salon, etc.). Le port du masque s'applique à tous les visiteurs de plus de 2 ans à l'intérieur du milieu de vie ou de réadaptation. <p>A) Milieux visés sans éclosion.</p> <p>CHSLD et RI SAPA non visées par la LRR</p> <p>À partir du 23 décembre 2021 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 personne à la fois pour un total de 2 personnes maximum par jour

L'accès aux espaces communs, par exemple à la salle à manger et au salon est désormais interdit pour les personnes. Ces dernières peuvent avoir accès uniquement qu'à la chambre ou la pièce dédiée. Cependant, une personne autorisée peut accompagner un usager ou un résident nécessitant une aide à l'alimentation à la salle à manger en respectant les consignes sanitaires en vigueur.

La personne qui ne respecte pas les consignes, malgré le fait qu'elle a reçu toute l'information et a été accompagnée pour l'application des mesures de PCI, pourrait se voir retirer l'accès au milieu.

Accompagnement des PPA et visiteurs en contexte de soins palliatifs et de fin de vie pour le résident ou l'utilisateur

Se référer aux directives en vigueur, DGAUMIP-014, disponibles sur le site Web du MSSS au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid19/>

RPA

Entre le 23 décembre et le 25 décembre inclusivement 2021 :

- 2 personnes¹ maximum en même temps pour un total de 4 personnes maximum par jour

À partir du 26 décembre 2021 :

- 2 personnes² maximum en même temps pour un total de 2 personnes maximum par jour

L'accès aux espaces communs, par exemple à la salle à manger et au salon est désormais interdit pour les personnes. Ces dernières peuvent avoir accès uniquement qu'à la chambre ou la pièce dédiée. Cependant, une personne autorisée peut accompagner un résident nécessitant une aide à l'alimentation à la salle à manger en respectant les consignes sanitaires en vigueur.

La personne qui ne respecte pas les consignes, malgré le fait qu'elle a reçu toute l'information et a été accompagnée pour l'application des mesures de PCI, pourrait se voir retirer l'accès au milieu.

Accompagnement des PPA et visiteurs en contexte de soins palliatifs et de fin de vie pour le résident ou l'utilisateur

Se référer aux directives en vigueur, DGAUMIP-014, disponibles sur le site Web du MSSS au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid19/>

¹ Un enfant accompagné d'un adulte peut avoir accès à l'unité locative du résident. Un passeport vaccinal n'est pas requis pour les enfants de 11 ans et moins.

² Un enfant accompagné d'un adulte peut avoir accès à l'unité locative du résident. Un passeport vaccinal n'est pas requis pour les enfants de 11 ans et moins.

B) Usagers ou résident en isolement ou milieu visé en éclosion (2 cas ou plus)

Lorsque l'usager ou un résident est en isolement ou lorsque le milieu visé est en éclosion, les milieux doivent mettre en place les mesures suivantes :

- 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.
- À partir de cette liste, 1 PPA formée aux mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI), connue et identifiée peut avoir accès au milieu de vie par jour.
- 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.

C) Registre des visiteurs en RPA

Afin de faciliter le processus d'enquête épidémiologique, tenir obligatoirement un registre pour les visiteurs, les PPA, le personnel non régulier de la résidence offrant des soins ou des services (dentiste, hygiéniste dentaire, audioprothésiste, etc.), le personnel embauché par la famille et les bénévoles. Ce registre doit inclure les coordonnées de la personne afin que celle-ci puisse rapidement être contactée par une autorité de santé publique en cas d'éclosion et placée en isolement préventif, si cela est requis.

Les résidences ayant plusieurs portes d'accès doivent demander aux visiteurs, aux PPA, aux bénévoles et au personnel non régulier de circuler par la porte principale afin de compléter le registre et s'assurer que ces personnes sont adéquatement protégées.

D) Demande de dérogation pour interdire l'accès des personnes proches aidantes dans un milieu de vie (CHSLD, RI non-visée par la LRR et RPA)

S'il advenait une situation exceptionnelle dans un milieu liée à la COVID-19 ou autres raisons qui ne permettrait pas, de façon temporaire, que les conditions nécessaires à la sécurité des personnes proches aidantes soient présentes, une demande de dérogation doit être acheminée au MSSS. Cette demande doit être formulée par le président-directeur général (PDG) ou le directeur régional de santé publique à madame Natalie Rosebush, sous-ministre adjointe à la Direction générale des aînés et des proches aidants.

Cette demande doit présenter la situation du milieu de vie, les mesures mises en place jusqu'à maintenant, les mesures supplémentaires à mettre en place

pour assurer un accès sécuritaire aux PPA, le délai nécessaire pour leur mise en place ainsi que les unités du milieu de vie visées. Si cette demande est transmise par la PDG, elle devrait avoir été validée par la Direction de santé publique régionale.

Cette demande fera l'objet d'une analyse avant la transmission d'une décision ministérielle.

E) Recours aux agents de sécurité dans les milieux de vie visés par la directive DGAPA009.REV1

Un accueil des personnes qui accèdent au milieu de vie est nécessaire. Cet accueil peut se faire par un membre du personnel régulier du milieu de vie ou un bénévole. Lorsque des difficultés dans la gestion de l'accueil sont constatées, un milieu de vie peut faire la demande au CISSS/CIUSSS de son territoire pour avoir recours à un agent de sécurité. De la même manière, un CISSS/CIUSSS peut demander à un milieu de vie de recourir à un agent de sécurité pour les raisons invoquées plus haut, notamment lorsqu'il y a une éclosion, afin de limiter les risques de propagation de la COVID-19.

Dans tous les cas, le recours à un agent de sécurité doit être autorisé préalablement par le CISSS/CIUSSS. Pour plus de détails, se référer à la directive DGAPA-009.REV1 sur le sujet accessible au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>

2. Mesures de prévention et de contrôle des infections entre usagers/résidents

Les mesures PCI doivent s'appliquer en tout temps dans les différents milieux visés, et ce, selon les directives en vigueur :

- Un accompagnement des visiteurs, des PPA, du personnel ou autres personnes ayant accès au milieu visé est nécessaire pour valider l'absence de critères d'exclusion, pour superviser l'application des mesures de PCI requises et pour procéder à la vérification du passeport vaccinal selon les directives en vigueur pour accéder à l'intérieur du milieu visé. Les critères d'exclusion sont les suivants :
 - personnes positives à la COVID-19 qui ne sont pas considérées rétablies;
 - personnes présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19;
 - personnes qui répondent aux consignes d'isolement (ex. : contacts, voyageurs, etc.).

Ainsi, une personne présentant un de ces critères se verra refuser l'accès au milieu de vie.

- respecter la **distanciation physique de 2 mètres** entre les usagers/résidents et le port du masque d'intervention de qualité médicale;

- possibilité de tenir des activités ou des rencontres dans un espace commun à l'intérieur entre les résidents/usagers en respectant la distanciation physique de 2 mètres et avec le port de masque d'intervention de qualité médicale (par exemple : activités pour prévenir le déconditionnement, regroupement au salon, activités de loisirs).

Les travailleurs de ces milieux doivent respecter les exigences de la CNESST (<https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/coronavirus-covid-19/questions-reponses-covid-19#trousse>) et les recommandations de l'INSPQ concernant la distanciation physique à respecter et le port des équipements de protection individuelle.

Lorsque les travailleurs offrent des soins et des services, le résident/usager doit porter le masque selon les indications prévues à la directive DGSP-014 (sauf pour les milieux de vie où l'exploitant/responsable partage son lieu de résidence avec les résidents/usagers).

Les autres mesures PCI suivantes doivent être poursuivies lors des activités tenues à l'intérieur ou à l'extérieur du milieu/installation :

- 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;
- 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).

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

CHSLD et RI SAPA non-visée par la LRR

À tout moment, dès l'apparition de symptômes, un isolement préventif à la chambre et un test de dépistage sont requis, à moins d'un avis contraire donné par un professionnel de la santé (médecin ou infirmière) à la suite d'une évaluation du résident/usager.

Lorsque le test est positif, l'utilisateur ou le résident doit être isolé pendant 10 jours minimum et répondre aux critères de rétablissement pour la période de son rétablissement. L'isolement de l'utilisateur peut se faire dans la chambre de l'utilisateur ou en cohorte.

RPA

À tout moment, dès l'apparition de symptômes, un isolement préventif à son unité locative et un test de dépistage sont requis, à moins d'un avis contraire donné par un professionnel de la santé (médecin ou infirmière) à la suite d'une évaluation du résident.

S'assurer que le résident demeure dans son unité locative ou sa chambre s'il partage un appartement.

Aviser immédiatement le CISSS ou le CIUSSS et l'informer du niveau de soins du résident, si connu.

- Si le test de dépistage est négatif, maintenir une surveillance active des symptômes pour une période de 14 jours. Si les symptômes persistent, un deuxième test de dépistage pourrait être effectué selon l'évaluation du professionnel de la santé (médecin ou infirmière).
- Si le test de dépistage est positif, la personne peut **demeurer dans son unité locative dans la RPA** pour la durée de son rétablissement, selon les critères prévus à cette fin si elle est en mesure de suivre les conditions de son isolement :
 - elle est en mesure de se conformer aux directives;
 - elle vit seule et peut s'isoler dans son unité locative (repas livré à son unité de même que ses médicaments sans frais supplémentaires) **ou** elle vit dans une chambre individuelle et a accès à une salle de bain dédiée (repas à la chambre) **ou** elle vit avec d'autres personnes dans son unité locative, mais a une chambre individuelle (repas à la chambre) et a accès à une salle de bain exclusive;
 - elle est **autonome** pour s'occuper d'elle-même **OU** la **RPA dispose du personnel formé** en PCI qui sait appliquer de façon rigoureuse les mesures de protection requise, telles que les pratiques de base et le port adéquat de l'EPI pour dispenser les services d'assistance personnelle. S'il est impossible de dédier du personnel aux cas de chaque zone (froid, tiède et chaud), une procédure de travail sécuritaire doit être établie lorsqu'un employé doit se déplacer entre différentes unités accueillant des résidents suspectés ou confirmés et des unités de résidents non atteints à la COVID-19.

Les services d'aide domestique, excepté la distribution des médicaments, sont suspendus, sauf si avis contraire du CISSS ou du CIUSSS.

Des suivis téléphoniques doivent être effectués régulièrement auprès de cette personne pour vérifier son état.

Précisions pour les personnes ayant besoin d'assistance pour leurs activités de la vie **quotidienne** :

- le CISSS ou le CIUSSS déterminera si la fréquence de certains services peut être réduite;

- limiter le plus possible le nombre de membres du personnel qui dispenseront des soins à ces personnes;
- dédier une équipe formée sur les mesures de PCI à appliquer, pour intervenir de façon exclusive auprès de ces personnes, si possible.

Appliquer de façon rigoureuse les pratiques de base en PCI, telles que l'hygiène des mains et les précautions additionnelles lors de la présence d'un cas suspecté ou confirmé contre la transmission par gouttelettes/contact avec protection oculaire (EPI complet). Pour le port du masque APR N-95, se référer aux indications de la CNESST à ce sujet.

Précisions si la personne vit avec d'autres personnes :

- elle doit porter un masque lorsqu'elle se déplace entre la salle de bain et sa chambre;
- l'hygiène des mains doit être pratiquée avant de sortir de la chambre et immédiatement après avoir utilisé la toilette; ainsi que les autres indications telles que mentionnées plus haut;
- la poignée de la porte, la chasse d'eau et le robinet après l'utilisation de la toilette doivent être nettoyés et désinfectés.

Appliquer les mesures en fonction de la situation de la personne et des indications de l'établissement.

Le CISSS ou le CIUSSS recommandera un **transfert vers un autre milieu situé dans un lieu préalablement déterminé**, pour toute la durée de la période d'isolement, en présence de l'une des deux conditions suivantes :

- la personne n'est pas autonome pour s'occuper d'elle-même;
- la personne n'est pas en mesure de se conformer de façon stricte aux consignes de confinement à la chambre (ex. : en présence de troubles neurocognitifs).

S'il y a transfert de la personne infectée vers un autre milieu :

- privilégier le déplacement par transport adapté en premier lieu, si des équipements de protection sont disponibles pour le transporteur. Dans la négative, utiliser un transport ambulancier; suivre les consignes du document de l'INSPQ sur le transport <https://www.inspq.qc.ca/publications/2938-recommandations-chauffeurs-taxi-covoiturage-covid-19>;
- aviser le transporteur du statut du résident avant qu'il ne vienne le chercher.

Selon le niveau de soins souhaité, la personne sera dirigée vers un milieu dans la communauté (zone tampon) ou en centre hospitalier.

Pour le résident qui doit être transféré vers un centre hospitalier (soins aigus ou soins intensifs), une évaluation médicale préalable au transfert est nécessaire.

4.1 Rappel des obligations aux RPA quant au droit d'accès à domicile pour les résidents.

En plus, des directives ministérielles particulières émises en période de pandémie à la COVID-19, nous vous rappelons que les exploitants de RPA doivent, par ailleurs, se

conformer au Code civil ainsi qu'à la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui demeurent en vigueur actuellement.

Ainsi, le Code civil ne permet pas à un exploitant d'interdire unilatéralement l'accès des locataires aux lieux loués.

« 1854. Le locateur est tenu de délivrer au locataire le bien loué en bon état de réparation de toute espèce et de lui en procurer la jouissance paisible pendant toute la durée du bail. Il est aussi tenu de garantir au locataire que le bien peut servir à l'usage pour lequel il est loué, et de l'entretenir à cette fin pendant toute la durée du bail. »

« 1936. Tout locataire a un droit personnel au maintien dans les lieux; il ne peut être évincé du logement loué que dans les cas prévus par la loi. »

Ainsi, en refusant l'accès à une unité locative à un résident qui a signé un bail, l'exploitant contrevient, notamment, au deuxième alinéa de l'article 13 du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés.

5. Hébergement temporaire (dépannage, convalescence ou répit (par exemple, dans les maisons de répit)

L'accès au service de répit est maintenu avec les consignes suivantes :

Au moment de l'accueil, une période d'isolement préventif devra être effectuée à sa chambre.

- Un usager sans symptôme et qui n'a pas été en contact étroit d'une personne ayant la COVID-19³ doit faire un isolement préventif d'une durée minimum de 3 jours, peu importe son niveau de protection. Afin de lever l'isolement, un test négatif est requis au 3e jour suivant le retour dans le milieu. Ainsi, durant cette période, l'usager ne peut pas être en contact avec les autres usagers dans son milieu ni fréquenter les espaces communs. Enfin, une surveillance quotidienne des symptômes pour une période de 14 jours est également requise.
- Un usager sans symptôme et qui a été un contact étroit avec une personne ayant la COVID-19⁴ doit faire un isolement préventif de 10 jours, peu importe son niveau de protection. Un test de dépistage négatif est requis entre le 8e jour et le 9e jour suivant le retour dans le milieu. Ainsi, durant cette période, l'usager ne peut pas être en contact avec les autres usagers dans son milieu ni fréquenter les espaces communs. Un test de dépistage négatif est requis entre le 8e jour et le 9e jour suivant le retour dans le milieu pour une levée l'isolement. Enfin, une surveillance quotidienne des symptômes pour une période de 14 jours est également requise.

³ En d'autres termes qui a été un contact à risque faible ou modéré d'une personne ayant la COVID-19.

⁴ En d'autres termes qui a été un contact à risque élevé d'une personne ayant la COVID-19.

Si l'utilisateur présente des symptômes compatibles à la COVID-19 un test de dépistage doit être effectué avant le séjour en hébergement temporaire. Si le test est positif, l'hébergement temporaire doit être reporté après la période de rétablissement de l'utilisateur.

6. Centre de jour

Les activités en centre de jour peuvent être variables d'une installation à l'autre afin de tenir compte de la capacité de l'établissement (ressources humaines et disponibilité des locaux).

- Permis en concertation avec l'équipe PCI;
- S'assurer d'aucun contact entre les usagers du centre de jour et les résidents du CHSLD;
- Personnels et bénévoles dédiés.

7. Repas à la salle à manger dans les RPA

Assurer une surveillance lors des déplacements afin que les résidents respectent le port du masque et la distanciation physique et éviter les attroupements (ex. ascenseur, devant la salle, etc.).

- Maximum 4 personnes par table, privilégier le regroupement des mêmes résidents à une table déterminée;
- Utilisation des plexiglas pour créer une mesure barrière entre les résidents si la distanciation physique de 2 mètres ne peut être respectée entre les résidents à la même table;
- Le port du masque demeure obligatoire en tout temps, sauf au moment de manger ou de boire;
- S'assurer d'une distanciation de 2 mètres entre chaque table;
- 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 sauf si une personne est dédiée pour en faire le service.

8. Activités pour les usagers et résidents dans les milieux de vie

- Pour les activités dans les RPA, suivre les consignes de la population générale. Par exemple, si le cinéma est fermé dans la communauté, l'activité cinéma dans une RPA devra être reportée. Si la population générale peut se rendre à la messe à l'extérieur de la RPA, il est possible de tenir cette activité à l'intérieur de la RPA. Pour connaître les consignes qui s'appliquent pour la population générale, se référer au lien suivant sur Québec.ca [À propos des mesures en vigueur | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](https://www.quebec.ca/actualites/actualites-quebec/actualites-quebec-2020/actualites-quebec-2020-12-22-12-2021)

- Se référer aux consignes prévues dans les directives CHSLD (DGAPA-007) et RPA (DGAPA-008) et RI-RTF (DGAPA-013) accessibles au lien suivant : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/mesures-en-vigueur/a-propos-des-mesures-en-vigueur>

La présente directive a préséance sur les autres directives lorsque les mêmes mesures sont abordées, par exemple, relativement aux milieux de vie ou sur les personnes proches aidantes. Toutefois, les mesures dans les différentes directives continuent de s'appliquer si elles ne sont abordées.

9. Bénévoles

Permis aux conditions suivantes :

- présenter leur passport vaccinal pour accéder au milieu visé;
- limiter le nombre de bénévoles différents par jour;
- formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures;
- si possible, limiter à un bénévole par résident/usager;
- en concertation entre le gestionnaire/responsable de l'installation/ressource et l'équipe PCI locale.

10. Autres

- Chanteur : non permis
- Comité d'usagers et de résidents : non permis en présentiel à l'intérieur du CHSLD, favoriser les rencontres en virtuelle,
- Travailleurs pour la construction, la rénovation, la réparation, les menus travaux ou la livraison de meubles : non permis, sauf pour les travaux urgents nécessaires pour assurer la sécurité des résidents ou des usagers
- Visites d'Agrément Canada en CHSLD : non permis
- Visites d'évaluation de la conformité effectuées par Agrément Canada en RPA : permis, sauf pour les RPA en éclosion
- Visites des équipes responsables de la certification des RPA : permis
- Visites ministérielles d'inspection en RPA : non permis, sauf vérification de plaintes liées à la qualité des services et à la sécurité des résidents, avec accompagnement de l'équipe PCI de l'établissement
- Visites ministérielles d'évaluation en CHSLD : suspendues
- Visites du processus de contrôle de la qualité des services rendus à un usager confié en RI-RTF : permis

Gestion des insatisfactions ou des désaccords dans l'interprétation et l'application des directives ministérielles :

- Identifier un gestionnaire ou une personne désignée au sein du milieu responsable pour répondre aux questions et aux insatisfactions des personnes proches aidantes ou des visiteurs liées à l'interprétation et à l'application des directives ministérielles.

Le gestionnaire ou la personne désignée du milieu de vie doit :

o faire une analyse neutre de la situation ce qui signifie qu'il ne doit pas être impliqué de façon directe par l'insatisfaction ou le désaccord soulevé par la personne proche aidante ou le visiteur;

o réfléchir et proposer des pistes de solutions qui conviennent à l'ensemble des parties impliquées;

o s'assurer que les personnes proches aidantes ou les visiteurs sont informés du rôle du gestionnaire ou de la personne désignée dans le milieu de vie et des coordonnées pour le joindre;

o diriger, lorsque les insatisfactions ou les désaccords persistent, les personnes proches aidantes ou les visiteurs vers le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, conformément à la procédure d'examen des plaintes de l'établissement et en toute confidentialité.

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources

Notes importantes : Sans objet

Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)
Document annexé :	Aucun

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

msss.gouv.qc.ca/directives

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
 Natalie Rosebush

Émission :	17-12-2021
------------	------------

Mise à jour :	22-12-2021
---------------	------------

Lu et approuvé par

La sous-ministre

Dominique Savoie

Émission : 10-11-2020

Mise à jour : 23-12-2021

Directive ministérielle DGAUMIP-007.REV1

Catégorie(s) : ✓ Soins intensifs

Priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie

**Remplace directive
DGAUMIP-007
publiée le 10
novembre 2020**

<p>Expéditeur : Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)</p>		<p>Destinataire : Tous les établissements publics (CISSS, CIUSSS, établissements non fusionnés) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG); – Directeurs des services professionnels (DSP); – Chefs de département des soins intensifs adultes, pédiatriques et néonataux
--	---	--

Directive

Objet	À la suite de la version du 10 novembre 2020, plusieurs travaux ont été menés afin de préciser des éléments du protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs adultes en contexte extrême de pandémie. En juin 2021, un guide intitulé <i>Guide de priorisation et de coordination pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en situation extrême de pandémie (version 11 juin 2021)</i> a été proposé. Ce guide inclut les divers changements apportés dans la logique de priorisation. Parmi ces changements, on retrouve des précisions sur les rôles de chacun, le fonctionnement et les processus de priorisation dans la perspective de l'établissement ainsi que le fonctionnement et les processus de coordination nationale. Une révision substantielle du protocole a été faite à l'automne 2021 afin de l'ajuster au contenu du guide.
Mesures à implémenter :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ S'approprier le nouveau contenu du protocole et du Guide ✓ Consulter le dossier Teams pour les outils spécifiques : https://teams.microsoft.com/#/files/G%C3%A9n%C3%A9ral?threadId=19%3A7e59e42eedba4785b0e3dbff2dd8b7cd%40thread.tacv2&ctx=channel&context=General&rootfolder=%252Fteams%252FCISSLAV-Priorisationsoinsintensifs%252FShared%2520Documents%252FGeneral

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Direction ou service ressource :	Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques dgaumip@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Annexe 1 – <i>Protocole de soins intensifs révisé (23-12-2021)</i> ✓ Annexe 2 – <i>Guide (nouveau document, version 11 juin 2021)</i>

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

msss.gouv.qc.ca/directives

Émission :	10-11-2020
------------	------------

Mise à jour :	23-12-2021
---------------	------------

La sous-ministre adjointe,

Original signé par

Lucie Opatrny

Lu et approuvé par

La sous-ministre

Dominique Savoie

PRIORISATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS (ADULTES) EN CONTEXTE EXTRÊME DE PANDÉMIE

Pour D^{re} Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe
Direction générale des affaires universitaires,
médicales, infirmières et pharmaceutiques

Rédaction du protocole (mars 2020)

Coordination :

Marie-Ève Bouthillier (responsable) Bureau de l'éthique clinique (UdeM) et CISSS de Laval

Rédaction :

Marie-Ève Bouthillier (responsable) Bureau de l'éthique clinique (UdeM) et CISSS de Laval

Michel Lorange, éthicien clinique et organisationnel, CISSS de Laval

Marie Claude Laflamme, adjointe à la directrice, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, CISSS de Laval

Jean-Simon Fortin, conseiller en éthique, CISSS de Laval

Processus de consultation :

Outre les auteurs, 41 personnes ont participé à la conception du protocole et à sa révision. Le processus de consultation et le nom des personnes impliquées sont présentés à l'annexe A.

Source :

En mars 2020, le protocole a été traduit et adapté du *Hamilton Health Science Critical Care Triage*.

Pour le processus de consultation de la première version et la liste des experts consultés

Voir annexe A

Mise à jour du protocole – automne 2020

Comité responsable de la mise à jour :

Marie-Eve Bouthillier (responsable) Bureau de l'éthique clinique (UdeM) et CISSS de Laval

Dr Joseph Dahine, intensiviste, CISSS de Laval

Dre Isabelle Mondou, conseillère en éthique clinique, Collège des médecins du Québec

Vincent Dumez, co-directeur, co-directeur exécutif, Centre d'Excellence sur le Partenariat avec les Patients et le Public (CEPPP)

Dre Marie-Pier Boucher, urgentologue, CISSS de Chaudière-Appalaches

Clara Dallaire, étudiante au doctorat en éthique clinique, stagiaire

Pour les objectifs, la démarche, et la liste des experts, personnes, organismes et associations consultés

Voir annexes D et E

Mise à jour du protocole – automne 2021

Comité responsable de la mise à jour :

Marie-Eve Bouthillier (responsable) Bureau de l'éthique clinique (UdeM) et CISSS de Laval et Co-présidente du comité ministériel de priorisation

Michel Lorange, éthicien clinique et organisationnel, CISSS de Laval

Diane Poirier, Présidente du Comité ministériel des soins critiques Covid-19, Présidente du comité ministériel de priorisation, responsable du COOLSI au MSSS et DGA coordination réseau

Iosif Onofrei, adjoint et conseillé à la direction de la DGACR, DCM 514-450

Pour le contexte et l'objectif

Voir annexe F

Priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie

Table des matières

Contexte, but et postulats.....	3
Logique globale de priorisation.....	4
1. Introduction.....	5
2. Objectifs	7
3. Outil d'évaluation.....	9
4. Politique	9
4.1 Processus de priorisation pour l'accès aux soins intensifs pour les adultes par l'établissement .	9
Priorisation par l'établissement pour l'accès aux soins intensifs en contexte extrême de pandémie	10
Prépriorisation.....	10
Étape 1 de priorisation	11
Étape 2 de priorisation	13
Étape 3 de priorisation	15
Règles de décision pour résoudre une impasse dans la priorisation	16
Processus de randomisation	18
Aux étapes 1 et 2, priorisation des patients lors d'un afflux local	21
Retour à l'étape 2 et 1 et arrêt de la priorisation	21
Surveillance continue des ressources	21
4.2 Aperçu des processus d'évaluation avant l'admission aux soins intensifs (adultes)	22
5. Procédure de priorisation pour l'accès aux soins intensifs.....	24
5.1 Objectif et structure de l'équipe de priorisation.....	24
5.2 Qualifications des équipes de priorisation	25
5.3 Rôle des médecins de soins intensifs dans les unités de soins intensifs.....	25
5.4 Rôles du président au sein de l'équipe de priorisation	26
5.5 Rôles du deuxième médecin et du non-médecin dans l'équipe de priorisation.....	26
5.6 Rôle des médecins consultants	27
5.7 Prise de décision de l'équipe de priorisation	27
5.9 Communication des décisions de l'équipe de priorisation	28
5.10 Soutien moral et psychosocial aux professionnels et au personnel lié au plan de pandémie.....	29
5.11 Soutien psychosocial aux patients et proches lié au plan de pandémie.....	29
5.12 Examen de la qualité	31

6.	Documentation.....	31
6.1	Documentation de l'état de priorisation du patient	31
7.	Définitions et liste d'acronymes.....	32
8.	Plan provincial de contingence	33
9.	Références.....	33
10.	Annexes	36
	Annexe A : Processus détaillé de consultation printemps 2020	36
	Annexe B : L'éthique de l'allocation des ressources en contexte de pénurie.....	39
	Annexe C : FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE (FORMULAIRE EN COURS DE NORMALISATION).....	42
	Annexe D : MISE À JOUR DU PROTOCOLE DE TRIAGE POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN CAS EXTRÊME DE PANDÉMIE – Été-Automne 2020 Comité éthique COVID-19	49
	Annexe E : MISE À JOUR DU PROTOCOLE DE TRIAGE POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN CAS EXTRÊME DE PANDÉMIE –Automne 2021	53
	Annexe F : Liste détaillée des soignants à prioriser en contexte de pandémie	54

Contexte, but et postulats

En contexte extrême de pandémie, la pénurie de ressources peut rendre très difficile la prise de décision clinique. Un protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs en contexte extrême de pandémie a pour but d'allouer les ressources :

- En maximisant les bénéfiques, **c'est-à-dire réduire la mortalité et sauver le plus de vies possible**;
- En étant juste et **équitable** (standardiser à l'échelle du Québec et éviter toute discrimination);
- En se fondant sur les meilleures données disponibles sur les plans scientifiques et éthiques.

Postulats sur lesquels s'appuie le protocole

- Toutes les mesures possibles doivent d'abord être mises en place pour éviter de déclencher le présent protocole (interpeler la coordination réseau et utilisation du COOLSI - Centre d'optimisation, occupation des lits de soins intensifs);
- L'établissement de niveaux de soins¹ ou d'interventions médicales (NIM), appropriés à la condition clinique de chaque patient, demeure essentiel en amont;

¹ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux -INESSS (2016). Les niveaux de soins. Normes et standards de qualité, repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

- Des indications, diagnostics et paramètres cliniques transparents et standards sont clairement identifiés pour prioriser l'accès des patients aux lits et ressources de soins intensifs. Face à des égalités sur le plan clinique, des règles de décision permettent de résoudre les impasses;
- Le choix des patients qui seront priorisés pour l'accès aux lits et ressources de soins intensifs est fait par une équipe de priorisation qui n'est pas en contact avec les patients; cette équipe est détachée des personnes visées et a la responsabilité de faire les choix les plus objectifs possibles;
- Les choix de priorisation ne doivent en aucun cas, être basés sur des motifs discriminatoires tels qu'énoncés à l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*. Ces motifs sont : la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap. Les choix ne doivent pas non plus reposer sur la « valeur sociale » d'un individu ou sur un jugement quant à la qualité de vie;
- En raison du contexte exceptionnel de la situation, et dans une obligation d'efficacité et de rapidité d'exécution, la hiérarchie décisionnelle est primordiale;
- Le protocole de priorisation s'applique à tous les patients adultes, peu importe l'âge et la pathologie : il n'est pas exclusif à l'infection à la source de la pandémie;
- Tous les patients seront soignés. Chaque vie humaine est valorisée et chaque être humain mérite le respect, les soins et la compassion. Toutefois, cela ne signifie pas que tous les patients recevront ou devraient recevoir des soins intensifs. Ceux qui ne recevront pas de soins intensifs ne seront pas abandonnés; ils continueront à recevoir d'autres soins, les plus appropriés à leur état, et possibles dans le contexte;
- Il existe un protocole de priorisation distinct pour la pédiatrie et la néonatalogie;
- La pandémie commande une gestion des lits et ressources de soins intensifs dans une perspective nationale, et vise les patients adultes considérés globalement.

Logique globale de priorisation

Dans la perspective de traiter le plus de personnes possible avec les ressources disponibles, la logique de priorisation est d'abord basée sur l'optimisation, par les équipes traitantes et l'établissement, de l'ensemble des ressources cliniques disponibles. La priorisation se fait dans l'ordre suivant :

1. Aux étapes 1 et 2, admettre tous les patients qui ne présentent pas de critère défavorable de l'étape en vigueur²; utiliser les règles de décisions en cas d'égalité clinique à l'étape 3 seulement sauf dans l'éventualité où un établissement a un afflux local de patients

² Abandon du concept des priorités P1 à P4 des versions précédentes du guide. L'utilisation des P1 à P4 dans la gestion quotidienne des admissions et des congés potentiels par un établissement risque de générer une iniquité procédurale. Par exemple à l'étape 1, des patients P2 à P4 pourraient se voir forcer un congé quand ils ne présentent pas de critère défavorable de l'étape 1 (présentant un risque de mortalité de 80 %). L'utilisation locale des P2 à P4 pour les congés équivaut à ne pas respecter les critères de l'étape 1.

dépassant ses capacités, que des transferts ne sont pas possibles et qu'un changement d'étape n'est pas envisagé à très court terme (voir section 2.7);

2. Si le nombre de lits de SI est insuffisant pour répondre à la demande, donner congé aux patients qui présentent :
 - Un (1) diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur; OU
 - Aucune amélioration après 21 jours; OU
 - Une détérioration substantielle (avec chances de réversibilité faibles ou nulles) de leur état clinique;
3. Si le nombre de lits de SI est encore insuffisant pour répondre à la demande, donner congé des SI aux patients qui se stabilisent et pourraient recevoir des soins comparables sur d'autres unités de soins (par exemple, soins intermédiaires, unités de surveillance accrue ou autres unités de soins) pour libérer des lits de SI;
4. Si le nombre de lits de SI est encore insuffisant, identifier les patients qui sont stables et demander de les transférer vers un autre établissement qui a la capacité par la coordination réseau;
5. Si les demandes d'accès à un lit de SI excèdent la disponibilité de lits, le Comité exécutif de priorisation du MSSS envisagera un changement d'étape; ce changement d'étape permettra de libérer des lits et/ou rendra des transferts possibles;
 - Le changement d'étape pourrait mener à un ou plusieurs congés des SI; ces congés se préparent par l'établissement, mais ne se réalisent que lorsqu'un lit est requis pour admettre un patient priorisé (voir sections 2.1 et 2.5);
6. Si un changement d'étape n'est pas envisagé, la **priorisation** des patients doit se faire localement (voir section 2.5) selon l'étape en cours;
7. Dans le cas où un lit de SI est disponible et que tous les patients requérant l'accès aux SI sont admis localement, le lit pourra être utilisé pour un transfert interétablissement (à convenir avec la coordination réseau).

1. Introduction

Une pandémie est une épidémie présente sur une large zone géographique internationale. Elle touche une part particulièrement importante de la population mondiale. Les conséquences d'une pandémie non maîtrisée peuvent être très importantes sur les citoyens et le fonctionnement de la société. La pandémie risque d'augmenter considérablement les demandes d'accès aux soins intensifs et aux ventilateurs. Dans ce cadre, si les lits et ressources de soins intensifs destinés aux patients adultes venaient à être insuffisants, l'allocation de ces lits et ressources suit une logique différente. Les intérêts individuels, les obligations professionnelles et le bien commun entrent en tension³. L'objectif d'une priorisation en situation extrême de pandémie est de minimiser la mortalité de la manière la plus juste possible. Toutefois, cette perspective peut se décliner de plusieurs manières. Il importe alors d'être vigilant afin de ne pas nuire et de protéger les

³ Extrait de Dahine, J. « Le triage et le transfert de patients aux soins intensifs : une revue systématique de critères de sélection », UdM, décembre 2018, page 2, repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/23917>

populations vulnérables dans un contexte de crise mondiale, en mettant en place les mécanismes nécessaires.

En contexte extrême de pandémie, la pénurie de ressources peut rendre très difficile la prise de décision clinique. Au moment où un processus de priorisation doit être mis en place, c'est que le système est saturé et le manque de ressources est bel et bien réel. Cette situation peut causer une souffrance morale chez les soignants en raison des choix déchirants auxquels ils pourraient être confrontés. Afin de faciliter une prise de décision difficile, mais nécessaire, les postulats guident le présent protocole :

- Toutes les mesures possibles doivent d'abord être mises en place pour éviter de déclencher le présent protocole : **en optimisant les ressources en place**, en augmentant la capacité (surcapacité) des installations désignées, par des transferts interétablissements d'une même région et des transferts interrégions réalisés par la coordination réseau du MSSS à l'aide du COOLSI;
- L'application de ce protocole de priorisation en situation d'exception ne diminue en rien l'obligation d'avoir des discussions sur les niveaux ⁴ ou d'interventions médicales (NIM), appropriées à la condition de chaque patient en amont et de façon continue avec ce dernier et ses proches;
- Des indications, diagnostics et paramètres cliniques sont clairement identifiés pour prioriser l'accès des patients aux lits et ressources de soins intensifs. Ils doivent être similaires d'un établissement à l'autre (transparents et standards). Les diagnostics et paramètres cliniques requis pour l'accès aux soins intensifs deviennent de plus en plus contraignants au fur et à mesure de l'aggravation de la pénurie de ressources. Face à des égalités sur le plan clinique, des règles de décision permettent de résoudre les impasses;
- Le choix des patients qui seront priorisés pour l'accès aux lits et ressources de soins intensifs est fait par une équipe de priorisation qui n'est pas en contact avec les patients; cette équipe est détachée des personnes visées et a comme responsabilité de faire des choix les plus objectifs possibles;
- Les choix de priorisation **ne doivent en aucun cas**, être basés sur des motifs discriminatoires tels qu'énoncés à l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*. Ces motifs sont : la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap. Les choix de priorisation **ne doivent jamais** reposer sur la « valeur sociale » d'un individu ou sur un jugement concernant la qualité de vie;
- Le protocole de priorisation s'applique à tous les patients adultes, peu importe l'âge et la pathologie : il n'est pas exclusif à l'infection à la source de la pandémie;
- Un protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs ne vise pas à décider qui recevra ou non des soins. Tous les patients seront soignés. Chaque vie humaine est

⁴ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux -INESSS (2016). Les niveaux de soins. Normes et standards de qualité, repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

valorisée et chaque être humain mérite le respect, les soins et la compassion. Toutefois, cela ne signifie pas que tous les patients recevront ou devraient recevoir des soins intensifs. Ceux qui ne recevront pas de soins intensifs ne seront pas abandonnés, ils continueront à recevoir d'autres soins, les plus appropriés à leur état, et possibles dans le contexte;

- Il existe un protocole de priorisation distinct pour la pédiatrie et la néonatalogie;
- La pandémie commande une gestion des lits et ressources de soins intensifs dans une perspective nationale, et vise les patients adultes considérés globalement;
- En raison du contexte exceptionnel de la situation et dans une obligation d'efficacité et de rapidité d'exécution, la hiérarchie décisionnelle est primordiale et implique les niveaux local et national.

De façon responsable, transparente et courageuse, chaque établissement décide donc de se préparer à cette éventualité en s'appropriant ce protocole de priorisation, basé sur les meilleures données disponibles et convenu nationalement tel que décrit dans le processus de mise à jour décrit à l'annexe D.

Considérant que, malgré le protocole, une détresse morale et psychologique peut être vécue par plusieurs lors d'une pandémie, il est primordial pour l'établissement de mettre en place un soutien psychosocial et éthique accessible pour toutes les personnes travaillant dans l'établissement, de même qu'aux patients et à leurs familles.

Le présent protocole détaille le fonctionnement et les processus de priorisation dans la perspective de l'établissement. Le fonctionnement et les processus de coordination nationale sont décrits dans le *Guide de priorisation et de coordination pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en situation extrême de pandémie* (version 11 juin 2021).

2. Objectifs

L'objectif général d'un système de priorisation est de minimiser la mortalité et la morbidité pour l'ensemble d'une population, et non plus seulement pour chaque individu indépendamment du reste de la population, et de veiller à ce que ces décisions soient justes et équitables, en s'assurant qu'elles respectent les valeurs éthiques tant substantives que procédurales.

Ce protocole a été élaboré pour une application spécifique à une situation extrême de pandémie au SRAS-CoV-2 (COVID-19), qui risque d'entraîner une augmentation importante des besoins en soins intensifs, sans que des ressources suffisantes pour répondre à la demande soient disponibles.

Remarque : ce protocole s'applique à tous les patients évalués pour recevoir des soins intensifs ou recevant des soins intensifs, quelle que soit l'étiologie de leur maladie.

Ce protocole est basé sur les hypothèses suivantes :

- Pendant une pandémie, la disponibilité des soignants pourrait être réduite en raison de maladies personnelles, d'absentéisme et de responsabilités familiales. Une pénurie de soignants entraînera une diminution des services habituels;
- Tous les patients, quel que soit leur statut de priorisation ou leur état clinique, ont le droit d'avoir accès aux soins, y compris aux traitements médicaux appropriés pour maximiser les résultats, ainsi qu'à un soutien pour le confort et la gestion des symptômes;

- Tous les efforts seront faits pour maintenir une communication efficace, claire et transparente avec les patients et leurs proches, notamment sur le statut de priorisation, afin que les soins appropriés puissent être le plus en cohérence possible avec les souhaits et les valeurs connus des patients.

L'annexe B présente les valeurs éthiques pertinentes pour répondre à la pandémie.

Principes directeurs du présent protocole

1. Maximisation des bénéfices : viser à tirer le maximum d'avantages pour une communauté en allouant les ressources en priorité à ceux qui en tirent le plus grand bénéfice, dans le but de minimiser la mortalité.
2. Proportionnalité : le nombre de **personnes impactées par le système de priorisation** et l'ampleur des impacts négatifs encourus par ces personnes ne doivent pas dépasser ce qui serait nécessaire pour répondre à l'augmentation de la demande. Même si une seule personne subit des impacts négatifs, l'ampleur de ces impacts pour cette personne doit toujours respecter ce principe éthique de proportionnalité. En d'autres termes, la réponse ne devrait pas affecter négativement plus de personnes que celles qui auraient été affectées si l'approche « premier arrivé, premier servi » avait été utilisée. De plus, les systèmes de priorisation ont nécessairement un effet sur les personnes appartenant à des groupes vulnérables, la proportionnalité est donc un principe permettant de garder une vigie afin de minimiser cet effet (Thompson et coll, 2006).
3. Transparence et confiance : les critères doivent être largement disponibles, clairement documentés et assortis de procédures garantissant la responsabilité, comme un second avis médical et la confirmation par des membres non-médecins, au sein de l'équipe de priorisation. Dans la mesure du possible, les patients et les familles doivent être informés de l'étape de priorisation du patient avant la prise de décision et être impliqués de manière proactive dans la planification des soins. Cette forme de priorisation étant nouvelle, elle doit être appliquée de manière cohérente pour garantir la confiance et impliquer des cycles rapides d'amélioration de la qualité pour s'assurer qu'elle s'aligne sur les nouvelles données et les meilleures pratiques.
4. Efficacité et durabilité : les diagnostics et paramètres cliniques doivent être suffisamment simples pour être évalués au chevet du patient, compte tenu de la nécessité de mobiliser rapidement les ressources de soins intensifs et de bénéficier d'un environnement dynamique. Tout scénario de priorisation entraînera un stress extrême et une surcharge tant cognitive qu'émotionnelle pour les soignants au chevet des patients, peu habitués à ce processus de décision ou à ce volume de patients gravement malades. Le système de priorisation devrait protéger les soignants contre les préjudices moraux en systématisant une prise de décision éthique et en confiant les choix les plus difficiles à un groupe d'experts tiers (l'équipe de priorisation) indépendants des soins actifs. Cela réduira le risque d'épuisement professionnel et favorisera la durabilité d'une pratique cohérente.
5. Équité : la priorisation des ressources limitées en matière de soins de santé ne doit pas être accordée à une personne sur la base de privilèges socio-économiques ou d'un rang politique. Des critères pertinents sur le plan clinique doivent être utilisés en premier lieu pour l'allocation des ressources. Les critères doivent être suffisamment objectifs pour pouvoir être appliqués équitablement à une grande variété de patients, par une grande variété de prestataires, dans une grande variété de situations (Berlinger 2020,

Emanuel et coll. 2020). La priorisation exige un équilibre délicat entre le jugement du clinicien (qui peut être biaisé et faillible) et les paramètres cliniques objectifs (qui exigent également du jugement, mais qui peuvent manquer de nuance à l'égard des subtilités cliniques). Dans le cas où les considérations cliniques ne peuvent être utilisées pour classer un patient par ordre de priorité par rapport à un autre, des règles de décision (cycle de vie, personnel soignant et ensuite de sélection aléatoire) sont utilisées en dernier recours.

Ce processus d'allocation des ressources pour les soins intensifs en cas de pandémie est aligné sur les ressources et les normes suivantes :

- *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec;
- Théorie et pratique de la bioéthique;
- Recherche sur le triage et la planification des pandémies;
- Réactions des parties prenantes (tant internes qu'externes).

3. Outil d'évaluation

Annexe C : *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie*

4. Politique

4.1 Processus de priorisation pour l'accès aux soins intensifs pour les adultes par l'établissement

Le processus de priorisation par l'établissement pour les adultes est décrit dans la présente section. Le processus est basé sur un ensemble d'indications, de diagnostics et de paramètres cliniques décrit dans le formulaire d'évaluation à l'annexe C. Lors d'égalité sur le plan clinique des règles de décision de dernier recours sont proposées : cycle de vie, personnels soignants exposés à la COVID-19 et randomisation.

Étapes de la réponse à une pandémie :

La réponse à une augmentation de la demande de ressources en soins intensifs devrait se faire de manière progressive et coordonnée. Le MSSS déterminera le statut de la pandémie à travers la province et coordonnera la réponse avec les responsables et les organisations de santé publique locales. La réponse se déroulera selon les étapes suivantes.

Approche de la priorisation

Le lancement d'un processus de priorisation pour l'accès aux soins intensifs devrait être le résultat d'une décision bien coordonnée et planifiée, prise au niveau **national en fonction de la réalité de chaque établissement et de chaque région**. Chaque établissement connaît le nombre précis de patients gravement malades et mécaniquement ventilés qu'il peut accueillir avec ses ressources (y compris les consommables), son personnel et ses espaces. Le moment et l'ampleur de l'augmentation de la demande sont susceptibles de varier selon les établissements et les régions. Lorsqu'un site s'approche de sa capacité maximale, **il cherche d'abord à maximiser l'efficacité dans l'utilisation des lits de soins intensifs pour retarder l'application du protocole**. Il revoit l'organisation du travail, voit au délestage d'activités et de ressources et à la réaffectation **médicale et professionnelle (revue des tâches) et il prévoit des unités de soins intermédiaires ou**

de surveillance accrue pour augmenter la surcapacité en soins critiques. Si cela ne suffit pas, la coordination réseau du MSSS tente de transférer les patients vers une installation offrant les services appropriés et la capacité pour répondre à la demande. Cette coordination, par la coordination réseau du MSSS, se fait avec la collaboration du COOLSI. Lorsque tous les hôpitaux d'une région sont proches de leur capacité maximale, des transferts interrégions sont alors faits (prévus au plan de contingence). Le MSSS avise les installations du réseau d'une saturation lorsque toutes les installations ne sont plus en mesure d'admettre un patient dans une unité de soins intensifs ou de soins avancés (intermédiaires ou de surcapacité). Dans ces circonstances, un changement d'étape de priorisation sera envisagé par le Comité exécutif de priorisation du MSSS⁵.

Priorisation par l'établissement pour l'accès aux soins intensifs en contexte extrême de pandémie

Le déclenchement d'une priorisation pour l'accès aux soins intensifs en contexte extrême de pandémie est annoncé par le MSSS en fonction de la saturation du système, du plan de contingence, des niveaux d'alerte et de la situation locale.

Prériorisation

Lorsque le réseau atteint son point de saturation (toutes les installations sont saturées et en surcapacité à 150 % et les transferts interétablissements sont difficiles, le DSP, suivant les indications du Comité exécutif de priorisation du MSSS :

- Informe les acteurs concernés afin qu'ils se préparent à mettre en œuvre la priorisation pour l'accès aux soins intensifs en situation extrême de pandémie; le seuil de déclenchement peut varier selon les ressources humaines disponibles localement;
- Revoit la réaffectation des ressources humaines;
- S'assure de délester des activités pour répondre autant que possible à la surcharge.

De plus, le DSP s'assure :

- A. Que tous les patients **qui reçoivent des soins intensifs** soient évalués en regard des diagnostics et paramètres cliniques (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C);
- B. Que tous les patients **en attente d'admission aux soins intensifs** soient évalués en regard des indications, diagnostics et paramètres cliniques (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C);
- C. De mobiliser l'équipe de priorisation afin qu'elle se prépare à intervenir lors du déclenchement de l'étape 1 de priorisation.

Lorsque le nombre de patients en attente d'admission dépasse la capacité des SI et que des transferts vers d'autres établissements ne sont plus possibles, il faut considérer, avec l'accord du DSP, de demander au Comité exécutif de priorisation du MSSS d'initier l'étape 1 de priorisation.

⁵ Le Comité exécutif de priorisation du MSSS sera constitué des DGA de la DGACR, de la DGAUMIP (volet hospitalier et urgences), d'éthiciens, et d'intensivistes dont au moins un provient de la pédiatrie.

Étape 1 de priorisation

Une fois le changement d'étape décrété, la priorisation s'amorce. Tous les patients déjà admis ou en attente d'admission doivent être évalués en fonction des diagnostics et paramètres cliniques par le médecin traitant, et une validation additionnelle doit être réalisée par un deuxième médecin en utilisant le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême* de pandémie que l'on retrouve à l'annexe C.

Les indications cliniques de soins intensifs permettent d'identifier les patients qui peuvent bénéficier d'une admission en soins intensifs. Les indications cliniques portent principalement sur l'insuffisance respiratoire et le choc, car c'est la capacité à fournir un respirateur et un soutien hémodynamique qui différenciera l'unité de soins intensifs des autres secteurs de soins aigus.

Les diagnostics et paramètres cliniques permettent d'établir une pronostication à court terme des patients lors d'un séjour aux soins intensifs. Ils indiquent la probabilité de survivre à une maladie aiguë et le risque d'un sevrage ventilatoire prolongé.

Ces diagnostics et paramètres cliniques ne sont pas exhaustifs : ils reflètent des preuves connues ou des indicateurs de pronostic basés sur l'expérience clinique et les données probantes actuelles. Le jugement clinique doit compléter ces paramètres cliniques, car certaines affections non répertoriées peuvent également influencer sur le pronostic ou le risque de sevrage ventilatoire prolongé.

Si un patient a besoin de soins intensifs (réponds aux indications cliniques), le médecin traitant acheminera le formulaire dûment rempli et contre-vérifié par un deuxième médecin à l'équipe de priorisation pour une évaluation plus approfondie de la priorisation à établir.

Les diagnostics et paramètres cliniques appliqués permettent d'établir une **pronostication à court terme** des patients aux soins intensifs par la présence de comorbidité(s) pouvant influencer le taux de survie (Douglas 2020; Biddison 2018). La priorisation repose d'abord et avant tout sur les diagnostics et paramètres cliniques.

L'étape 1 de priorisation donne la priorité aux patients dont le taux de mortalité estimé à court terme est inférieur à 80 % ou ceux qui n'ont pas un risque élevé de séjour prolongé aux soins intensifs. Seule l'équipe de priorisation détermine les priorités d'admission et de congé des soins intensifs. La priorisation se base sur les indications, diagnostics et paramètres cliniques identifiés dans le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C. Seuls les patients nécessitant des soins intensifs et ayant été priorisés par l'équipe de priorisation sont admis aux soins intensifs. Les patients qui ne sont pas priorisés pour recevoir des SI ou qui ont congé des soins intensifs reçoivent alors d'autres soins appropriés à leur état selon la capacité de l'établissement.

- A. Donner congé des soins intensifs aux patients stables qui n'en nécessitent plus et aux patients qui présentent :
- Au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 1 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C)
- OU**
- Aucune amélioration clinique après 21 jours de ventilation (risque de chronicisation);
- OU**
- Détérioration clinique substantielle malgré les soins intensifs prodigués, selon le jugement clinique global.

Ne donner congé que lorsqu'un lit est requis.

L'évaluation clinique avant le congé des soins intensifs répond à la préoccupation éthique concernant l'acceptabilité d'une cessation des soins intensifs, en particulier si un patient n'a pas continué à se détériorer pendant qu'il recevait ces soins (Lee Daugherty Biddison, 2018). De plus, pour certains patients qui répondent favorablement aux soins intensifs, un investissement important de ressources a été réalisé en vue de leur rétablissement. Ils devraient pouvoir poursuivre leur traitement (essai thérapeutique), à moins qu'ils ne présentent une détérioration clinique substantielle. La durée de l'essai thérapeutique est de 21 jours maximum pour la COVID-19, tant que les soins demeurent appropriés sur le plan clinique. Ce délai prévu pour un essai thérapeutique permet de ne pas défavoriser indûment une personne dont les soins continuent d'être bénéfiques et proportionnés.

Tous les patients qui respectent les critères de l'étape en vigueur doivent être admis aux SI. Il ne faut pas retirer un patient des SI pour en admettre un autre ayant les mêmes pronostics et mêmes risques de sevrage ventilatoire prolongé. Les patients qui reçoivent déjà des soins gardent leur place tant et aussi longtemps qu'ils n'ont pas 1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur (1, 2 ou 3) OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle (avec chances de réversibilité faibles ou nulles) de leur état clinique.

- B. Admettre ou garder aux soins intensifs QUE les patients qui n'ont aucun diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 1 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C).
- C. Orienter les patients qui ne sont pas priorisés pour l'admission aux SI vers d'autres soins appropriés à leur état **selon la capacité de l'établissement**.

Les diagnostics et paramètres cliniques défavorables sont d'abord utilisés dans le processus de décision afin que les choix des patients (pour les congés et les admissions) soient faits par l'équipe de priorisation sur la base des données du formulaire. Quand les diagnostics et paramètres cliniques décrits dans le formulaire ne peuvent permettre de choisir quel patient sera admis ou quel patient aura congé, l'équipe de priorisation consulte le/les médecins traitants pour identifier quel ou quels patients a/ont les meilleures chances de survie.

Le patient (ou son représentant légal) doit être informé, si possible, de la décision de cesser les SI et de son transfert vers des lits de soins appropriés à son état **selon la capacité de l'établissement**.

L'équipe de priorisation doit communiquer au DSP le nombre de patients pour qui les soins intensifs sont cessés à l'étape 1 de priorisation, afin d'aider à la planification.

Concernant les *Formulaires d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie (annexe C)*, si un patient a un critère défavorable, il doit être coché pour les étapes subséquentes. Un patient qui présenterait un critère défavorable de l'étape 1 a donc $\geq 80\%$ de risque de mortalité et présente par le fait même $\geq 50\%$ de risque de mortalité, donc le même critère de l'étape 2 doit être coché, de même que celui de l'étape 3. Cette cohérence est nécessaire afin d'évaluer le nombre de lits qui pourraient potentiellement se libérer à chaque changement d'étape du processus. Cette capacité de libération de lits lors d'un changement

d'étape est une information cruciale tant pour le DSP localement que pour le Comité exécutif de priorisation du MSSS au niveau national.

Dans le cadre de l'étape 1 de priorisation, le DSP, en collaboration avec le chef médical des soins intensifs, doit continuer à coordonner le transfert des patients afin d'optimiser l'utilisation de toutes les ressources de soins intensifs avant de signaler au Comité exécutif de priorisation du MSSS le dépassement des capacités de l'établissement.

Lorsque le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur dépasse la capacité des SI et que des transferts vers d'autres établissements ne sont plus possibles, il faut considérer, avec l'accord du DSP, de demander au Comité exécutif de priorisation du MSSS de changer d'étape.

À chaque fois qu'un ou plusieurs nouveaux patients demandent à être admis aux SI :

- Voir d'abord si un ou plusieurs congés peuvent être donnés selon les critères décrits ci-haut (1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle, avec chances de réversibilité faibles ou nulles de leur état clinique);
 - S'il y a égalité des critères de l'étape en vigueur entre plusieurs patients recevant des soins intensifs :
 - Donner priorité à la poursuite des SI à ceux qui ont le meilleur pronostic clinique et un moindre risque de sevrage ventilatoire prolongé;
- Si un ou des congés ne sont pas possibles :
 - Voir si des patients aux SI s'améliorent et pourraient se voir offrir des soins comparables sur d'autres unités de soins (par exemple, soins intermédiaires, surveillance accrue ou autres unités de soins);
 - Voir, avec la coordination réseau et le COOLSI, la possibilité de transférer des patients vers un autre établissement (patients admis et stables);
 - Si ce n'est pas possible, voir avec le DSP en lien avec le Comité exécutif de priorisation du MSSS, si l'on doit changer d'étape pour ne pas avoir de patient respectant les critères de l'étape en vigueur en attente sauf si l'on croit pouvoir admettre bientôt ces patients.
 - Si toutes ces options ne sont pas possibles et que des patients sont à égalité clinique, utilisez les règles de décision pour donner congé. Appliquez ces règles seulement dans ces circonstances, il s'agit d'un ultime recours.

Étape 2 de priorisation

Cette étape priorise les patients dont le taux de mortalité estimé à court terme est inférieur à 50 % ou ceux qui n'ont pas un risque élevé de sevrage ventilatoire prolongé aux soins intensifs. Seule l'équipe de priorisation détermine les priorités d'admission et de congé des soins intensifs. La priorisation se base sur les indications, diagnostics et paramètres cliniques identifiés dans le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C. Seuls les patients nécessitant des soins intensifs et ayant été priorisés par l'équipe de priorisation sont admis aux soins intensifs. Les patients qui ne sont pas priorisés pour recevoir des SI reçoivent alors d'autres soins appropriés à leur état selon la capacité de l'établissement.

A. Donner congé des soins intensifs aux patients qui présentent :

- Au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C)

OU

- Aucune amélioration clinique après 21 jours de ventilation (risque de chronicisation);
OU
- Détérioration clinique substantielle malgré les soins intensifs prodigués, selon le jugement clinique global.

Ne donner congé que lorsqu'un lit est requis.

B. Admettre ou garder aux soins intensifs QUE les patients qui n'ont aucun diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 2 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs* - Annexe C).

C. Orienter les patients qui ne sont pas priorisés pour l'admission aux SI vers d'autres unités avec des soins appropriés à leur état selon la capacité de l'établissement.

Les diagnostics et paramètres cliniques défavorables sont d'abord utilisés dans le processus de décision afin que les choix des patients (pour les congés et les admissions) soient faits par l'équipe de priorisation sur la base des données du formulaire. Quand les diagnostics et paramètres cliniques décrits dans le formulaire ne peuvent permettre de choisir quel patient sera admis ou quel patient aura congé, l'équipe de priorisation consulte le/les médecins traitants pour identifier quel ou quels patients a/ont les meilleures chances de survie.

Le patient (ou son représentant légal) doit être informé, si possible, de la décision de cesser les SI et de son transfert vers une autre unité pour recevoir des soins appropriés à son état selon la capacité de l'établissement.

L'équipe de priorisation doit communiquer au DSP le nombre de patients pour qui les soins intensifs sont cessés à l'étape 2 de priorisation, afin d'aider à la planification.

Les hôpitaux doivent ensuite se préparer à un scénario de priorisation de l'étape 3, comme pour les étapes précédentes. La transition vers l'étape 3 de priorisation s'effectue lorsque le nombre de patients en attente dépasse la capacité des SI, et que des transferts vers d'autres établissements ne sont plus possibles, il faut considérer, après discussion avec le DSP et son accord de demander au Comité exécutif de priorisation du MSSS de passer à l'étape 3 de priorisation.

À chaque fois qu'un ou plusieurs nouveaux patients doivent être à être admis aux SI :

- Voir d'abord si un ou plusieurs congés peuvent être donnés selon les étapes décrites ci-haut (1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle, avec chances de réversibilité faibles ou nulles, de leur état clinique);
 - S'il y a égalité des critères de l'étape en vigueur entre plusieurs patients recevant des soins intensifs :
 - Donner priorité à la poursuite des SI à ceux qui ont le meilleur pronostic clinique et un moindre risque de sevrage ventilatoire prolongé;
- Si un ou des congés ne sont pas possibles :
 - Voir si des patients aux SI s'améliorent et pourraient se voir offrir des soins comparables sur d'autres unités de soins (par exemple, soins intermédiaires, unités de surveillance accrue ou autres unités de soins);
 - Voir, avec la coordination réseau et le COOLSI, la possibilité de transférer des patients vers un autre établissement (patients admis et stables);

- Si ce n'est pas possible, voir avec le DSP en lien avec le Comité exécutif de priorisation du MSSS, si l'on doit changer d'étape pour ne pas avoir de patients respectant les critères de l'étape en vigueur en attente sauf, si l'on croit pouvoir admettre bientôt ces patients.
- Si toutes ces options ne sont pas possibles, et que des patients sont à égalité clinique, utilisez les règles de décision pour donner congé. Appliquez ces règles seulement dans ces circonstances, il s'agit d'un ultime recours.

Étape 3 de priorisation

Cette étape 3 priorise les patients dont le taux de mortalité estimé est inférieur à 30 % ou ceux qui n'ont pas un risque de séjour prolongé aux soins intensifs. Seule l'équipe de priorisation détermine les priorités d'admission et de congé des soins intensifs. La priorisation se base sur les indications, diagnostics et paramètres cliniques identifiés dans le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs - Annexe C*. Seuls les patients nécessitant des soins intensifs et ayant été priorisés par l'équipe de priorisation sont admis ou demeurent aux soins intensifs. Les patients qui ne sont pas priorisés pour recevoir des SI reçoivent alors d'autres soins appropriés à leur état selon la capacité de l'établissement.

- A. Donner congé des soins intensifs aux patients qui présentent :
 - Au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 3 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs - Annexe C*);

OU

 - Aucune amélioration clinique après 21 jours de ventilation (risque de chronicisation);

OU

 - Détérioration clinique substantielle malgré les soins intensifs prodigués, selon le jugement clinique global.
- B. Admettre ou garder aux soins intensifs QUE les patients qui n'ont aucun diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 3 (*Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs - Annexe C*).
- C. S'il n'y a pas assez de lits disponibles aux soins intensifs pour tous les patients, donner la priorité à ceux qui, parmi eux, ont le meilleur pronostic clinique et un moindre risque de sevrage ventilatoire prolongé.
- D. À pronostics ou risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux, parmi les patients recevant des SI et ceux en attente d'admission, appliquer les règles de décision : le cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, randomisation pour déterminer l'ordre de congé et d'admission aux SI, si nécessaire. Ne donner congé que lorsqu'un lit est requis.
- E. Orienter les patients qui ne sont pas priorisés pour l'admission aux SI vers d'autres soins appropriés à leur état selon la capacité de l'établissement.

Les diagnostics et paramètres cliniques défavorables sont d'abord utilisés dans le processus de décision afin que les choix des patients (pour les congés et les admissions) soient faits par l'équipe de priorisation sur la base des données du formulaire. Quand les diagnostics et paramètres cliniques décrits dans le formulaire ne peuvent permettre de choisir quel patient sera admis ou

quel patient aura congé, l'équipe de priorisation consulte le/les médecins traitants pour identifier quel ou quels patients a/ont les meilleures chances de survie.

Le patient (ou son représentant légal) doit être informé de la décision de changer l'orientation des soins, si possible, le patient sera transféré vers des lits de soins non intensifs, comprenant les mesures palliatives appropriées selon l'évolution.

L'équipe de priorisation doit communiquer au DSP le nombre de patients pour qui les soins intensifs sont cessés à l'étape 3 de priorisation, afin d'aider à la planification.

À chaque fois qu'un ou plusieurs nouveaux patients demandent à être admis aux SI :

- Voir d'abord si un ou plusieurs congés peuvent être donnés selon les étapes décrites ci-haut (1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle, avec chances de réversibilité faibles ou nulles, de leur état clinique);
 - S'il y a égalité des critères de l'étape en vigueur entre plusieurs patients recevant des soins intensifs :
 - Donner priorité à la poursuite des SI à ceux qui ont le meilleur pronostic clinique et un moindre risque de sevrage ventilatoire prolongé;
- Si un ou des congés ne sont pas possibles :
 - Voir si des patients aux SI s'améliorent et pourraient se voir offrir des soins comparables sur d'autres unités de soins (par exemple, soins intermédiaires, unités de surveillance accrue ou autres unités de soins);
 - Voir, avec la coordination réseau du MSSS et le COOLSI, la possibilité de transférer des patients vers un autre établissement (patients admis et stables);
 - Si ce n'est pas possible, voir avec le DSP en lien avec le Comité exécutif de priorisation du MSSS, si l'on doit changer d'étape pour ne pas avoir de patients respectant les critères de l'étape en vigueur en attente sauf si l'on croit pouvoir admettre bientôt ces patients.
 - Si toutes ces options ne sont pas possibles, et que des patients sont à égalité clinique, utilisez les règles de décision pour donner congé. Appliquez ces règles seulement dans ces circonstances, il s'agit d'un ultime recours.

Règles de décision pour résoudre une impasse dans la priorisation

À l'étape 3, **seulement** lorsque l'établissement reçoit un nombre important de demandes d'admission aux SI et :

- Ne peut donner congé à suffisamment de patients admis pour répondre au besoin en lits, ceux-ci ne présentant aucun critère clinique menant à un congé;
- Aucun patient actuellement admis aux SI n'est assez stable :
 - Pour recevoir d'autres formes de traitement hors des SI; ou
 - Pour être transféré vers un autre établissement.
- Dans ces circonstances seulement, l'équipe de priorisation doit prioriser localement tous les patients EN ATTENTE et DÉJÀ ADMIS en retenant les patients ayant un meilleur pronostic clinique et en offrant temporairement d'autres formes de traitement aux patients non admis ou qui recevraient un congé des SI. Ainsi, lorsque des patients démontrent un pronostic similaire, il peut être nécessaire d'appliquer les règles de décision en cas d'égalité clinique prévue pour résoudre l'impasse. Ces règles répondent à différents raisonnements éthiques. *Le Guide de priorisation et de coordination pour l'accès aux soins intensifs (adulte) en*

situation extrême de pandémie (version 11 juin 2021) donne les orientations précises pour leur application par les équipes de priorisation. À chance de survie égale, on peut suivre une logique basée sur les principes suivants, dans l'ordre :

- **Le cycle de vie** : cette règle de décision met de l'avant « l'équité intergénérationnelle » en priorisant les personnes présentant un moins grand nombre d'étapes de vie devant elles (William, 1997). Ainsi, selon l'équité intergénérationnelle, il serait juste de donner priorité aux personnes qui se trouvent à un stade de vie moins avancé pour leur permettre d'avoir la même chance. Ce principe ne favorise pas les plus jeunes par rapport aux plus vieux en terme absolu, mais, entre deux personnes ayant un même pronostic clinique, il donne plutôt priorité à la personne qui se trouve à un stade de vie moins avancé. Il faut rappeler que cette règle n'est pas applicable à toutes les situations. Il se peut que l'écart d'âge (une génération par exemple) ne soit pas suffisant. Ainsi, si la règle de décision du cycle de vie n'est pas applicable dans la situation, par exemple, s'il faut trancher entre deux patients ayant par exemple 65 ans et 55 ans, il faut appliquer la prochaine règle (personnel soignant) et si l'impasse est non résolue, il faut procéder à une randomisation. La règle du cycle de vie s'applique à l'ensemble de la population et devrait précéder les autres règles de décision en cas d'égalité clinique.
- **Le personnel soignant** : cette règle permet de favoriser le traitement du personnel de la santé et des services sociaux qui donnent des soins et qui ont des contacts physiques étroits auprès des usagers. En période de pandémie, les travailleurs de la santé qui font face à des risques accrus d'infection⁶ devraient être priorités en cas d'égalité clinique. Cet argumentaire est basé sur le principe de réciprocité ou de quid pro quo qui implique que dans une relation entre parties, un geste posé en faveur de l'un appelle une contrepartie, un retour. Il s'agit d'une forme de donnant-donnant (Bailey et coll., 2011; Emmanuel et coll., 2020; Comité sur l'immunisation du Québec, 2020)⁷. Puisque cette règle de décision est difficile à opérationnaliser, l'équipe de priorisation devra juger de son application à l'aide de la liste suivante présentée à l'annexe F.
- **La randomisation** : lorsque toutes les autres règles de décision ne permettent pas de prioriser, l'équipe de priorisation procède par randomisation. Cette approche de la justice permet une égalité des chances entre individus (Winsor & al 2015; Farmer 2012). La justification de la randomisation est la suivante :
 - Réduit la charge de la prise de décision en ne la confiant pas à une seule personne (comme le président de l'équipe de priorisation), ce qui peut entraîner un préjudice moral et un épuisement professionnel après des cas répétés;
 - Réduit le risque médico-légal pour un individu (comme le président) et pour l'organisation dans les situations d'incertitude;
 - Reconnaît l'incertitude réelle qu'une telle situation présente, plutôt que de se rabattre sur des certitudes exagérées ou erronées;

⁶ INSPQ, Enquête épidémiologique sur les travailleurs de la santé atteints par la COVID-19 au printemps 2020 Direction des risques biologiques et de la santé au travail 25 septembre 2020, repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3061_enquete_epidemiologique_travailleurs_sante_covid_19.pdf

⁷ Avis préliminaire sur les groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 au Québec AVIS DU COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC Direction des risques biologiques et de la santé au travail, novembre 2020, INSPQ, repéré à <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3085-groupes-prioritaires-vaccination-covid19.pdf>

- Soutient l'équilibre des pouvoirs entre les trois membres de l'équipe de priorisation;
- Encourage tous les membres de l'équipe de priorisation à défendre leurs idées et leurs points de vue : encourage la délibération, la consultation et le partage d'opinions diverses. Cela rendra les décisions plus solides qu'une forme autocratique de prise de décision;
- Est efficace lorsque les décisions doivent être prises rapidement;
- L'absence de consensus représente une grande incertitude et la volonté de recourir à une méthode de décision par randomisation démontre la valeur de l'humilité;
- La randomisation est le processus le plus équitable lorsque l'incertitude est élevée et atténue le risque de partialité implicite dans la prise de décision.

Processus de randomisation

Principes généraux :

Rappel des règles de décisions en cas d'égalité clinique, à appliquer dans l'ordre suivant : 1. cycle de vie, 2. personnel soignant, 3. randomisation. Il est à noter que ces règles doivent s'adapter à la liste de patients à prioriser qui risque de changer constamment.

- Classer les patients par âge;
- Créer trois groupes de patients ayant une génération d'écart (de l'ordre de 25 ans); en procédant un à la fois, associez le patient le plus jeune au premier groupe (A) et le patient le plus vieux au dernier groupe (C); prendre le 2^e plus jeune et l'associer au groupe A et le 2^e plus vieux au groupe C; poursuivre ainsi jusqu'à ce que les patients du groupe central (B) soient à l'intérieur d'un écart de l'ordre de 25 ans;
 - À l'intérieur des autres cohortes, **randomiser** les patients (voir méthode dans section suivante) pour leur attribuer un ordre; par exemple cohorte A (la plus jeune), priorité 1, 2, 3...; cohorte B (la seconde plus jeune, priorité 1, 2, 3...; etc.;⁸
- Un soignant aura la priorité de sa cohorte (voir la définition à la section 4.3.2);
 - Les lits sont attribués selon le nombre disponible en suivant l'ordre des cohortes et la priorité assignée aléatoirement à chaque patient jusqu'à ce que tous les lits soient comblés (A-1, A-2, A-3..., B-1, B-2, B-3, B-4... C-1, C-2...).
- Lorsque les patients auront été priorisés, tous les lits assignés selon l'ordre de priorité, et que des patients ne pourront être admis ni transférés vers un autre hôpital, alors :
 - Une liste d'attente de patients admissibles est créée dans l'éventualité où un lit se libérerait;
 - Des soins alternatifs seront offerts à ces patients (ou palliatifs selon leur condition du moment).

Génération du nombre aléatoire (randomisation)

Deux méthodes sont possibles :

- Si l'établissement utilise le formulaire de priorisation en PDF dynamique, un nombre aléatoire est généré à l'impression du formulaire lorsqu'il est envoyé à l'équipe de

⁸ Précisions que la séparation de ce groupe en sous-cohortes a été mise de côté au profit de la randomisation des personnes à l'intérieur d'une génération dans son ensemble.

priorisation; ce nombre doit être inscrit dans la colonne appropriée du fichier Excel de priorisation;

- Il est important qu'une fois généré, ce nombre ne change jamais; par exemple, si un formulaire est modifié parce que la condition clinique du patient a changé, un nouveau nombre sera généré, MAIS l'équipe de priorisation ne doit pas utiliser ce nouveau nombre;
- Si l'établissement n'utilise pas le formulaire PDF, une fonction aléatoire [par exemple =ALEA.ENTRE.BORNES (0; 1000) dans Excel]-doit être utilisée seulement une fois par patient et le nombre généré doit être inscrit manuellement dans la colonne appropriée du fichier Excel de priorisation; il est important de conserver ce même nombre pour un patient tout au long des différentes étapes de priorisation.

Exemple 1 : Lorsque le groupe de patients du milieu (en surbrillance) peut se sous-diviser en cohortes

No dossier	Nbre critères	Nbre critères	Nbre critères	DDN	Âge	Personnel soignant	Commentaires	Nombre aléatoire (1 à 1000)	Étiquette
	Étape1	Étape 2	Étape 3			(oui/non)			
7287	0	0	0	1932-09-04	88	Non		12	C-1
2458	0	0	0	1942-09-23	78	Non		845	C-4
5467	0	0	0	1943-08-16	77	Non		423	C-3
1456	0	0	0	1950-10-04	70	Non		135	C-2
4522	0	0	0	1949-06-01	69	Non		920	C-5
2622	0	0	0	1957-06-11	67	Non		256	B-8
2233	0	0	0	1959-04-29	66	Non		413	B-10
7822	0	0	0	1956-08-26	64	Non		128	B-5
8755	0	0	0	1957-06-11	63	Non		235	B-7
1336	0	0	0	1956-12-20	63	Non		823	B-12
1115	0	0	0	1959-05-16	61	Non		98	B-3
2133	0	0	0	1959-04-29	61	Non		398	B-9
1213	0	0	0	1959-05-16	59	Non		66	B-2
1527	0	0	0	1964-01-30	56	Oui	Soignant - priorisé	745	B-1
1627	0	0	0	1964-01-30	54	Non		866	B-13
9982	0	0	0	1968-03-29	52	Non		913	B-15
9882	0	0	0	1968-03-29	51	Non		899	B-14
3741	0	0	0	1970-04-17	50	Non		132	B-6
3749	0	0	0	1970-04-17	49	Non		126	B-4
2229	0	0	0	1971-05-03	49	Non		942	B-16
8213	0	0	0	1977-02-08	43	Non		756	B-11
1568	0	0	0	1993-02-18	27	Non		621	A-2
2637	0	0	0	1995-01-22	25	Non		302	A-1

Ajout d'un patient à la liste priorisée

Lorsqu'une nouvelle demande d'admission survient, ce patient est inclus dans sa cohorte d'âges. Le nombre aléatoire est utilisé pour déterminer la priorité relative de ce patient par rapport aux autres de sa cohorte. Cet ajout de patient changera l'ordre de priorité de plusieurs patients de cette cohorte. Dans l'exemple 2, le nouveau patient change la priorité de deux patients en s'insérant après le patient B-13. Les patients qui ont un ordre de priorité subséquent se voient décalés d'une position. Évidemment, cela ne changera pas la priorité d'un patient de cette liste qui serait déjà admis et qui garde sa chance d'un essai thérapeutique.

Exemple 2 : Ajout d'un patient dans la liste priorisée (patient 4622 en rouge)

No dossier	Nbre critères	Nbre critères	Nbre critères	DDN	Âge	Personnel soignant	Commentaires	Nombre aléatoire (1 à 1000)	Étiquette
	Étape1	Étape 2	Étape 3			(oui/non)			
7287	0	0	0	1932-09-04	88	Non		12	C-1
2458	0	0	0	1942-09-23	78	Non		845	C-4
5467	0	0	0	1943-08-16	77	Non		423	C-3
1456	0	0	0	1950-10-04	70	Non		135	C-2
4522	0	0	0	1949-06-01	69	Non		920	C-5
2622	0	0	0	1957-06-11	67	Non		256	B-8
2233	0	0	0	1959-04-29	66	Non		413	B-10
7822	0	0	0	1956-08-26	64	Non		128	B-5
8755	0	0	0	1957-06-11	63	Non		235	B-7
1336	0	0	0	1956-12-20	63	Non		823	B-12 B-13
1115	0	0	0	1959-05-16	61	Non		98	B-3
2133	0	0	0	1959-04-29	61	Non		398	B-9
1213	0	0	0	1959-05-16	59	Non		66	B-2
1527	0	0	0	1964-01-30	56	Oui	Soignant - priorisé	745	B-1
1627	0	0	0	1964-01-30	54	Non		866	B-13 B-14
9982	0	0	0	1968-03-29	52	Non		913	B-15 B-16
4622	0	0	0	1969-04-12	51	Non		799	B-12
9882	0	0	0	1968-03-29	51	Non		899	B-14 B-15
3741	0	0	0	1970-04-17	50	Non		132	B-6
3749	0	0	0	1970-04-17	49	Non		126	B-4
2229	0	0	0	1971-05-03	49	Non		942	B-16 B-17
8213	0	0	0	1977-02-08	43	Non		756	B-11
1568	0	0	0	1993-02-18	27	Non		621	A-2
2637	0	0	0	1995-01-22	25	Non		302	A-1

En cas de doute sur la priorisation d'un patient, un dialogue entre l'équipe de priorisation, tout en maintenant l'anonymat des dossiers, avec les intensivistes ou les médecins d'urgence ou d'hospitalisation, est possible pour valider le pronostic et les chances de survie d'un patient. Il importe de bien documenter la décision et sa justification.

Aux étapes 1 et 2, priorisation des patients lors d'un afflux local

Il est possible qu'un établissement reçoive un nombre important de demandes d'admission aux SI et :

- Ne puisse donner congé à suffisamment de patients admis pour répondre au besoin en lits, ceux-ci ne présentant aucun critère clinique menant à un congé;
- Aucun patient actuellement admis aux SI n'est assez stable :
 - Pour recevoir d'autres formes de traitement hors des SI; ou
 - Pour être transféré vers un autre établissement.

Dans ces circonstances, l'établissement doit prioriser localement tous les patients EN ATTENTE et DÉJÀ ADMIS en retenant les patients ayant un meilleur pronostic clinique et en offrant temporairement d'autres formes de traitement aux patients non admis ou qui recevraient un congé des SI. Le jugement clinique demeure central dans toutes les décisions touchant la priorisation des patients et l'évaluation du pronostic clinique.

Cette orientation se justifie, dans ces circonstances particulières, par le fait qu'un tel afflux de patients local pourrait mener à un changement d'étape national. Les patients qui présenteraient des critères défavorables de la nouvelle étape auraient congé et il ne serait pas cohérent de ne pas admettre un patient aux SI présentant de grandes chances de survie quand un patient déjà admis et ayant un pronostic beaucoup moins favorable demeurerait aux SI.

Si deux ou plusieurs patients sont à égalité clinique (pronostics comparables), les règles de décision en cas d'égalité clinique peuvent être utilisées pour déterminer quel patient sera admis aux SI (voir section 4.3.1). Il est important de préciser que ces règles de décision ne sont utilisées que dans deux circonstances précises, soit qu'aucune autre option n'est possible (congé, transferts, pronostic qui font l'objet de la présente sous-section) ou soit à l'étape 3 du processus de priorisation.

Cet afflux serait la seule raison pouvant remettre en question le principe selon lequel les patients qui reçoivent déjà des soins gardent leur place tant et aussi longtemps qu'ils n'ont pas 1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur (1, 2 ou 3) OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle (avec chances de réversibilité faibles ou nulles) de leur état clinique. Le jugement clinique demeure central dans toutes les décisions. Il s'agit donc d'un événement exceptionnel dans des circonstances exceptionnelles qui ne devrait pas se prolonger dans le temps. Un avis au DSP de l'établissement pour signaler cet événement est obligatoire.

Retour à l'étape 2 et 1 et arrêt de la priorisation

À partir du moment où des lits de SI se libèrent et les patients qui attendent une admission aux SI ne répondent pas aux diagnostics et paramètres cliniques de l'étape 3, un processus de transition inverse s'enclenche vers l'étape 2, puis vers l'étape 1. Aucun lit ne doit rester vide avant un retour à une situation prépandémique telle que la priorisation n'est plus de mise.

Surveillance continue des ressources

Un examen continu des besoins en soins intensifs et des décisions de priorisation sera effectué par le DSP, en collaboration avec le chef médical des soins intensifs, afin de garantir l'application cohérente de ce protocole, la qualité de la prise de décision et l'ajustement du processus de

priorisation en fonction des preuves épidémiologiques/cliniques et des informations sur les ressources opérationnelles les plus récentes.

4.2 Aperçu des processus d'évaluation avant l'admission aux soins intensifs (adultes)

Le Comité directeur clinique COVID-19 du MSSS a approuvé le 6 octobre 2020 le présent protocole de priorisation incluant le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs en contexte extrême de pandémie* présenté à l'annexe C.

Procédure d'évaluation clinique

(consulter le tableau à la section 4.1 pour un aperçu de la procédure d'évaluation)

Si la capacité de gestion de l'afflux de patients aux soins intensifs a été maximisée, que les options de transfert sont épuisées et que les ressources en soins intensifs sont encore insuffisantes pour répondre aux besoins, le chef des soins intensifs doit consulter le DSP, qui est chargé d'autoriser l'adoption de ce protocole de concert avec le MSSS et de veiller à ce que toutes les unités soient informées que le protocole est en vigueur.

Évaluation dans le service des urgences

L'évaluation clinique des patients nécessitant des soins intensifs au sein du service des urgences suivra deux filières :

Évaluation standard (l'évaluation avant l'intubation est possible) :

- L'urgentologue/urgentiste identifie les patients qui devraient avoir besoin de soins intensifs dans le cadre de l'évaluation à l'urgence. L'urgentologue/urgentiste est chargé de réaliser l'évaluation initiale du patient, en utilisant le *Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie* (annexe C).
- Il doit voir à ce que la seconde évaluation par un autre médecin (cosignataire du formulaire pour confirmation) soit faite et envoyée à l'équipe de priorisation, validée et conservée dans le dossier du patient.
- Les patients qui ne sont pas priorisés pour les soins intensifs par l'équipe de priorisation ne seront PAS intubés et resteront aux urgences ou seront transférés dans un autre lieu pour une prise en charge médicale appropriée, comprenant des soins palliatifs au besoin.

Patients émergents (évaluation avant intubation impossible) :

- Dans la mesure du possible, les décisions d'intuber doivent être prises APRÈS que le patient a été priorisé selon ce protocole. Cela devrait inclure l'utilisation appropriée de mesures de temporisation pour soutenir l'oxygénation et l'utilisation des ressources humaines pour recueillir les informations pertinentes nécessaires à une évaluation rapide.
- Les urgentologues/urgentistes feront tous les efforts possibles pour évaluer les patients selon les diagnostics et paramètres cliniques prévus en utilisant le Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs pour les adultes en situation extrême de pandémie (annexe C) avant l'intubation si l'urgence clinique le permet. Tout patient ayant un ou plusieurs diagnostics et paramètres cliniques selon l'étape de priorisation en vigueur sera pris en charge médicalement et recevra les soins les plus appropriés selon les circonstances.
- L'intubation en urgence doit se dérouler dans un cadre approprié compte tenu du risque de générer des aérosols et conformément aux meilleures pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections.

- Si une intubation urgence est requise avant que l'évaluation des diagnostics et des paramètres cliniques ne soit complétée, une fois réalisée et le patient stabilisé, l'évaluation standard se poursuit, et le formulaire du patient est envoyé à l'équipe de priorisation.
- L'équipe de priorisation prendra la décision finale concernant la priorisation du patient et l'orientation des soins : admission à l'unité de soins intensifs ou changement de l'orientation des soins vers d'autres soins appropriés, en fonction de l'étape de priorisation actuelle (1, 2, 3) et des ressources disponibles.

Évaluation dans les services/unités de l'hôpital

- Le médecin traitant sur les unités de soins identifie les patients qui devraient avoir besoin de soins intensifs. Il est chargé de réaliser l'évaluation clinique, en utilisant le **Formulaire d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs en situation extrême de pandémie** (annexe C).
- Il doit voir à ce que la seconde évaluation par un autre médecin (cosignataire du formulaire pour confirmation) soit faite et envoyée à l'équipe de priorisation, validée et conservée dans le dossier du patient.
- Les patients qui ne sont pas priorisés pour les soins intensifs par l'équipe de priorisation resteront à l'unité ou seront transférés dans un autre lieu pour une prise en charge médicale appropriée, comprenant des soins palliatifs au besoin.

Pour les patients dont l'état s'aggrave et qui peuvent avoir besoin de soins intensifs rapidement, le médecin traitant doit suivre ces étapes :

- Si l'état d'un patient s'aggrave et que le patient répond aux indications cliniques de soins intensifs et n'a pas de diagnostic et paramètre cliniques pour l'étape de priorisation donnée, le médecin traitant doit contacter l'équipe de priorisation pour l'informer et convenir de l'orientation à donner selon la priorisation accordée par l'équipe de priorisation.
- Les patients non priorisés pour l'admission aux soins intensifs par l'étape de priorisation actuelle ne seront PAS intubés et resteront dans le service pour une gestion médicale appropriée, comprenant des soins palliatifs au besoin.
- Les patients admissibles à l'étape actuelle de priorisation qui nécessitent une intubation ne seront pas intubés/ventilés avant que l'équipe de priorisation ne prenne une décision (si le temps le permet).

Si une intubation d'urgence est nécessaire dans le service, l'évaluation de l'équipe de priorisation se poursuivra et le patient sera soit priorisé pour l'accès à des soins intensifs, ou s'il n'est pas priorisé, il sera traité médicalement dans le service, avec des soins palliatifs au besoin.

Évaluation urgente dans les services/unités de l'hôpital

- Les contraintes en matière de ressources humaines peuvent ne pas permettre le fonctionnement du Code bleu ou des équipes d'intervention rapide. Les patients qui « codent » ou se détériorent rapidement recevront des soins médicaux et palliatifs appropriés si les soins intensifs ne sont pas une option.
- À l'étape de priorisation 3, les patients qui font un arrêt cardiaque ne seront pas priorisés pour les soins intensifs, et le code bleu ne doit plus être activé.

- Dans la mesure du possible, les décisions d'intuber doivent être prises APRÈS l'évaluation clinique du patient, conformément aux diagnostics et paramètres cliniques prévus au présent protocole et selon l'étape de priorisation (1, 2, 3) en vigueur. Cela devrait inclure l'utilisation appropriée de mesures de temporisation pour soutenir l'oxygénation et l'utilisation des ressources (c'est-à-dire le personnel soignant) pour recueillir les informations pertinentes nécessaires à une évaluation rapide.
- L'intubation doit toujours se dérouler selon les meilleures pratiques en matière de contrôle et prévention des infections (PCI) et dans un cadre approprié, compte tenu du risque de générer des aérosols.
- Si une intubation urgente est requise avant que l'évaluation des diagnostics et des paramètres cliniques ne soit complétée, une fois réalisée et le patient stabilisé, l'évaluation standard se poursuit, et le formulaire du patient est envoyé à l'équipe de priorisation.
- L'équipe de priorisation prendra la décision finale concernant la priorisation du patient et l'orientation des soins : admission à l'unité de soins intensifs ou changement de l'orientation des soins vers d'autres soins appropriés, en fonction de l'étape de priorisation actuelle (1, 2, 3) et des ressources disponibles.

5. Procédure de priorisation pour l'accès aux soins intensifs

5.1 Objectif et structure de l'équipe de priorisation

La priorisation en cas extrême de pandémie est le processus de prise de décision qui non seulement attribue une priorité (rang) aux patients nécessitant des soins, mais qui comprend également l'allocation (rationnement) de ressources limitées afin de viser le plus grand bien pour le plus grand nombre de patients (Christian 2019).

La priorisation en cas extrême de pandémie est un défi à la fois clinique, organisationnel et psychologique; les personnes chargées d'évaluer les patients et de prendre les décisions concernant la priorisation des patients doivent avoir l'expérience et la formation appropriées ainsi que la résilience personnelle et le soutien organisationnel/logistique nécessaires pour prendre ces décisions (Christian et coll. 2014). En outre, l'hôpital a l'obligation éthique de veiller à ce que les décisions relatives à l'allocation des ressources reflètent systématiquement des valeurs et des principes transparents, et ne soient pas prises de manière idiosyncrasique.

Une équipe de priorisation sera nommée pour chaque établissement par le DSP afin de soutenir les décisions d'allocation des ressources en matière de soins intensifs fondées sur des preuves scientifiques et sur l'éthique.

Les membres potentiels de l'équipe de priorisation seront identifiés et recevront la formation nécessaire pour exercer leur rôle. Les membres de l'équipe devront se relayer pour minimiser la fatigue physique, émotionnelle et psychologique. Pendant sa période d'exercice, cette équipe doit être disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, car la priorisation peut être nécessaire à tout moment. De même, il est essentiel que le DSP soit en mesure de fournir des données actualisées sur les ressources disponibles afin que la priorisation soit le reflet de la réalité.

Membres de l'équipe de priorisation

L'équipe de priorisation de l'établissement est composée de trois personnes, dont :

- Médecin intensiviste ou urgentologue/urgentiste (président);
- Médecin de l'établissement;

- Non-médecin ayant une expérience appropriée idéalement en éthique, ou en clinique et gestion.

Deux membres de l'équipe de priorisation peuvent opérer à distance, tandis qu'un membre du personnel médical opérera sur les sites de l'hôpital. Du personnel désigné sera également à la disposition de l'équipe de priorisation pour fournir des informations actualisées sur le flux, la capacité, les volumes, etc.

La combinaison de deux médecins permet d'évaluer les avantages des soins intensifs pour les patients en soins aigus, tandis que le non-médecin apporte son soutien en matière de rigueur procédurale et d'atténuation des biais dans les situations d'incertitude. Il s'assure du respect d'un traitement égal des cas soumis à l'équipe de priorisation, de la résolution des conflits, de la transparence et de la clarté concernant la justification éthique des décisions. Plus largement, il veille au respect des principes éthiques rappelés dans le document.

Les membres de l'équipe de priorisation doivent être déchargés de leurs tâches cliniques/professionnelles pendant un certain temps pour pouvoir participer à l'équipe de priorisation, afin d'éviter les conflits d'intérêts (par exemple, la défense des intérêts de certains patients au détriment d'autres) et minimiser l'épuisement professionnel.

5.2 Qualifications des équipes de priorisation

Tous les membres de l'équipe de priorisation doivent posséder suffisamment d'expérience en plus des éléments suivants (Biddison et al 2019) :

- Avoir de solides compétences en matière de facilitation/médiation et en matière de soins intensifs;
- Avoir des compétences en matière de raisonnement éthique et une sensibilité envers le traitement équitable des patients;
- Être engagé à éviter les biais et la discrimination;
- Avoir la capacité à gérer la complexité et à répondre à un environnement en constante évolution;
- Être résilient et courageux;
- Avoir la volonté de remettre en question et de poser des questions difficiles;
- Être engagé à la rigueur et à la transparence des procédures;
- Être capable de faciliter les décisions motivées sous pression et d'appliquer ce protocole de manière cohérente;
- Être capable de documenter les décisions de manière appropriée et d'en rendre compte tout au long de la chaîne de commandement;
- Avoir la capacité de réflexion et d'amélioration continue de la qualité.

5.3 Rôle des médecins de soins intensifs dans les unités de soins intensifs

Les médecins de soins intensifs qui ne sont pas affectés à l'équipe de priorisation continueront d'être les premiers responsables de la gestion de leur unité de soins intensifs ou d'autres activités de soins intensifs dans d'autres unités.

Les médecins de soins intensifs couvrant une unité de soins intensifs évalueront les patients au sein de leur unité sur une base continue et identifieront les patients pour lesquels les soins intensifs pourraient ne plus être conformes aux souhaits ou objectifs de soins antérieurs, conformément à la pratique clinique habituelle.

Tout patient intubé qui a un ou plusieurs diagnostics et paramètres cliniques de l'étape (1, 2, 3) en vigueur est orienté vers l'équipe de priorisation qui prendra la décision en matière de priorisation (maintien ou nouvelle orientation des soins).

5.4 Rôles du président au sein de l'équipe de priorisation

Le président de l'équipe de priorisation de l'USI aura deux rôles en tant que membre de l'équipe. L'un d'eux est celui d'expert médical, l'autre celui de président.

Expert médical

- Fournir une expertise concernant l'adéquation des patients aux soins intensifs, en utilisant, si possible, des scores pronostiques validés, ou l'expérience clinique et des variables physiologiques pour prédire la probabilité de bénéficier de soins intensifs.

Président

- Soutenir des décisions cohérentes, équitables et fondées sur des principes en matière d'allocation des ressources pour les soins intensifs en utilisant les meilleurs faits cliniques disponibles, l'application des outils de priorisation clinique et le cadre éthique.
- Assurer la liaison avec d'autres spécialités pour l'expertise du contenu (si nécessaire) afin d'informer le processus de prise de décision de l'équipe de priorisation.
- Garantir la documentation des décisions de l'équipe de priorisation (y compris les motifs, en se référant aux diagnostics et paramètres cliniques ainsi qu'au cadre éthique) dans les lieux et de la manière appropriée.
- Soutenir la communication des résultats du processus de priorisation (avec le soutien de l'équipe de priorisation) au médecin traitant, au patient ou son représentant et/ou à la famille directement (selon le cas).
- Rendre compte en temps opportun des activités de l'équipe de priorisation, ainsi que de toute difficulté/question importante liée aux processus et aux communications au DSP afin de s'assurer que les ressources, les processus et les plans actuels sont à jour.
- Soutenir l'amélioration continue de la qualité et la pratique fondée sur des données probantes, en adaptant le processus et la pratique à mesure que de nouvelles données apparaissent.
- Assurer le transfert au prochain président de l'équipe de priorisation pour garantir la cohérence des pratiques et des décisions.

5.5 Rôles du deuxième médecin et du non-médecin dans l'équipe de priorisation

Deuxième médecin

- Le deuxième médecin de l'équipe de priorisation peut être tout médecin qualifié ayant l'expérience de l'évaluation des besoins des patients en matière de soins intensifs (interniste, chirurgien, médecin urgentologue/urgentiste, anesthésiste, etc.). Son rôle est de :
 - Fournir une contribution et une seconde opinion concernant l'évaluation clinique de l'adéquation du patient aux soins intensifs, sur la base de son jugement médical des conditions de comorbidité et du pronostic du patient, et des preuves cliniques disponibles;
 - Soutenir le processus en assurant la liaison avec d'autres sous-spécialités pour l'expertise du contenu (si nécessaire) afin d'éclairer le processus de prise de décision de l'équipe de priorisation;

- Soutenir la documentation des décisions prises;
- Soutenir la pratique réflexive et l'amélioration continue de la qualité du processus;
- Soutenir la communication des décisions de l'équipe de priorisation au médecin traitant et au patient ou à la famille directement (selon les besoins).

Membre non-médecin

Le membre de l'équipe de priorisation non-médecin doit être idéalement une personne ayant des compétences en éthique (c'est-à-dire conseiller en éthique de l'établissement), ou un dirigeant (c'est-à-dire directeur ou gestionnaire). Ses responsabilités sont les suivantes :

- Garantir le respect du processus;
- Soutenir la transparence et la cohérence de l'application des diagnostics et paramètres cliniques;
- Identifier et traiter les situations d'ambiguïté procédurale ou de partialité possible;
- Soutenir la délibération et la résolution des conflits;
- Assurer le respect du cadre éthique;
- Veiller à ce que soit réalisée la documentation d'appui des décisions;
- Assurer la responsabilité de l'équipe de priorisation en rendant compte des activités au DSP;
- Soutenir la résilience de l'équipe par des processus de débriefing et l'accès à un soutien psychologique et éthique si nécessaire.

5.6 Rôle des médecins consultants

On prévoit que plusieurs des diagnostics et paramètres cliniques nécessiteront l'avis d'experts pour déterminer la probabilité de survie du patient et donc son admissibilité aux rares ressources de soins intensifs. Les médecins consultants doivent être disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour fournir en temps utile (dans l'heure qui suit) une contribution à l'estimation de la survie d'un patient afin de faciliter les décisions de priorisation, tout en reconnaissant que ces estimations peuvent ne pas être parfaites, mais sont probablement plus précises que le jugement d'un non-expert.

Le rôle de ces médecins consultants n'est pas de défendre les intérêts des patients individuels, mais de fournir leur évaluation la plus précise du pronostic anticipé du patient à court terme, à la lumière des diagnostics et paramètres cliniques prévus.

5.7 Prise de décision de l'équipe de priorisation

Dans l'idéal, l'équipe de priorisation prendra des décisions par consensus des trois membres par le dialogue, la délibération et la consultation appropriée pour clarifier les zones d'incertitude clinique. Les décisions seront conformes aux directives des autorités provinciales. Si une situation clinique ne permet pas aux trois membres de parvenir à une décision unanime, ils devront/pourront demander l'avis d'un confrère consultant. En cas d'égalité concernant l'état clinique, autrement dit à pronostics et risques de sevrage ventilatoire prolongé égaux, la priorisation sera déterminée à l'aide des **règles de décision** prévues : cycle de vie en premier, membre du personnel soignant ensuite et, en dernier, la randomisation.

5.8 Conflits d'intérêts

Les membres de l'équipe de priorisation doivent se récuser de tout cas impliquant des conflits d'intérêts :

- Des parents (par naissance ou par alliance) ou des amis;
- Collègues professionnels proches;
- Toute situation dans laquelle ils estiment avoir un préjugé qui prédétermine leur analyse (c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas juger sur la base des indications et paramètres du protocole de priorisation).

5.9 Communication des décisions de l'équipe de priorisation

Communication lors de l'admission

- Dans la mesure du possible, le personnel et les médecins communiqueront les éléments suivants aux patients lors de leur admission :
 - Que l'établissement répond à une augmentation de la demande de ressources pour les soins intensifs et que, dans certains cas, les soins intensifs peuvent ne pas être offerts;
 - Que le patient avec sa famille ou ses proches sera encouragé à participer à la prise de décision concernant son plan de soins en amont du processus de priorisation.
- Il est primordial que la détermination du niveau d'intervention médicale (NIM) du patient soit amorcée dès son arrivée et que celui-ci soit conforme aux volontés et valeurs du patient, mais également au pronostic relié à sa condition médicale.

Communication des résultats de la priorisation

Les résultats de chaque décision de l'équipe de priorisation seront communiqués au médecin qui s'occupe du patient. L'équipe de priorisation aidera et soutiendra au besoin le médecin ou l'unité de soins intensifs pour communiquer au patient ou à son représentant les décisions de priorisation qu'elle aura prises. Le type de soutien peut varier en fonction de la relation (ou de l'absence de relation) du médecin traitant avec le patient et sa famille, de la situation clinique ou d'autres facteurs, notamment l'accès à d'autres soignants significatifs du patient ou de sa famille, comme les travailleurs sociaux.

Préalablement à l'admission aux soins intensifs, le médecin qui s'occupe du patient lui communiquera ce qui suit :

- « Nous pourrions vous admettre aux soins intensifs. Vous devez comprendre que, dans le contexte actuel de la pandémie, l'équipe traitante devra réévaluer régulièrement la pertinence et la continuation de certains traitements offerts. Si des soins intensifs ne sont plus justifiés, vous recevrez tous les autres soins nécessaires selon votre condition. Vous et votre famille serez informés de l'évolution de la situation et de l'orientation préconisée, le cas échéant. »

L'équipe de priorisation s'assurera que les décisions de priorisation sont documentées de manière appropriée dans le dossier médical du patient.

L'équipe de priorisation rendra également compte par écrit de ses décisions, des tendances et des observations/apprentissages du processus quotidiennement (et sur demande).

Soutien aux patients (pour plus de détails, consulter la section 5.10)

- Il importe que les travailleurs sociaux, les psychologues et les intervenants en soins spirituels apportent soutien et réconfort dans la communication des résultats des décisions de l'équipe de priorisation.
- Les travailleurs sociaux peuvent fournir un soutien pour coordonner les discussions urgentes avec les familles, ainsi qu'une aide en matière de ressources.
- Les restrictions relatives aux visiteurs doivent être assouplies pour les patients en fin de vie ou en phase palliative, à négocier par l'équipe clinique.

5.10 Soutien moral et psychosocial aux professionnels et au personnel lié au plan de pandémie

De telles expériences cliniques, l'application de tels processus décisionnels complexes, déchirants et surtout répétés sont à proprement parler des événements à potentiel traumatique (EPT) pour les équipes de soins. Il est primordial que celles-ci soient soutenues et qu'elles reçoivent un support adéquat en regard de leurs réactions psychologiques possibles à court, moyen et long termes.

Dans un premier temps, il importe que les équipes (équipes de priorisation et personnel soignant) puissent recevoir du soutien en cours de processus décisionnel du protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs. Dans le but de permettre aux équipes de demeurer concentrées sur leurs tâches cliniques, de permettre de ventiler les peurs, les préoccupations ou même la colère qui, légitimement, naîtra d'une situation médicale aussi extrême, de l'aide adéquate doit leur être offerte en continu. Des professionnels (éthiciens cliniques, travailleurs sociaux ou psychologues) habilités et formés au débriefing et à la gestion de situations de crise doivent être assignés en soutien à l'équipe de priorisation ainsi qu'aux professionnels et au personnel.

En seconde instance, le potentiel véritablement traumatique d'une situation ne se concrétise souvent qu'après coup. Lors de la situation, de nombreux mécanismes de défense adéquats sont déployés par les humains déjà bien outillés pour les situations de crise. À la suite de l'événement, parfois des heures, des jours ou des semaines après, l'insupportable apparaît. Ces équipes pourraient en porter les traces. Des techniques de débriefing spécifiques au milieu hospitalier doivent être appliquées auprès des équipes par des professionnels habilités à le faire.

Deux moyens sont à mettre en place pour offrir le soutien moral et psychosocial aux professionnels et au personnel.

1. Impliquer les services de consultation en éthique clinique;
2. Impliquer les équipes psychosociales de l'établissement en soutien.

Les moyens proposés sont importants, car les événements potentiellement traumatiques peuvent amener des troubles psychologiques spécifiques comme les troubles de stress aigu, les troubles anxieux, la dépression majeure ou les troubles de stress post-traumatique. Ces derniers doivent être traités rapidement afin d'éviter toute chronicisation. Un accès rapide à des soins psychologiques ou psychiatriques appropriés doit être mis en place.

5.11 Soutien psychosocial aux patients et proches lié au plan de pandémie

Il est à noter que les proches des patients admis aux SI ou non, pourraient ne pas avoir de contact avec eux. Concrètement, cela signifie que des décès adviendront sans la présence des proches. Ces proches auront nécessairement besoin de soutien psychosocial afin de faire face à ce contexte non souhaitable en temps normal. Les ressources psychosociales de première ligne devront répondre dans un délai raisonnable à ce type de demande de consultation.

Suggestions de stratégie d'accompagnement des patients et des proches

Les CISSS et CIUSSS ainsi que chaque établissement devront mettre en place des mécanismes afin de s'assurer qu'un accompagnement en tout temps sera offert aux personnes vulnérables (ex. : aînés, personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, troubles mentaux) en lien avec l'application du protocole de priorisation (accueil, évaluation, communications, etc.). Les directions cliniques devront déterminer de quelle façon ces mécanismes s'actualiseront.

Si un patient n'est pas priorisé aux soins intensifs ou a un congé prématuré des soins intensifs, il est proposé de mettre en place les mesures suivantes pour alléger la souffrance et le fardeau de ses proches :

- 1. Des mises à jour quotidiennes aux proches « Ligne dédiée ».** Donner régulièrement par téléphone et/ou par courriel de l'information sur l'état de santé du patient, physique et psychologique, son lieu d'hospitalisation s'il est déplacé, les types de soins administrés, etc. Ce moyen de communication pourra aussi servir aux intervenants qui devraient contacter les proches pour des informations particulières. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser les proches dans l'ignorance d'une situation critique.
- 2. Un soutien psychologique aux proches.** Mettre en place un numéro de téléphone pour le soutien psychosocial aux proches avec des professionnels formés en la matière (pendant l'épisode de soins, mais aussi après l'annonce éventuelle d'un décès). Aussi, l'annonce au patient et aux proches d'un choix de priorisation défavorable devrait être faite par un intervenant avec les compétences psychologiques adéquates. La possibilité de discuter avec un intervenant spirituel devrait aussi être offerte. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour accompagner les proches dans leur détresse psychologique.
- 3. Une capacité de communication entre le patient et ses proches.** Fournir au patient des moyens de communication accessibles/adaptés. Mettre à disposition un accès internet vidéo portable (téléphone intelligent, tablette, etc.) pour qu'il puisse voir ses proches ou minimalement lui donner accès à un téléphone s'il n'a pas de cellulaire (fréquent chez les personnes âgées). Et si la mort est imminente, il faut favoriser la présence d'un proche en assurant sa sécurité ou minimalement donner la possibilité d'une dernière vidéo ou discussion par téléphone dans une atmosphère sereine. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser une personne mourir seule.
- 4. Un espace palliatif.** Aménager un espace spécial pour les personnes redirigées implicitement en soins palliatifs afin qu'elles puissent mourir dans la dignité et une atmosphère paisible (par exemple une pièce isolée sans éclairage ou bruit agressant) propice à l'accompagnement d'un proche ou à un dernier contact intime à distance. La présence d'un intervenant spirituel pourrait aussi être proposée. Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour ne jamais laisser une personne mourir dans des conditions dégradantes.
- 5. Une page Web dynamique d'informations spécifiques à la situation.** Offrir un support informationnel Web à l'intention des proches pour leur communiquer des informations valides relatives aux types de soins prodigués, l'état des services, les procédures et protocoles en place, le développement général de la situation, des messages de réconfort, des liens vers des services connexes pouvant aller du commissaire aux plaintes à des

services de soutien complémentaires pertinents, etc.;

Dans tous les cas, trouver les moyens nécessaires pour que les proches aient accès en tout temps à de l'information pertinente sur les services offerts.

5.12 Examen de la qualité

Un comité central de priorisation se réunira quotidiennement (ou selon les besoins) pour examiner les activités et les décisions. Ce groupe, présidé par le DSP (ou la personne qu'il désigne) sera composé des personnes suivantes : le ou les présidents disponibles de l'équipe de priorisation, le chef des soins intensifs, d'autres médecins spécialistes au besoin, un éthicien, et d'autres ressources pertinentes.

- L'objectif de ce processus d'établissement de rapports par le biais du Comité central de priorisation est d'examiner :
 - Les demandes actuelles de soins intensifs dans tous les sites et dans toute la région;
 - Les informations épidémiologiques/cliniques récentes et émergentes sur l'épidémie, y compris les modalités de traitement et les résultats des soins intensifs;
 - La cohérence des décisions et application des diagnostics et paramètres cliniques;
 - Le processus de documentation et de communication;
 - Les résultats du processus;
 - Les défis du processus;
 - Les apprentissages sur le processus;
 - Les changements recommandés au processus pour s'adapter aux réalités changeantes.

Toutes modifications à ce protocole seront proposées au sous-comité des soins critiques du MSSS par le DSP.

6. Documentation

6.1 Documentation de l'état de priorisation du patient

- Il est prévu que les diagnostics et paramètres cliniques, une fois connus, ne changent généralement pas pendant le séjour du patient (à l'exception du score ProVent, évalué à 21 jours de séjour en soins intensifs). Les diagnostics et paramètres cliniques pour les 3 étapes de priorisation doivent être complétés lors de l'évaluation initiale.
- Les formulaires d'évaluation pour l'accès aux soins intensifs adultes en situation extrême de pandémie doivent être conservés dans le dossier du patient (avec le formulaire NIM du patient) pour un accès facile, une copie étant conservée par l'équipe de priorisation pour référence.

Le président de l'équipe de priorisation est responsable de la documentation des délibérations et des décisions de l'équipe de priorisation, avec le soutien de celle-ci. Un journal des réunions de l'équipe de priorisation est tenu, avec enregistrement :

- Date et heure de la réunion;
- Membres de l'équipe de priorisation présents;
- Patients examinés (identifiés par le numéro de dossier ou le numéro de la RAMQ);
- Quels patients ont été approuvés pour les soins intensifs, lesquels ne l'ont pas été;
- Notation de tous les patients;
- Justifications des décisions de priorisation des patients (selon les diagnostics et paramètres cliniques établis);

- Possibilités d'amélioration de la qualité, questions et défis à soumettre au comité central de priorisation sous l'autorité du DSP.

Le journal sera conservé dans un fichier désigné, auquel seuls les membres de l'équipe de priorisation auront accès.

7. Définitions et liste d'acronymes

Équipe de priorisation - Équipe de trois personnes qui sont autorisées à prendre des décisions de priorisation en situation extrême de pandémie et d'allocation des ressources de soins intensifs.

Sous-comité soins critiques :

Le principe du **cycle de vie** : « La mort semble plus tragique quand un enfant ou un jeune adulte meurt que lorsque c'est une personne âgée - pas parce que la vie des personnes plus âgées a moins de valeur, mais plutôt parce que la personne plus jeune n'a pas eu l'occasion de vivre et de se développer à travers les différents stades de la vie. » (Emmanuel & Wertheimer, 2006). Le principe du cycle de vie soutient cette idée d'équité intergénérationnelle et suggère de prioriser ceux qui en sont à un stade plus précoce de la vie. Ce principe ne favorise pas les plus jeunes par rapport aux plus vieux en terme absolu, mais, entre deux personnes ayant un même pronostic clinique, il donne plutôt priorité à la personne qui se trouve à un stade moins avancé.

Liste des acronymes

CEPPP : Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public
 CHU : Centre hospitalier universitaire
 CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal
 CMQ : Collège des médecins du Québec
 CUSM : Centre universitaire de santé McGill
 CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux
 CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
 COOLSI : Centre d'optimisation occupation des lits de soins intensifs
 COVID-19 : Maladie à coronavirus 2019
 DSP : Directeur des services professionnels
 EPT : Événement à potentiel traumatique
 ICM : Institut de cardiologie de Montréal
 IUCPQ : Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
 MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
 NIM : Niveau d'intervention médicale ou niveau de soin
 NYHA : *New York Heart Association*
 RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec
 SRAS-CoV-2 : coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère
 SI : Soins intensifs
 UdeM : Université de Montréal
 USI : Unité de soins intensifs

8. Plan provincial de contingence

Le plan de contingence provincial et des soins intensifs détermine les niveaux d'alerte et les mesures qui s'ensuivent se retrouvent dans ce plan.

9. Références

Académie Suisse des Sciences Médicales. Pandémie Covid-19 : Triage des traitements de soins intensifs en cas de pénurie des ressources. 2020.

ACPM - Cadres de référence en matière d'éthique et protocoles d'affectation des ressources en soins intensifs pendant la pandémie de COVID-19. Juin 2020 repéré à <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2020/navigating-ethical-frameworks-and-critical-care-resource-allocation-protocols-amid-covid-19>

Aziz, S., Arabi, Y. M., Alhazzani, W., Evans, L., Citerio, G., Fischkoff, K... & Azoulay, E. (2020). Managing ICU surge during the COVID-19 crisis : rapid guidelines. *Intensive Care Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06092-5>

Azoulay E, Soares M, Darmon M, Benoit D, Pastores S, Afessa B. Intensive care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges. *Ann Intensive Care*. 2011; 1 (1) : 5.

Bailey, T. M., Haines, C., Rosychuk, R. J., Marrie, T. J., Yonge, O., Lake, R., ... & Ammann, M. (2011). Public engagement on ethical principles in allocating scarce resources during an influenza pandemic. *Vaccine*, 29 (17), 3111-3117.

Bellelli, G., Rebori, P., Valsecchi, M.G. et al. Frailty index predicts poor outcome in COVID-19 patients. *Intensive Care Med* 46, 1634–1636 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06087-2>

Berlinger, N., Wynia, M., Powell, T., Hester, M., Milliken, A., Fabi, R., et coll. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. Hasting Center, March 16, 2020.

Biddison, L.D., Gwon, H.S., Schoch-Spana, M., Regenber, A.S.C., Juliano, C., Faden, R.R. et al. Scarce Resource Allocation During Disasters. A Mixed-Method Community Engagement Study. *CHEST* 2018; 153(1) :187-195.

Brummel NE, Bell SP, Girard TD, et coll. Frailty and Subsequent Disability and Mortality among Patients with Critical Illness. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017; 196 (1) : 64-72.

Carson SS, Garrett J, Hanson LC, et coll. A prognostic model for one-year mortality in patients requiring prolonged mechanical ventilation. *Crit Care Med*. 2008; 36 (7) : 2061-2069.

Christian MD, Sprung CL, King MA, et coll. Triage : care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014;146(4 Suppl):e61S-74S.

Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, et coll. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ*. 2006;175(11):1377-1381.

Darmon M, Bourmaud A, Georges Q, et coll. Changes in critically ill cancer patients' short-term outcome over the last decades: results of systematic review with meta-analysis on individual data. *Intensive Care Med*. 2019;45(7):977-987.

Daugherty Biddison, E. L., Gwon, H., Schoch-Spana, M., Cavalier, R., White, D. B., Dawson, T., ... & Toner, E. S. (2014). The community speaks: understanding ethical values in allocation of

scarce lifesaving resources during disasters. *Annals of the American Thoracic Society*, 11(5), 777-783.

DeCoster, B. (2006). Currents in Contemporary Ethics: Avian Influenza and the Failure of Public Rationing Discussions. *Law, Medicine & Health Care*, 34(3), 620-624.

Devereaux, A.V., Dichter, J. R., Christian, M.D., Dubler, N.N., Sandroock, C.E., Hick, J.L., et coll. (2008). Definitive Care for the Critically Ill During a Disaster: A Framework for Allocation of Scarce Resources in Mass Critical Care - From a Task Force for Mass Critical Care Summit Meeting, January 26-27, 2007, Chicago, IL. *Chest*, 133(5), 51S.

Douglas, W. Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency. March 21, 2020.

Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., et coll. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time Covid-19. *N Engl J Med*. 2020.

Emanuel, E. J., & Wertheimer, A. (2006). Who Should Get Influenza Vaccine When Not All Can? *Science*, 312, 854-855.

Emergency Management and Civil Protection Act, R.S.O. 1990, c. E.9

Farmer, Y. (2012) La distribution aléatoire des ressources en santé : pour un modèle hybride équilibrant les principes de justice et de maximisation, *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, Vol. 103, No. 2 pp. 119-121, repéré à <https://www.jstor.org/stable/41995721>

Fernando SM, McIsaac DI, Rochweg B, et al. Frailty and associated outcomes and resource utilization following in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2020; 146:138-144.

Gardam, M., Liang, D., Moghadas, S.M., Wu, J., Zeng, Q., & Zhu, H. (2007). The impact of prophylaxis of healthcare workers on influenza pandemic burden. *Journal of The Royal Society Interface*, 4(15), 1742-5689.

Gostin, L.O. (2006). Medical Countermeasures for Pandemic Influenza: Ethics and the Law. *Journal of the American Medical Association*, 295(5), 554-556. doi: 10.1001/jama.295.5.554.

HEWITT, Jonathan, CARTER, Ben, VILCHES-MORAGA, Arturo, et al. The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. *The Lancet Public Health*, 2020, vol. 5, no 8, p. e444-e451.

Haas, L. E., de Lange, D. W., van Dijk, D., & van Delden, J. J. (2020). Should we deny ICU admission to the elderly? Ethical considerations in times of COVID-19. *Critical Care*, 24(1), 1-3.

Hick, J.L., Rubinson, L., O'Laughlin, D.T., & Farmer, J.C. (2007). Clinical review: Allocating Ventilators During Large-scale Disasters – Problems, Planning, and Process. *Critical Care*, 11(3), 217. doi: 10.1186/cc5929.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux -INESSS (2016). Les niveaux de soins. Normes et standards de qualité, repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Guide_NiveaudeSoin.pdf

Joeleges and Biller-Andorno *Critical Care* (2020) Ethics guidelines on COVID-19 triage—an emerging international consensus, 24:201 <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02927-1>

Larkin, G., & Arnold, J. (2003). Ethical Considerations in Emergency Planning, Preparedness, and Response to Acts of Terrorism. *Prehospital and Disaster Medicine*, 18(3), 170-179.

- Leroy G, Devos P, Lambiotte F, Thevenin D, Leroy O. One-year mortality in patients requiring prolonged mechanical ventilation: multicenter evaluation of the ProVent score. *Crit Care*. 2014; 18 (4) : R155.
- Maves, R. C., Downar, J., Dichter, J. R., Hick, J. L., Devereaux, A., Geiling, J. A., ... & Rubinson, L. L. (2020). Triage of scarce critical care resources in COVID-19: an implementation guide for regional allocation - An expert panel report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians. *Chest*. 158(1):212-225
- Muscedere J, Waters B, Varambally A, et coll. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2017;43(8):1105-1122.
- Ontario Health Plan for an Influenza Pandemic, August 2008. http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/emu/pan_flu/ohpip2/plan_full.pdf
- Pandemic Influenza Working Group. (2005). Stand on Guard for Thee: Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza. University of Toronto Joint Centre for Bioethics.
- Public Health Agency of Canada. (2006). The Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector. Public Health Agency of Canada. Retrieved January 16, 2009, from <http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/>.
- Ritvo P, Perez DF, Wilson K, et coll. Canadian national surveys on pandemic influenza preparations : pre-pandemic and peri-pandemic findings. *BMC Public Health*. 2013;13:271.
- Sztajnkrzyer, M., Madsen, B., & Baez, A. (2006). Ethical planning for an influenza pandemic. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 24, 749-768.
- Tabery, J., & Mackett, C. W. I. (2008). Ethics of Triage in the Event of an Influenza Pandemic. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2(2), 114-118.
- Thompson, Alison K., Faith, Karen, Gibson, Jennifer L., et al. Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. *BMC medical ethics*, 2006, vol. 7, no 1, p. 12. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1698926/pdf/1472-6939-7-12.pdf>
- Truog, R. D., Mitchell, C., & Daley, G. Q. (2020). The toughest triage—allocating ventilators in a pandemic. *New England Journal of Medicine*, 382(21), 1973-1975.
- Udeh CI, Hadder B, Udeh BL. Validation and Extension of the Prolonged Mechanical Ventilation Prognostic Model (ProVent) Score for Predicting 1-Year Mortality after Prolonged Mechanical Ventilation. *Ann Am Thorac Soc*. 2015; 12 (12) : 1845-1851.
- Vawter, D. E., Gervais, K. G., & Garrett, J. E. (2007). Allocating pandemic influenza vaccines in Minnesota: Recommendations of the Pandemic Influenza Ethics Work Group. *Vaccine*, 25 (35), 6522-6536. doi : 10.1016/j.vaccine.2007.05.057.
- Vincent, J. L., & Creteur, J. (2020). Ethical aspects of the COVID-19 crisis : How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 248-252.
- Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the “fair innings” argument. *Health Econ*. 1997;6(2):117-132. doi:10.1002/(SICI)1099-1050 (199703)6:2<117:: AID-HEC256>3.0.CO; 2-B
- Winsor S, Bensimon CM, Sibbald R, et al. Identifying prioritization criteria to supplement critical care triage protocols for the allocation of ventilators during a pandemic influenza. *Healthc Q*. 2014;17(2):44-51.
- Zimmerman, R. K. (2007). Rationing of influenza vaccine during a pandemic: Ethical analyses. *Vaccine*, 25, 2019-2026.

10. Annexes

Annexe A : Processus détaillé de consultation printemps 2020

Des consultations ont été réalisées lors du processus d'élaboration du protocole national triage aux soins intensifs. Les activités menées entre le 17 et le 25 mars 2020 sont présentées ici.

Équipe projet

Mandat : L'équipe projet a pour mandat de planifier l'élaboration d'un protocole national de triage aux soins intensifs dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 au Québec, de coordonner et de réaliser les consultations auprès des parties prenantes, d'intégrer les commentaires et de rédiger les versions du document en vue de son approbation par le comité ministériel en soins intensifs. Elle a fondé ses travaux sur les meilleures données scientifiques disponibles et sur une analyse des divers protocoles de triage disponibles pour consultation à travers le monde.

Composition :

Marie-Ève Bouthillier (responsable) Bureau de l'éthique clinique (UdeM) et CISSS de Laval
Michel Lorange, éthicien clinique et organisationnel, CISSS de Laval
Marie-Claude Laflamme, adjointe à la directrice, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, CISSS de Laval
Jean-Simon Fortin, conseiller en éthique, CISSS de Laval

Comité de travail #1

Mandat : Le premier comité de travail a formulé des orientations sur la conduite du projet, a donné son avis sur les versions partagées du protocole national de triage aux soins intensifs, en plus de rappeler le contexte gouvernemental et provincial d'implantation des recommandations. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (20 membres) : MSSS, conseillers en éthique, avocats, professionnels de la santé et des services sociaux et gestionnaires.

Nom	Rôle	Appartenance
Natacha Besançon	Conseillère en éthique	CUSM
Marie-Ève Bouthillier	Responsable/Éthicienne/Bureau éthique UdeM	CISSS de Laval
Michael Chassé	Intensiviste	CHUM
Geneviève Dupont-Thibodeau	Intensiviste pédiatrique	CHU Sainte-Justine
Claudine Fecteau	Conseillère en éthique	MSSS-DGCPPQ
Isabelle Jeanson	Travailleuse sociale	CISSS de Laval
Marie-Claude Laflamme	Adjointe à la directrice, DQEPE	CISSS de Laval
Renaud-Xavier Leblanc	Urgentologue	CISSS de Laval
Mark Liszkowski	Chef des soins intensifs	ICM
Michel Lorange	Conseiller en éthique	CISSS de Laval
Pierre Ouellette	Médecin soins palliatifs	CISSS de Laval
Camille Paquin	Avocate	CISSS de Laval
Antoine Payot	Néonatalogiste, responsable Bureau éthique UdeM	CHU Sainte-Justine
Élodie Petit	Conseillère en éthique	ICM
Marie-Ève Poirier	Psychologue	CISSS de Laval
Isabelle Routhier	Avocate	CISSS de Laval

Nom	Rôle	Appartenance
Mathieu Simon	Pneumologue intensiviste	IUCPQ
Hugues Vaillancourt	Conseiller en éthique	MSSS-DGCPPQ
Lucie Wade	Conseillère en éthique	CUSM
Jean-Simon Fortin	Conseiller en éthique	CISSS de Laval

Comité de révision #1

Mandat : Le deuxième comité de travail, conviant une diversité de perspectives professionnelles, a donné son avis sur les versions partagées du protocole national de triage aux soins intensifs. Il a également informé l'équipe projet quant à l'applicabilité du protocole dans les milieux de pratiques à travers le réseau de la santé et des services sociaux. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (28 membres) : Directions générales (MSSS), direction nationale (MSSS), conseillers en éthique, avocats, professionnels de la santé et des services sociaux, gestionnaires, patient partenaire.

Nom	Rôle	Appartenance
Valérie Badro	Conseillère en éthique	CIUSSS NIM
Marie-Ève Bouthillier	Responsable/Éthicienne/Bureau éthique UdeM	CISSS de Laval
Macha Bourdages	Chef des soins intensifs pédiatriques	CHU de Québec
Franco Carnevale	Éthicien clinique, infirmier, psychologue	Université McGill
Joseph Dahine	Intensiviste, Directeur médical, DQEPE	CISSS de Laval
Annie Dubois	Gestionnaire, coordonnatrice médicale	CISSS de Laval
Vincent Dumez	Co-Dir., Centre d'excellence partenariat soin	DCPP, UdeM
Amélie Dupont-Thibodeau	Néonatalogiste, conseillère en éthique	CHU Sainte-Justine
Claudine Fecteau	Conseillère en éthique	MSSS-DGCPPQ
Jean-Simon Fortin	Conseiller en éthique	CISSS de Laval
Nathalie Gaucher	Urgentologue pédiatrique, Bureau éthique UdeM	CHU Sainte-Justine
Kevin Hayes	Conseiller en éthique	CIUSSS COM
Paul-André Lachance	Urgentologue	CISSS de Laval
Marie-Claude Laflamme	Adjointe à la directrice, DQEPE	CISSS de Laval
Daniel LaRoche	DQEPE	CHU de Québec
Annie Lecavalier	Intensiviste	CISSS de Laval
Marie-Claude Levasseur	Infirmière, coordonnatrice unité éthique	CHU Sainte-Justine
Michel Lorange	Éthicien clinique et organisationnel	CISSS de Laval
Isabelle Mondou	Conseillère en éthique	CMQ
Mathieu Moreau	Médecin de famille travaillant aux soins intensifs et à l'urgence	CIUSSS NIM
Louise Passerini	Pneumologue intensiviste	CISSS-MC
Diane Poirier	Présidente du comité ministériel des soins critiques Covid-19 et responsable du COOLSI au MSSS	DCM-MSSS
Saieem Razack	Chef soins intensifs pédiatrique	CUSM
Delphine Roigt	Conseillère en éthique	CIUSSS EIM

Nom	Rôle	Appartenance
Sébastien Roulier	Chef soins intensifs pédiatrique	CIUSSS de l'Estrie - CHUS
Baruch Toledano	Chef soins intensifs pédiatrique	CHU Sainte-Justine
Hugues Vaillancourt	Conseiller en éthique	MSSS-DGCPPQ
Paul Warshawsky	Intensiviste	CIUSSS COM
Matthew-John Weiss	Intensiviste pédiatrique	CHU de Québec

Comité de révision #2

Mandat : Le comité de révision a donné son avis sur la version finale du protocole national de triage aux soins intensifs. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (47 membres) : MSSS, conseillers en éthique, avocats, professionnels de la santé et des services sociaux, gestionnaires et patient partenaire. Ces personnes sont l'ensemble des noms figurant aux comités de travail et de révision 1.

Comité consultatif de patients

Mandat : Le comité de patients a donné son avis sur une version partagée du protocole national de triage aux soins intensifs. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (4 membres) : Patients

Comité consultatif de l'INESSS

Mandat : Le comité composé de professionnels scientifiques de l'INESSS a soutenu la revue de la littérature scientifique et grise. Ce comité a donné son avis sur les versions partagées du protocole national de triage aux soins intensifs. La formulation finale du protocole n'engage pas la responsabilité des membres de ce comité.

Composition (4 membres) : Professionnels scientifiques (éthique et méthodologie).

Nom	Rôle	Appartenance
Isabelle Ganache	Directrice, Bureau – Méthodologies et éthique	INESSS
Catherine Olivier	Professionnelle scientifique - volet éthique	INESSS
Monika Wagner	Professionnelle scientifique en méthodologie	INESSS
Olivier Demers-Payette	Professionnel scientifique en méthodologie	INESSS

Annexe B : L'éthique de l'allocation des ressources en contexte de pénurie

Les décisions prises dans un contexte de pandémie ont plus de chances d'être éthiquement rigoureuses et publiquement acceptables si les processus décisionnels respectent les principes de procédure et de fond décrits ci-dessous.

Ces principes procéduraux sont les suivants :

- **Ouverture et transparence** - Le processus de prise de décision doit être documenté et communiqué de manière à être ouvert à l'examen et le fondement des décisions doit être expliqué. Dans la mesure du possible, les patients et les familles doivent être informés de l'étape de priorisation des patients afin de veiller à la transparence des décisions.
- **Raisonné** - Les décisions doivent être fondées sur des motifs (par exemple, des preuves, des principes, des valeurs) et être prises par des personnes crédibles et responsables.
- **Inclusives** - Les décisions doivent être prises explicitement en tenant compte des points de vue des parties prenantes et ces dernières doivent avoir la possibilité de participer au processus décisionnel.
- **Réactivité** - Les décisions doivent être réexaminées et révisées à mesure que de nouvelles informations apparaissent, et les parties prenantes doivent avoir la possibilité d'exprimer leurs préoccupations concernant les décisions (par exemple, mécanismes de règlement des litiges et des plaintes).
- **Responsabilité** - Il devrait y avoir des mécanismes pour garantir que la prise de décision éthique est maintenue tout au long de la réponse.

Le plan de lutte contre la pandémie du Québec fait également appel aux valeurs éthiques de fond suivantes. Ces valeurs éthiques peuvent être en conflit les unes avec les autres et nécessitent une analyse pour déterminer comment les pondérer dans des circonstances spécifiques.

Liberté individuelle. La liberté individuelle (c'est-à-dire le respect de l'autonomie) est une valeur inscrite dans nos lois et dans la pratique des soins de santé. Pendant une pandémie, il peut être nécessaire de restreindre la liberté individuelle afin de protéger le public contre des atteintes graves. La liberté individuelle peut être préservée dans la mesure où les limites imposées et les raisons qui les justifient sont transparentes. Dans le contexte d'une priorisation pour l'accès aux soins intensifs, cette valeur est pertinente dans la mesure où le consentement du patient/du MSD pour le retrait ou l'interruption du traitement en unité de soins intensifs peut ne pas être requis, mais les raisons du refus du traitement doivent être rendues transparentes.

Protection du public contre les préjudices. Les autorités de santé publique ont l'obligation de protéger le public contre tout préjudice grave, notamment en réduisant au minimum les maladies graves, les décès et les perturbations sociales.

Équité. Tous les patients ont droit, sur un pied d'égalité, à recevoir les soins de santé dont ils ont besoin. Cela ne sera pas possible en cas de pandémie. Dans ces circonstances, les décideurs veilleront à une répartition équitable des avantages et des charges :

- En s'efforçant de préserver autant d'équité que possible entre les besoins des patients souffrant de la COVID-19 et ceux des patients qui ont besoin d'un traitement urgent pour d'autres maladies ou blessures.
- En établissant des processus/règles de décision équitables.

- En veillant à la proportionnalité des décisions pour ne pas affecter négativement un trop grand nombre de personnes que celles qui auraient été affectées si nous avions utilisé une approche « premier arrivé, premier servi », notamment parmi les groupes vulnérables.

Obligation de fournir des soins. Les travailleurs de la santé ont le devoir éthique de fournir des soins et de soulager.

Réciprocité. La société a la responsabilité éthique de soutenir ceux qui sont confrontés à une charge disproportionnée dans la protection du bien public. Pendant une pandémie, la charge la plus lourde incombera aux praticiens de la santé publique, aux travailleurs des services essentiels, aux travailleurs de la santé et aux familles des patients. Les travailleurs de la santé seront appelés à assumer des tâches élargies et pourraient souffrir de stress physique et émotionnel, et être isolés de leurs pairs et de leur famille. Les organisations de soins de santé ont l'obligation de fournir un soutien approprié pour aider les travailleurs de la santé à faire face au stress extraordinaire d'une pandémie.

La confiance. La confiance est un élément essentiel de la relation entre le gouvernement et les citoyens, entre les travailleurs de la santé et les patients/familles, entre les organisations et leur personnel, et entre les organisations au sein d'un système de santé. Pendant une pandémie, certaines personnes peuvent percevoir les mesures visant à protéger le public contre les préjudices (comme la limitation de l'accès à certains services de santé) comme une trahison de la confiance. Afin de maintenir la confiance pendant une pandémie, les décideurs doivent :

- Prendre des mesures pour établir la confiance avec les parties prenantes avant que la pandémie ne se produise et tout au long de son évolution;
- Veiller à ce que les processus décisionnels soient éthiques, cohérents et transparents.

L'intendance. Dans notre société, tant les institutions que les individus se verront confier la gestion de ressources rares, tels que les vaccins, les antiviraux, les respirateurs, les lits d'hôpitaux et même les travailleurs de la santé. Les personnes chargées de la gouvernance devraient être guidées par la notion d'intendance, qui comprend la protection et le développement des ressources et la responsabilité du bien-être public. Pour assurer une bonne gestion de ressources rares, les décideurs tiendront compte à la fois des avantages pour le bien public et de l'équité (c'est-à-dire la répartition équitable des avantages et des charges).

La solidarité. Cette valeur encourage les décideurs à aller au-delà de la focalisation traditionnelle de la médecine sur les droits ou les intérêts des individus, pour mettre de côté les notions d'intérêt personnel ou de territorialité. Elle considère la santé du grand public et des travailleurs de la santé comme des ressources qui méritent d'être protégées par des efforts coordonnés entre les parties prenantes.

Principes de priorisation :

- Dans le contexte non pandémique, l'allocation des ressources des soins intensifs donne généralement la priorité aux patients les plus malades. Même les patients très malades ou blessés, dont les chances de rétablissement sont minimales, sont fréquemment admis à l'unité de soins intensifs pour un essai de traitement. L'éthique médicale traditionnelle a eu tendance à se concentrer sur le devoir du médecin de soigner/représenter la personne malade; les plans de soins sont négociés avec le patient/le MD/famille sur la base des souhaits, des valeurs et des meilleurs intérêts du patient. Le consentement du patient est toujours demandé avant qu'un traitement vital ne soit suspendu ou retiré.

En cas d'augmentation mineure ou modérée des besoins en soins intensifs, les patients sont souvent transférés dans d'autres unités de l'hôpital ou dans d'autres hôpitaux de la province, afin de s'assurer qu'ils reçoivent les soins dont ils ont besoin.

- L'objectif d'une priorisation en cas extrême de pandémie est de maximiser les bénéfices en se basant sur des principes de justice distributive. Les principes mis de l'avant doivent également être mis en balance avec un modèle de justice plus égalitaire, afin de garantir la protection des groupes vulnérables de notre communauté (voir Zimmerman, 2007). Ainsi, les prestataires de soins de santé devront trouver un équilibre entre les besoins individuels des patients et les besoins de la société au sens large.
- Le processus de priorisation en cas de pandémie bouleverse l'allocation des ressources conventionnelle des soins intensifs de la manière suivante (voir Hick, 2007) :
 - La priorité est donnée aux patients qui ont le plus de chances de bénéficier de soins intensifs et de se rétablir jusqu'à leur sortie de l'hôpital en quelques jours; il ne s'agira pas des patients les plus malades, mais de ceux qui sont en meilleure santé par rapport aux autres.
 - Le devoir premier des médecins de soins intensifs sera d'allouer des ressources pour garantir que le plus grand nombre de vies soient sauvées, plutôt que de soigner des patients individuellement sans tenir compte de l'ensemble des besoins.
 - La demande de soins peut être tellement supérieure à l'offre que les décisions ne peuvent être fondées sur les seuls critères/jugements cliniques.
 - Le processus de priorisation est fondé sur la présomption que les décisions des équipes de priorisation ont une influence et que le consentement des patients/médecins du service de santé n'est pas nécessaire pour refuser ou interrompre les traitements; cela nécessite des critères rigoureux et transparents pour éviter les préjugés et garantir la cohérence et l'équité.
 - Dans le pire des cas, tous les hôpitaux de la province pourraient être submergés de patients, sans aucun endroit pour transférer les patients gravement malades.
- Un protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs ne vise pas à décider qui recevra ou non des soins. Tous les patients seront soignés. Chaque vie humaine est valorisée et chaque être humain mérite le respect, les soins et la compassion. Toutefois, cela ne signifie pas que tous les patients recevront ou devraient recevoir des soins intensifs. Ceux qui ne recevront pas de soins intensifs ne seront pas abandonnés; ils continueront à recevoir d'autres soins, les plus appropriés à leur état, et possibles dans le contexte.

Annexe C : FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME DE PANDÉMIE (*FORMULAIRE EN COURS DE NORMALISATION*)

Lien pour le formulaire officiel (Statique et dynamique) : [Formulaires normalisés du réseau \(gouv.qc.ca\)](https://gouv.qc.ca)



DT9500

**ÉVALUATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS
INTENSIFS ADULTES EN SITUATION EXTRÊME
DE PANDÉMIE**

< = moins de
> = supérieur à
≥ = supérieur ou égal à
FiO2 : Fraction inspirée en oxygène
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux
ECMO : Extra-corporel Membrane Oxygenation
MELD : Model for End-Stage Liver Disease
TLC : Capacité pulmonaire totale

SBP = Pression artérielle systolique	VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde
SpO2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls	NYHA : New York Heart Association
USI = Unité de soins intensifs	VC : Capacité vitale
PaO2 : Pression partielle d'oxygène	

Initiales des médecins		
1	2	3

Ne pas inscrire le nom

N° de dossier : _____

Date de naissance : _____ Année Mois Jour

N° d'assurance maladie : _____

Date : _____ Année Mois Jour Heure : _____

Étape de priorisation : 1 2 3

NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE (INESSS OU L'ÉQUIVALENT)	PRIORISATION REQUISE	<input type="checkbox"/> Objectif A	Prolonger la vie par tous les moyens nécessaires
		<input type="checkbox"/> Objectif B	Prolonger la vie par des soins limités
	PRIORISATION NON REQUISE*	<input type="checkbox"/> Objectif C	Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie
		<input type="checkbox"/> Objectif D	Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie
	<input type="checkbox"/>	Présence de directives médicales anticipées (excluant A et B)	
NON CONNU	Déterminer le niveau d'intervention médicale		

*Amorcer des discussions en regard des objectifs de soins appropriés avec l'usager et ses proches ou son représentant.

• **Indications cliniques de soins intensifs (doivent présenter UNE des indications suivantes)**

Critères	Présentation clinique
Exigence d'une assistance respiratoire invasive	<input type="checkbox"/> Hypoxémie réfractaire (SpO2 < 90% malgré une FiO2 > 0.50 au masque réservoir) <input type="checkbox"/> Acidose respiratoire avec pH < 7.2 <input type="checkbox"/> Signes cliniques d'insuffisance respiratoire (utilisation des muscles accessoires, fatigue respiratoire) <input type="checkbox"/> Incapacité de protéger ou d'entretenir les voies aériennes
Hypotension	<input type="checkbox"/> Pression artérielle systolique < 90mmHg ou une hypotension relative avec signes cliniques de choc réfractaire à la réanimation volémique nécessitant un soutien par vasopresseur/inotrope qui ne peut être géré hors USI (altération du niveau de conscience, diminution du débit urinaire, autre défaillance organique terminale)

• **Diagnostiques et paramètres cliniques pour l'admission aux soins intensifs**

	SECTION A Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité	SECTION A Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité	SECTION A Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité
	Nombre d'éléments de la section A présents : _____	Nombre d'éléments de la section A présents : _____	Nombre d'éléments de la section A présents : _____
A1	<input type="checkbox"/> Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 80% sur la base du score TRISS	<input type="checkbox"/> Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 50% sur la base du score TRISS	<input type="checkbox"/> Traumatisme grave avec une mortalité prévue > 30% sur la base du score TRISS
A2	<input type="checkbox"/> Brûlures graves avec 2 des paramètres suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Âge > 60 ans • 40% de la surface corporelle totale affectée • Brûlure d'inhalation qui entraîne une insuffisance respiratoire hypoxémique 		
A3	<input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> • Sans témoin • Réanimé, mais ne répondant pas à la thérapie électrique (défibrillation ou stimulation) • Arrêts cardiaques récurrents • Arrêt cardiaque nécessitant ECMO 		<input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque

< = moins de	Initiales des médecins			N° de dossier
> = supérieur à	1	2	3	
≥ = supérieur ou égal à				
FI02 : Fraction inspirée en oxygène				
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux	SBP = Pression artérielle systolique		VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde	
ECMO : Extra-corporel Membrane Oxygenation	SpO2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls		NYHA : New York Heart Association	
MELD : Model for End-Stage Liver Disease	USI = Unité de soins intensifs		VC : Capacité vitale	
TLC : Capacité pulmonaire totale	PaO2 : Pression partielle d'oxygène			

	SECTION A Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité	SECTION A Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité	SECTION A Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité
A4	<input type="checkbox"/> Maladie maligne métastatique présentant l'une des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Classe ECOG ≥ 2 • Maladie évoluant ou stable sous traitement • Plan de traitement actif avec un risque de mortalité > 80% à 1 an • Plan de traitement (expérimental) non éprouvé • Plan de traitement qui ne serait lancé que si le patient se rétablissait d'une maladie grave 	<input type="checkbox"/> Maladie maligne métastatique présentant l'une des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Classe ECOG ≥ 2 • Maladie évoluant ou stable sous traitement • Plan de traitement actif avec un risque de mortalité > 50 % à 1 an • Plan de traitement (expérimental) non éprouvé • Plan de traitement qui ne serait débuté que si le patient se rétablit d'une maladie grave 	<input type="checkbox"/> Maladie maligne métastatique
A5	<input type="checkbox"/> Événement neurologique grave et irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 80 %, sur la base : <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 4-7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, WFNS grade 5 (GCS 3-6) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT 	<input type="checkbox"/> Événement neurologique grave et irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 50 %, sur la base : <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 3-7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, WFNS grade 3-5 (GCS 3-12 OU 13-14 AVEC déficits focaux) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT • Pour les accidents ischémiques aigus, un NIHSS de 22-42 	<input type="checkbox"/> Événement ou état neurologique irréversible avec un risque de décès ou de réponse défavorable supérieur à 30 % sur la base : <ul style="list-style-type: none"> • Pour l'hémorragie intracérébrale, un score ICH modifié de 2 à 7 • Pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, le score WFNS grade 2-5 (GCS<15) • Pour les traumatismes crâniens, le score IMPACT • Pour les accidents ischémiques aigus, un NIHSS de 14-42
A6	<input type="checkbox"/> Défaillance terminale ou sévère d'un organe répondant aux paramètres suivants ET : <ul style="list-style-type: none"> • qui ne sont pas actuellement sur la liste d'attente pour le don d'organes OU • suspension des processus provinciaux de don d'organes en cas de pandémie <p>Cœur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque de classe 3 ou 4 selon la NYHA <p>Poumons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladie pulmonaire obstructive chronique avec VEMS < 30 % prévu, PaO2 de base < 55 mmHg ou hypertension pulmonaire secondaire • Oxygénéodépendance au domicile • Fibrose kystique avec VEMS post-bronchodilatateur < 30% ou PaO2 de référence < 55 mmHg • Fibrose pulmonaire avec VC ou TLC < 60% prévue, PaO2 de base < 55 mmHg, ou hypertension pulmonaire secondaire • Toute autre cause d'hypertension pulmonaire avec insuffisance cardiaque classe 3 ou 4 selon la NYHA, pression de l'oreillette droite > 10 mmHg ou pression artérielle pulmonaire moyenne > 50 mmHg <p>Foie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance hépatique chronique associée à la défaillance de 2 autres organes (ACLF grade 2-3) • Score MELD ≥ 40 	<input type="checkbox"/> Défaillance terminale ou sévère d'un organe répondant aux critères suivants ET : <ul style="list-style-type: none"> • qui ne sont pas actuellement sur la liste d'attente pour le don d'organes OU • suspension des processus provinciaux de don d'organes en cas de pandémie <p>Cœur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque de classe 3 ou 4 selon la NYHA <p>Poumons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladie pulmonaire obstructive chronique avec VEMS < 50 % prévu, PaO2 de base < 55 mmHg ou hypertension pulmonaire secondaire • Fibrose kystique avec VEMS post-bronchodilatateur < 30% ou PaO2 de référence < 55 mmHg • Fibrose pulmonaire avec VC ou TLC < 60% prévue, PaO2 de base < 55 mmHg, ou hypertension pulmonaire secondaire • Toute autre cause d'hypertension pulmonaire avec insuffisance cardiaque classe 3 ou 4 selon la NYHA, pression de l'oreillette droite > 10 mmHg ou pression artérielle pulmonaire moyenne > 50 mmHg <p>Foie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance hépatique chronique associée à la défaillance de 2 autres organes (ACLF grade 1-3) • Score MELD > 30 	<input type="checkbox"/> Défaillance terminale ou sévère d'un organe (tout diagnostique) ou transplantation d'un organe antérieure avec preuve de rejet chronique ou de dysfonctionnement chronique de l'organe transplanté.

< = moins de	Initiales des médecins			N° de dossier
> = supérieur à	1	2	3	
≥ = supérieur ou égal à				
FI02 : Fraction inspirée en oxygène				
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux	SBP = Pression artérielle systolique		VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde	
ECMO : Extra-corporel Membrane Oxygenation	SpO2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls		NYHA : New York Heart Association	
MELD : Model for End-Stage Liver Disease	USI = Unité de soins intensifs		VC : Capacité vitale	
TLC : Capacité pulmonaire totale	PaO2 : Pression partielle d'oxygène			

	SECTION A Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité	SECTION A Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité	SECTION A Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité
A7	<input type="checkbox"/> Chirurgie palliative électorive		<input type="checkbox"/> Chirurgie palliative électorive ou d'urgence
A8	<input type="checkbox"/> Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours avec un score ProVent de 4-5	<input type="checkbox"/> Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours avec un score ProVent de 2-5	<input type="checkbox"/> Toute personne sous ventilation mécanique pendant ≥ 21 jours évoluant vers une chronisation de la ventilation avec trachéotomie envisagée
A9	<input type="checkbox"/> Un score de fragilité clinique ≥ 7 en raison d'une condition ou atteinte progressive sous-jacente L'échelle s'applique sur une population âgée de plus de 65 ans.	<input type="checkbox"/> Un score de fragilité clinique ≥ 6 en raison d'une condition ou atteinte progressive sous-jacente L'échelle s'applique sur une population âgée de plus de 50 ans.	

	SECTION B Étape 1 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé	SECTION B Étape 2 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé	SECTION B Étape 3 de priorisation Visant à identifier les personnes ayant un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé
	Nombre d'éléments de la section B présents : _____	Nombre d'éléments de la section B présents : _____	Nombre d'éléments de la section B présents : _____
B1	<input type="checkbox"/> Maladie neurodégénérative sevère et irréversible qui a un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.		<input type="checkbox"/> Maladie neurodégénérative modérément sévère et irréversible qui a un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI.

	SECTION C Étape 1 de priorisation Visant à identifier par le jugement clinique les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 80% de mortalité ou un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé	SECTION C Étape 2 de priorisation Visant à identifier par le jugement clinique les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 50% de mortalité ou un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé	SECTION C Étape 3 de priorisation Visant à identifier par le jugement clinique les personnes ayant un pronostic de plus de ≥ 30% de mortalité ou un risque prévisible de sevrage ventilatoire prolongé
C1	<input type="checkbox"/> Autre(s) élément(s) clinique(s) ou condition(s) responsable(s) d'un risque de mortalité >80% ou qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI (expliquer ci-dessous) Ex : Trouble neurocognitif majeur dégénératif (démence) tel que défini par un score de 7 sur l'échelle de détérioration globale (Échelle de Reisberg)	<input type="checkbox"/> Autre(s) élément(s) clinique(s) ou condition(s) responsable(s) d'un risque de mortalité >50% ou qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI (expliquer ci-dessous). Ex : Trouble neurocognitif majeur dégénératif (démence) tel que défini par un score de 6 sur l'échelle de détérioration globale (Échelle de Reisberg)	<input type="checkbox"/> Autre(s) élément(s) clinique(s) ou condition(s) responsable(s) d'un risque de mortalité >30% ou qui aura un impact sur l'évolution et sur la capacité d'être sevré du respirateur et de quitter les USI (expliquer ci-dessous). Ex : Trouble neurocognitif majeur dégénératif (démence) tel que défini par un score de 6 sur l'échelle de détérioration globale (Échelle de Reisberg)

S'il y a lieu, décrire la situation clinique ou indiquer le diagnostic ou tout autre paramètre clinique ou score de sévérité que vous utilisez dans votre pratique courante vous permettant d'estimer le pronostic à court terme du patient :

*Le jugement clinique ne doit pas reposer sur des motifs discriminatoires en vertu de la Charte des droits et libertés du Québec (la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

< = moins de		
> = supérieur à		
≥ = supérieur ou égal à		
FiO2 : Fraction inspirée en oxygène		
INESSS : Institut national d'excellence en santé et services sociaux	SBP = Pression artérielle systolique	VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde
ECMO : Extra-corporel Membrane Oxygenation	SpO2 = Saturation en oxygène mesurée par oxymétrie de pouls	NYHA : New York Heart Association
MELD : Model for End-Stage Liver Disease	USI = Unité de soins intensifs	VC : Capacité vitale
TLC : Capacité pulmonaire totale	PaO2 : Pression partielle d'oxygène	

N° de dossier

Autre	Le patient fait-il partie du personnel soignant du réseau de la santé et des services sociaux ayant été exposé à la COVID-19? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
-------	---

Synthèse de l'évaluation

Étape 1	Étape 2	Étape 3
Nombre d'éléments présents	Nombre d'éléments présents	Nombre d'éléments présents
Section A : _____	Section A : _____	Section A : _____
Section B : _____	Section B : _____	Section B : _____
Section C : _____	Section C : _____	Section C : _____
Total : _____	Total : _____	Total : _____

Réservé à l'équipe de priorisation

Priorité clinique	
-------------------	--

Règles de décision en cas d'égalité clinique	1. Cycle de vie	2. Personnel soignant du réseau de la santé et des services sociaux ayant été exposé à la COVID-19 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	3. Randomisation
--	-----------------	---	------------------

Rempli par : (nom en lettres moulées)	Signature:	Initiales 1	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure
					:
Rempli par : (nom en lettres moulées)	Signature:	Initiales 2	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure
					:

PRÉSIDENT DE L'ÉQUIPE DE PRIORISATION

Confirmé par : (nom en lettres moulées)	Signature:	Initiales 3	N° de permis	Date (année, mois, jour)	Heure
					:

**L'échelle de détérioration globale, également appelée échelle de Reisberg*
Évaluation de la démence**

Stade 1: Pas de déficit cognitif N'éprouve aucune difficulté dans la vie quotidienne.
Stade 2: Déficit cognitif très léger Oublie les noms et l'emplacement des objets. Peut avoir de la difficulté à trouver ses mots.
Stade 3: Déficit cognitif léger A de la difficulté à s'orienter dans un endroit inconnu. A de la difficulté à fonctionner au travail.
Stade 4: Déficit cognitif modéré (Trouble neurocognitif majeur léger) A de la difficulté à accomplir des tâches complexes (finances, magasinage, planification d'un repas avec des invités).
Stade 5: Déficit cognitif relativement grave (Trouble neurocognitif majeur modéré) A besoin d'aide pour choisir ses vêtements. A besoin qu'on lui rappelle que c'est l'heure de la douche ou du bain.
Stade 6: Déficit cognitif grave (Trouble neurocognitif majeur modérément sévère) Perd la notion des expériences et événements récents de sa vie. A besoin d'aide pour prendre son bain, ou a peur de prendre son bain. A de plus en plus besoin d'aide pour aller aux toilettes ou est incontinent.
Stade 7: Déficit cognitif très grave (Trouble neurocognitif majeur sévère) Utilise un vocabulaire très restreint qui se réduira bientôt à quelques mots seulement. Perd la capacité de marcher et de s'asseoir. A besoin d'aide pour manger.

*Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., and Crook, T. (1982). Modified from Global Deterioration Scale. American Journal of Psychiatry, 139:1136-1139

Score de Fragilité Clinique*



1 Très en forme - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.



2 Bien - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active**, mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



3 Assez bien - Personnes dont les **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



4 Vulnérable - Sans être dépendantes des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs **symptômes limitent leurs activités**. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.



5 Légèrement fragile - Personnes qui ont souvent un **ralentissement plus évident**, et ont besoin d'aide dans les **activités d'ordre élevé de la vie quotidienne** (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragile - Personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités à l'extérieur** et pour **l'entretien de la maison**. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide **pour prendre un bain** et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragile - Totalement dépendantes pour les soins personnels, quelle que soit la cause physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).



8 Très sévèrement fragile - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/maladie légère.



9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente**.

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

Les **symptômes courants de démence légère** inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.

Dans la **démence modérée**, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.

1. Canadian Study on Health & Aging. Revised 2008
2. K. Protocole et al. A. global clinical resource of illness and family in absolutely people CMAJ 2008;173:489-495

Indice d'état général ECOG

Grade	Description
0	Pleinement actif - Le malade peut exercer son activité normale sans aucune restriction.
1	Restreint dans les activités physiques fatigantes, mais pouvant ambulatorie, pouvant exercer une activité sans contraintes physiques importantes - activité domestique légère, bureau, etc.
2	Patient ambulateur et capable de s'occuper de lui-même pour ses soins personnels, mais incapable d'activité professionnelle ou à la maison. Debout plus de 50% de la journée.
3	Ne pouvant faire que le minimum pour ses soins personnels. Confiné au lit ou à la chaise plus de 50% de la journée.
4	Complètement handicapé dans sa vie, confiné au lit ou à la chaise, nécessitant l'assistance pour sa toilette et ses soins quotidiens.

https://palli-science.com/sites/default/files/PDF/echelle_de_statut_de_performance_ecog.pdf

Score de Hemphill ICH modifié

Glasgow Coma Scale GCS	3-4	2 pts	Interprétation	
			Résultat	Mortalité à 1 mois
Glasgow Coma Scale GCS	5-12	1 pt	5 ou 6	100 %
	13-15	0 pt	4	97 %
			3	72 %
Volume de l'hématome	≥30 ml	1 pt	2	26 %
	< 30 ml	0 pt	1	13 %
Hémorragie intraventriculaire	Oui	1 pt	0	0 %
	Non	0pt		
Âge	≥80 ans	1 pt	https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/01STR.32.4.891	
	< 80 ans	0pt		
Topographie sous-tentorielle	Oui	1 pt		
	Non	0 pt		

N° de dossier

Score ProVent (calculé à 14 jours d'hospitalisation aux soins intensifs)		
Âge > 50 ans	1 pt	Un résultat de 4 – 5 à 14 jours de ventilation suggère un taux de mortalité de ~90 % à 1 an.
Âge ≥ 65 ans	2 pt	
Décompte plaquettaire < 150	1 pt	
Besoin d'hémodialyse	1 pt	
Besoin de vasopresseurs	1 pt	Un résultat de 2 – 3 à 14 jours de ventilation suggère un taux de mortalité de ~56 % à 80 % à 1 an.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4223371/pdf/cc13994.pdf		

Score NIHSS	
0-7	Associé à une mortalité à 30 jours de 4.2 %
8-13	Associé à une mortalité à 30 jours de 13.9 %
14-21	Associé à une mortalité à 30 jours de 31.6 %
22-42	Associé à une mortalité à 30 jours de 53.5 %
https://www.stroke.nih.gov/documents/NIH_Stroke_scale_508C.pdf	

Score WFNS		
GRADE	CGS	
5	GCS 3 - 6	> 90 % de probabilité d'évolution défavorable
3-4	GCS 7 – 12	> 50 % de probabilité d'évolution défavorable
	GCS 13-14 AVEC déficits focaux	
2	GCS 14 sans déficit	> 30 % de probabilité d'évolution défavorable
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982344/		

Score ACLF	
GRADE	
2-3	80% de risque de mortalité à 6 mois
1	50% de risque de mortalité à 6 mois
Calculeur via le site : https://www.clifresearch.com/ToolsCalculators.aspx	

Score IMPACT
Calculeur via le site : http://www.tbi-impact.org/?p=impact/calc
Score TRISS
https://www.thecalculator.co/health/Trauma-Injury-Severity-Score-(TRISS)-Calculator-1022.html

Annexe D : MISE À JOUR DU PROTOCOLE DE TRIAGE POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN CAS EXTRÊME DE PANDÉMIE – Été-Automne 2020 Comité éthique COVID-19

Objectifs de la démarche

1. Faire la mise à jour scientifique et éthique d'un protocole initialement établi en contexte d'urgence;
2. Assurer la mise en œuvre d'un plan de communication comprenant les éléments énumérés au plan de travail ci-après.

Mise en place d'un Comité responsable de la mise à jour du protocole (objectif 1)

- Origine : À la demande du Comité éthique COVID-19, un Comité responsable de la mise à jour du protocole est mis sur pied afin de lui proposer une mise à jour du protocole selon le plan de travail décrit plus bas.
- Mandat :
 - Identifier et convenir des modifications au protocole requises à la lumière des informations tirées des différentes démarches du plan de travail décrit ci-bas.
 - En collaboration avec le Comité éthique COVID-19, définir et alimenter les différentes démarches de communications requises pour renforcer la compréhension du protocole et des modifications qui lui sont apportées, et pour favoriser l'adhésion des parties prenantes;
 - Définir et exécuter au besoin des démarches supplémentaires à celles identifiées dans le plan de travail, dans la mesure où elles sont jugées pertinentes au renforcement ou à la validation des assises scientifiques et éthiques du protocole.
- Composition :
 - Marie-Ève Bouthillier, responsable du comité
 - Dre Isabelle Mondou, conseillère en éthique, Collège des médecins du Québec
 - Dr Joseph Dahine, intensiviste, CISSS de Laval
 - Dre Marie-Pier Boucher, Urgentologue, déléguée par le sous-comité ministériel des urgences covid-19
 - Vincent Dumez, Co-directeur, Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public
 - Clara Dallaire, étudiante au doctorat en éthique clinique, stagiaire

Sommaire des activités menées au cours de l'été et de l'automne 2020

- Échanges avec Société québécoise de la déficience intellectuelle (SQDI) et Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)
- Mise à jour des meilleures données scientifiques disponibles et protocoles des divers pays; INESSS
- Communications avec éthiciens du RSSS
- Communications avec Comité éthique COVID-19
- Mobilisation des experts et cliniciens spécialistes pertinents (Québec et Ontario)
- Travaux sur l'application de la règle de décision « cycle de vie »

- Mobilisation des représentants d'associations, directions MSSS et des cliniciens pertinents
- Rencontres avec sous-comité soins critiques
- Rencontres avec Direction des services en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
- Intégration des informations et formulation d'une mise à jour du protocole envoyée en consultation à la fin du mois d'août
- Adoption par le comité directeur COVID-19 du protocole pédiatrique
- Présentation aux trois ministres du protocole pédiatrique
- Consultation avec OPHQ et organismes de défenses des droits des patients
- Rédaction d'un document de vulgarisation/de TC
- Implication de patients partenaires ou des représentants d'association de patients : fait en collaboration avec OPHQ et leurs interlocuteurs

Liste des personnes consultées et qui ont commenté le protocole au cours de l'été et de l'automne 2020

Personnes ayant participé à l'élaboration du protocole en mars 2020 et leurs équipes

- Dr Paul-André Lachance, urgentologue, CISSS de Laval
- Dr Mathieu Moreau, médecin de famille travaillant aux soins intensifs et à l'urgence, CIUSSS NIM
- Dr Matthew-John Weiss, intensiviste pédiatre, CHU de Québec
- Marie-Ève Poirier, MSc, MPs, Psychologue, CISSS de Laval
- Delphine Roigt, LLB, Conseillère en éthique, CIUSSS EIM
- Marie-Claude Levasseur, PhD (c), Infirmière, coordonnatrice unité éthique, CHU Sainte-Justine
- Valérie Badro, Conseillère en éthique, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
- Franco Carnevale, inf., PhD (Psych), PhD (Phil), Éthicien clinique, infirmier, psychologue, McGill
- Lucie Wade, MSc médecine expérimentale, spécialisation en bioéthique - Éthicienne clinique, Centre universitaire de santé McGill
- Daniel La Roche, directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles, CHU de Québec
- François Pouliot, conseiller en éthique, CHU de Québec
- Philippe Bélanger, conseiller en éthique, CHU de Québec
- Geneviève Desgagnés, conseillère en éthique, CHU de Québec
- Dr Jacques Brochu, anesthésiologiste et éthicien, CHU de Québec
- Dre Virginie Bibeau, médecin intensiviste, CHU de Québec
- Dr Mathieu Simon, Mathieu Simon md frcpc fccm, Pneumologue – Intensiviste, Chef - Soins intensifs, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Experts scientifiques

Gériatrie

- Dre Josée Verdon, MD FRCPC MSc, Université McGill, Gériatrie
- Dr David Lussier, MD, FRCPC, Institut universitaire de gériatrie de Montréal du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- Dr Frédéric Duong, MD, FRCPC, CISSS de Laval

Soins intensifs

- Dr Han Ting Wang, MD, FRCPC, CIUSSS de l'est de l'île de Montréal
- Dr James Downar, MD, FRCPC, Chef de la Division of Palliative Care, University of Ottawa, Department of Critical Care, The Ottawa Hospital
- Dre Diane Poirier, MD MSc, Présidente du comité ministériel des soins critiques Covid-19 et responsable du COOLSI au MSSS
- Dre Louise Passerini, Pneumologue et intensiviste, Hôpital Charles LeMoyne, CISSS Montérégie Centre
- Membres du sous-comité soins critiques MSSS

Éthique

- Andrea Frolic, Director, Ethics and Care Ecologies Programs, Hamilton Health Sciences, Assistant Professor, McMaster University
- Comité éthique COVID du MSSS
 - Marie-Ève Bouthillier, présidente, Comité éthique COVID-19
 - Jean-Simon Fortin, conseiller en éthique, Centre d'éthique du Centre intégré de soins et de services de Laval
 - Dre Céline Crowe, présidente, Comité national d'éthique sur le vieillissement
 - David Hughes, éthicien, Commission d'éthique en sciences et technologies
 - Isabelle Ganache, directrice, Bureau Méthodologies et éthique de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
 - Dre Isabelle Mondou, conseillère en éthique clinique, Collège des médecins du Québec
 - Michel Désy, éthicien, Équipe-conseil en éthique de l'Institut national de santé publique
 - Claudine Fecteau, conseillère en éthique, Direction de l'éthique et de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux
 - Hugues Vaillancourt, conseiller en éthique, Direction de l'éthique et de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux
 - Vincent Dumez, co-directeur, Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public
- Agents de liaison en éthique du Réseau de la santé et des services sociaux :
 - Ana Marin, conseillère en éthique, Centre intégré de soins et de services de Chaudière-Appalaches
 - Karine Bédard, conseillère en éthique, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
 - Philippe Bélanger, conseiller en éthique, Centre hospitalier universitaire de Québec
- Comité liaison des éthiciens du réseau

INESSS

- Isabelle Ganache, Directrice – Bureau de développement et du soutien méthodologique et de l'éthique, INESSS
- Catherine Olivier, Professionnelle scientifique - volet éthique, INESSS
- Monika Wagner, Professionnelle scientifique en méthodologie, INESSS
- Olivier Demers-Payette, Professionnel scientifique en méthodologie, INESSS

Office des personnes handicapées du Québec

- Sabrina Collin, Conseillère juridique - Secrétariat général, communications et affaires juridiques
- Ophélie Sylvestre, Directrice - Direction de la simplification des démarches d'accès et de l'intervention auprès des réseaux
- Valéry Thibeault, Conseillère experte - Direction de la simplification des démarches d'accès et de l'intervention auprès des réseaux
- Catherine Vallée-Dumas, Agente d'information - Secrétariat général, communications et affaires juridiques

Organismes du mouvement d'action communautaire autonome des personnes handicapées ayant participé à la consultation

- Samuel Ragot, Conseiller à la promotion et à la défense des droits - Société québécoise de la déficience intellectuelle
- Luc Chulak, Directeur général - Fédération québécoise de l'autisme
- Anik Larose, Directrice générale - Société québécoise de la déficience intellectuelle
- Stéphanie Cloutier, Conseillère juridique Société québécoise de la déficience intellectuelle
- Véronique Vézina, Directrice générale par intérim - Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec

Direction des services en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique, ministère de la Santé et des Services sociaux

- Geneviève Poirier, Directrice, Direction des services en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
- Catherine Côté-Giguère, Conseillère aux programmes, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
- Christine Lanctôt, Conseillère aux programmes, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
- Raymond Massé, Professeur retraité, anthropologie de la santé, Université Laval

Institut universitaire DI-TSA

- Mme Rebecca Beaulieu-Bergeron, psychologue au SQE TGC, Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation, CIUSSS Mauricie-Centre du Québec
- Mme Jacinthe Cloutier, Directrice adjointe des services adulte DI-TSA, Programme DI-TSA-DP, CIUSSS Mauricie-Centre du Québec

Annexe E : MISE À JOUR DU PROTOCOLE DE PRIORISATION POUR L'ACCÈS AUX SOINS INTENSIFS ADULTES EN CAS EXTRÊME DE PANDÉMIE –Automne 2021

Contexte de la mise à jour

Au cours de l'hiver et du printemps 2021, le Comité national de priorisation de l'accès aux soins intensifs s'est réuni à de multiples reprises pour préciser les niveaux de coordination interétablissement, interrégional et national. Au cours de ses travaux, en considérant les nombreuses et différentes situations complexes qu'une priorisation de l'accès aux SI allait générer, un *Guide de priorisation et de coordination pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en situation extrême de pandémie* (daté du 11 juin 2021) a été rédigé. Ce guide a remis en question certains éléments du Protocole de priorisation en visant à sauver le plus de personnes possible avec les ressources disponibles dans l'ensemble du réseau québécois de santé et de services sociaux.

Objectif de la démarche

Assurer la concordance du Protocole de priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie avec les principes de coordination nationale en visant à sauver le plus de personnes possible avec les ressources disponibles dans l'ensemble du réseau québécois de santé et de services sociaux.

Annexe F : Liste détaillée des soignants à prioriser en contexte de pandémie

Personnel soignant de la santé et des services sociaux	Milieus/secteurs *être en contact étroit avec les usagers ou *criticité du secteur	Sous milieux/secteurs
Employés Médecins Stagiaires Main-d'œuvre indépendante Personnel de partenaires qui portent main forte (Ex. de la Croix-Rouge canadienne, d'Ambulance Saint-Jean)	Hébergement pour aînés	Centre d'hébergement et longue durée (CHSLD) RI-RTF qui accueillent des aînés, RPA CHSLD publics, privés conventionnés et privés non conventionnés Sites hébergement non traditionnels et zones tampons Covid
Employés Médecins Stagiaires	Milieu hospitalier et cliniques spécialisées	Unités de soins, CDE, services cliniques qui soutiennent le fonctionnement essentiel des hôpitaux et services transversaux Ex. unités de chirurgie, médecine, soins palliatifs, obstétrique, oncologie, hémodialyse et autres unités qui donnent des soins Exemples : laboratoire biomédical, imagerie, pharmacie et autres services Exemples : inhalothérapie, réadaptations et autres services transversaux en milieu hospitalier et cliniques spécialisées.
Employés Médecins Stagiaires Main-d'œuvre indépendante du Programme d'allocation Chèque emploi-service Main-d'œuvre entreprise d'économie sociale Employés des résidences privées pour aînés	Services du soutien à domicile	Incluant déploiement en RPA

Personnel soignant de la santé et des services sociaux	Milieus/secteurs *être en contact étroit avec les usagers ou *criticité du secteur	Sous milieux/secteurs
Employés Médecins Stagiaires	Centres de réadaptation ou unités de réadaptation	Exemples : unités de réadaptation fonctionnelle intensives en déficience physique et santé physique, réadaptation modérée, résidences à assistance continue
Travailleurs du préhospitalier	Secteurs préhospitaliers	Ex. ambulance, avion-ambulance

Coronavirus COVID-19

Guide de priorisation et de coordination pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en situation extrême de pandémie

Priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en situation extrême de pandémie

11 juin 2021

Auteurs

Michel Lorange, éthicien clinique, CISSS de Laval

Marie-Eve Bouthillier, éthicienne clinique, Bureau de l'éthique clinique (UdeM) et CISSS de Laval, coprésidente du comité de priorisation à l'accès à un lit de soins intensifs

Dre Diane Poirier, directrice générale adjointe de la coordination réseau, MSSS, coprésidente du comité de priorisation à l'accès à un lit de soins intensifs et présidente du comité ministériel des soins critiques Covid-19

Collaborateurs à la rédaction

Dre Virginie Bibeau, intensiviste, CHU de Québec

Dre Catherine Bonin, directrice adjointe médicale des services professionnels p.i., CISSS des Laurentides

Dr Joseph Dahine, intensiviste, CISSS de Laval

Dr Pierre Marsolais, intensiviste, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Dre Martine Montigny, directrice adjointe médicale à la direction des services professionnels, CISSS de Laval

Dr Philippe More, CISSS de la Montérégie-Centre

Ont participé aux discussions les membres du comité de priorisation pour l'accès à un lit de soins intensifs en situation extrême de pandémie

Table des matières

Introduction	3
1. Le point de saturation des établissements approche : prériorisation	5
2. Initiation de l'étape 1 du protocole	6
2.1. Priorisation clinique du congé des SI (patients déjà aux SI).....	7
2.2. Précisions sur le pronostic.....	8
2.3. À l'initiation de l'étape en vigueur, priorisation clinique d'admission aux SI (patients en attente d'être admis) pour les patients n'ayant aucun (0) diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur.....	8
2.4. Fréquence d'évaluation et de mise à jour des formulaires des patients (admis aux SI ou qui pourraient potentiellement demander une admission).....	9
2.5. Procédure de priorisation lors de nouvelles demandes d'admission aux SI (valable pour les étapes 1 et 2).....	9
2.6. Processus de demande de transfert interétablissements ou interrégional	10
2.7. Aux étapes 1 et 2, priorisation des patients lors d'un afflux local	11
2.8. Indicateur de changement d'étape	12
3. Passage à l'étape 2	13
3.1. Préparation du passage à l'étape 2	13
3.2. Passage à l'étape 2.....	14
4. Passage à l'étape 3	15
4.1. Préparation du passage à l'étape 3	15
4.2. Passage à l'étape 3.....	16
4.3. Procédure de priorisation lors de nouvelles demandes d'admission aux SI à l'étape 3.....	17
4.3.1. À L'ÉTAPE 3 SEULEMENT : Procédure d'application des règles de décision en cas d'égalité clinique.....	17
4.3.2. Définition de « soignant » dans la perspective de la priorisation	21
5. Retour à l'étape 2 et 1 et arrêt de la priorisation	22
Annexe 1 : liste détaillée des soignants à prioriser en contexte de pandémie	23

Introduction

En soutien à l'application de la section 4.1 *Processus de priorisation pour l'accès aux soins intensifs pour les adultes*, le présent guide vise :

- À préciser la méthodologie d'application de la priorisation clinique et des règles de décisions en cas d'égalité clinique pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie;
- À préciser le rôle des différents niveaux de coordination de la priorisation clinique;
- Une application la plus uniforme possible du protocole entre les différents trios, entre les établissements et entre les régions.

Logique globale de priorisation

Dans la perspective de traiter le plus de personnes possibles avec les ressources disponibles, la logique de priorisation est d'abord basée sur l'optimisation, par les équipes traitantes et l'établissement, de l'ensemble des ressources cliniques disponibles. La priorisation se fait dans l'ordre suivant :

1. Aux étapes 1 et 2, admettre tous les patients qui ne présentent pas de critère défavorable de l'étape en vigueur¹; utiliser les règles de décisions en cas d'égalité clinique à l'étape 3 seulement sauf dans l'éventualité où un établissement a un afflux local de patients dépassant ses capacités, que des transferts ne sont pas possibles et qu'un changement d'étape n'est pas envisagé à très court terme (voir section 2.7);
2. Si le nombre de lits de SI est insuffisant pour répondre à la demande, donner congé aux patients qui présentent :
 - Un (1) diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur; OU
 - Aucune amélioration après 21 jrs; OU
 - Une détérioration substantielle (avec chances de réversibilité faibles ou nulles) de leur état clinique;
3. Si le nombre de lits de SI est encore insuffisant pour répondre à la demande, donner congé des SI aux patients qui se stabilisent et pourraient recevoir des soins comparables sur d'autres unités de soins (par exemple, ventilation non invasive ou surveillance accrue) pour libérer des lits de SI;
4. Si le nombre de lits de SI est encore insuffisant, identifier les patients qui sont stables et demander de les transférer vers un autre établissement qui en a la capacité;

¹ Abandon du concept des priorités P1 à P4 des versions précédentes du guide. L'utilisation des P1 à P4 dans la gestion quotidienne des admissions et des congés potentiels par un établissement risquent de générer une iniquité procédurale. Par exemple à l'étape 1, des patients P2 à P4 pourraient se voir forcer un congé quand ils ne présentent pas de critère défavorable de l'étape 1 (présentant un risque de mortalité de 80 %). L'utilisation locale des P2 à P4 pour les congés équivaut à ne pas respecter les critères de l'étape 1.

5. Si les demandes d'accès à un lit de SI excède la disponibilité de lits, le Comité exécutif de priorisation du MSSS envisagera un changement d'étape; ce changement d'étape permettra de libérer des lits et/ou rendra des transferts possibles;
 - Le changement d'étape pourrait mener à un ou plusieurs congés des SI; ces congés se préparent par l'établissement, mais ne se réalisent que lorsqu'un lit est requis pour admettre un patient priorisé (voir sections 2.1 et 2.5);
6. Si un changement d'étape n'est pas envisagé, la **priorisation** des patients doit se faire localement (voir section 2.5) selon l'étape en cours;
7. Dans le cas où un lit de SI est disponible et que tous les patients requérant l'accès aux SI sont admis localement, le lit pourra être utilisé pour un transfert interétablissements (à convenir avec le comité exécutif de priorisation du MSSS).

Il est important d'insister sur le nécessaire soutien des patients et de leur famille tout autant que les soignants durant et après cette période de grande perturbation dans les façons de faire. Divers outils ont été développés à cette fin².

² <https://teams.microsoft.com/l/team/19%3a7e59e42eedba4785b0e3dbff2dd8b7cd%40thread.tacv2/conversations?groupId=da3d9470-f436-4615-a825-8ca7037aaaaea&tenantId=06e1fe28-5f8b-4075-bf6c-ae24be1a7992>

1. Le point de saturation des établissements approche : prépriorisation

Lorsque les lits de SI approchent 150 % de la capacité régulière, la prépriorisation doit débuter avec l'accord du Comité exécutif de priorisation. Le seuil de déclenchement peut varier selon les ressources humaines disponibles localement et doit alors être discuté avec le Comité exécutif de priorisation du MSSS.

Comité exécutif de priorisation (coordination nationale)	Trio de priorisation	Gestion des ressources du CISSS/CIUSSS (DSP, gestion des lits, etc.)	COOLSI
<ul style="list-style-type: none"> • Avis du MSSS aux établissements que la prépriorisation est lancée et qu'il faut optimiser l'utilisation des ressources et des lits • Consignes au COOLSI pour les transferts interétablissements et interrégionaux et autres consignes en lien avec les transferts 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en tension des trios 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire compléter les formulaires pour tous les patients qui reçoivent des SI et tous ceux qui pourraient demander une admission aux soins intensifs • Maximisation de l'efficacité de toutes les ressources pour retarder l'application du protocole pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ Éviter le recours à l'hospitalisation ○ Revoir l'organisation du travail, voir au délestage d'activités et de ressources et à la réaffectation médicale et professionnelle (revue des tâches) ○ Prévoir des unités de soins pour relocaliser les cas de « soins intermédiaires » et augmenter la surcapacité en soins critiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Si débordement local, répartition des patients entre établissements et entre régions selon les consignes du Comité exécutif de priorisation

Lorsque les formulaires sont remplis, si un patient a un critère défavorable, il est important de cocher ce même critère pour les étapes subséquentes. Un patient qui présenterait un critère défavorable de l'étape 2 a donc $\geq 50\%$ de risque de mortalité présenté par le fait même $\geq 30\%$ de risque de mortalité, donc le même critère de l'étape 3 doit être coché. Cette cohérence est nécessaire afin d'évaluer le nombre de lits qui pourraient potentiellement se libérer à chaque étape du processus.

2. Initiation de l'étape 1 du protocole

Comité exécutif de priorisation (coordination nationale)	Trio de priorisation	Gestion des ressources du CISSS/CIUSSS (DSP, gestion des lits, etc.)	COOLSI
<ul style="list-style-type: none"> • Déclenchement de l'étape 1 (info aux DSP) • Consignes au COOLSI pour les transferts interétablissements et interrégionaux et autres consignes en lien avec les transferts • Consignes aux DSP concernés pour les transferts vers d'autres CH • Évaluation des fichiers de priorisation des trios déposés dans le SharePoint 	<ul style="list-style-type: none"> • Donner l'indication aux équipes traitantes de donner congé des SI aux patients qui présentent au moins un diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape 1 si des demandes d'admission sont faites • Tenter d'admettre aux SI tous les patients qui ne présentent pas de critères défavorables de l'étape 1 • Ne pas retirer un patient des SI pour en admettre un autre ayant les mêmes pronostics et mêmes risques de sevrage ventilatoire prolongé • Ajouter à la liste de priorisation les patients transférés par le COOLSI (si la capacité est présente localement) • Signaler au DSP les patients priorités qui n'ont pas de place aux SI 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des soins alternatifs appropriés aux patients qui ont congé des SI • Aviser les médecins traitant des patients qui sont non priorités ou auront congé pour une discussion avec le patient et la famille et offrir le soutien requis • DSP signale au Comité exécutif de priorisation le nombre de lits pouvant se libérer par des patients présentant des critères défavorables • DSP signale au Comité exécutif de priorisation que des patients priorités n'ont pas de place au niveau local 	<ul style="list-style-type: none"> • Si débordement local, répartition des patients entre établissements et entre régions selon les consignes du Comité exécutif de priorisation

2.1. Priorisation clinique du congé des SI (patients déjà aux SI)³

Aux étapes 1 et 2, **tous les patients qui respectent les critères de l'étape en vigueur doivent être admis aux SI**. Il ne faut pas retirer un patient des SI pour en admettre un autre ayant les mêmes pronostics et mêmes risques de sevrage ventilatoire prolongé. Les patients qui reçoivent déjà des soins gardent leur place tant et aussi longtemps qu'ils n'ont pas 1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur (1, 2 ou 3) OU aucune amélioration après 21 jrs OU qui présentent une détérioration substantielle (avec chances de réversibilité faibles ou nulles) de leur état clinique.

À l'étape 3 seulement, s'il y a égalité des critères cliniques de l'étape en vigueur entre plusieurs patients recevant des soins intensifs, **donner priorité à la poursuite des SI à ceux qui ont le meilleur pronostic clinique et un moindre risque de sevrage ventilatoire prolongé**. S'il y a égalité clinique (pronostics égaux) pour le congé, utiliser les règles de décision.

Lors d'un changement d'étape (valable pour l'initiation de l'étape 1 et pour le passage aux étapes 2 et 3), et qu'un ou des patients présentant un critère défavorable de la nouvelle étape doivent avoir congé pour libérer des lits de SI, il est préférable que ce ou ces congés se planifient, mais ne se réalisent que lorsque le lit est requis. Comme le changement d'étape se fera nationalement, il est possible qu'un établissement n'ait pas de demande d'admission aux SI et que des patients déjà admis aient leur congé des SI. Il faut attendre d'avoir une demande d'admission avant de donner congé à un tel patient, que la demande soit de l'interne ou par le COOLSI. Cet intervalle peut donner le temps de contacter la famille et d'aborder les limites des interventions dans le contexte actuel.

Si plus d'un patient pourrait avoir congé des SI (à pour l'initiation de l'étape 1 et lors du passage aux étapes 2 ou 3), et qu'un seul lit est requis pour admettre un nouveau patient, donner congé au patient ayant le moins bon pronostic. Si plus d'un patient a un pronostic comparable, utiliser les règles de décision pour le congé.

³ L'évaluation clinique avant le congé des soins intensifs répond à la préoccupation éthique concernant l'acceptabilité d'une cessation des soins intensifs, en particulier si un patient n'a pas continué à se détériorer pendant qu'il recevait ces soins (Lee Daugherty Biddison, 2018). De plus, pour certains patients qui répondent favorablement aux soins intensifs, un investissement important de ressources a été réalisé en vue de leur rétablissement. Ils devraient pouvoir poursuivre leur traitement (essai thérapeutique), à moins qu'ils ne présentent une détérioration clinique substantielle. La durée de l'essai thérapeutique est de 21 jours maximum pour la COVID-19, tant que les soins demeurent appropriés sur le plan clinique. Ceci permet de ne pas défavoriser indûment une personne dont les soins continuent d'être bénéfiques et proportionnés.

2.2. Précisions sur le pronostic

Les critères défavorables sont d'abord utilisés dans le processus de décision afin que les choix des patients (pour les congés et les admissions) soient faits par le trio sur la base des données du formulaire. Quand les critères décrits dans le formulaire ne peuvent discriminer quel patient sera admis ou quel patient aura congé, le/les médecins traitants doivent alors utiliser leur jugement clinique pour identifier quel ou quels patients a/ont les meilleures chances de survie. Si deux ou plusieurs patients sont à égalité clinique (pronostics comparables), les règles de décision en cas d'égalité clinique peuvent être utilisés pour déterminer quel patient sera admis aux SI lors de la 3^e étape du protocole de priorisation (voir section 4.3.1) ou lors d'un afflux local de patients (section 2.7).

2.3. À l'initiation de l'étape en vigueur, priorisation clinique d'admission aux SI (patients en attente d'être admis) pour les patients n'ayant aucun (0) diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur

Principes généraux :

- **Aux étapes 1 et 2, tous les patients qui ne présentent pas de critère défavorable de l'étape en vigueur devraient être admis;**
- **Les patients priorisés qui n'auraient alors pas accès localement à un lit de SI doivent être signalés par le DSP au Comité exécutif de priorisation du MSSS qui donne la consigne au COOLSI de faire un transfert vers un autre établissement;**
 - **Le choix, par l'établissement, des patients à transférer doit se faire en considérant que les transferts demanderont du temps à organiser (choix des patients et soins à offrir en attendant le transfert); il y aura possiblement des patients admissibles à l'USI qui patienteront et devront plutôt recevoir rapidement des soins alternatifs ou de confort;**
 - **Pour les établissements ayant une unité de SI et sauf pour les cas dépassant le niveau d'expertise de l'USI, le premier choix pour transférer des patients est d'abord ceux qui sont admis et stables, car ces transferts seront moins à risque pour le patient et nécessiteront moins de ressources professionnelles d'accompagnement;**
 - **Avant de faire ce choix de patient, chaque patient demandant une admission aux SI doit être évalué pour s'assurer qu'aucune autre forme de traitement ne peut être offerte qui serait cliniquement acceptable afin de tenter de traiter le plus grand nombre de patients sans transfert;**
- **Si le COOLSI ne peut transférer des patients vers aucun autre centre hospitalier (patients stables ou patients en état critique), alors un changement d'étape national doit être considéré;**
- **Malgré le besoin de prioriser les patients, l'objectif demeure de traiter le plus grand nombre possible.**

EN TOUTES CIRCONSTANCES

- Pour un patient qui ne serait pas admis aux SI dû à sa condition clinique;
 - Des soins alternatifs lui seront alors offerts;
 - Le formulaire n'est pas mis à jour quotidiennement;
 - Le trio peut enlever cette demande de sa liste;
- Pour un patient qui ne serait pas admis aux SI dû au manque de lits;
 - Un traitement optimal sur une autre unité de soins est instauré par les équipes traitantes (ou l'établissement) selon les moyens disponibles pour soigner au mieux cette personne;
 - Le Comité exécutif de priorisation du MSSS est interpellé pour donner la consigne au COOLSI pour transférer ce patient vers un autre établissement ou transférer un patient stable afin de libérer un lit;
 - Le formulaire est mis à jour régulièrement, car un lit pourrait devenir disponible et ce patient admis.

Ce ne sera seulement qu'à l'étape 3 que les règles de décision en cas d'égalité seront utilisées et qu'une liste d'attente de patients respectant les critères d'admission sera créée.

2.4. Fréquence d'évaluation et de mise à jour des formulaires des patients (admis aux SI ou qui pourraient potentiellement demander une admission)

La mise à jour des formulaires des patients devrait se faire :

- Pour un patient en attente d'admission aux SI, mettre à jour le formulaire et le transmettre au trio si :
 - (a) Sa situation change positivement ou négativement; OU
 - (b) Un paramètre clinique change; OU
- Pour un patient déjà admis aux SI, mettre à jour le formulaire et le transmettre au trio au même rythme que les réévaluations aux SI, soit chaque jour si possible ou au minimum lorsque sa condition change négativement.

2.5. Procédure de priorisation lors de nouvelles demandes d'admission aux SI (valable pour les étapes 1 et 2)

À chaque fois qu'un ou plusieurs nouveaux patients demandent à être admis aux SI :

- Voir d'abord si un ou plusieurs congés peuvent être donnés selon les modalités de la section 2.1 (1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle, avec chances de réversibilité faibles ou nulles, de leur état clinique);
 - S'il y a égalité des critères de l'étape en vigueur entre plusieurs patients recevant des soins intensifs :

- Donner priorité à la poursuite des SI à ceux qui ont le meilleur pronostic clinique et un moindre risque de sevrage ventilatoire prolongé;
 - S'il y a égalité clinique pour le congé, utiliser les règles de décision.
- Si un ou des congés ne sont pas possibles :
 - Voir si des patients aux SI s'améliorent et pourraient se voir offrir des soins comparables sur d'autres unités de soins (par exemple, ventilation non invasive ou surveillance accrue);
 - Voir avec le Comité exécutif de priorisation du MSSS la possibilité de transférer des patients vers un autre établissement (patients admis et stables);
 - Si ce n'est pas possible, voir avec le DSP en lien avec le Comité exécutif de priorisation du MSSS, si on doit changer d'étape pour ne pas avoir de patients respectant les critères de l'étape en vigueur en attente sauf si on croit pouvoir admettre bientôt ces patients.

2.6. Processus de demande de transfert interétablissements ou interrégional

- L'établissement fait appel au Comité exécutif de priorisation du MSSS pour transférer des patients vers un autre établissement lorsqu'il ne peut admettre tous les patients requérant l'accès aux SI et respectant les critères de l'étape en vigueur;
 - Le choix, par l'établissement, des patients à transférer doit se faire en considérant que les transferts demanderont du temps à organiser (obligeant un choix des patients à admettre; il y aura nécessairement des patients admissibles à l'USI qui patienteront et recevront des soins optimaux appropriés à leur condition selon les ressources disponibles;
 - Lorsque les demandes dépassent la capacité de lits de SI, le transfert des patients les plus stables devraient être favorisés, car ces transferts seront moins à risque pour le patient et nécessiteront moins de ressources professionnelles d'accompagnement;
- Le Comité exécutif de priorisation du MSSS vise l'équilibre interétablissements et interrégional entre les demandes d'accès aux SI et les ressources disponibles; le comité exécutif de priorisation du MSSS est présidé par la coordination réseau du MSSS et ses deux principales responsabilités sont :
 1. Donner les orientations dans la répartition des patients et donner les consignes au COOLSI de transfert interétablissements et interrégional dans une recherche d'équilibre entre la demande et l'offre;
 2. Ordonner un changement d'étape lorsque le réseau ne pourra plus absorber les nouvelles demandes d'accès aux SI; le changement d'étape vise à assurer l'équité dans l'application des critères de priorisation par l'ensemble des établissements;

- Le COOLSI suit les consignes du MSSS en se basant sur deux niveaux d'information :
 - La disponibilité des lits via le tableau de bord du COOLSI et les avis du MSSS (coordination ministérielle);
 - La comptabilisation des lits de SI qui pourraient potentiellement se libérer avec un changement d'étape (obtenu par le décompte des patients qui présentent des critères cliniques défavorables de l'étape suivante); des discussions auront alors lieu avec la coordination ministérielle;
- Le Comité exécutif de priorisation du MSSS sera constitué des DGA de la DGACR, de la DGAUMIP (volet hospitalier et urgences), de la DGPPFC, de la DGCRMAI, d'éthiciens, et d'intensivistes dont au moins un provient de la pédiatrie.

2.7. Aux étapes 1 et 2, priorisation des patients lors d'un afflux local

Il est possible qu'un établissement reçoive un nombre important de demandes d'admission aux SI et :

- Ne puisse donner congé à suffisamment de patients admis pour répondre au besoin en lits, ceux-ci ne présentant aucun critère clinique menant à un congé;
- Aucun patient actuellement admis aux SI n'est assez stable :
 - Pour recevoir d'autres formes de traitement hors des SI; ou
 - Pour être transféré vers un autre établissement.

Dans ces circonstances, l'établissement doit prioriser localement tous les patients EN ATTENTE et DÉJÀ ADMIS en retenant les patients ayant un meilleur pronostic clinique et en offrant temporairement d'autres formes de traitement aux patients non admis ou qui recevraient un congé des SI. Le jugement clinique demeure central dans toutes les décisions touchant la priorisation des patients et l'évaluation du pronostic clinique.

Cette orientation se justifie, dans ces circonstances particulières, par le fait qu'un tel afflux de patients local pourrait mener à un changement d'étape national. Les patients qui présenteraient des critères défavorables de la nouvelle étape auraient congé et il ne serait pas cohérent de ne pas admettre un patient aux SI présentant de grandes chances de survie quand un patient déjà admis et ayant un pronostic beaucoup moins favorable demeurerait aux SI.

Si deux ou plusieurs patients sont à égalité clinique (pronostics comparables), les règles de décision en cas d'égalité clinique peuvent être utilisés pour déterminer quel patient sera admis aux SI (voir section 4.3.1). Il est important de préciser que ces règles de décision ne sont utilisées que dans deux circonstances précises, soit qu'aucune autre option n'est possible (congé, transferts, pronostic qui sont l'objet de la présente sous-section) ou soit à l'étape 3 du processus de priorisation.

Cet afflux serait la seule raison pouvant remettre en question le principe selon lequel les patients qui reçoivent déjà des soins gardent leur place tant et aussi longtemps qu'ils n'ont pas 1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur (1, 2 ou 3) OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle (avec chances de réversibilité faibles ou nulles) de leur état clinique. Le jugement clinique demeure central dans toutes les décisions. Il s'agit donc d'un événement exceptionnel dans des circonstances exceptionnelles qui ne devrait pas se prolonger dans le temps. Un avis au DSP de l'établissement pour signaler cet événement est obligatoire.

2.8. Indicateur de changement d'étape

Lorsque le nombre de patients en attente qui ne présentent pas de diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur dépasse la capacité des SI, et que des transferts vers d'autres établissements ne sont plus possibles, il faut considérer, avec l'accord du DSP de demander au Comité exécutif de priorisation du MSSS de changer d'étape.

3. Passage à l'étape 2

3.1. Préparation du passage à l'étape 2

Comité exécutif de priorisation (coordination nationale)	Trio de priorisation	Gestion des ressources du CISSS/CIUSSS (DSP, gestion des lits, etc.)	COOLSI
<ul style="list-style-type: none">• Ordre de préparation du passage à l'étape 2• Équilibrage de l'offre et de la demande et coordination interétablissements et interrégionale• Consignes au COOLSI pour les transferts interétablissements et interrégionaux et autres consignes en lien avec les transferts	<ul style="list-style-type: none">• <u>Constat que des patients respectant les critères de l'étape en vigueur ne sont pas admis</u>• Demande au DSP et aux intensivistes si des lits peuvent se libérer	<ul style="list-style-type: none">• Évalue des congés des SI vers d'autres unités de soins (par exemple, pour de la ventilation non invasive ou surveillance accrue)• DSP interpelle le COOLSI pour un transfert des patients stables vers des établissements pouvant les accueillir	<ul style="list-style-type: none">• Si débordement local, répartition des patients entre établissements et entre régions, selon les consignes du Comité exécutif de priorisation• Transfert des patients stables ou en état critique selon les indications du Comité exécutif de priorisation

3.2. Passage à l'étape 2

Principe général : tous les efforts doivent être tentés pour traiter tous les patients ne présentant pas de critère défavorable de l'étape en vigueur avec les ressources de l'ensemble du réseau.

Comité exécutif de priorisation (coordination nationale)	Trio de priorisation	Gestion des ressources du CISSS/CIUSSS (DSP, gestion des lits, etc.)	COOLSI
<ul style="list-style-type: none"> • Déclenchement de l'étape 2 (info aux DSP) • Coordination interétablissements et interrégionale • Consignes au COOLSI pour les transferts interrégionaux et autres consignes en lien avec les transports • Évaluation des fichiers de priorisation des trios déposés dans le Sharepoint • Consignes aux DSP concernés pour les transferts vers d'autres CH 	<ul style="list-style-type: none"> • Considérant que les formulaires sont à jour (voir section 2.3 mise à jour des formulaires) <ul style="list-style-type: none"> ○ Lorsqu'un lit est requis, donner l'indication aux équipes traitantes de donner congé aux patients qui présentent 1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle de leur état clinique ○ Coordonne avec DSP et intensivistes pour libérer des lits ○ Prioriser les patients qui respectent les critères de l'étape 2 pour l'accès aux SI 	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser les médecins traitant des patients qui sont non priorités ou auront congé pour une discussion avec le patient et la famille et offrir le soutien requis • Voir si des patients aux SI pourraient se voir offrir d'autres formes de ventilation hors des SI • Signaler au Comité exécutif de priorisation le nombre de lits pouvant se libérer par des patients présentant des critères défavorables et donner ces congés si des demandes d'admission sont faites • Si débordement local, voir avec le Comité exécutif de priorisation si des patients pourraient être transférés vers un autre établissement (patients admis et stables ou patients qui ont besoin d'être admis) • Signaler au Comité exécutif de priorisation les patients priorités qui n'ont pas de place au niveau local 	<ul style="list-style-type: none"> • Si débordement local, répartition des patients entre établissements et entre régions, selon les consignes du Comité exécutif de priorisation

4. Passage à l'étape 3

4.1. Préparation du passage à l'étape 3

Comité exécutif de priorisation (coordination nationale)	Trio de priorisation	Gestion des ressources du CISSS/CIUSSS (DSP, gestion des lits, etc.)	COOLSI
<ul style="list-style-type: none"> • Ordre de préparation du passage à l'étape 3 • Équilibrage de l'offre et de la demande et coordination interétablissements et interrégionale 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Constat que des patients respectant les critères de l'étape en vigueur ne sont pas admis</u> • Demande au DSP et aux intensivistes si des lits peuvent se libérer 	<ul style="list-style-type: none"> • Évalue des congés des SI vers d'autres unités de soins (par exemple, pour de la ventilation non invasive ou surveillance accrue) • DSP interpelle le Comité exécutif de priorisation pour un transfert des patients admis et stables vers des établissements pouvant les accueillir 	<ul style="list-style-type: none"> • Si débordement local, répartition des patients entre établissements et entre régions, selon les consignes du Comité exécutif de priorisation

4.2. Passage à l'étape 3

Comité exécutif de priorisation (coordination nationale)	Trio de priorisation	Gestion des ressources du CISSS/CIUSSS (DSP, gestion des lits, etc.)	COOLSI
<ul style="list-style-type: none"> • Déclenchement de l'étape 3 (info aux DSP) • Coordination interétablissements et interrégionale • Consignes au COOLSI pour les transferts interrégionaux et autres consignes en lien avec les transports • Évaluation des fichiers de priorisation des trios déposés dans le Sharepoint • Consignes aux DSP concernés pour les transferts vers d'autres CH 	<ul style="list-style-type: none"> • Considérant que les formulaires sont à jour (voir section 3.2 mise à jour des formulaires) <ul style="list-style-type: none"> ○ Lorsqu'un lit est requis, donner l'indication aux équipes traitantes de donner congé aux patients qui présentent 1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle de leur état clinique ○ Établir les priorités de congé en fonction du pronostic clinique et des risques de sevrage ventilatoire prolongé. S'il y a égalité clinique, utiliser les règles de décision. ○ Coordonne avec DSP et intensivistes pour libérer des lits ○ Prioriser les patients qui respectent les critères de l'étape 3 pour l'accès aux SI ○ Appliquer les règles de décision en cas d'égalité clinique (cycle de vie, personnel soignant et randomisation, voir section 5.3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser les médecins traitants des patients qui sont non priorisés ou auront congé pour une discussion avec le patient et la famille et offrir le soutien requis • Voir si des patients aux SI peuvent recevoir des soins comparables sur d'autres unités de soins (par exemple, ventilation non invasive ou surveillance accrue) • Signaler au Comité exécutif de priorisation le nombre de lits pouvant se libérer par des patients présentant des critères défavorables et donner ces congés si des demandes d'admission sont faites • Si débordement local, voir avec le Comité exécutif de priorisation si des patients pourraient être transférés vers un autre établissement (patients admis et stables qui ou patients qui besoin d'être admis) • Signaler au Comité exécutif de priorisation les patients priorisés qui n'ont pas de place au niveau local 	<ul style="list-style-type: none"> • Si débordement local, répartition des patients entre établissements et entre régions, selon les consignes du Comité exécutif de priorisation

4.3. Procédure de priorisation lors de nouvelles demandes d'admission aux SI à l'étape 3

À chaque fois qu'un ou plusieurs nouveaux patients demandent à être admis aux SI :

- Voir d'abord si un ou plusieurs congés peuvent être donnés selon les modalités de la section 2.1 (1 diagnostic ou paramètre clinique défavorable de l'étape en vigueur OU aucune amélioration après 21 jours OU qui présentent une détérioration substantielle, avec chances de réversibilité faibles ou nulles, de leur état clinique);
- Si un ou des congés ne sont pas possibles ou si le nombre de lits libérés ne suffit pas pour répondre à la demande :
 - Voir si des patients aux SI peuvent recevoir des soins comparables sur d'autres unités de soins (par exemple, ventilation non invasive ou surveillance accrue);
 - Voir avec le Comité exécutif de priorisation du MSSS si le COOLSI pourrait transférer des patients vers un autre établissement (patients stables ou patients qui ont besoin d'être admis);
- Appliquer les règles de décision en cas d'égalité clinique (section 4.3.1).

4.3.1. À L'ÉTAPE 3 SEULEMENT : Procédure d'application des règles de décision en cas d'égalité clinique

Principes généraux :

Rappel des règles de décisions en cas d'égalité clinique, à appliquer dans l'ordre suivant : 1. cycle de vie, 2. personnel soignant, 3. randomisation. Il est à noter que ces règles doivent s'adapter à la liste de patients à prioriser qui risque de changer constamment.

- Classer les patients par âge;
- Créer trois groupes de patients ayant une génération d'écart (de l'ordre de 25 ans); en procédant un à la fois, associez le patient le plus jeune au premier groupe (A) et le patient le plus vieux au dernier groupe (C); prendre le 2^e plus jeune et l'associer au groupe A et le 2^e plus vieux au groupe C; poursuivre ainsi jusqu'à ce que les patients du groupe central (B) soient à l'intérieur d'un écart de l'ordre de 25 ans;
 - À l'intérieur des autres cohortes, **randomiser** les patients (voir méthode dans section suivante) pour leur attribuer un ordre; par exemple cohorte A (la plus jeune), priorité 1, 2, 3, ...; cohorte B (la seconde plus jeune, priorité 1, 2, 3, ...; etc.;⁴
- Un soignant aura la priorité de sa cohorte (voir la définition à la section 4.3.2);

⁴ Précisions que la séparation de ce groupe en sous-cohortes a été mise de côté au profit de la randomisation des personnes à l'intérieur d'une génération dans son ensemble.

- Les lits sont attribués selon le nombre disponible en suivant l'ordre des cohortes et la priorité assignée aléatoirement à chaque patient jusqu'à ce que tous les lits soient comblés (A-1, A-2, A-3, ..., B-1, B-2, B-3, B-4, ... C-1, C-2, ...).
- Lorsque les patients auront été priorisés, tous les lits assignés selon l'ordre de priorité, et que des patients ne pourront être admis ni transférés vers un autre hôpital, alors :
 - Une liste d'attente de patients admissibles est créée dans l'éventualité où un lit se libérerait;
 - Des soins alternatifs seront offerts à ces patients (ou palliatifs selon leur condition du moment).

Génération du nombre aléatoire (randomisation)

Deux méthodes sont possibles :

- Si l'établissement utilise le formulaire de priorisation en PDF dynamique, un nombre aléatoire est généré à l'impression du formulaire lorsqu'il est envoyé au trio; ce nombre doit être inscrit dans la colonne appropriée du fichier Excel de priorisation;
 - Il est important qu'une fois généré, ce nombre ne change jamais; par exemple, si un formulaire est modifié parce que la condition clinique du patient a changé, un nouveau nombre sera généré, MAIS le trio ne doit pas utiliser ce nouveau nombre;
- Si l'établissement n'utilise pas le formulaire PDF, une fonction aléatoire (par exemple =ALEA.ENTRE.BORNES(0;1000) dans Excel); cette fonction doit être utilisée seulement une fois par patient et le nombre généré doit être inscrit manuellement dans la colonne appropriée du fichier Excel de priorisation; il est important de conserver ce même nombre pour un patient tout au long des différentes étapes de priorisation.

Exemple 1 : Lorsque le groupe de patients du milieu (en surbrillance) peut se sous-diviser en cohortes

No dossier	Nbre critères	Nbre critères	Nbre critères	DDN	Âge	Personnel soignant	Commentaires	Nombre aléatoire (1 à 1000)	Étiquette
	Étape1	Étape 2	Étape 3			(oui/non)			
7287	0	0	0	1932-09-04	88	Non		12	C-1
2458	0	0	0	1942-09-23	78	Non		845	C-4
5467	0	0	0	15691	77	Non		423	C-3
1456	0	0	0	17798	70	Non		135	C-2
4522	0	0	0	18918	69	Non		920	C-5
2622	0	0	0	1957-06-11	67	Non		256	B-8
2233	0	0	0	1959-04-29	66	Non		413	B-10
7822	0	0	0	1956-08-26	64	Non		128	B-5
8755	0	0	0	1957-06-11	63	Non		235	B-7
1336	0	0	0	1956-12-20	63	Non		823	B-12
1115	0	0	0	1959-05-16	61	Non		98	B-3
2133	0	0	0	1959-04-29	61	Non		398	B-9
1213	0	0	0	1959-05-16	59	Non		66	B-2
1527	0	0	0	1964-01-30	56	Oui	Soignant- priorisé	745	B-1
1627	0	0	0	1964-01-30	54	Non		866	B-13
9982	0	0	0	1968-03-29	52	Non		913	B-15
9882	0	0	0	1968-03-29	51	Non		899	B-14
3741	0	0	0	1970-04-17	50	Non		132	B-6
3749	0	0	0	1970-04-17	49	Non		126	B-4
2229	0	0	0	1971-05-03	49	Non		942	B-16
8213	0	0	0	1977-02-08	43	Non		756	B-11
1568	0	0	0	1993-02-18	27	Non		621	A-2
2637	0	0	0	1995-01-22	25	Non		302	A-1

Ajout d'un patient à la liste priorisée

Lorsqu'une nouvelle demande d'admission survient, ce patient est inclus dans sa cohorte d'âges. Le nombre aléatoire est utilisé pour déterminer la priorité relative de ce patient par rapport aux autres de sa cohorte. Cet ajout de patient changera l'ordre de priorité de plusieurs patients de cette cohorte. Dans l'exemple 2, le nouveau patient change la priorité de deux patients en s'insérant après le patient B-13. Les patients qui ont un ordre de priorité subséquent se voient décalés d'une position. Évidemment, cela ne changera pas la priorité d'un patient de cette liste qui serait déjà admis et qui garde sa chance d'un essai thérapeutique.

Exemple 2 : Ajout d'un patient dans la liste priorisée (patient 4622 en rouge)

No dossier	Nbre critères	Nbre critères	Nbre critères	DDN	Âge	Personnel soignant	Commentaires	Nombre aléatoire (1 à 1000)	Étiquette
	Étape1	Étape 2	Étape 3			(oui/non)			
7287	0	0	0	1932-09-04	88	Non		12	C-1
2458	0	0	0	1942-09-23	78	Non		845	C-4
5467	0	0	0	15691	77	Non		423	C-3
1456	0	0	0	17798	70	Non		135	C-2
4522	0	0	0	18918	69	Non		920	C-5
2622	0	0	0	1957-06-11	67	Non		256	B-8
2233	0	0	0	1959-04-29	66	Non		413	B-10
7822	0	0	0	1956-08-26	64	Non		128	B-5
8755	0	0	0	1957-06-11	63	Non		235	B-7
1336	0	0	0	1956-12-20	63	Non		823	B-12 B-13
1115	0	0	0	1959-05-16	61	Non		98	B-3
2133	0	0	0	1959-04-29	61	Non		398	B-9
1213	0	0	0	1959-05-16	59	Non		66	B-2
1527	0	0	0	1964-01-30	56	Oui	Soignant- priorisé	745	B-1
1627	0	0	0	1964-01-30	54	Non		866	B-13 B-14
9982	0	0	0	1968-03-29	52	Non		913	B-15 B-16
4622	0	0	0	1969-04-12	51	Non		799	B-12
9882	0	0	0	1968-03-29	51	Non		899	B-14 B-15

No dossier	Nbre critères	Nbre critères	Nbre critères	DDN	Âge	Personnel soignant	Commentaires	Nombre aléatoire (1 à 1000)	Étiquette
	Étape1	Étape 2	Étape 3			(oui/non)			
3741	0	0	0	1970-04-17	50	Non		132	B-6
3749	0	0	0	1970-04-17	49	Non		126	B-4
2229	0	0	0	1971-05-03	49	Non		942	B-16 B-17
8213	0	0	0	1977-02-08	43	Non		756	B-11
1568	0	0	0	1993-02-18	27	Non		621	A-2
2637	0	0	0	1995-01-22	25	Non		302	A-1

En cas de doute sur la priorisation d'un patient, un dialogue entre le trio, tout en maintenant l'anonymat des dossiers, avec les intensivistes ou les médecins d'urgence ou d'hospitalisation, est possible pour valider le pronostic et les chances de survie d'un patient. Il importe de bien documenter la décision et sa justification.

4.3.2. Définition de « soignant » dans la perspective de la priorisation

Le soignant priorisé dans le cadre de la pandémie est le personnel de la santé et des services sociaux qui donnent des soins et qui ont des contacts physiques étroits auprès des usagers. En période de pandémie, les travailleurs de la santé qui font face à des risques accrus d'infection devraient en retour bénéficier prioritairement en cas d'égalité clinique. Cet argumentaire est basé sur le principe de réciprocité ou de quiproquo qui implique que dans une relation entre parties, un geste posé en faveur de l'un appelle une contrepartie, un retour. Il s'agit d'une forme de donnant-donnant (Bailey et coll., 2011; Emmanuel et coll., 2020; Comité sur l'immunisation du Québec, 2020). L'annexe 1 présente une liste détaillée des soignants à prioriser en contexte de pandémie.

5. Retour à l'étape 2 et 1 et arrêt de la priorisation

Lorsque la pression sur la demande de lits aux SI commence à diminuer, les formulaires doivent être mis à jour quotidiennement pour tout patient non admis, car c'est un retour à la normale qui se prépare, où on essaiera de soigner à nouveau tous les patients nécessitant des soins intensifs pour qui une admission est appropriée.

Comité exécutif de priorisation (coordination nationale)	Trio de priorisation	Gestion des ressources du CISSS/CIUSSS (DSP, gestion des lits, etc.)	COOLSI
<ul style="list-style-type: none">• Ordre de passage à l'étape 2 (ou à l'étape 1)• Coordination interétablissements et interrégionale	<ul style="list-style-type: none">• Évalue les patients admis et les patients en attente d'admission• Évalue la demande de soins en fonction de la disponibilité• Priorise en fonction des meilleures chances de survie jusqu'à l'arrêt de la priorisation	<ul style="list-style-type: none">• Considérer le rapatriement des patients qui ont été transférés	<ul style="list-style-type: none">• Si débordement local, répartition des patients entre établissements et entre régions, selon les consignes du Comité exécutif de priorisation

Annexe 1 : liste détaillée des soignants à prioriser en contexte de pandémie

Personnel soignant de la santé et des services sociaux	Milieus/secteurs *être en contact étroit avec les usagers ou *criticité du secteur	Sous milieux/secteurs
Employés Médecins Stagiaires Main d'œuvre indépendante Personnel de partenaires qui portent main forte (Ex. de la Croix-Rouge Canadienne, d'Ambulance Saint-Jean)	Hébergement pour aînés	Centre d'hébergement et longue durée (CHSLD) RI-RTF qui accueillent des aînés, RPA CHSLD Publics, privés conventionnés et privés non conventionnés Sites hébergement non traditionnels et zones tampons Covid
Employés Médecins Stagiaires	Milieu hospitalier et cliniques spécialisées	Unités de soins, CDE, services cliniques qui soutiennent le fonctionnement essentiel des hôpitaux et services transversaux Ex. unités de chirurgie, médecine, soins palliatifs, obstétrique, oncologie, hémodialyse et autres unités qui donnent des soins Exemples : laboratoire biomédical, imagerie, pharmacie et autres services Exemples : inhalothérapie, réadaptations et autres services transversaux en milieu hospitalier et cliniques spécialisées.
Employés Médecins Stagiaires Main d'œuvre indépendante du Programme d'allocation Chèque emploi-service Main d'œuvre entreprise d'économie sociale Employés des résidences privées pour aînés	Services du soutien à domicile	Incluant déploiement en RPA
Employés Médecins Stagiaires	Centres de réadaptation ou unités de réadaptation	Exemples : unités de réadaptation fonctionnelle intensives en déficience physique et santé physique, réadaptation modérée, résidences à assistance continue
Travailleurs du préhospitalier	Secteurs préhospitaliers	Ex. ambulance, avion-ambulance

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 23 décembre 2021

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

Mesdames,
Messieurs,

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite vous informer de la mise à jour de la directive sur le Protocole de priorisation aux soins intensifs. Cette mise à jour est faite dans un souci de vigilance.

Elle inclut, entre autres, des précisions sur les rôles de toutes les parties prenantes impliquées, telles que le MSSS, le réseau de la santé et des services sociaux, les directeurs des services professionnels, etc. Cette révision tient compte des nouvelles connaissances établies dans les derniers mois et vise à clarifier certains éléments qui ont suscité des questions lors de sa publication initiale.

Il s'agit d'une mesure de prévention. Le contexte actuel ne justifie pas l'activation du Protocole de priorisation aux soins intensifs. Avant même d'envisager son utilisation, toutes les mesures alternatives seront d'abord mises en place.

Enfin, nous demeurons en communication régulière avec vous et vos équipes afin de vous tenir informés de tous changements à la situation.

... 2

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

La sous-ministre adjointe,



Lucie Opatrny, M.D., M.Sc., MHCM

c. c. Dr Marc-André Amyot, FMOQ
Dr Mauril Gaudreault, CMQ
Dr Vincent Oliva, FMSQ
Mme Dominique Savoie, MSSS
Directrices et directeurs de santé publique des établissements publics de santé et de services sociaux
Directrices et directeurs des services professionnels des établissements publics de santé et de services sociaux
Présidentes-directrices générales adjointes et présidents-directeurs généraux adjoints des établissements publics de santé et de services sociaux

N/Réf. : 21-MS-00027-54



Directive ministérielle

DGGEOP-001

.REV2

- Catégorie(s) :
- ✓ Travailleurs de la santé
 - ✓ Vaccination
 - ✓ Vaccination et immunisation
 - ✓ Dépistage
 - ✓ Milieux de vie
 - ✓ Milieux de soins

 - ✓ Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
 - ✓ Résidences privées pour aînés (RPA)
 - ✓ Ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)
 - ✓ Personnes proches aidantes
 - ✓ Centres hospitaliers
 - ✓ Communauté religieuse

Directive sur les modalités du décret concernant la vaccination et le dépistage obligatoire des intervenants de la santé et des services sociaux ainsi que l'accès des autres personnes aux milieux visés

Révision de la directive DGGEOP-001 émise le 22 octobre 2021

Expéditeur : Direction générale de la gestion exécutive et opérationnelle de la pandémie (DGGEOP)

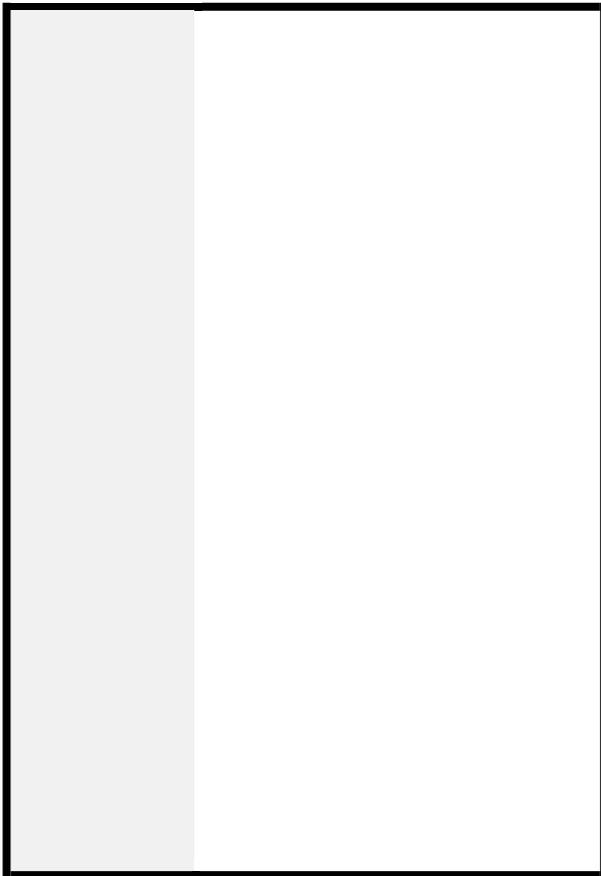


Destinataire : Tous les CISSS et CIUSSS, établissements non fusionnés de la province et autres installations de santé et des services sociaux de la province:

- Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG);
- Présidents-directeurs généraux adjoints (PDGA) et directeurs généraux adjoints (DGA);
- Directeurs des services professionnels (DSP);
- Directeurs des soins infirmiers (DSI);
- Directeurs des services multidisciplinaires (DSM);
- Directeurs des services en santé mentale et dépendance
- Directeurs des programmes en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
- Directeurs Services sociaux généraux
- Directeurs du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées
- Directeurs qualité, évaluation, performance et éthique
- Directeurs des programmes jeunesse
- Exploitants des RPA

Émission : 21-10-2021

Mise à jour : 23-12-2021



- Établissements de réadaptation privés conventionnés
- Responsables de la prévention et du contrôle des infections (PCI).
- Associations et organismes représentatifs de RI-RTF
- Exploitants des CHSLD PC et PNC
- Association des établissements privés conventionnés
- Association des établissements de longue durée privés du Québec
- Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA)
- Regroupement québécois des OBNL d'habitation (RQOH)
- Réseau de coopération des EESAD
- Alliance des Maisons de soins palliatifs

Directive

Objet :	Application du décret 1276-2021 du 24 septembre 2021, modifié par les arrêtés ministériels numéro 2021-070 du 15 octobre 2021, 2021-072 du 16 octobre 2021, 2021-080 et 2021-081 du 14 novembre 2021 et 2021-092 du 22 décembre 2021 concernant la vaccination et le dépistage obligatoire des intervenants de la santé et des services sociaux ainsi que les modalités d'accès aux milieux visés pour toute autre personne.
Principe :	Considérant la nouvelle mesure qui implique la vaccination et le dépistage obligatoire des intervenants de la santé et des services sociaux ainsi que les mesures applicables pour les autres personnes désirant accéder aux milieux visés.
Mesures à implanter :	✓ Informer les différents établissements et tous leurs partenaires qu'il est essentiel de se conformer aux règles définies par le décret 1276-2021, ainsi qu'aux ajustements apportés par les arrêtés ministériels 2021-070, 2021-072, 2021-080, 2021-081 et 2021-092.
Document annexé	✓ Précisions supplémentaires sur les modalités du décret 1276-2021 concernant l'ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de la COVID-19 et des arrêtés ministériels 2021-070, 2021-072, 2021-080, 2021-081 et 2021-092 qui le modifient – 23 décembre 2021

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources

Direction ou service ressource :	Direction générale de la gestion exécutive et opérationnelle de la pandémie (DGGEOP) dggeop@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 directeur général
Daniel Paré

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Directive

Le 24 septembre dernier, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait le décret numéro 1276-2021 concernant l'ordonnance des mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de la pandémie de la COVID-19. Ce décret implique la vaccination obligatoire des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux.

Le 13 octobre dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé le report de la vaccination obligatoire des intervenants de la santé et des services sociaux au 15 novembre 2021, afin de permettre d'assurer la continuité des services. Cette décision a été prise à la suite de l'analyse de la situation épidémiologique actuelle et des plans de contingence présentés.

Le 3 novembre dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé que les intervenants de la santé et des services sociaux qui ne sont toujours pas adéquatement vaccinés et non adéquatement protégés pourront demeurer en poste au-delà du 15 novembre, mais en respectant des conditions afin d'assurer la sécurité des usagers et de leurs collègues.

Le décret et les arrêtés le modifiant peuvent être consultés aux liens suivants :

[Décret 1276-2021](#), [Arrêté 2021-070](#), [Arrêté 2021-072](#), [Arrêté 2021-080](#), [Arrêté 2021-081](#) et [Arrêté 2021-092](#).

1. Vaccination obligatoire des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux

1.1. Personnes visées par la vaccination obligatoire

➤ Entendu par « intervenant du secteur de la santé et des services sociaux » :

1° les personnes qui sont nouvellement embauchées ou qui commencent à exercer leur profession pour un établissement de santé et de services sociaux;

2° les personnes suivantes qui ont des contacts physiques directs avec des personnes à qui sont offerts des services de santé et des services sociaux ou qui ont des contacts physiques directs avec des personnes qui offrent de tels services notamment en raison du partage d'espaces communs :

- a) des élèves, des étudiants et des stagiaires;
- b) des bénévoles;
- c) des sous-contractants ne fournissant pas de soins aux usagers ou aux résidents des milieux visés, à l'exception de ceux agissant dans un contexte d'urgence.

➤ Ces intervenants doivent répondre à l'un de ces critères suivants pour être considérés adéquatement protégés :

- 1) avoir reçu deux doses de l'un ou l'autre d'un vaccin à ARNm de Moderna ou de Pfizer BioNTech, ou du vaccin AstraZeneca/COVIDSHIELD, avec un intervalle minimal de 21 jours entre les doses, et dont la dernière dose a été reçue depuis sept jours ou plus;
- 2) avoir contracté la COVID-19 et a reçu, depuis sept jours ou plus, une dose de l'un ou l'autre des vaccins visés au point 1 avec un intervalle minimal de 21 jours après la maladie;
- 3) avoir reçu une dose du vaccin Janssen depuis au moins 14 jours;
- 4) avoir reçu deux doses d'un vaccin contre la COVID-19, dont l'un est un vaccin reçu à l'extérieur du Canada, autre que ceux visés aux points 1 et 3, et l'autre un vaccin à ARNm de Moderna ou de Pfizer BioNTech, avec un intervalle minimal de 21 jours entre les doses et dont la dernière dose a été reçue depuis sept jours ou plus.
- 5) présenter une contre-indication à la vaccination contre cette maladie attestée par un professionnel de

la santé habilité à poser un diagnostic et qui est inscrite au registre de vaccination maintenu par le ministre de la Santé et des Services sociaux;

- 6) avoir participé à l'étude clinique menée par Medicago inc. visant à valider la sécurité ou l'efficacité d'un candidat-vaccin contre la COVID-19.

1.2. Milieux visés

- Les milieux visés sont :
- une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux;
 - un CHSLD privé conventionné ou non conventionné;
 - une ressource intermédiaire non visée par la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2);
 - une résidence privée pour aînés, à l'exception de celles de neuf places et moins;
 - tout lieu autre qu'une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux où sont offerts des services par un tel établissement soit assimilée à une telle installation, mais uniquement en ce qui concerne les intervenants qui fournissent les services de santé ou les services sociaux.

1.3 Modalités d'application

- Ces intervenants visés par la vaccination obligatoire sont tenus de transmettre une preuve qu'ils sont adéquatement protégés, selon le cas :
- à l'établissement de santé et de services sociaux où ils souhaitent être embauchés ou commencer à exercer leur profession;
 - à l'exploitant ou responsable du milieu où ils exercent;
 - à leur établissement d'enseignement dans le cas d'un élève, d'un étudiant ou d'un stagiaire.
- L'établissement de santé et de services sociaux ou l'exploitant/responsable des milieux sont tenus de vérifier que les intervenants visés par la vaccination obligatoire sont adéquatement protégés.
- Les intervenants visés par la vaccination obligatoire qui ne fournissent pas leur preuve ne peuvent intégrer ou réintégrer les milieux cités plus haut.
- Le responsable d'une ressource intermédiaire non visée par la LRR doit transmettre à l'établissement de santé et de services sociaux avec lequel il a conclu une entente particulière, une attestation indiquant **que les intervenants de secteur de la santé et des services sociaux** qui sont tenus d'être adéquatement protégés le sont.
- Tout responsable d'une ressource intermédiaire non visée par la LRR qui ne transmet pas l'attestation prévue précédemment pourrait cesser d'être rétribué par l'établissement de santé et de services sociaux avec lequel cette ressource a conclu une entente particulière et pourrait voir les usagers qui y sont pris en charge déplacés vers un autre milieu de vie.

2. Dépistage obligatoire des intervenants de la santé et des services sociaux

2.1. Personnes et milieux visés par le dépistage obligatoire

- Entendu par « intervenant de la santé et des services sociaux » une personne travaillant ou exerçant sa profession ou un sous-contractant fournissant des soins aux usagers ou aux résidents pour :
- un établissement de santé et de services sociaux;
 - un CHSLD privé conventionné ou non conventionné;
 - une ressource intermédiaire non visée par la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2);
 - une résidence privée pour aînés à l'exception de celles de neuf places et moins;
 - une maison de soins palliatifs au sens du paragraphe 2° de l'article 3 de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001);
 - une institution religieuse qui maintient une installation d'hébergement et de soins de longue

durée pour y recevoir ses membres ou ses adhérents;

7. un centre médical spécialisé au sens de l'article 333.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2);
 8. un laboratoire d'imagerie médicale au sens 30.1 de la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus (chapitre L-0.2);
- De plus, les intervenants des organisations suivantes ayant des contacts physiques directs avec des personnes à qui sont offerts des services de santé et des services sociaux sont assujettis au dépistage obligatoire :
1. la Corporation d'Urgences-santé;
 2. les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers;
 3. Héma-Québec;
 4. l'Institut national de santé publique du Québec;
 5. le ministère des Transports, mais uniquement pour le Service aérien gouvernemental.

2.2 Modalités d'application

- Les intervenants visés par le dépistage obligatoire devront passer des tests de dépistage sauf :
1. s'ils ont reçu deux doses de l'un ou l'autre d'un vaccin à ARNm de Moderna ou de Pfizer-BioNTech ou du vaccin AstraZeneca/ COVIDSHIELD, avec un intervalle minimal de 21 jours entre les doses et dont la dernière dose a été reçue depuis au moins sept jours;
 2. s'ils ont contracté la COVID-19 et a reçu, depuis sept jours ou plus, une dose de l'un ou l'autre des vaccins visés au point 1 avec un intervalle minimal de 21 jours après la maladie;
 3. s'ils ont reçu une dose du vaccin Janssen depuis au moins 14 jours;
 4. s'ils ont reçu une dose d'un vaccin mentionné au point 1 depuis au moins 7 jours et depuis moins de 60 jours;
 5. s'ils présentent une contre-indication à la vaccination contre cette maladie attestée par un professionnel de la santé habilité à poser un diagnostic et qui est inscrite au registre de vaccination maintenu par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
 6. s'ils ont participé à l'étude clinique menée par Medicago inc. visant à valider la sécurité ou l'efficacité d'un candidat-vaccin contre la COVID-19;
 7. s'ils ont contracté la COVID-19 depuis moins de 60 jours;
 8. s'ils ont reçu deux doses d'un vaccin contre la COVID-19, dont l'un est un vaccin reçu à l'extérieur du Canada, autre que ceux visés aux points 1 et 3, et l'autre un vaccin à ARNm de Moderna ou de Pfizer BioNTech, avec un intervalle minimal de 21 jours entre les doses et dont la dernière dose a été reçue depuis 7 jours ou plus.
- Les intervenants visés par le dépistage obligatoire sont tenus de fournir à l'exploitant du milieu ou au responsable de leur organisation la preuve, selon le cas :
- qu'ils ont reçu le ou les vaccins mentionnés dans les conditions 1, 2, 3 ou 8 de la section 2.2;
 - qu'ils répondent aux conditions 5, 6 ou 7 de la section 2.2.
- Les intervenants visés par le dépistage obligatoire qui refusent ou omettent de remplir les conditions suivantes, selon le cas, ne pourront être réaffectés ni être en télétravail et leur absence constitue une absence non autorisée sans perte d'ancienneté :
- fournir la preuve qu'ils ont reçu le ou les vaccins mentionnés aux points 1, 2, 3 ou 8 de la section 2.2 ou qu'ils répondent aux conditions 5, 6 ou 7 de cette section;
 - passer un test de dépistage;
 - fournir les résultats d'un test.

- Les intervenants de la santé et des services sociaux qui sont tenus de passer les tests de dépistage pourraient ne plus bénéficier des différentes primes et montants forfaitaires COVID et catégorie 1 octroyés.
- Les intervenants visés par la mesure de dépistage sont tenus d'être dépistés un minimum de trois fois par semaine, par un professionnel autorisé, et en fournir les résultats à l'exploitant du milieu ou au responsable de son organisation. Pour les intervenants qui travaillent moins de trois jours par semaine, un nombre minimum de dépistages équivalent au nombre de jours de présence au travail sera exigé.
- Les tests de dépistage devront être effectués en dehors des heures de travail. Aucune rémunération ni remboursement de frais en lien avec de tels tests n'est prévu pour les intervenants visés par le dépistage obligatoire.
- Le MSSS se réserve le droit de déterminer le type de test utilisé.
- À la demande du ministre, un établissement de santé et de services sociaux peut transmettre une liste d'intervenants de la santé et des services sociaux travaillant ou exerçant dans les installations qu'il maintient pour lesquels celui-ci souhaite vérifier que ces derniers sont adéquatement protégés.

3. Modalités générales pour toute personne qui n'est pas un intervenant de la santé et des services sociaux

3.1. Personnes et milieux visés

- Toute personne âgée de 13 ans ou plus qui n'est pas considérée comme un intervenant de la santé et des services sociaux est tenue, afin d'accéder aux milieux suivants, d'être adéquatement protégée contre la COVID-19, d'en présenter la preuve au moyen du code QR qu'elle a reçu à cette fin du gouvernement du Québec et d'en permettre la vérification au moyen de l'application VaxiCode Verif. Une pièce d'identité est requise pour les personnes de 16 ans et plus. Pour les personnes de 75 ans et plus, une preuve d'identité sans photo est acceptée.

Les milieux visés sont :

1. une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux;
2. une ressource intermédiaire;
3. une ressource de type familial;
4. une résidence privée pour aînés;
5. une institution religieuse qui maintient une installation d'hébergement et de soins de longue durée pour y recevoir ses membres ou ses adhérents.

Ceci inclut notamment, mais non exhaustivement :

- Les centres locaux de services communautaires (CLSC);
 - Les centres hospitaliers (CH);
 - Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) :
 - CHSLD publics;
 - CHSLD privés non conventionnés;
 - CHSLD privés conventionnés;
 - Les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse;
 - Les maisons de naissance;
 - Les centres de réadaptation.
-
- La personne fournissant des services de santé et de services sociaux à une personne, y étant hébergée ou y résidant, dans le cadre d'un contrat de service conclu avec celle-ci doit être adéquatement protégée pour accéder aux milieux visés.

3.2. Exemptions de la présentation du statut adéquatement protégé

Nonobstant ce qui précède, certaines personnes ne sont pas tenues de présenter la preuve de leur statut adéquatement protégé, ni de présenter une pièce d'identité pour accéder aux lieux visés:

- Une personne qui accède à un de ces lieux pour y recevoir des services de santé ou des services sociaux;
- Une personne qui accompagne :
 - Un enfant de moins de 18 ans pour une prestation de soins ou un service de santé et des services sociaux;
 - Une personne qui accouche;
 - Une personne inapte à consentir aux soins requis par son état de santé;
 - Une personne qui, en raison de son état de santé ou à des fins de sécurité, requiert une assistance qui ne peut lui être fournie par l'exploitant du lieu;
- Une personne qui visite un proche en fin de vie;
- Un parent ou un tuteur d'un enfant hébergé dans un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de même que toute personne ayant un droit de visite ordonné par une décision rendue par la Cour du Québec;
- Une personne qui, dans l'exercice de ses fonctions, doit se rendre dans un des milieux visés (ex : Agrément Canada);
- Les enseignants exerçant dans un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation exploité par un établissement de santé et de services sociaux ne sont pas visés par l'obligation de dépistage;
- La personne qui fournit des services dans le cadre de la modalité de soutien à domicile allocation directe – chèque emploi-service (CES) ou en provenance d'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) est tenue de transmettre à l'exploitant ou responsable du milieu visé l'une des preuves suivantes :
 1. Elle a reçu le ou les vaccins mentionnés ci-haut;
 2. Elle présente une contre-indication à la vaccination contre cette maladie attestée par un professionnel de la santé habilité à poser un diagnostic et qui est inscrite au registre de vaccination maintenu par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
 3. Elle a participé à l'étude clinique menée par Medicago inc. visant à valider la sécurité ou l'efficacité d'un candidat-vaccin contre la COVID-19;
 4. Elle a contracté la COVID-19 depuis moins de 60 jours;
 5. Elle démontre un résultat négatif d'un test de dépistage de la COVID-19 effectué depuis moins de 72 heures.

Elle pourra également transmettre l'une des preuves précédentes, sur demande, à la personne à qui elle fournit les services dans les milieux visés.

Précisions supplémentaires sur les modalités du décret 1276-2021 concernant l'ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de la COVID-19 et des arrêtés ministériels 2021-070, 2021-072, 2021-080, 2021-081 et 2021-92 qui le modifient – 23 décembre 2021

*Ce document pourrait faire l'objet de mise(s) à jour subséquente(s)

Table des matières

CONDITIONS D'APPLICATION DE LA VACCINATION OBLIGATOIRE	2
Démonstration du statut « adéquatement protégé »	2
Intervenants du secteur de la santé et des services sociaux visés	3
Milieux visés	3
MODALITÉS D'APPLICATION DU DÉPISTAGE OBLIGATOIRE	4
Intervenants de la santé et des services sociaux et milieux visés.....	4
Modalités des dépistages.....	7
MODALITÉS D'APPLICATION POUR LES VISITEURS.....	10
Modalités générales	10
Modalités spécifiques aux milieux de vie (centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics, privés conventionnés et privés non conventionnés, résidences privées pour aînés (RPA), ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)	14
Modalités spécifiques à la clientèle DP-DI-TSA.....	15
Modalités spécifiques au secteur jeunesse.....	16
MODALITÉS D'APPLICATION GÉNÉRALES	17
ANNEXE 1	18

Le 24 septembre 2021, le Conseil des ministres a approuvé le [décret 1276-2021](#) rendant la vaccination des intervenants de la santé et des services sociaux obligatoire. Cependant, à la suite de la publication des [Arrêté 2021-070](#), [Arrêté 2021-072](#), [Arrêté 2021-080](#), [Arrêté 2021-081](#) et [Arrêté 2021-092](#) certaines mesures ont été modifiées.

Le présent document apporte des précisions sur les modalités et mesures prévues pour les différents intervenants et milieux visés.

CONDITIONS D'APPLICATION DE LA VACCINATION OBLIGATOIRE

Démonstration du statut « adéquatement protégé »

1. Quelle est la définition de « adéquatement protégé » ?

Aux fins du décret et des arrêtés qui le modifient, sont considérées adéquatement protégées :

- avoir reçu 2 doses de l'un ou l'autre d'un vaccin à ARNm de Moderna ou de Pfizer BioNTech ou du vaccin AstraZeneca/COVIDSHIELD, avec un intervalle minimal de 21 jours entre les doses et dont la dernière dose a été reçue depuis 7 jours ou plus;
- avoir contracté la COVID-19 et a reçu, depuis 7 jours ou plus, une dose de l'un ou l'autre des vaccins visés au point 1 avec un intervalle minimal de 21 jours après la maladie;
- avoir reçu une dose du vaccin Janssen depuis au moins 14 jours;
- avoir reçu 2 doses d'un vaccin contre la COVID-19, dont l'un est un vaccin reçu à l'extérieur du Canada, autre que ceux visés aux points 1 et 3, et l'autre un vaccin à ARNm de Moderna ou de Pfizer BioNTech, avec un intervalle minimal de 21 jours entre les doses et dont la dernière dose a été reçue depuis 7 jours ou plus.
- présenter une contre-indication à la vaccination contre cette maladie attestée par un professionnel de la santé habilité à poser un diagnostic et qui est inscrite au registre de vaccination maintenu par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
- avoir participé à l'étude clinique menée par Medicago inc. visant à valider la sécurité ou l'efficacité d'un candidat-vaccin contre la COVID-19.

Intervenants du secteur de la santé et des services sociaux visés

2. Qui est désigné par les termes « intervenants du secteur de la santé et des services sociaux » ?

Les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux visés par la vaccination obligatoire sont :

- 1° les personnes qui sont nouvellement embauchées ou qui commencent à exercer leur profession pour un établissement de santé et de services sociaux;
- 2° les personnes suivantes qui ont des contacts physiques directs avec des personnes à qui sont offerts des services de santé et des services sociaux ou qui ont des contacts physiques directs avec des personnes qui offrent de tels services notamment en raison du partage d'espaces communs :
 - a) des élèves, des étudiants et des stagiaires;
 - b) des bénévoles;
 - c) des sous-contractants ne fournissant pas de soins aux usagers ou aux résidents des milieux visés, à l'exception de ceux agissant dans un contexte d'urgence.

Milieux visés

3. Quels sont les milieux visés par la vaccination obligatoire?

Les milieux visés sont :

1. une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux;
2. une ressource intermédiaire non visée par la LRR;
3. une résidence privée pour aînés, à l'exception de celles de 9 places et moins;
4. tout lieu autre qu'une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux où sont offerts des services par un tel établissement soit assimilée à une telle installation, mais uniquement en ce qui concerne les intervenants qui fournissent les services de santé ou les services sociaux.

Ceci inclut notamment, mais non exhaustivement:

- Les centres locaux de services communautaires (CLSC), incluant les lieux, où sont dispensés les soins et services;
- Les centres hospitaliers (CH);
- Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) :
 - CHSLD publics;
 - CHSLD privés non conventionnés;
 - CHSLD privés conventionnés;
- Les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse;
- Les maisons de naissance;
- Les centres de réadaptation.

4. Quelle est la portée du libellé « *Tout lieu autre qu'une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux où sont offerts des services par un tel établissement soit assimilée à une telle installation, mais uniquement en ce qui concerne les intervenants qui fournissent les services de santé ou les services sociaux* » ?

Ce cas s'applique notamment pour les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux qui relèvent d'une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux, mais qui exerceraient à l'extérieur de ce lieu.

Par exemple, dans le cas d'un stagiaire accompagnant une infirmière d'un établissement du RSSS dans ses activités de soutien à domicile, ce dernier serait visé par la vaccination obligatoire.

MODALITÉS D'APPLICATION DU DÉPISTAGE OBLIGATOIRE

Intervenants de la santé et des services sociaux et milieux visés

5. Quels sont les personnes et les milieux visés par le dépistage obligatoire si les intervenants ciblés ne sont pas adéquatement protégés?

Entendu par « intervenant de la santé et des services sociaux » une personne travaillant ou exerçant sa profession ou un sous-contractant fournissant des soins aux usagers ou aux résidents pour:

1. un établissement de santé et de services sociaux;
2. une ressource intermédiaire non visée par la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2);
3. une résidence privée pour aînés à l'exception de celle de neuf places et moins;
4. une maison de soins palliatifs au sens du paragraphe 2° de l'article 3 de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001);
5. une institution religieuse qui maintient une installation d'hébergement et de soins de longue durée pour y recevoir ses membres ou ses adhérents;
6. un centre médical spécialisé au sens de l'article 333.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2);
7. un laboratoire d'imagerie médicale au sens 30.1 de la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus (chapitre L-0.2).

De plus, les intervenants des organisations suivantes ayant des **contacts physiques directs** avec des personnes à qui sont offerts des services de santé et des services sociaux sont assujettis au dépistage obligatoire:

1. la Corporation d'Urgences-santé;
2. les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers;
3. Héma-Québec;
4. l'Institut national de santé publique du Québec;
5. le ministère des Transports, mais uniquement pour le Service aérien gouvernemental.

6. Quelles sont les conditions qui justifient le dépistage pour les intervenants visés ?

Les intervenants visés par le dépistage obligatoire devront passer des tests de dépistage sauf :

1. s'ils ont reçu 2 doses de l'un ou l'autre d'un vaccin à ARNm de Moderna ou de Pfizer-BioNTech ou du vaccin AstraZeneca/ COVIDSHIELD, avec un intervalle minimal de 21 jours entre les doses et dont la dernière dose a été reçue depuis au moins 7 jours;
2. s'ils ont contracté la COVID-19 et ont reçu, depuis 7 jours ou plus, une dose de l'un ou l'autre des vaccins visés au point 1 avec un intervalle minimal de 21 jours après la maladie;
3. s'ils ont reçu 2 doses d'un vaccin contre la COVID-19, dont l'un est un vaccin reçu à l'extérieur du Canada, autre que ceux visés aux points 1 et 3, et l'autre un vaccin à ARNm de Moderna ou de Pfizer BioNTech, avec un intervalle minimal de 21 jours entre les doses et dont la dernière dose a été reçue depuis 7 jours ou plus.
4. s'ils ont reçu une dose du vaccin Janssen depuis au moins 14 jours;
5. s'ils ont reçu une dose d'un vaccin mentionné au point 1 depuis au moins 7 jours et depuis moins de 60 jours;
6. s'ils présentent une contre-indication à la vaccination contre cette maladie attestée par un professionnel de la santé habilité à poser un diagnostic et qui est inscrite au registre de vaccination maintenu par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
7. s'ils ont participé à l'étude clinique menée par Medicago inc. visant à valider la sécurité ou l'efficacité d'un candidat-vaccin contre la COVID-19;
8. s'ils ont contracté la COVID-19 depuis moins de 60 jours;

7. Est-ce que la main-d'œuvre indépendante (MOI) est visée par le dépistage obligatoire?

La MOI fournissant des soins aux usagers ou aux résidents des milieux visés est soumise au dépistage obligatoire.

Étant considérée comme sous-contractante, la MOI ne fournissant pas de soins aux usagers ou aux résidents des milieux visés est, quant à elle, visée par la vaccination obligatoire.

8. Les personnes proches aidantes sont-elles visées par le dépistage obligatoire?

Non. Les personnes proches aidantes doivent présenter leur statut « adéquatement protégé » pour accéder aux milieux visés.

9. Est-ce que les travailleurs chèque emploi-service (CES) ou dans le cadre d'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) sont visés par le dépistage obligatoire?

La personne qui fournit des services dans le cadre de la modalité de soutien à domicile allocation directe – chèque emploi-service (CES) ou en provenance d'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) est tenue de transmettre à l'exploitant ou responsable du milieu visé **l'une des preuves suivantes** :

- Elle a reçu le ou les vaccins mentionnés à la question 6;
- Elle présente une contre-indication à la vaccination contre cette maladie attestée par un professionnel de la santé habilité à poser un diagnostic et qui est inscrite au registre de vaccination maintenu par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
- Elle a participé à l'étude clinique menée par Medicago inc. visant à valider la sécurité ou l'efficacité d'un candidat-vaccin contre la COVID-19;
- Elle a contracté la COVID-19 depuis moins de 60 jours;
- Elle démontre un résultat négatif d'un test de dépistage de la COVID-19 effectué depuis moins de 72 heures.

Elle pourra également transmettre l'une des preuves précédentes, sur demande, à la personne à qui elle fournit les services dans les milieux visés.

Modalités des dépistages

10. Quels sont les tests de dépistage acceptés?

Les tests PCR et les tests antigéniques rapides sont acceptés. Ces derniers doivent être utilisés sous la supervision d'un professionnel autorisé et doivent être autorisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

11. Par qui les tests de dépistage doivent être supervisés?

Les tests de dépistage (PCR ou tests rapides) doivent être supervisés par un professionnel autorisé. Celui-ci doit avoir reçu la formation sur l'utilisation des tests antigéniques rapides et sur la biosécurité dispensée sous l'autorité du MSSS ou doit avoir été autorisé à effectuer les prélèvements nécessaires au test de dépistage de la COVID-19 en vertu des arrêtés 2020-030, 2020-034, 2020-037, 2020-039, 2020-087.

12. Qui va fournir les tests de dépistage pour les milieux visés ?

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont responsables d'établir les modalités de dépistage et de fournir les tests aux milieux visés, le cas échéant.

Les milieux de vie devront se référer à leur CISSS ou CIUSSS pour les procédures et les modalités de dépistage.

13. Qui est responsable de s'assurer que les employés d'une RI non visée par la LRR, d'une RPA ou d'un CHSLD privé non conventionné ont été dépistés?

Il s'agit d'une responsabilité de l'exploitant/responsable du milieu de vie visé.

Le suivi du dépistage des employés non adéquatement protégés est requis. Pour ce faire, des accès à la plateforme Akinox (requête Web) ont été créés. Une lettre contenant les étapes à réaliser a été transmise à cet effet aux milieux visés.

14. Est-ce que les promoteurs RI pourront effectuer les tests rapides auprès de leur personnel ?

Les promoteurs de RI (ou un/des professionnels désignés de leur installation) pourront effectuer des tests rapides à condition que ceux-ci aient reçu la formation sur l'utilisation des tests antigéniques rapides et sur la biosécurité dispensée sous l'autorité du MSSS. À défaut, leurs employés devront se rendre en CDD pour effectuer leurs tests de dépistage.

À noter que les établissements (ainsi que le MSSS) se réservent le droit d'établir les modalités de dépistage.

15. Est-ce que la vaccination obligatoire et le dépistage obligatoire visent les RI-RTF et à qui incombera la responsabilité de vérifier le statut vaccinal ?

Seulement les ressources intermédiaires non visées par la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2) sont visées par la vaccination obligatoire et le dépistage obligatoire.

Un stagiaire, un étudiant ou un bénévole œuvrant dans ce milieu est visé par la vaccination obligatoire dès qu'ils exercent des activités telles que décrites à la question 2.

De plus, concernant le dépistage obligatoire, tout intervenant de la santé et des services sociaux qui œuvre dans une RI visée et qui ne rencontre pas les conditions énumérées à la question 6 devra subir 3 tests de dépistage par semaine.

L'exploitant d'une RI doit transmettre à l'établissement de santé et de services sociaux avec lequel il a conclu une entente, une attestation indiquant que les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux qui sont tenus d'être adéquatement protégés le sont.

Tout exploitant d'une RI qui ne transmet pas l'attestation prévue précédemment pourrait cesser d'être rétribué par l'établissement de santé et de services sociaux avec lequel cette ressource a conclu une entente et pourrait voir les usagers qui y sont pris en charge déplacés vers un autre milieu de vie.

16. Est-ce qu'un employé qui vient de recevoir sa 1^{re} dose doit respecter le délai avant de recevoir la seconde?

Oui, le protocole d'immunisation du Québec recommande un délai optimal de 8 semaines entre les 2 doses pour assurer la meilleure protection. Cependant, le délai minimal est toujours de 21 jours.

17. Est-ce qu'un employé n'ayant reçu qu'une seule dose depuis plus de 60 jours doit être dépisté?

Oui.

18. Si un employé non vacciné prévoit se faire vacciner, est-ce qu'il devra être dépisté les 7 sept premiers jours? Pourra-t-il cesser le dépistage jusqu'au moment de recevoir sa seconde dose?

Oui, il ne sera pas dépisté s'il a reçu une dose d'un des vaccins mentionnés à la question 6 depuis au moins 7 jours et moins de 60 jours (période recommandée entre les 2 doses).

Toutefois, l'immunité procurée par le vaccin n'est considérée qu'après les 7 jours suivant la dernière dose administrée. Par conséquent, l'employé qui souhaite éviter le dépistage devra recevoir sa 2^e dose au plus tard la 53^e journée suivant sa 1^{re} dose. Si ces conditions ne sont pas respectées, il devra se faire dépister de nouveau à raison de 3 fois par semaine.

19. Quelles sont les modalités de dépistage pour les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers ?

Ces titulaires ont la responsabilité de s'assurer de la gestion et de l'opérationnalisation de la mesure de dépistage en fonction de leurs particularités et horaires de travail. Rappelons toutefois que les dépistages devront avoir lieu à raison de 3 fois par semaine pour les intervenants visés.

20. Les organismes ayant une entente en vertu de l'article 108 de la LSSSS qui occupent des locaux au sein d'une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux sont-ils visés? Les services offerts à domicile par l'organisme sont-ils visés ?

Les signataires et les utilisateurs de locaux exploités par un signataire ayant une entente 108 ne sont plus visés. Rappelons qu'un stagiaire, un étudiant ou un bénévole œuvrant dans une installation maintenue par un établissement du RSSS est visé par la vaccination obligatoire dès qu'il exerce des activités assimilées à un intervenant du secteur de la santé et des services sociaux.

Les services de soutien à domicile ne sont pas spécifiquement visés pour les organismes ayant de telles ententes.

21. Est-ce que les règles pour le dépistage obligatoire s'appliquent aux salariés, bénévoles, étudiants ou stagiaires s'ils agissent dans un des lieux visés ?

Non, les stagiaires, étudiants, bénévoles, sont visés par la vaccination obligatoire dès qu'ils ont des activités dans les milieux mentionnés à la question 3.

Les salariés qui travaillent ou exercent pour les milieux mentionnés à la question 5 sont soumis, pour leur part, au dépistage obligatoire.

MODALITÉS D'APPLICATION POUR LES VISITEURS

Modalités générales

22. Est-ce que les visiteurs, les personnes proches aidantes ou les accompagnateurs sont visés?

Toutes les personnes de 13 ans et plus qui ne sont pas des intervenants de la santé et des services sociaux sont tenues d'être adéquatement protégées afin d'accéder aux lieux suivants:

1. une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux;
2. une ressource intermédiaire;
3. une ressource de type familial;
4. une résidence privée pour aînés;
5. une institution religieuse qui maintient une installation d'hébergement et de soins de longue durée pour y recevoir ses membres ou ses adhérents!

23. Est-ce que certaines personnes sont exemptées de devoir démontrer qu'elles sont adéquatement protégées?

Le décret et les arrêtés qui le modifient prévoient certaines exemptions :

- Une personne qui accède à un des lieux visés pour y recevoir des services de santé ou des services sociaux;
- Une personne qui accompagne :
 - Un enfant de moins de 18 ans pour une prestation de soins ou un service de santé et des services sociaux;
 - Une personne qui accouche;
 - Une personne inapte à consentir aux soins requis par son état de santé;
 - Une personne qui, en raison de son état de santé ou à des fins de sécurité, requiert une assistance qui ne peut lui être fournie par l'exploitant du lieu;
- Une personne qui visite un proche en fin de vie;
- Un parent ou un tuteur d'un enfant hébergé dans un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de même que toute personne ayant un droit de visite ordonné par une décision rendue par la Cour du Québec;

- Une personne qui, dans l'exercice de ses fonctions, doit se rendre dans un des milieux visés (ex. : policier, facteur, visiteur d'Agrément Canada);
- Les enseignants exerçant dans un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation exploité par un établissement de santé et de services sociaux ne sont pas visés par l'obligation de dépistage;

24. Est-ce que des dérogations sont possibles pour une personne qui n'est pas adéquatement protégée, d'accéder au milieu de vie visé, autres que les exceptions prévues au décret ?

Non, seules les exceptions prévues au décret et aux arrêtés sont applicables.

25. Est-ce qu'un billet médical attestant qu'une personne ne peut recevoir un vaccin contre la COVID-19, est une preuve qui peut être acceptée par un milieu visé?

Il est indiqué que les personnes ayant une contre-indication à la vaccination attestée par un professionnel de la santé habilité à poser un diagnostic sont considérées adéquatement protégées, mais doivent être inscrites au registre de vaccination maintenu par le ministre de la Santé et des Services.

Les contre-indications visées et les démarches à effectuer pour obtenir un code Q/R sont précisées à l'adresse suivante sur Québec.ca :

<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/deroulement-vaccination-contre-la-covid-19/passeport-de-vaccination-covid-19#c111319>

26. Est-ce que la preuve vaccinale doit aussi être présentée pour des rencontres extérieures sur le terrain du milieu visé?

Non, une personne doit démontrer qu'elle est adéquatement protégée uniquement pour accéder à l'intérieur du milieu visé. Pour les rencontres extérieures, les mesures sanitaires demeurent en fonction des directives en vigueur (accompagnement par le milieu, hygiène des mains, port du masque d'intervention de qualité médicale, distanciation physique et signature de registre).

Les visiteurs non adéquatement protégés ne peuvent pas se déplacer à l'intérieur d'un milieu visé pour une rencontre à l'extérieur.

27. Par qui et comment doit être validée la preuve vaccinale ?

Toute personne autorisée à le faire, nommée par les responsables du milieu concerné. La vérification doit être effectuée avec l'application VaxiCode Verif.

D'après le décret 1173-2021 : « (...) l'exploitant de tout lieu visé [...] soient [est] tenus [tenu] de vérifier, à l'aide de l'application VaxiCode Verif, que toute personne du public âgée de 13 ans ou plus qui souhaite participer à une telle activité ou être admise dans un tel lieu est adéquatement protégée contre la COVID-19 et de vérifier l'identité de cette personne [...] ».

<p>28. Une personne ayant déjà fait l'objet d'une vérification vaccinale doit-elle présenter cette preuve à chaque fois qu'elle entre sur un milieu visé par le décret ?</p>
<p>La preuve doit être présentée pour les personnes visées plus haut toutes les fois qu'elle souhaite accéder à un milieu de vie visé.</p>
<p>29. Quelle est la définition de « personne inapte à consentir » ?</p>
<p>Il s'agit d'une personne qui n'est pas en mesure de consentir, soit de façon permanente (exemple : mandat de protection) ou de façon temporaire (exemple : personne inconsciente).</p>
<p>30. Quelle est la définition de « personne en fin de vie » ?</p>
<p>Une personne en fin de vie est une personne à qui sont offerts ou qui reçoit des soins palliatifs tels que définis à la <i>Loi concernant les soins de fin de vie</i> (chapitre S-32.0001).</p>
<p>31. Il est prévu que dans certaines circonstances une personne n'est pas tenue d'être adéquatement protégée pour accompagner une personne qui reçoit des soins de santé et des services sociaux. Qu'en est-il de la fratrie ?</p>
<p>Il n'y a pas d'exception particulière à la fratrie. Toute personne de 13 ans et plus qui accède à un milieu visé par le décret doit démontrer qu'elle est adéquatement protégée, sous réserve des exceptions applicables.</p>
<p>32. Est-ce que l'obligation de démontrer être adéquatement protégé s'applique aux usagers, bénéficiaires et clients qui reçoivent des soins et services de santé dans les milieux visés ?</p>
<p>Non, il s'agit d'une exception prévue au décret.</p>
<p>33. Est-ce que de l'affichage est disponible pour mettre à l'entrée et sensibiliser les gens qui entrent dans les milieux visés ?</p>
<p>Le MSSS encourage ces actions, mais rappelle que ces dernières relèvent de la responsabilité de l'établissement.</p>
<p>34. Est-ce qu'un parent qui n'est pas adéquatement protégé pourra visiter son enfant en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) ?</p>
<p>Oui. Un parent ou un tuteur d'un enfant hébergé dans un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) de même que toute personne ayant un droit de visite ordonné par une décision rendue par la Cour du Québec comptent parmi les personnes exemptées de démontrer être adéquatement protégées.</p>

35. Est-ce que l'établissement est dans l'obligation de rendre disponible des locaux pour les parents qui ne sont pas adéquatement protégés et qui ne peuvent pas visiter leur enfant dans leur famille d'accueil ?

Les personnes suivantes ne soient pas tenues d'être adéquatement protégées, d'en présenter la preuve, ni de présenter une pièce d'identité pour accéder aux lieux qui y sont visés :

(...) 4) un parent ou un tuteur d'un enfant hébergé dans un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de même que toute personne ayant un droit de visite ordonné par une décision rendue par la Cour du Québec.

Ces personnes peuvent donc accéder à ces milieux sans avoir à démontrer leur statut adéquatement protégé.

L'établissement a la responsabilité des modalités de réservation des locaux, au besoin, pour assurer la tenue sécuritaire de ses services.

En ce qui concerne les contacts ayant lieu dans la famille d'accueil, l'arrêté ministériel 2020-032 est toujours applicable et guidera les ressources dans les contacts parents-enfants. Il est de la responsabilité du directeur de la protection de la jeunesse d'aménager, d'une façon qui permet de protéger la santé de la population, l'exercice d'un contact en présence physique d'un enfant avec ses parents, ses grands-parents ou toute autre personne ordonnée par les conclusions d'une décision ou d'une ordonnance rendue par la Cour du Québec.

Modalités spécifiques aux milieux de vie (centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics, privés conventionnés et privés non conventionnés, résidences privées pour aînés (RPA), ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)

36. Est-ce qu'une preuve vaccinale en format papier est acceptable par un milieu afin que la personne puisse y accéder?

Pour les personnes n'ayant pas téléchargé l'application VaxiCode Verif, une preuve avec code QR en format papier ou fichier PDF accompagnée d'une pièce d'identité pour les personnes de 16 ans et plus est acceptable pour démontrer qu'une personne est adéquatement protégée.

Considérant que les cartes d'assurance maladie ont été renouvelées sans photo durant la pandémie, une preuve d'identité sans photo pour les personnes de 75 ans et plus est acceptée.

Personnes qui voyagent au Québec :

Les personnes qui ne résident pas au Québec peuvent se rendre dans les lieux et activités visés par l'utilisation du passeport vaccinal si elles présentent à l'entrée les deux documents suivants :

- une pièce d'identité avec photo, valide et avec une adresse hors Québec;
- le passeport vaccinal avec le code QR ou la preuve de vaccination contre la COVID-19 officielle fournie par leur pays ou province canadienne.

37. Est-ce que les milieux de vie doivent prévoir une ressource spécifique pour s'assurer que les personnes qui se présentent sont adéquatement protégées dans le contrôle et la gestion des accès?

Le contrôle et la gestion des accès des personnes qui accèdent aux milieux de vie visés sont prévus dans la directive ministérielle DGAPA-009. Pour plus de détails, veuillez vous référer à cette directive.

38. Est-ce que cela s'applique aux personnes proches aidantes en RPA, RI et RTF aussi?

Oui, cela s'applique pour les personnes proches aidantes dans les milieux suivants :

- une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux;
- une ressource intermédiaire;
- une ressource de type familial;
- une résidence privée pour aînés;
- une institution religieuse qui maintient une installation d'hébergement et de soins de longue durée pour y recevoir ses membres ou ses adhérents.

39. Est-ce qu'un enfant hébergé en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) visée par la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente les concernant (LRR) ou en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) est autorisé à visiter son parent, si ce dernier n'est pas vacciné?

Oui. Le domicile des parents n'est pas un milieu visé.

Modalités spécifiques à la clientèle DP-DI-TSA

40. Qu'en est-il des usagers en activités socioprofessionnelles dans un milieu de santé (ex. : CH) ?

En tout temps, une personne qui accède à un des lieux visés par le décret et des arrêtés pour y recevoir des services de santé ou des services sociaux n'est pas tenue d'être adéquatement protégée.

41. Si des personnes présentant un handicap sont exemptées de vaccination (avec attestations médicales), comment obtenir un code QR spécifique à cette situation ?

Ces personnes pourront obtenir leur code QR sur le portail libre-service ou en appelant au 1-877-644-4545.

42. Quelle est la portée de l'exception suivante : « Une personne qui, dans l'exercice de ses fonctions, doit se rendre dans un des milieux visés »

Cette exception prévoit que les personnes qui n'ont pas de lien contractuel avec :

- un usager recevant des soins de santé et des services sociaux dans un des milieux visés;
- un exploitant/responsable des milieux visés;

peuvent accéder aux milieux visés à la question 22 sans être tenus de démontrer leur statut adéquatement protégé. Les fonctions de ces personnes sont connues des milieux visés.

Ceci s'applique notamment, mais non exhaustivement, aux personnes suivantes :

- un facteur;
- un intervenant d'Agrément Canada;
- un inspecteur relevant d'un ministère;
- un pompier;
- un policier.

Cette exception ne s'applique pas, notamment, aux personnes suivantes :

- Un sous-contractant fournissant des soins et de services sociaux;
- Un sous-contractant ne fournissant pas des soins et de services sociaux;
- Une personne fournissant des services de santé et de services sociaux à une personne, étant hébergée ou résidant dans un des milieux visés, dans le cadre d'un contrat de service conclu avec celle-ci doit être adéquatement protégée pour accéder aux milieux visés (ex. : une personne qui fournit des soins de pieds).

Modalités spécifiques au secteur jeunesse

43. Est-ce que les CISSS/CIUSSS vont recevoir des modalités spécifiques aux unités de naissance en lien avec le passeport vaccinal ?

Le décret stipule les modalités générales. Veuillez vous référer à votre direction de programme répondante du MSSS pour les modalités spécifiques votre clientèle.

44. Est-ce que la personne qui accompagne une personne qui accouche est exemptée de présenter un statut adéquatement protégé, dès l'arrivée sur le lieu de naissance ?

Oui, la personne qui accompagne une femme qui accouche, incluant les grossesses à risque et les risques d'accouchements prématurés, est exemptée de présenter un statut adéquatement protégé dès l'arrivée sur le lieu de naissance, incluant l'accueil obstétrical, et tout au long de l'accouchement.

Notons également qu'après l'accouchement, la personne qui accompagne la femme qui accouche pourra continuer d'être présente, si elle le souhaite. Celle-ci sera considérée accompagnatrice d'un enfant de moins de 18 ans.

MODALITÉS D'APPLICATION GÉNÉRALES

45. Est-ce que l'application du décret et de ses arrêtés se fera par étape dans les différents milieux visés?

Les arrêtés 080-2021 et 081-2021 s'appliquent dès **le 15 novembre 2021** à tous les milieux visés.

46. Quelles sont les sanctions possibles pour un milieu de vie qui ne se conforme pas aux exigences du décret et arrêtés?

La rétribution des exploitants des ressources intermédiaires visés pourrait être cessée. Par ailleurs, rappelons que l'article 139 de la Loi sur la santé publique prévoit qu'est passible d'une amende de 1 000 \$ à 6 000 \$ quiconque commet une infraction dans le cadre de l'application du chapitre XI. Les intervenants ainsi que les exploitants/responsables des milieux visés contrevenants s'exposent donc à de telles sanctions.

47. Est-ce qu'un établissement public doit dénoncer un milieu qui ne respecte pas les exigences? Si oui, à qui?

Un établissement public peut dénoncer un milieu ou un intervenant qui ne respecte pas les exigences des présentes mesures à un agent de la paix.

48. Quelle sera la modalité de transmission des listes d'intervenants de la santé non adéquatement protégés demandé par le ministre?

À la demande du ministre, les milieux visés pourraient devoir transmettre la liste des intervenants non adéquatement protégés de leur installation à leur établissement régional. Une fois ces listes reçues par les établissements, ceux-ci les transmettront à leurs directions répondantes respectives du MSSS.

49. Est-ce que les milieux de vie doivent vérifier les preuves des employés du RSSS?

Non, les employeurs des installations visées ont la responsabilité de s'assurer que les employés provenant de leur installation sont adéquatement protégés.

ANNEXE 1

TABLEAU RÉSUMÉ DES PERSONNES VISÉES*

(sous réserve des précisions et exemptions prévues au décret)

Personnes	Vaccination obligatoire	Dépistage obligatoire	Date d'entrée en vigueur
ÉTABLISSEMENTS DU RSSS			
Bénévoles	X		15 octobre 2021
Équipes de recherche		X	15 novembre 2021
Étudiants et stagiaires	X		15 octobre 2021
Fournisseurs, ouvriers	X		15 octobre 2021
Ouvrier en cas d'urgence			N/A
Parent qui visite son enfant en centre jeunesse			N/A
Personne embauchée par un résident pour des soins de pieds	X		15 novembre 2021
Personnel d'une agence privée (MOI)		X	15 novembre 2021
Personnel en congé maternité			N/A
Personnel offrant des soins à domicile		X	15 novembre 2021
Personnel des catégories 1 à 4, personnel syndicable non syndiqué et non syndicable (SNS) et personnel de la catégorie 5 (ex. : dentistes, sages-femmes, biochimistes)		X	15 novembre 2021
Personnel d'encadrement		X	15 novembre 2021
Personnel administratif dont le bureau est dans un établissement à mission exclusivement administrative		X	
Personnel administratif dont le bureau est dans une aile administrative, qui prend son repas à la cafétéria du centre hospitalier		X	15 novembre 2021
Usagers, bénéficiaires, clients			N/A
Visiteurs âgés de 13 ans et plus	X		15 octobre 2021
Visiteur d'Agrément Canada			N/A

ACCOMPAGNATEURS D'UNE PERSONNE QUI OBTIENT DES SOINS ET DES SERVICES			
Accompagnateur d'une personne âgée obtenant des services de physiothérapie dans une clinique privée			N/A
Accompagnateur d'une personne âgée obtenant des services de physiothérapie dans un centre hospitalier	X		15 octobre 2021
Accompagnateur d'une personne en fauteuil roulant (lorsque l'établissement ne peut offrir le soutien)	X		15 octobre 2021
Agent de la paix accompagnant un détenu qui obtient des soins en centre hospitalier			N/A

Personnes	Vaccination obligatoire	Dépistage obligatoire	Date d'entrée en vigueur
Conjoint, accompagnateur de naissance			N/A
Parent qui accompagne un enfant de moins de 18 ans			N/A
Répondant d'une personne dans le coma			N/A
COMMUNAUTÉS RELIGIEUSES			
Résidents			N/A
Personnel embauché par la communauté religieuse (Ex : tonte de pelouse)		X	15 novembre 2021
Personnel du CISSS offrant des services à la communauté religieuse		X	15 novembre 2021
RPA / RI-RTF			
Bénévole	X		15 octobre 2021
Musicien	X		15 octobre 2021
Coiffeuse	X		15 octobre 2021
Dépanneur dans une RPA			N/A
Employés et personnes responsables d'une RI non visée par la LRR		X	15 novembre 2021
Personnel soignant		X	15 novembre 2021
Personnel de soutien		X	15 novembre 2021
Proche aidant	X		15 octobre 2021
Proche qui visite un résident en fin de vie			N/A
Professionnel de soins de pieds	X		15 novembre 2021
Propriétaire d'une RPA		X	15 novembre 2021

*Ce tableau est fourni à titre indicatif seulement et ne constitue pas une liste exhaustive.

Émission : 01-12-2020

Mise à jour : 23-12-2021

Directive ministérielle

DGPPFC-
029.REV1

- Catégorie(s) :
- ✓ Mère-enfant
 - ✓ Femmes enceintes
 - ✓ Transfert
 - ✓ Obstétrique
 - ✓ Accouchement
 - ✓ Nouveau-nés et enfants

Algorithme sur les transferts des femmes enceintes

Remplace la
DGPPFC-029
diffusée le 1^{er}
décembre 2020

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



Destinataire :	Tous les établissements du RSSS
	<ul style="list-style-type: none">• Directeurs des programmes jeunesse;• Direction des services hospitaliers;• Direction des soins et des services hospitaliers.

Directive	
Objet :	Organisation des services pour la clientèle femmes enceintes, nouveau-nés et enfants
Mesures à implanter :	Organiser les services pour la clientèle femme enceinte, nouveau-nés et enfants pour tenir compte de la réalité des établissements et de mieux répartir les volumes de prise en charge. Les sections révisées sont en surbrillance jaune.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Boîte corporative de la Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés : dgppfc@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	Directive DGPPFC-029.REV1

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

msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Dominique Breton

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

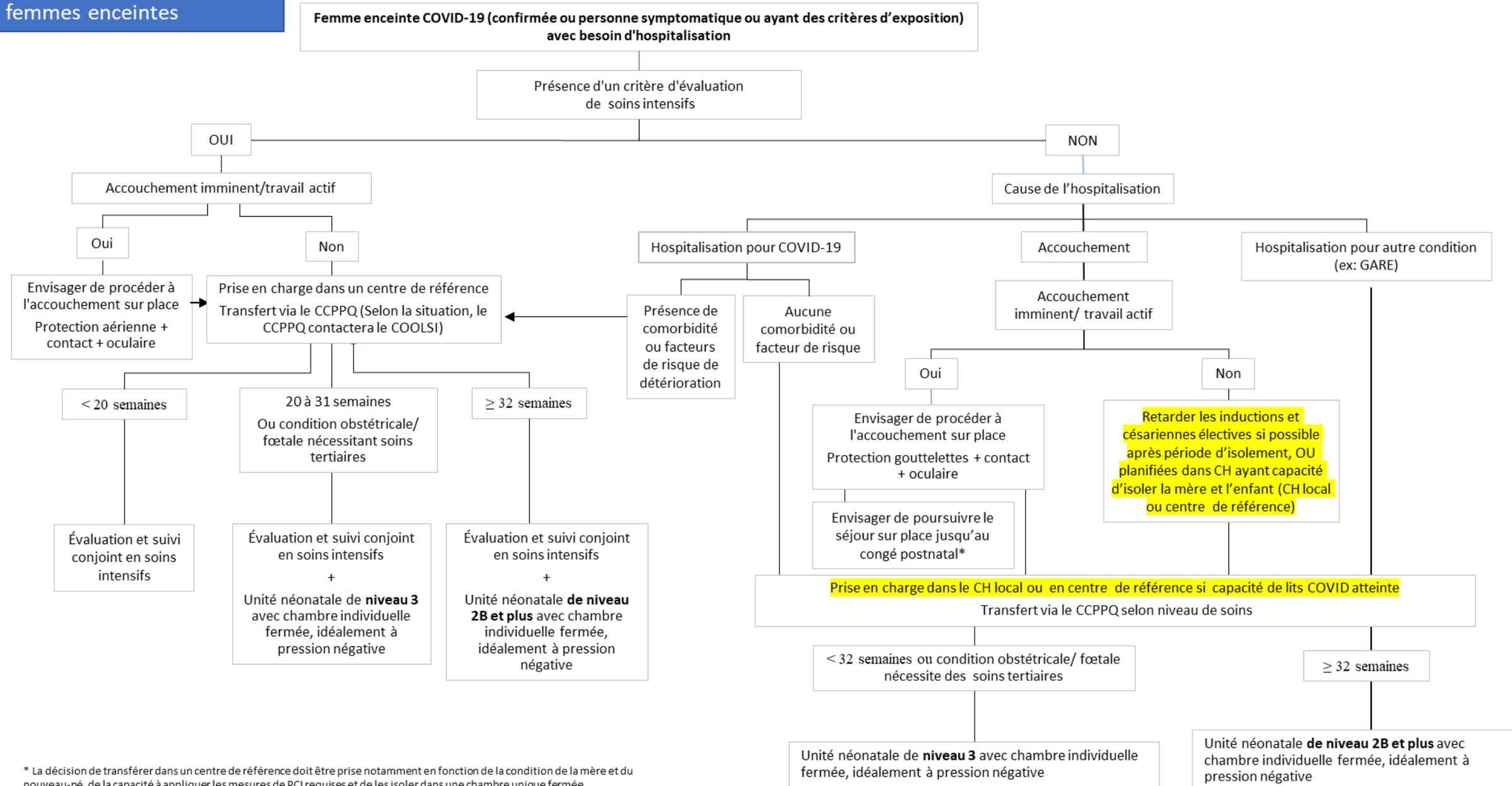


Trajectoire de transfert de la clientèle mère-enfant COVID positive (Femmes enceintes, nouveau-nés et enfants)

Principes directeurs

- Permettre aux centres hospitaliers de garder leur clientèle, et ce, en fonction :
 - des niveaux de soins déjà établis;
 - des raisons d'hospitalisation (pour symptômes COVID ou non).
- Préserver les lits de la clientèle obstétricale, néonatale et pédiatrique et prévoir des lits de débordement.
- Réserver les transferts en centres hospitaliers universitaires pour les cas nécessitant des soins de niveau tertiaire.
- Prévoir le retour de la clientèle vers le centre d'appartenance dès que la condition le permet.
- Prendre en compte la capacité limitée de certaines installations à appliquer les mesures de PCI dans leurs aménagements physiques (par ex. disponibilité de chambres isolées).
- Prévoir le transfert en centres de référence lorsque la capacité des lits COVID du centre hospitalier local est atteinte, tel que prévu au *Plan de contingence provincial COVID-19 des centres hospitaliers*.
- Recourir au Centre de coordination en périnatalogie et pédiatrie du Québec (CCPPQ)
- Pour les transferts de femmes enceintes, se référer à l'algorithme en annexe.
- La présence des accompagnants et des visiteurs est détaillée dans la [Directive sur la venue des personnes proches et des visiteurs en centres hospitaliers](#).

Algorithme sur les transferts des femmes enceintes



Directive ministérielle **DGPPFC-046**

- Catégorie(s) :**
- ✓ Milieux de vie
 - ✓ Ressources intermédiaires ou de type familial
 - ✓ Personnes proches aidantes
 - ✓ Visiteurs
 - ✓ Jeunes en difficulté
 - ✓ Protection de la jeunesse
 - ✓ Milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou réadaptation modérée

Directives applicables à compter du 23 décembre 2021 dans les RI-RTF (autres que SAPA) soit jeunesse, DI-DP-TSA et santé mentale et autres milieux ciblés

Nouvelle directive

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

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

Direction générale du développement, du bien-être et de la protection de la jeunesse (DGDBEPJ)



Destinataire :

- Tous les CISSS et les CIUSSS
 - Toutes les directions des programmes-services
- Directeurs de la qualité
- Établissements non fusionnés
- Établissements COVID-19 désignés
- Établissements de réadaptation privés-conventionnés (Hôpital Marie-Clarac et Hôpital de réadaptation Villa Medica)
- Regroupement québécois des OBNL d'habitation (RQOH)
- 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 : Transmission de la mise à jour de la directive considérant, notamment, la recrudescence des cas de COVID-19. Il demeure important d'assurer une application rigoureuse des mesures de prévention et de contrôle des infections afin de limiter la propagation du virus.

Cette mise à jour qui entre en vigueur le **23 décembre 2021**, vise principalement à resserrer les mesures de contrôle des accès, à réitérer l'importance d'appliquer les mesures de prévention et de contrôle des infections et d'encadrer les activités dans les différents milieux visés.

Pour les RI SAPA non-visées par la LRR, la directive DGAPA-021 REV.1 s'applique. Elle est disponible au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>

Les mesures à implanter concernent les milieux suivants :

- **Toutes les RI-RTF (à l'exception des RI-RTF SAPA) à l'enfance et à l'adulte;**
- **Ressources à assistance continue (RAC) en santé mentale et DP-DI-TSA;**
- **Unités de réadaptation comportementale intensive (URCI);**
- **Internats en DP-DI-TSA;**
- **Foyers de groupe en santé mentale et DP-DI-TSA;**
- **Milieux de réadaptation en santé mentale, en santé physique, en déficience physique ou réadaptation modérée.**

Les CISSS/CIUSSS doivent être en contact étroit et régulier avec les RI-RTF 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.

Selon la situation épidémiologique, les présentes mesures pourraient être modifiées.

Cette directive est complémentaire à :

La directive concernant la trajectoire d'admission :

[Trajectoire 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 - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

La directive concernant les zones tampons :

[Directives sur les zones tampons - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

La directive sur les Mesures d'adaptation à prendre lors d'un isolement dans le contexte de la pandémie en RAC, URCI, foyers de groupes, internats, RI-RTF jeunesse, milieux de réadaptation et hospitalisation en santé mentale :

[Mesures d'adaptation à prendre lors d'un isolement RAC, URCI, foyers de groupes, internats, RI-RTF jeunesse, milieux de réadaptation \(déficience physique, santé physique et gériatrique\) et hospitalisation en santé mentale \(gouv.qc.ca\)](#)

La mise à jour actuelle présente un resserrement de certaines mesures publiées précédemment.

Mesures à implanter :

RI-RTF accueillant les jeunes du programme JED

Suivis cliniques

Les suivis cliniques sont déterminés au cas par cas par l'établissement en fonction des usagers (ex : intensité requise en fonction des besoins de l'usager), de leur situation et des autres personnes qu'ils côtoient au quotidien (ex : autres usagers dans la ressource ou membre du système ressource). Les activités doivent se réaliser en respectant les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) et les directives de la santé publique.

À cet égard, les représentants de l'établissement doivent respecter les consignes de PCI lors de visites dans les ressources.

Visites et sorties pour les usagers confiés à une RI-RTF

Dans le contexte où il est demandé à toute la population du Québec de diminuer leurs contacts, il est attendu de restreindre les visites et les sorties non essentielles et de privilégier le mode virtuel ou les visites à l'extérieur.

Dans les situations où l'arrêté ministériel 2020-032 s'applique, ce dernier vient préciser que le directeur de la protection de la jeunesse soit tenu d'aménager, d'une façon qui permet de protéger la santé de la population, l'exercice d'un contact en présence physique d'un enfant avec ses parents, ses grands-parents ou toute autre personne ordonné. À ce titre, un algorithme décisionnel a été élaboré afin de soutenir cette décision et adapter, le cas échéant, les modalités de contacts en fonction des facteurs associés à la COVID-19, à la santé globale des individus et au milieu familial de la personne désignée.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-290W.pdf>

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

- personnes positives à la COVID-19 qui ne sont pas considérées rétablies;
- personnes présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19;
- personnes qui répondent aux consignes d'isolement (ex : contacts, voyageurs, etc.);

- Être incapable de respecter les directives sanitaires populationnelles, même en étant accompagné/supervisé.

Des modalités alternatives (utilisation de moyens technologiques, téléphone, visioconférence, etc.) doivent être proposées pour permettre le maintien du lien entre l'utilisateur et la personne avec qui l'interaction est prévue.

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

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

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

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

La personne qui **reçoit** l'utilisateur doit contacter l'établissement s'il constate qu'une personne présente des symptômes de la COVID-19 au cours de la sortie. Il est aussi attendu que l'intervenant de l'établissement questionne le responsable du milieu sur l'état du déroulement de la sortie pour déterminer si des mesures particulières doivent être prises au retour de l'utilisateur dans la RI-RTF.

La personne qui **reçoit** l'utilisateur lors d'une sortie sera informée par l'établissement des consignes sanitaires à respecter.

Au retour de l'utilisateur à la suite d'une sortie

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

- La prévention de l'introduction du virus dans la RI-RTF.
- L'identification rapide de l'utilisateur pouvant être infecté.
- L'application de mesures de prévention et de contrôle des infections ci-bas.

Lors du retour de l'utilisateur, il est demandé de procéder aux étapes suivantes :

1. L'hygiène des mains systématique avec une solution hydro alcoolique (à base d'alcool à 70 % ou plus (ex. : Purell) ou de l'eau et du savon en frictionnant les mains pendant 20 secondes.
2. Vérifier si présence de symptômes typiques de la COVID-19 : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/symptomes-transmission-traitement>

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

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

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

Remplaçants et employés embauchés par les RI-RTF

Le port du masque d'intervention de qualité médicale est obligatoire pour tous les remplaçants / employés qui ne résident pas dans la ressource, lorsque ces derniers fréquentent les usagers pendant plus de 10 minutes à moins de 2 mètres de distance de ceux-ci.

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.

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.

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

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

Toutefois, il est possible d'intégrer un nouvel usager suspecté ou confirmé à la COVID-19 en respect des modalités prévues aux ententes collectives et nationales. De plus, la ressource devra être en mesure d'offrir une chambre où l'utilisateur pourra être en isolement et posséder les ÉPI requis, la formation ainsi que les compétences qui y sont associés.

Les répit et les placements intermittents dans les RI-RTF

Si l'utilisateur présente des symptômes compatibles à la COVID-19 un test de dépistage doit être effectué avant le séjour en hébergement temporaire. Si le test est positif, l'hébergement temporaire doit être reporté après la période de rétablissement de l'utilisateur.

Si le test de dépistage est négatif maintenir une surveillance active des symptômes pour une période de 14 jours. Si les symptômes persistent, un deuxième test de dépistage pourrait être effectué selon l'évaluation du professionnel de la santé (médecin ou infirmière).

Tests de dépistage

En présence de symptôme(s), si la ressource a en sa possession des tests rapides, en faire passer un à l'utilisateur. Si le résultat est positif, il sera nécessaire de se rendre dans un centre de dépistage désignée afin de faire passer un test PCR à l'utilisateur et l'isoler tout de suite.

Si aucun test rapide n'est à la disposition de la ressource et qu'il y a présence de symptôme(s), se rendre dans un centre de dépistage désignée et appliquer les mesures d'isolement requises.

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

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

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). Considérant le contexte pandémique, la révision annuelle

de la classification pourrait être une activité que l'établissement fait le choix de délester lorsqu'il juge qu'il n'y a pas de changement dans la condition de l'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.

Fréquentation des garderies

Pour toute question concernant les services de garde en milieu familial œuvrant dans une RI-RTF, le responsable de la ressource doit communiquer avec son conseiller au ministère de la Famille. La décision de la fréquentation du service de garde revient au parent, en cohérence avec la directive pour la fréquentation du milieu scolaire pendant la pandémie.

Modalités de visite dans la RI-RTF, si applicables

Pour le visiteur :

- Le visiteur doit se rendre directement au lieu réservé pour la visite sans se promener dans la ressource.
- Port du masque d'intervention de qualité médicale dès l'entrée dans la ressource.
- À l'arrivée et à la fin de la visite, l'utilisateur et le visiteur doivent procéder à l'hygiène des mains avec une solution désinfectante à base d'alcool à 70 % et plus (ex. Purell) ou de l'eau et du savon (en frictionnant durant 20 secondes).
- Limiter le plus possible les activités avec contact direct ou le partage d'objets (ex. distancer les personnes le plus possible, utilisation de la tablette ou du cellulaire, manipulation du matériel dans un jeu de société par une même personne, etc.), nettoyer et désinfecter entre les utilisations.
- Si une marche à l'extérieur est autorisée, il faut maintenir une distance de 2 mètres avec les autres personnes.
- Au cours des visites, il pourrait être difficile de conserver une distance de 2 mètres entre l'utilisateur, le parent ou la personne significative. Un masque pourra être porté par l'utilisateur, si possible, en respectant les consignes émises par la direction nationale de la santé publique.

Consignes de nettoyage et désinfection pour la RI-RTF :
<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement/nettoyage-surfaces>.

Application de l'isolement préventif / isolement ou éclosion

En cas d'apparition de symptôme, un isolement devient requis dans l'attente du résultat du test. Dans cette situation, 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. Pour le jeune confié, la chambre de l'utilisateur pourra servir de lieu d'isolement. La personne (l'un ou l'autre des responsables ou l'un des membres de sa famille et/ou l'utilisateur) demeurera dans la RI-RTF.

Pour toutes les situations concernant un enfant d'âge mineur, aviser les parents ou le tuteur. Pour celles impliquant un hébergement en protection de la jeunesse, aviser le DPJ.

Placement d'urgence

Les placements d'urgence et les placements provisoires doivent être maintenus. Dans le contexte d'un placement d'urgence, les établissements doivent s'assurer que les RI-RTF offrant ce type de placement aient en leur possession les ÉPI requis pour permettre une prestation de services sécuritaire et limiter la propagation de la COVID-19. Un isolement préventif pourrait être requis, étant donné que l'analyse du milieu peut être difficile à effectuer dû au contexte associé à ce type de placement. La ressource est invitée en tout temps à se référer à l'intervenant au dossier de l'utilisateur afin d'être informée adéquatement des mesures à prendre.

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

[RI-RTF des programmes-services Santé mentale et DP-DI-TSA, Ressource à assistance continue \(RAC\) en santé mentale et DP-DI-TSA, unité de réadaptation comportementale intensive \(URCI\), internats en DP-DI-TSA, foyers de groupe en santé mentale et en DP-DI-TSA, milieux de réadaptation en santé mentale, en santé physique, en déficience physique ou réadaptation modérée](#)

Mixité des milieux :

Si dans le même immeuble on retrouve plus d'un type de milieu de vie (CHSLD, RI ou RTF) ou d'autres services tels que des services de réadaptation, un centre de jour, un organisme qui offre du répit avec hébergement, ce sont les directives les plus restrictives qui s'appliquent.

Mixité des clientèles :

Pour les RI-RTF présentant une mixité de clientèles, les mesures les moins restrictives s'appliquent.

1. Accueil des personnes proches aidantes (PPA) et des visiteurs dans les milieux visés:

A) Milieux visés sans éclosion.

À partir du 23 décembre 2021 :

- 1 personne à la fois pour un total de 2 personnes maximum par jour, identifier 4 personnes par usager qui seront formées à la PCI

L'accès aux espaces communs, par exemple à la salle à manger et au salon est désormais interdit pour les personnes. Ces dernières peuvent avoir accès uniquement qu'à la chambre ou la pièce dédiée. Cependant, une personne autorisée peut accompagner un usager ou un résident nécessitant une aide à l'alimentation à la salle à manger en respectant les consignes sanitaires en vigueur.

La personne qui ne respecte pas les consignes, malgré le fait qu'elle a reçu toute l'information et a été accompagnée pour l'application des mesures de PCI, pourrait se voir retirer l'accès au milieu.

Accompagnement des PPA et visiteurs en contexte de soins palliatifs et de fin de vie pour le résident ou l'usager, se référer aux directives en vigueur disponibles sur le site Web du MSSS au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid19/>

B) Usagers ou résident en isolement ou milieux visé en éclosion (2 cas ou plus)

Lorsque l'usager ou un résident est en isolement ou lorsque le milieu visé est en éclosion, les milieux doivent mettre en place les mesures suivantes :

- Les milieux de vie doivent demander aux résidents, aux usagers confiés ou à leur représentant d'identifier un maximum de 2 PPA afin de restreindre le nombre de personnes différentes pouvant avoir accès à l'intérieur du milieu.

- À partir de cette liste, 1 PPA formée aux mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI), connue et identifiée peut avoir accès au milieu de vie par jour.
- Le jugement clinique demeure important dans toutes les situations afin d'éviter l'épuisement des PPA ou encore selon l'état psychologique des résidents ainsi la liste pourrait être évolutive pour tenir compte des éléments précédents.

Les PPA et les visiteurs doivent :

- présenter leur passeport vaccinal pour accéder au milieu visé. Ainsi la preuve du dépistage négatif depuis moins de 72 heures n'est plus acceptée;
- respecter rigoureusement les consignes sanitaires de base dans le milieu de vie;
- appliquer la distanciation physique de 2 mètres et porter un masque de qualité médicale dans la chambre, l'unité locative ou de la pièce dédiée. Ainsi, le port du masque et la distanciation physique de 2 mètres demeurent obligatoires **en tout temps** dès l'entrée dans le milieu (entrée, corridors, salon, etc.). Le port du masque s'applique à tous les visiteurs de plus de 2 ans à l'intérieur du milieu.

2. Mesures de prévention et de contrôle des infections entre usagers/résidents

Les mesures PCI doivent s'appliquer en tout temps dans les différents milieux visés, et ce, selon les directives en vigueur :

- Un accompagnement des visiteurs, des PPA, du personnel ou autres personnes ayant accès au milieu visé est nécessaire pour valider l'absence de critères d'exclusion, pour superviser l'application des mesures de PCI requises et pour s'assurer du statut vaccinal des personnes¹ selon les directives en vigueur pour accéder à l'intérieur du milieu visé. Les critères d'exclusion sont les suivants :
 - personnes positives à la COVID-19 qui ne sont pas considérées rétablies;
 - personnes présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19;
 - personnes ayant eu une consigne d'isolement d'une autorité sanitaire (ex. : Agence des services frontaliers, DSPu, équipe PCI). .
 Ainsi, une personne présentant un de ces critères se verra refuser l'accès au milieu de vie.
- respecter la **distanciation physique de 2 mètres** entre les usagers/résidents et le port du masque d'intervention de qualité médicale;

¹ [Statut de protection contre la COVID-19 | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](https://www.gouvernement.qc.ca/actualites/2020/03/2020-03-18-01)

- possibilité de tenir des activités ou des rencontres dans un espace commun à l'intérieur entre les résidents/usagers en respectant la distanciation physique de 2 mètres et avec le port de masque d'intervention de qualité médicale (par exemple : activités pour prévenir le déconditionnement, regroupement au salon, activités de loisirs).

Les travailleurs de ces milieux doivent respecter les exigences de la CNESST et les recommandations de l'INSPQ concernant la distanciation physique à respecter et le port des équipements de protection individuelle.

Lorsque les travailleurs offrent des soins et des services, le résident/usager doit porter le masque selon les indications prévues à la directive DGSP-014 (sauf pour les milieux de vie où l'exploitant/responsable partage son lieu de résidence avec les résidents/usagers) : [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 \(gouv.qc.ca\)](https://www.gouv.qc.ca/les-services/les-services-sociaux/les-services-sociaux-santé/les-services-sociaux-santé-2020-2021/directive-sur-l-application-des-protocoles-de-prevention-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)

3. Sortie d'un usager/résident pour participer à un rassemblement privé ou congé temporaire dans la communauté :

À partir de l'entrée en vigueur de cette directive, il n'est plus permis pour les résidents des milieux visés de sortir du milieu pour un rassemblement privé ou un congé temporaire dans la communauté.

Sauf en situation exceptionnelle pour préserver l'intégrité et la santé du résident ou de l'utilisateur confié, il pourrait être permis d'accorder une sortie du milieu de vie si :

- Essentiel pour l'utilisateur et en respect de son plan d'intervention;
- Chez des personnes significatives (ex. : famille, conjoint) et en mesure d'accueillir l'utilisateur;
- Et selon une évaluation du risque² en concertation avec la PCI de l'établissement et l'équipe clinique de l'utilisateur.

Dans ces situations exceptionnelles, au retour du résident ou de l'utilisateur confié, il faut appliquer les directives applicables lors d'une nouvelle admission en provenance de la communauté.

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

² Lors de cette évaluation du risque, il faut prendre en considération l'accès au test lors du retour dans le milieu.

À tout moment, dès l'apparition de symptômes, un isolement préventif et un test de dépistage sont requis, à moins d'un avis contraire donné par un professionnel de la santé (médecin ou infirmière) à la suite d'une évaluation du résident.

- Si le test de dépistage est négatif maintenir une surveillance active des symptômes pour une période de 14 jours. Si les symptômes persistent, un deuxième test de dépistage pourrait être effectué selon l'évaluation du professionnel de la santé (médecin ou infirmière).
- Lorsque le test est positif, l'utilisateur ou le résident doit être isolé pendant 10 jours minimum et répondre aux critères de rétablissement pour la période de son rétablissement. L'isolement de l'utilisateur peut se faire dans la chambre de l'utilisateur ou en cohorte. En milieu de réadaptation, l'utilisateur qui présente un besoin de réadaptation ayant un test positif doit être dirigé vers un milieu de réadaptation désigné.

5. Activités pour les usagers et résidents dans les milieux

- Pour les activités dans les milieux, suivre les consignes de la population générale. Par exemple, si le cinéma est fermé dans la communauté, l'activité cinéma dans un milieu devra être reportée. Pour connaître les consignes qui s'appliquent pour la population générale, se référer au lien : [À propos des mesures en vigueur | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)

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. Toutefois, les mesures dans les différentes directives continuent de s'appliquer si elles ne sont abordées.

6. Bénévoles

Permis aux conditions suivantes :

- présenter leur [passeport vaccinal](#) pour accéder au milieu visé;
- limiter le nombre de bénévoles différents par jour;
- formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures;
- si possible, limiter à un bénévole par résident/utilisateur;
- en concertation entre le gestionnaire/responsable de l'installation/ressource et l'équipe PCI locale.

7. Autres

- Chanteur : non permis;
- Comité d'usagers et de résidents : non permis, favoriser les rencontres en virtuelle;
- Travailleurs pour la construction, la rénovation, la réparation, les menus travaux ou la livraison de meubles : non permis, sauf pour les travaux urgent nécessaires pour assurer la sécurité des résidents ou des usagers;
- Visites du processus de contrôle de la qualité des services rendus à un usager confié en RI-RTF : non permis, sauf visite essentielle (ex. : visite de vigie PCI).

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources**Notes importantes : Sans objet**

Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA) : guichetrtf@msss.gouv.qc.ca Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC) : dpditsa@msss.gouv.qc.ca , dgassmdi@msss.gouv.qc.ca Direction générale du développement, du bien-être et la protection de la jeunesse (DGDBEPJ) : dgasfej@msss.gouv.qc.ca
Document annexé :	Aucun

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

msss.gouv.qc.ca/directives

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
 Natalie Rosebush

Lu et approuvé par
 La sous-ministre
 Dominique Savoie

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
 Dominique Breton

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
 Catherine Lemay

Émission : 31-03-2021

Mise à jour : 23-12-2021

Directive ministérielle DGSP-018.REV3

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

Directive sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé des établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Remplace directive
DGSP-018 émise le
7 mai 2021

Expéditeur :	Direction générale de la santé publique (DGSP) Direction générale de la coordination réseau et ministérielles et des affaires institutionnelles (DRCRMAI) Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC) Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA) Direction générale de la gestion de la main-d'œuvre (DGGMO)
--------------	---



Destinataire :	<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 7 mai 2021 par le MSSS. Elle tient compte des recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) concernant la gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins (26 décembre 2021).
Mesures à implanter :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dans le but de maintenir une offre de services de niveau 3, 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 de l'expérience employé DEE@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Annexe 1 : Levée de l'isolement des TdS

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

msss.gouv.qc.ca/directives

Émission :	31-03-2021
-------------------	------------

Mise à jour :	23-12-2021
----------------------	------------

Le sous-ministre adjoint,
Original signé par
Horacio Arruda

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Directive ministérielle DGSP-018

Directive

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 **du maintien d'une** 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 des recommandations de l'INSPQ a été publiée pour **tenir compte de** l'émergence de nouveaux variants.

S'il n'est pas possible d'assurer le maintien d'une offre de services de niveau 3 malgré la mise en place de solutions alternatives (ex. : réorganisation des horaires de travail, optimisation des corps d'emploi, etc.), les établissements doivent utiliser une approche de gestion des risques dans la levée de l'isolement de TdS.

Le tableau présenté en annexe constitue une adaptation de l'avis de l'INSPQ mentionné plus haut. Il couvre les différentes situations de gestion pour les TdS exposés à un cas de COVID-19, présentant des symptômes compatibles avec la maladie ou ayant un diagnostic de cette maladie. Il est présenté en ordre croissant de risque de transmission de la maladie par un TdS. Cet ordre devrait guider les décisions de levée de l'isolement des TdS.

L'établissement qui doit utiliser la présente directive pour lever l'isolement d'un TdS afin d'assurer le maintien d'une offre de service de niveau 3 doit en informer le MSSS, selon une modalité de communication à déterminer, en précisant le service clinique concerné, les impacts sur les usagers et les actions antérieures qui ont été mises en place afin de résoudre la problématique.

Statut vaccinal

L'avis de l'INSPQ présente une modification importante dans la classification de la protection conférée par la vaccination. Il est présentement considéré que les travailleurs ayant reçu deux ou même trois doses de vaccin ne sont que partiellement protégés. Il n'y a ainsi plus de catégorie de travailleurs adéquatement protégés. Les catégories actuelles et les statuts vaccinaux correspondants sont les suivants :

Travailleur de la santé considéré partiellement protégé (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- 3 doses de vaccin peu importe le délai après la 3e dose (primovaccination ou rappel);
- au moins 2 doses de vaccin depuis ≥ 7 jours après la 2e dose (primovaccination);
- 1 dose de vaccin de Johnson & Johnson depuis ≥ 14 jours après la dose (primovaccination);
- épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis ≤ 6 mois (vacciné ou non);
- un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis plus de 6 mois ET vacciné depuis ≥ 7 jours (la dose doit avoir été administrée avec un intervalle minimal de 21 jours après le début des symptômes ou la date de prélèvement si asymptomatique).

Travailleur de la santé considéré non protégé :

- 1 dose de vaccin depuis plus de 14 jours (excluant le vaccin à dose unique de Johnson & Johnson).
- 2 doses de vaccin dont la 2e dose date de < 7 jours.
- épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à moins de 12 mois ET non vacciné.
- épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) > 6 mois à moins de 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours.
- aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo ET non vacciné.

- aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo ET 1 dose de vaccin < 14 jours.
- épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 12 mois ET non vacciné (données insuffisantes à ce jour).
- épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo > 12 mois ET vacciné 1 dose < 7 jours (données insuffisantes à ce jour).
- Immunosupprimé vacciné ou non, épisode de COVID-19 confirmé ou non (données insuffisantes à ce jour).

Mesures pour tout travailleur de la santé avec retour au travail avant la fin de l'isolement

- **Respect strict des mesures**
- **Dépistage** : dès que possible ET répéter à chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition (sauf pour les TdeS confirmés COVID-19)
- **Autosurveillance** des symptômes pendant 14 jours
- **Auto-isolement** strict lorsqu'au travail (si retour au travail en cas de rupture de service)
- **Isolement préventif en communauté** (après le quart de travail) pour 10 jours après la dernière exposition (sauf TdeS qui a eu un épisode de la COVID-19 ≤ 3 mois)
- **Avant un retour au travail précoce :**
- **un test de dépistage TAAN négatif est fortement recommandé** (sauf pour les TdeS confirmés COVID-19)
- absence de fièvre depuis 48, amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)
- **Le TdS doit travailler idéalement dans une seule installation selon les modalités locales de l'employeur**

Annexe à la directive DGSP-018.REV3

Ordre de levée de l'isolement des travailleurs de la santé en situation de risque de rupture de services (milieux de soins et de vie)

Cet ordre devrait guider les décisions de levée de l'isolement des TdS **selon le besoin de maintenir une offre de services de niveau 3**. Les mesures à respecter pour le retour au travail sont résumées dans la directive¹.

Ordre de levée de l'isolement		Partiellement protégé (voir la directive)	Non protégé (voir la directive)
1.	Travailleur de la santé asymptomatique exposé en milieu de soins ou en milieu de vie	Aucun retrait du travail <ul style="list-style-type: none">• Autosurveillance des symptômes pendant 14 jours• Auto-isolement strict lorsqu'au travail• Dépistage : dès que possible ET répéter à chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition	Retrait du travail : 7 jours <ul style="list-style-type: none">• Le travailleur de la santé asymptotique œuvrant dans un <u>secteur à risque imminent de rupture de service</u> pourrait retourner au travail (pas de retrait du travail).• Le travailleur de la santé œuvrant dans un <u>secteur à risque imminent de rupture de service</u> qui était symptomatique, mais dont les symptômes sont résolus avant la fin de période d'isolement de 7 jours, pourrait retourner au travail.
2.	Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté	<u>Avec contact ponctuel</u> Aucun retrait du travail <ul style="list-style-type: none">• Autosurveillance des symptômes pendant 14 jours• Auto-isolement strict lorsqu'au travail• Dépistage : dès que possible ET répéter à chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition	<u>Avec contact ponctuel</u> Retrait du travail : 7 jours <ul style="list-style-type: none">• Le travailleur de la santé qui œuvre dans un <u>secteur à risque imminent de rupture de service</u> et qui est asymptotique pourrait retourner au travail avant la fin du retrait de 7 jours

¹ Le lecteur doit se référer à l'avis de l'INSPQ pour la liste complète des mesures à prendre en cas de levée de l'isolement d'un travailleur de la santé.

		Partiellement protégé (voir la directive)	Non protégé (voir la directive)
3.	Travailleur de la santé asymptomatique exposé en communauté	<p><u>Avec contact domiciliaire limité ou en continu</u></p> <p>Retrait du travail : 7 jours</p> <ul style="list-style-type: none"> Le travailleur de la santé œuvrant dans un secteur à <u>risque imminent de rupture de service</u> et qui est asymptomatique pourrait retourner au travail avant la fin du retrait de 7 jours. 	<p><u>Avec contact domiciliaire limité ou en continu</u></p> <p>Retrait du travail : 7 jours</p> <ul style="list-style-type: none"> Le travailleur de la santé qui œuvre dans un secteur à <u>risque imminent de rupture de service</u> et qui est asymptomatique pourrait retourner au travail avant la fin du retrait de 7 jours.
4.	Travailleur de la santé ayant des symptômes s'apparentant à la COVID-19	<p>Retrait du travail et test de dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> Si test négatif et amélioration des symptômes, possibilité de retour précoce. Appliquer les modalités locales pour le retour au travail. Si test négatif et détérioration des symptômes, refaire un test de dépistage 24 heures plus tard, et maintenir le travailleur en isolement. Si test positif, voir les consignes d'un cas confirmé 	
5.	Travailleur de la santé ayant un test positif confirmé de COVID-19	<p>Retrait du travail : 10 jours (21 jours pour les immunosupprimés)</p> <ul style="list-style-type: none"> Le travailleur de la santé œuvrant dans un secteur à <u>risque imminent de rupture de service</u> et qui est maintenant asymptomatique pourrait retourner au travail après 7 jours. 	<p>Retrait du travail : 10 jours (21 jours pour les immunosupprimés)</p>

Directive ministérielle DGAUMIP-014.REV3

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

Directives sur les soins palliatifs et de fin de vie

**Remplace directive
DGAUMIP-014.REV2
émise le 15 juin 2021**

<p>Expéditeur : Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) - Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI)</p>		<p>Destinataires : Tous les établissements publics (CISSS, CIUSSS, CHU – instituts, établissements non fusionnés) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Directeurs des services professionnels (DSP); – Directrices des soins infirmiers (DSI); – Directeurs SAPA; – Directeurs DP-DI-TSA; – Directeurs des services multidisciplinaires (DSM); – Responsables de la prévention et du contrôle des infections (PCI). <p>Établissements privés conventionnés et non conventionnés (CHSLD) Hôpital Marie-Clarac et Hôpital Villa Medica Chefs de Département régional de médecine générale (DRMG)</p> <p>Directeurs et directrices des maisons de soins palliatifs</p>
---	---	---

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

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources	
Direction ou service ressource :	Direction nationale des soins et services infirmiers
Documents annexés :	Aucun

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

msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par
La sous-ministre adjointe,
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre,
Dominique Savoie

Directive

Transmission d'une nouvelle directive qui s'inscrit dans le contexte de la situation épidémiologique qui perdure au Québec, notamment en raison de la recrudescence des cas de COVID-19. Il demeure important d'assurer une application rigoureuse des mesures de prévention et de contrôle des infections afin de limiter la propagation du virus.

Cette mise à jour vise principalement à resserrer les mesures de contrôle des accès, à réitérer l'importance d'appliquer les mesures de prévention et de contrôle des infections et d'encadrer les activités dans les différents milieux de soins palliatifs et de fin de vie.

DIRECTIVES POUR LES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

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

NIVEAU DE SOINS

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

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

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

Les cas admis dans les unités de SPFV de tous les milieux qui développent la COVID-19 pendant leur séjour peuvent être réorientés selon les trajectoires de l'établissement permettant l'accès à des SPFV de qualité ou ces usagers peuvent demeurer dans l'unité de SPFV en étant en isolement, et en s'assurant de l'application des mesures de prévention contre les infections (PCI), et ce, selon les directives en vigueur.

Pour les visites à l'intérieur de l'unité de SPFV, s'assurer que le nombre de personnes respecte les directives en vigueur. **Les mêmes directives de visites s'appliquent pour tous les milieux** (CH, milieu de vie et de réadaptation, MSP), y compris pour les personnes en SPFV admises à l'extérieur d'une unité de SPFV. Toutefois, les visites peuvent être restreintes à l'intérieur d'unités où séjournent des patients immunosupprimés, et ce, pour protéger cette clientèle particulièrement vulnérable. Dans ces cas, des mesures individualisées devront être appliquées.

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

Il est demandé de vous assurer de la mise en place d'un accès optimal à des SPFV de qualité pour les personnes venant des milieux suivants :

- Le domicile avec des services de soutien à domicile (SAD);
- Une résidence privée pour aînés (RPA);
- Une ressource intermédiaire (RI);
- Une ressource de type familial (RTF);
- Un CHSLD.

Pour ce faire, le modèle établi par votre établissement, facilitant l'accès à des SPFV de qualité pour celles-ci, doit être en cohérence avec les principes suivants :

- Repérer les clientèles vulnérables et documenter leurs volontés;
- Favoriser la fin de vie dans le milieu de vie de la personne selon ses désirs dans la mesure où les conditions d'accès à des soins de fin de vie sont favorables;

- Éviter les transitions notamment pour les personnes en fin de vie COVID-19 si isolement dans la chambre est possible;
- Identifier un lieu favorable à des soins de fin de vie permettant l'accès aux expertises tant médicales, pharmaceutiques, qu'infirmières (jour, soir et nuit et sept jours sur sept);
- Identifier un accès à des équipes ayant une expertise reconnue mentionnée précédemment en SPFV;
- Identifier un accès sur place à l'équipement et à la médication nécessaires;
- Identifier une trajectoire optimale si l'accès à une sédation palliative en continu est nécessaire et ne peut s'offrir dans le lieu établi par l'établissement.

ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PROCHES AIDANTES ET VISITEURS

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

Les personnes proches aidantes et les visiteurs d'un proche en fin de vie sont exempts de passeport vaccinal.

Une personne peut visiter son proche à plus d'une reprise au cours de la même journée, sans restriction quant à la durée des visites, en suivant les consignes de la population générale accessibles au lien suivant :

[À propos des mesures en vigueur | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)

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

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

*La famille proche et immédiate doit ainsi tout comme les personnes proches aidantes répondant à la définition avoir accès au centre hospitalier où leur proche est hospitalisé, **y compris les jeunes enfants de 0 à 12 ans.***

Les **visiteurs** sont permis pour les personnes en SPFV dans tous les milieux et sont définis comme suit :

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

Les directives suivantes sont à appliquer :

- Effectuer un triage des personnes proches aidantes et des visiteurs, 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 ou selon les indications prévues à la directive sur l'application des recommandations de la gestion des cas et des contacts en vigueur;
 - 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 ou selon les indications du gouvernement fédéral en lien avec les mesures d'isolement au retour d'un voyage.
- Cependant, les proches aidants des personnes en SPFV hospitalisées dans les unités d'oncologie où séjournent des patients immunosupprimés sont soumis à un triage et mesure de précautions additionnelles, et ce, afin de protéger cette clientèle particulièrement vulnérable.

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

DIRECTIVES POUR MSP

- Identifier un intervenant du Centre intégré de santé et services sociaux/ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) pour le contact avec les MSP. Les MSP sont considérées comme un service prioritaire et doivent être intégrées dans la ligne de communication du CISSS/CIUSSS afin de clarifier les trajectoires d'admission des clientèles.
- À des fins d'organisation des services, la présence des bénévoles est permise et considérée comme étant équivalente à la présence des personnes proches aidantes.
- Ce service prioritaire implique :
 - Une accessibilité aux EPI;
 - Une accessibilité au matériel nécessaire pour la gestion des symptômes des personnes ayant des maladies chroniques notamment pour le matériel à oxygène et à succion.
- Priorité d'admission en MSP :
 1. Admission des cas du domicile, de RPA et de ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF);
 2. Admission des cas des centres hospitaliers. Selon les besoins territoriaux, la priorité des admissions peut être inversée.
- Clarifier la trajectoire d'admission avec le CISSS/CIUSSS du territoire de la MSP en s'arrimant avec la gestion des lits du territoire :

La MSP doit aviser l'intervenant de contact lorsqu'un lit se libère en MSP. La priorité d'admission est pour l'usager provenant du domicile, d'une RPA ou d'une RI-RTF. Si toutefois il n'y a pas d'usagers en provenance de la communauté, admettre un usager en provenance d'un CH répondant aux critères d'admission. Selon les besoins territoriaux, la priorité des admissions peut être inversée.
- Si apparition des symptômes de la COVID-19 chez un patient admis, appliquer les consignes suivantes :
 - Aviser l'intervenant de contact du CISSS/CIUSSS afin de faire le dépistage de la COVID-19 selon les directives de la santé publique en vigueur : [Directive sur l'utilisation des tests - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)
 - Appliquer les mesures de protection de la santé publique en vigueur : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2910-mesures-gestion-cas-contacts-chsld-covid19.pdf> ;
 - Si usager suspect ou en investigation : appliquer le confinement de zone tiède dans la chambre de l'usager pendant l'attente du résultat;
 - Si résultat positif de COVID-19 :
 - Appliquer le confinement de zone chaude dans la chambre de l'usager.

DIRECTIVES POUR LES MILIEUX SUIVANTS : UNITÉS DES SOINS PALLIATIFS EN CHSLD, SPFV À DOMICILE, RPA-RI-RTF, une ressource ou résidence à assistance continue (RAC), un internat ou un foyer de groupe des programmes-services en déficience physique, déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme (DP, DI ou TSA), CENTRE HOSPITALIER, CENTRE DE RÉADAPTATION INTENSIVE EN DÉFICIENCE PHYSIQUE OU EN SANTÉ PHYSIQUE OU EN RÉADAPTATION MODÉRÉE (OU GÉRIATRIQUE)

Appliquer les directives en vigueur dans le milieu tout en assurant l'accès aux soins palliatifs et l'absence de restriction des visites. Dans le cas où des unités accueillent des clientèles mixtes, des consignes plus restrictives pourraient s'appliquer pour assurer la protection de patients immunosupprimés.

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

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

DIRECTIVES POUR LE SUIVI POST-MORTEM

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

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

Notes explicatives

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

Description des niveaux de soins

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

Objectif A Prolonger la vie par tous les soins nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert¹ si l'intervention n'est pas disponible sur place. • Toute intervention invasive peut être envisagée, y compris, par exemple, l'intubation et les soins intensifs. <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'intubation, l'assistance ventilatoire² et l'assistance respiratoire³ sont incluses lorsqu'appropriées.</p>
Objectif B Prolonger la vie par des soins limités	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie. • Les interventions peuvent entraîner un inconfort qui est jugé acceptable par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, en fonction des circonstances et des résultats attendus. • Certains soins sont exclus, car jugés disproportionnés⁴ ou inacceptables⁴ par l'utilisateur ou son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, compte tenu du potentiel de récupération et des conséquences indésirables (<i>par exemple : intubation à court ou à long terme, chirurgie majeure, transfert</i>). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance ventilatoire² et l'assistance respiratoire³ sont incluses; l'intubation est incluse sauf si non désirée sur le formulaire (cochée dans l'encadré soins préhospitaliers).</p>
Objectif C Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins visent en priorité le confort de l'utilisateur par la gestion des symptômes. • Des interventions susceptibles de prolonger la vie sont déployées au besoin pour corriger des problèmes de santé réversibles, par des soins jugés acceptables par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur (<i>par exemple : antibiotiques par voie orale ou intraveineuse pour traiter une pneumonie</i>). • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort (<i>par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile</i>). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance respiratoire³ est incluse; l'intubation et l'assistance ventilatoire² sont incluses sauf si non désirées sur le formulaire (cochées dans encadré soins préhospitaliers).</p>
Objectif D Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes (<i>par exemple : douleur, dyspnée, constipation, anxiété, etc.</i>). • Les interventions ne visent aucunement à prolonger la vie; la maladie est laissée à son cours naturel. • Un traitement habituellement donné à des fins curatives peut être utilisé, mais uniquement parce qu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort (<i>par exemple : antibiotiques par voie orale en cas d'une infection urinaire basse ou à C. difficile</i>). • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort (<i>par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile</i>). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, les protocoles d'oxygénation, de salbutamol, de nitroglycérine (douleur thoracique) et de glucagon sont applicables. En contexte de détresse respiratoire de l'utilisateur conscient, l'assistance respiratoire³ (CPAP) peut être utilisée si non refusée. L'intubation et l'assistance ventilatoire² sont exclues. Chez l'utilisateur vivant, les manœuvres de désobstruction des voies respiratoires (DVR) peuvent être effectuées.</p>

Réanimation cardiorespiratoire (RCR)

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

¹ Le terme « **transfert** » implique le déplacement de l'utilisateur vers un lieu de soins différent de celui où il se trouve (départ du domicile, inter-établissement ou intra-établissement, etc.). Si un transfert n'est pas considéré, il faut passer à un objectif autre que A.

² L'**assistance ventilatoire** se fait par des techniques non invasives (type ballon-masque, Oxylator) chez l'utilisateur inconscient.

³ L'**assistance respiratoire** se fait par des techniques non invasives (CPAP) chez l'utilisateur conscient.

⁴ Le sens des termes « **disproportionné** » et « **inacceptable** » est basé sur des perceptions subjectives et des valeurs qui varient entre les personnes et dans le temps. Les termes utilisés par l'utilisateur ou son représentant sont importants à consigner dans l'encadré prévu à cette fin.

Émission : 07-05-2021

Mise à jour : 30-12-2021

Directive ministérielle

DGAUMIP-
032.REV1

Catégorie(s) :
✓ Centre hospitalier
✓ Plan de contingence

Plan provincial de contingence COVID-19 pour la 5e vague

Remplace la directive
DGAUMIP-032 émise le
7 mai 2021

Expéditeur : Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) - Direction générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique (DGASHMPC)		Destinataire : Tous les établissements publics (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.
Mesures à implanter :	✓ Les établissements doivent suivre le plan de contingence.

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources	
Direction ou service ressource :	Direction générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique (DGASHMPC) Contact : dgshmsu.dsh@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Annexe 1 – Plan de contingence 5 ^e vague

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

msss.gouv.qc.ca/directives

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
la sous-ministre
Dominique Savoie

Directive

Depuis l'année dernière, le Québec a traversé plusieurs vagues de pandémie causées 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 5^e vague de COVID-19.

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 5^e vague. De plus, il importe de considérer l'impact des premières vagues sur le moral des équipes en place. À l'aube de cette 5^e vague qui arrive avec fulgurance, on perçoit déjà une grande fatigue, une lassitude et des difficultés à mobiliser les équipes malgré tous les efforts des dirigeants.

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

- La force de la collaboration interétablissements : 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 décentralisée des patients COVID-19 ;
- La maximisation du maintien des activités cliniques régulières selon les capacités du RSSS ;
- L'utilisation optimale de la main-d'œuvre disponible et révision de l'organisation du travail.

Des suivis réguliers auprès des établissements du Québec seront organisés par les directions cliniques du ministère de la Santé et des Services sociaux dans les prochaines semaines selon l'évolution de la situation et les niveaux d'alerte seront discutés lors de ces rencontres.

Les cibles de lits COVID qui ont été travaillées et partagées avec les établissements du réseau sont associées au niveau d'alerte du plan de contingence.

Enfin, un plan de délestage sera aussi partagé aux établissements du réseau.

	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 (sauf pédiatrie)	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des lits d'hospitalisation < cible de lits COVID-19 vague 5 Phase 1 Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI < cible de lit COVID-19 vague 5 Phase 1 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des lits d'hospitalisation entre phase 1 et 2 des lits ciblés COVID vague 5 Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI entre phase 1 et 2 des lits ciblés COVID vague 5 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des lits d'hospitalisation entre phase 2 et 3 des lits ciblés COVID vague 5 Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI entre la phase 2 et 3 des lits ciblés COVID vague 5 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des lits d'hospitalisation > phase 3 des lits ciblés COVID vague 5 Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI > phase 3 des lits ciblés COVID vague 5
Cibles de lits COVID Répartition régionale et interrégionale décidée par COOLSI/CCPPQ par région	<ul style="list-style-type: none"> Mesure de base (situation courante) Usager COVID + hospitalisé dans unités chaudes : cibles/établissements déterminées par le MSSS Planification : chaque installation identifiée pour recevoir des patients COVID doit avoir un plan pour déployer le nombre de lits COVID identifié – répartition régionale Répartition naturelle selon les lieux de consultation. Conserver un nombre minimal de lits réservés COVID selon la demande Enfant hospitalisé : <ul style="list-style-type: none"> COVID + AVEC BESOIN D'HOSPITALISATION POUR SYMPTÔMES COVID : Centres de référence COVID + ASYMPTOMATIQUE OU AUTRE DIAGNOSTIC PRINCIPAL : Centre hospitalier local ou régional 	<ul style="list-style-type: none"> Montée progressive des cas avec répartition selon les cibles COVID Selon discussion entre les PDG et DSP pour passer au niveau d'alerte 3 <p>Montréal : Dès l'atteinte de 40 % des lits ciblés phase 2 par établissement déclencher la répartition régionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> Répartition équitable entre les établissements par COOLSI par région <p>Montréal : De 40 à 80 % des lits ciblés par établissement, déclencher la répartition régionale</p>	Tous les 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 de main-d'œuvre indépendante ; Taux absence dû à la COVID chez le personnel ; Taux d'absentéisme global ; Taux de vaccination du personnel 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 en priorisant l'utilisation des titres d'emploi à la nomenclature qui ne sont pas en pénurie et complémentaires aux professionnels (ex : assistant technique aux soins de la santé, aide de service, etc.) 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, de la formation, 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 de l'offre de service et du mode de dispensation des soins et services 	En fonction de l'analyse RH et de l'offre de services cliniques révisés, déployer les mesures locales visant à augmenter la disponibilité de la main-d'œuvre et les déplacements en respect des dispositions locales en vigueur.	Idem au niveau 3
ACTIONS sur l'organisation des soins et services Tous les établissements Toutes les régions Centre de référence (CRef) : installation COVID avec lits de soins intensifs COVID	<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 Poursuivre le regroupement d'usagers COVID+, lorsque pertinent Tous les patients COVID+ 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 CCPPQ. Des centres de référence (CRef) COVID seront identifiés pour recevoir les cas complexes (liés aux centres qui ont des lits de SI COVID). Pour ces cas, transferts en CRef coordonné par le COOLSI ou en pédiatrie, néonatalogie et obstétrique par le CCPPQ. Aucun délestage additionnel des activités : poursuite des activités selon le niveau de reprise maximal planifié par établissement Identifier les lits protégés de chirurgie au besoin 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 et l'ajustement des mesures de PCI en centre hospitalier Tous les établissements se préparent pour contingence : <ul style="list-style-type: none"> Planification de l'éventuelle surcapacité <p>En cas d'éclosion nosocomiale : prise en charge par l'installation et assurée 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 d'usagers NSA 8 % des lits disponibles. Une cible maximale en deçà de 40 % 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 et retour des usagers rétablis vers centre d'origine Conserver les lits protégés de chirurgie au besoin et éviter le délestage de ces ressources Éviter le délestage des ressources du SAD et de la première ligne (IPS et infirmières cliniciennes) Délestage sélectif des activités via le comité de coordination local décisionnel en place et en fonction des directives en vigueur Tous les établissements accèdent à la contingence : Regroupement des usagers COVID + s'il y a lieu Surcapacité : poursuivre selon la progression établie Augmenter graduellement le nombre de lits réservés COVID selon le nombre de patients COVID admis et selon les cibles Usagers NSA : Cible de 8 % des lits disponibles sont occupés par des usagers en NSA. Une cible maximale de 30 % des usagers hors délais est attendue ainsi que 0 hors délais en variables 8. <ul style="list-style-type: none"> Il est attendu de prioriser l'ouverture des lits fermés en priorité pour soutenir l'accès. En appliquant la mise à jour de la « Directive DGAPA-015 : Directive sur les zones tampons » pour éviter la multiplication des sites à couvrir. Regrouper les usagers NSA en attente d'une place en milieu de vie (CHSLD, RI, RPA) afin d'être en mesure d'adapter la composition de l'équipe de soins ainsi que les suivis cliniques en conséquence des balises de longue durée ou selon des besoins spécifiques à leur condition de suivis après autorisation des experts en PCI. En cas d'éclosion nosocomiale : prise en charge par l'installation et assurée toutes les mesures pour contrôler l'éclosion selon le guide de prévention et de gestion des éclosions. 	<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 par établissement selon les phases 2 et 3 du plan de délestage. Soumettre le plan de délestage pour atteindre la surcapacité au MSSS pour approbation. Montée progressive des cibles par région. Réévaluer les lits de chirurgie protégés Augmentation du délestage des activités : Chirurgie : rationaliser au maximum les activités non urgentes Ambulatoire et consultations 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...) : 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 en deçà de 25 % des usagers hors délais est attendue ainsi que 0 hors délais en variables 8. Regrouper les usagers NSA en attente d'une place en milieu de vie (CHSLD, RI, RPA) afin d'être en mesure d'adapter la composition de l'équipe de soins ainsi que les suivis cliniques en conséquence des balises de longue 	<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 autorisée par le MSSS Corridor interétablissement pour des activités cliniques, au besoin Phase 3 des cibles de lits COVID à la demande du MSSS Implication de la coordination réseau pour la coordination interétablissement 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. Regrouper les usagers NSA en attente d'une place en milieu de vie (CHSLD, RI, RPA) afin d'être en mesure d'adapter la composition de l'équipe de soins ainsi que les suivis cliniques en conséquence des balises de longue durée ou selon des besoins spécifiques à leur condition de suivis et regrouper en SNT si la surcapacité n'est plus possible en milieu de vie après autorisation des experts en PCI. 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

	<ul style="list-style-type: none"> Si requis et avantageux considérant le volume, considérer le regroupement des usagers NSA en attente d'une place en milieu de vie (CHSLD, RI, RPA) afin d'être en mesure d'adapter la composition de l'équipe de soins ainsi que les suivis cliniques en conséquence des balises de longue durée ou selon des besoins spécifiques à leur condition de suivis après autorisation des experts en PCI. 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 « Directive DGAPA-015 : Directive sur les zones tampons ». Il est attendu de prioriser l'ouverture des lits fermés en priorité pour soutenir l'accès. 	<ul style="list-style-type: none"> Chaque établissement doit fournir au MSSS la liste des installations avec lits COVID pour la coordination des lits 	<p>durée ou selon des besoins spécifiques à leur condition de suivis après autorisation des experts en PCI.</p> <ul style="list-style-type: none"> Adapter en fonction de la capacité en RH et pour éviter le nombre de transitions des usagers 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-015 : Directive sur les zones tampons ». En cas d'éclosion nosocomiale : prise en charge par l'installation et assurée 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 pour la coordination des lits 	<p>appliquant la mise à jour de la « Directive DGAPA-015 : Directive sur les zones tampons ».</p>
--	---	--	---	---

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.

<p>Actions nationales MSSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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. Débuter 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 5^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 provinciale Coordination de la fluidité NSA avec les responsables désignés des établissements. (Voir le plan d'action national pour la coordination locale)
---	--	---	---	---

<p>Centres de référence : Installations avec Soins intensifs COVID</p>	<p>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/sujets/mere-enfant</p>							
<p>Régions</p>	Clientèle adulte							<p>Pédiatrie</p>
<p>Montréal</p>	H. Général Juif *	H. Sacré-Cœur et Fleury	HMR + Santa Cabrini	CHUM*	Notre-Dame et Verdun	Lasalle, St-Mary's et Lakeshore	CUSM*	CHU Ste Justine*
<p>Montérégie et 3L</p>	H. Charles-Lemoyne	H. Pierre-Boucher* H Honoré-Mercier	H. Anna Laberge	H. de la Cité-de-la-Santé*	H. Saint-Jérôme* Hôpital de Saint-Eustache Hôpital Ste-Agathe	H. Pierre-Legardeur* H. Régionale du Nord de Lanaudière		CUSM (clientèle connue)
<p>Autres régions</p>	H. Rimouski *	H. Chicoutimi*	IUCPQ CHU de Québec - UL	H. Trois-Rivières (CHAUR)* Hôpital Sainte-Croix	Hôtel-Dieu de Lévis HD Sherbrooke et H. Fleurimont*	H. Rouyn-Noranda*	H. Hull (H. Gatineau*obstétrique seulement)	CMES-CHU de Québec-UL* CHUS-Fleurimont*

Émission : 26-10-2020

Mise à jour : 29-12-2021

Directive ministérielle

DGILEA-001.
REV4

Catégorie(s) :
✓ Équipements de protection individuelle
✓ Approvisionnement

Directive sur la stratégie d'approvisionnement des équipements de protection individuelle

Remplace la directive
émise le 26 octobre 2021

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



Destinataire : - Tous les CISSS et les CIUSSS et les établissements non fusionnés

- Secteur/ service de la logistique et des approvisionnements

Directive

Objet :	Cette directive contient l'actualisation des orientations stratégiques ayant trait à l'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures requis. Gestion concertée des approvisionnements critiques et de la distribution en contexte de perturbation mondiale de la chaîne d'approvisionnement.
Mesures à implanter :	<ul style="list-style-type: none">✓ Détermination des produits essentiels✓ Ententes d'approvisionnement✓ Constitution de réserves✓ Support des établissements à différents partenaires et organismes

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources

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	Aucun

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

msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par
Le sous-ministre adjoint,
Luc Desbiens

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Directive

Dans ses orientations stratégiques pour contrer la pandémie de COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prévoit une stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures requis. Cette stratégie prévoit notamment :

1. La détermination d'une liste formelle des produits essentiels à la prestation de soins et de services et la catégorisation de ceux-ci en produits critiques ou produits essentiels.
2. La réalisation d'ententes d'approvisionnement avec des fournisseurs et la constitution des réserves de 12 semaines de produits critiques nécessaires pour la pandémie. Ces réserves pourront être localisées chez les fournisseurs ou dans des entrepôts centraux du réseau de la santé et des services sociaux.

En sus de leurs propres besoins, les établissements publics (centres intégrés de santé et de services sociaux, centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux ou établissements non fusionnés) ont la responsabilité d'aider à l'approvisionnement des différents organismes suivants :

- Préhospitalier, centres d'hébergement et de soins de longue durée (établissements publics et privés), centres de réadaptation privés-conventionnés, ressources intermédiaires, ressources de type familial, groupes de médecine de famille cliniques publiques, groupe de médecine de famille cliniques privées et l'ensemble des cliniques de première ligne qui offrent du sans rendez-vous populationnel en présentiel;
- Résidences privées pour aînés, maisons de soins palliatifs, maisons de naissances, proches aidants, soutien à domicile (incluant les *entreprises d'économie sociale en aide à domicile* (EÉSAD) et travailleurs qui dispensent des services dans le cadre de l'allocation directe/chèque emploi-service);
- Communautés religieuses assurant des services d'hébergement, organismes communautaires, refuges, les ressources d'hébergement pour personnes en situation d'itinérance (refuges), les ressources offrant de l'hébergement en dépendance (RHD).

En plus de l'approvisionnement en ÉPI, les établissements publics (centres intégrés de santé et de services sociaux, centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux ou établissements non fusionnés) ont la responsabilité de distribuer les tests rapides auprès des différents partenaires, pour les personnes visées qui sont ciblées par l'arrêté ¹ :

- CHSLD privés conventionnés et privés non conventionnés;
- RPA de 10 places et plus;
- RI non visées par la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2).

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

1. À partir du 28 décembre 2021, le retraitement des masques N95 est de nouveau permis dans les situations de pénurie de certains modèles.
2. Les équipements de protection individuelle (EPI) distribués par le MSSS ont préalablement été inspectés par des cliniciens et testés en laboratoire, lorsque jugé nécessaire;
3. Le MSSS ne reprendra aucun des EPI distribués;
4. Tous les EPI distribués par le MSSS doivent être considérés dans l'allocation permise par établissement.

Notes :

La stratégie de répartition peut être ajustée par les établissements en fonction de la criticité.

En raison de l'évolution de la situation épidémiologique, nous vous informons qu'il n'est plus requis de maintenir une réserve minimum d'un mois d'EPI.

De plus, nous vous rappelons que vous devez écouler les EPI de la réserve ministérielle avant de conclure de nouveaux contrats pour les blouses (ne s'applique pas aux blouses stériles), gants (ne s'applique pas aux gants stériles), masques de procédure, écouvillons, désinfectants et lingettes.

1. Se référer au décret ministériel 1276-2021 et les arrêtés le modifiant

