

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

ANNEXE 3

DIRECTIVES COVID-19 DU MSSS • FÉVRIER 2022

Directive ministérielle **REV1**

- Catégorie(s) :**
- ✓ Déficience intellectuelle
  - ✓ Déficience physique
  - ✓ Trouble du spectre de l'autisme
  - ✓ Organismes communautaires
  - ✓ Milieux de vie
  - ✓ Ressources intermédiaires ou de type familial
  - ✓ Personnes proches aidantes
  - ✓ Visites et sorties
  - ✓ Déconditionnement

Directive pour les activités de jour pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme

Remplace la  
DGPPFC-047 émise  
le 17 janvier 2022

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



**Destinataire :**

- Tous les CISSS et les CIUSSS
  - Directeurs DP-DI-TSA
  - Répondants RI-RTF
- Établissements non fusionnés
- Hôpital Sainte-Justine
- Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

### Directive

<b>Objet :</b>	Activités de jour pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme
<b>Mesures à implanter :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientation concernant la tenue des activités de jour dans le contexte de la COVID-19;</li> <li>• Consignes à suivre concernant les activités de jour pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme dans le contexte de la COVID-19;</li> <li>• <b>Objectif de la révision :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Préciser les contributions attendues de l'équipe PCI en ce qui a trait les activités de jour;</li> </ul> </li> </ul>

Émission :	17-01-2022
------------	------------

Mise à jour :	2021-01-31
---------------	------------

	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Fournir les références aux publications pertinentes et complémentaires au sujet de la gestion des cas et contacts (particulièrement de l'isolement), de l'accès aux tests de dépistage et d'équipements de protection individuelle pour les usagers et les intervenants concernés par les activités de jour;</li><li>○ Baliser les règles à appliquer pour les personnes bénévoles.</li></ul>
--	---

### Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

**Note importante : Les changements apportés à la présente directive sont en surbrillance jaune.**

Direction ou service ressource :	Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC)
----------------------------------	--

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

[msss.gouv.qc.ca/directives](https://msss.gouv.qc.ca/directives)

La sous-ministre adjointe,  
**Original signé par**  
Dominique Breton

**Lu et approuvé par**  
La sous-ministre  
Dominique Savoie

## Directive

### Définition des activités de jour

Les activités de jour font partie de l'offre de services socioprofessionnels et communautaires offerts par le réseau de la santé et des services sociaux. Une activité de jour est définie comme un ensemble varié d'actes coordonnés, plus ou moins structurés qui permettent à la personne d'avoir des occupations stimulantes et valorisantes en poursuivant un ou plusieurs objectifs de développement ou de maintien de ses capacités, en fonction de ses besoins variés et de ses intérêts. Ces services peuvent être offerts en établissement ou par des organismes communautaires dans le cadre des ententes de services spécifiques. Les activités de jour s'adressent à la personne dont le projet de vie est de demeurer active et de se sentir valorisée et non pas d'occuper un emploi.

### ORIENTATION

Considérant la situation actuelle liée à la pandémie COVID-19 et au variant Omicron, les activités de jour, telles qu'habituellement réalisées, pour les personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre l'autisme sont temporairement suspendues et ce, tant que la situation de santé publique est précaire.

Le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) incite les établissements du réseau de la Santé et des services sociaux (RSSS) à offrir des alternatives aux activités de jour habituelles afin de prévenir le déconditionnement des usagers et/ou de leurs proches (ex : Accueil d'un usager dans les locaux d'un Centre d'activités de jour avec une programmation adaptée à ses besoins, rencontres à domicile, etc.)

### Priorisation des activités de jour

Afin de préserver l'intégrité, le bien-être et la santé de l'utilisateur et/ou de ses proches, il est recommandé d'offrir des alternatives aux activités de jour habituelles, lorsque celles-ci sont essentielles pour l'utilisateur et en respect de son plan d'intervention. Cependant, une analyse de la priorisation de l'accès à ces activités doit être réalisée afin de diminuer les risques d'éclosion liés à la COVID-19 ou pour adapter le service en fonction de l'évolution de la pandémie (ex : pénurie de ressources humaines, etc.). Cette analyse doit reposer sur les critères de priorisation suivants :

- Compromission de l'intégrité physique et psychologique de l'utilisateur et/ou de ses proches (ex : prévention du déconditionnement);
- Compromission du maintien dans le milieu de vie actuel de l'utilisateur;
- Usagers vivant au sein de leur famille naturelle ou avec une personne proche aidante.

Considérant la situation épidémiologique actuelle, il est recommandé de limiter autant que possible les sorties pour les usagers habitant en contexte de groupe (ex : Usagers en ressource de type familiale, ressource intermédiaire, foyers de groupe, etc.).

Un accompagnement des usagers, du personnel ou autres personnes ayant accès au milieu visé est nécessaire pour valider l'absence de critères d'exclusion et pour superviser l'application des mesures de prévention et contrôle des infections requises.

Les usagers ayant soit des symptômes apparentés à la COVID-19, des critères d'exposition (ex : voyage récent, usager provenant d'un milieu où il y a de la transmission active), qui ont reçu une consigne d'isolement d'une autorité sanitaire ou de l'équipe PCI ou qui ont eu une exposition à risque élevé ou modéré en communauté avec un cas de COVID-19, doivent suivre les consignes d'isolement et de dépistage propre à leur situation et ne peuvent participer aux activités de jour. Ces usagers pourront réintégrer les activités de jour seulement lorsque leur période d'isolement sera terminée. Se référer au document suivant : [Directive sur l'application des recommandations concernant la gestion des cas et des contacts dans le contexte de la circulation du variant Omicron \(gouv.qc.ca\)](#)

Les personnes symptomatiques et les cas confirmés par un test de dépistage positif à la COVID-19 (par test rapide ou TAAN) ou par un lien épidémiologique, doivent présenter tous les critères de rétablissement pour la levée de l'isolement avant de réintégrer les activités de jour. Se référer au document suivant : [Directive sur l'application des recommandations concernant la gestion des cas et des contacts dans le contexte de la circulation du variant Omicron \(gouv.qc.ca\)](#)

Pour plus de détails concernant les priorités d'accès aux tests de dépistage PCR de la COVID-19, se référer au document suivant : [Directive sur l'utilisation des tests - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

Pour plus de détails concernant la distribution des tests rapides, se référer au document suivant : [Distribution des tests rapides - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

Le maintien des activités de jour doit être réalisé en respect des différentes normes socio-sanitaires en vigueur et des mesures de base en prévention et contrôle des infections, notamment :

- Mesures d'hygiène des mains;
- Port du masque;
- Mesures d'hygiène et étiquettes respiratoires;
- Mesures de distanciation physique.

Les activités de jour se déroulant en organismes communautaires doivent être réalisées en conformité avec le [Guide pour le maintien et l'adaptation des activités et des services offerts par les organismes communautaires \(gouv.qc.ca\)](#). Cette directive peut s'appliquer aussi à la clientèle de santé mentale, toutefois considérant que la majorité des activités de jour pour cette clientèle se situe au sein d'organismes communautaires, c'est également ce guide qui s'appliquera à ces milieux.

## CONSIGNES À PRIORISER LORS DES ACTIVITÉS DE JOUR

### Transport

- Privilégier le transport par le parent ou une personne proche aidante si possible. Si ce transport est impossible, recourir au transport adapté le cas échéant. L'organisation du transport devra tenir compte des règles de distanciation physique. À cet effet, le transport devra s'organiser en prévoyant suffisamment de distance entre les usagers et entre ces derniers et le conducteur, selon les recommandations de l'INSPQ à cet effet : [COVID-19 : Atténuation des risques de transmission dans les transports collectifs | INSPQ](#)

**Formation des intervenants**

- Formation de base sur le respect et l'application des procédures et des normes adoptées par le milieu d'activité de jour et au regard **des mesures PCI** et des normes sociosanitaires en vigueur.

**Accueil et départ**

- Si possible, les usagers devraient être accompagnés par la même personne lors de l'arrivée et du départ de l'activité de jour.
- Chaque usager devrait être accueilli et conduit au transport par le même intervenant.
- Hygiène des mains avec une solution hydroalcoolique ou avec de l'eau et du savon dès l'entrée et à la fin de la visite **et tout autre moment opportun**, et port du masque pour toute personne de 10 ans<sup>1</sup> ou plus en tout temps.
- Tenir un registre quotidien des usagers et des employés avec qui ils sont en contact.

**Distanciation physique**

- Organiser la programmation et les locaux disponibles de manière à maintenir la distanciation physique de 2 mètres en tout temps entre les usagers.
- Mettre des affiches rappelant l'importance et la technique de l'hygiène des mains, de l'étiquette respiratoire, des consignes concernant le port du masque et de la distanciation physique: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-180F.pdf>

**Gestion du matériel**

- S'assurer que chaque usager puisse bénéficier du matériel d'intervention et d'encadrement individuel adapté à ses besoins afin d'assurer le respect des consignes sanitaires et des mesures de distanciation physique.
- Éviter le partage de matériel entre les usagers et éviter le transfert des objets entre le domicile et le milieu d'activité de jour. Les objets de la maison doivent rester à la maison. Les objets qui vont dans les milieux doivent y rester (ex. : crème solaire, etc.).
- Si nécessaire d'apporter des objets en provenance du domicile, éviter de les partager et les déplacer (ex. : laisser les objets de transition ou les accessoires pour la détente dans le lit ou dans son casier ou son espace personnel).
- Éviter que les objets communs soient touchés par plusieurs personnes.
- Prévoir le matériel de nettoyage et de désinfection et s'assurer de sa disponibilité.
- Lorsque qu'il n'est pas possible d'éviter le partage, le matériel partagé doit être nettoyé et désinfecté avec un produit approuvé de Santé Canada et efficace contre le virus de la COVID-19 avant et après son utilisation. Se référer au document suivant : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3054-nettoyage-desinfection-surfaces-covid19>
- S'assurer que le protocole de nettoyage et de désinfection utilise une approche systématique, avec une liste de tâches bien définies, afin que toutes les surfaces contaminées soient nettoyées et désinfectées.

---

<sup>1</sup> Pour un enfant de 2 à 9 ans, le port du masque est recommandé, si toléré; pour un enfant de moins de 2 ans, le port du masque n'est pas recommandé.

### Équipement de protection individuelle (EPI)

- Pour les masques requis, se référer à l'information suivante : [Masques minimalement requis pour les travailleuses et les travailleurs en milieux de soins \(gouv.qc.ca\)](#)
- Pour l'approvisionnement en EPI, se référer à l'information suivante : [Directive sur la stratégie d'approvisionnement des équipements de protection individuelle - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

### Déplacements et sorties

- Planifier les déplacements à l'intérieur des milieux afin que les usagers et le personnel ne se croisent pas dans les corridors ou dans les locaux. Prévoir un sens de circulation unique pour éviter que les personnes ne se croisent au besoin.
- Se rendre directement à la salle de l'activité afin d'éviter les déplacements inutiles dans l'installation.
- Afin de limiter les contacts, les sorties des usagers qui fréquentent un centre d'activités de jour (ex : qui se déroule dans les locaux du CISSS ou du CIUSSS) pour aller dans un lieu public fermé pendant l'activité de jour (ex. : sortie au centre d'achats, épicerie, pharmacie, etc.) ne sont pas autorisées.
- Les sorties extérieures supervisées (ex. : dans la cour) sont permises en maintenant la distanciation physique recommandée avec toute autre personne. Lorsque ce n'est pas possible, le port adéquat du masque médical est requis pour ces personnes.

### 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/usager;
- En concertation entre le gestionnaire/responsable.

### Autres

- Chanteurs, musiciens : non permis;
- 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 usagers.

### Passeport vaccinal

- Le passeport vaccinal n'est pas requis pour accéder aux activités de jour, à moins que les activités se déroulent dans un lieu visé par son application (ex. : usager qui fait un stage dans un restaurant). Se référer au lien suivant pour obtenir la liste des lieux et activités où le passeport vaccinal est requis: <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/deroulement-vaccination-contre-la-covid-19/passeport-de-vaccination-covid-19/lieux-et-activites-exigeant-passeport-vaccinal-covid-19>

**En cas d'écllosion 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, selon les indications de la santé publique;
- Maintien de certains services par téléphone ou virtuellement et par télésanté.

*Cette directive est complémentaire à :*

Le guide concernant l'adaptation des activités et services offerts en organismes communautaires : [Guide pour le maintien et l'adaptation des activités et des services offerts par les organismes communautaires \(gouv.qc.ca\)](#)

La directive concernant les milieux RI-RTF :

[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 \(gouv.qc.ca\)](#)

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 sur les Mesures d'adaptation à prendre lors d'un isolement dans le contexte de la pandémie en RAC, URCl, 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, URCl, foyers de groupes, internats, RI-RTF jeunesse, milieux de réadaptation \(déficience physique, santé physique et gériatrique\) et hospitalisation en santé mentale \(gouv.qc.ca\)](#)

Émission : 31-03-2021

Mise à jour 04-02-2022

## Directive ministérielle

DGSP-  
018.REV7

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.REV6

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"><li>- PDG et DG des établissements du RSSS</li><li>- Directions des services professionnels</li><li>- Direction des ressources humaines</li><li>- Directions SAPA</li><li>- Directions de la qualité</li><li>- Directions déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme</li><li>- Directions des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance</li><li>- Directions des programmes jeunesse</li><li>- Établissements PC et PNC</li><li>- Associations et organismes représentatifs de ressources</li></ul>
----------------	--

#### Directive

Objet :	Directive concernant la levée de l'isolement des travailleurs de la santé en contexte de prestation de services compromise.
Principe :	Cette révision de la directive vise la diffusion des nouvelles mesures concernant l'isolement des travailleurs de la santé.
Mesures à implanter :	✓ Dans le but de maintenir une offre de services pour les usagers, il est nécessaire de 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

Note importante : Les changements apportés à la présente directive sont en surbrillance jaune.

Direction ou service ressource :	Direction de l'expérience employé DEE@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	Annexe 1 : 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)

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](https://msss.gouv.qc.ca/directives)

Émission :	31-03-2021
------------	------------

Mise à jour	04-02-2022
-------------	------------

La sous-ministre,  
**Original signé par**  
Dominique Savoie



## Directive ministérielle DGSP-018.REV7

### 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 pour les usagers, 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 retour devancé d'un travailleur en isolement sur le lieu du travail doit être une situation de dernier recours.**

Le tableau présenté en annexe 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 doit agir en fonction d'une gestion du risque de rupture de service et de celui de la présence de TdS potentiellement contagieux. L'établissement devra ainsi limiter le risque de contamination représenté par ces TdS, en prenant les précautions de PCI nécessaires et en appliquant les recommandations de la CNESST concernant le port des équipements de protection.**

#### 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 protégé (excluant le TdeS immunosupprimé) :**

- Épisode antérieur de COVID-19 (confirmé avec test TAAN) depuis le 20 décembre 2021 (vacciné ou non).

#### **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  $\geq 7$  jours après la 2e dose (primovaccination);
- 1 dose de vaccin de Johnson & Johnson depuis  $\geq 14$  jours après la dose (primovaccination);
- épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien épidémiologique) avant le 20 décembre 2021 et depuis  $\leq 6$  mois (vacciné ou non);
- un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo (excluant confirmé par lien

Émission :	31-03-2021
------------	------------

Mise à jour	04-02-2022
-------------	------------

épidémiologique) depuis plus de 6 mois ET vacciné depuis  $\geq 7$  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 de PCI**
- **Port du masque ou APR selon les instructions de la CNESST**
- **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
- **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 heures, 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. REV7

### 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 travailleurs de la santé afin de maintenir une offre de services pour les usagers. Les mesures à respecter pour le retour au travail sont résumées dans la directive<sup>1</sup>.

Ordre de levée de l'isolement	Mesures avec rupture de services -Conditions requises pour un retour au travail précoce
<b>1. Travailleur de la santé :</b> Épisode antérieur de COVID-19 (confirmé avec test TAAN) à partir du 20 décembre 2021	<b>Aucun retrait du travail</b> Respect strict des mesures de PCI. Autosurveillance des symptômes pendant 14 jours Auto-isolement strict lorsqu'au travail
<b>2. Travailleur de la santé partiellement protégé et exposé en milieu de soins ou milieu de vie ne portant pas adéquatement l'EPI recommandé ou contact ponctuel dans la communauté ou domiciliaire limité (le cas s'isole)</b>	<b>Aucun retrait du travail</b> Respect strict des mesures de PCI. 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 (excluant ceux avec épisode de COVID-19 depuis le 20 décembre 2021).
<b>3. Travailleur de la santé partiellement protégé avec contact domiciliaire continu</b>	<b>Retrait du travail jusqu'au premier test TAAN négatif</b> Respect strict des mesures de PCI. 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 (excluant ceux avec épisode de COVID-19 depuis le 20 décembre 2021).

<sup>1</sup> 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.

Ordre de levée de l'isolement	Mesures avec rupture de services -Conditions requises pour un retour au travail précoce
<p>4. Travailleur de la santé non protégé et exposé en milieu de soins ou milieu de vie <b>ne portant pas adéquatement l'EPI recommandé ou contact ponctuel dans la communauté ou domiciliaire limité (le cas s'isole)</b></p>	<p><b>Retrait du travail jusqu'au premier test TAAN négatif</b>            Respect strict des mesures de PCI.            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 (excluant ceux avec épisode de COVID-19 depuis le 20 décembre 2021).</p>
<p>5. Travailleur de la santé non protégé avec contact domiciliaire continu</p>	<p><b>Retrait du travail jusqu'au premier test TAAN négatif</b>            Respect strict des mesures de PCI.            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 (excluant ceux avec épisode de COVID-19 depuis le 20 décembre 2021).</p>
<p>6. Travailleur de la santé non protégé ou partiellement protégé ayant des symptômes s'apparentant à la COVID-19-</p>	<p><b>Retrait du travail en attente de la confirmation d'un test TAAN</b>            Si test positif, voir les consignes d'un cas confirmé.            Si test négatif et amélioration des symptômes : appliquer les modalités locales pour le retour au travail.            Si détérioration des symptômes (symptôme invalidant), test de dépistage dans les 24-36 heures suivant la détérioration des symptômes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si test négatif et amélioration des symptômes : appliquer les modalités locales de retour au travail.</li> <li>• Si test positif, voir les consignes d'un cas confirmé.</li> </ul>
<p>7. Travailleur de la santé partiellement protégé ayant un test positif confirmé de COVID-19</p>	<p><b>Retrait du travail : 5 jours pour les asymptomatiques (21 jours pour les immunosupprimés)</b>            Respect strict des mesures de PCI.            Auto-isolement strict lorsqu'au travail</p>
<p>8. Travailleur de la santé non protégé ayant un test positif confirmé de COVID-19</p>	<p><b>Retrait du travail : 10 jours (21 jours pour les immunosupprimés)</b></p>

V2022-02-03



## Directive ministérielle **DGAPA-021. REV4**

- 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 depuis le 31 janvier 2022 dans les CHSLD, RPA, RI SAPA, maisons de répit et les centres de jour concernant notamment les personnes proches aidantes et les visiteurs

Mise à jour de la directive émise le 20 janvier 2022 (DGAPA-021.REV3)

**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

<b>Objet :</b>	<p>Transmission d'une nouvelle mise à jour de la directive DGAPA-021 concernant les mesures applicables depuis le 31 janvier 2022 dans les CHSLD, RPA, RI SAPA 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 (LRR) et les maisons de répit. 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>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) depuis le 15 décembre 2021.</p> <p><b>Les mesures à implanter concernent les <u>milieux suivants</u> :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CHSLD;</li> <li>• RPA autres que celles dont l'exploitant partage son lieu principal de résidence avec les résidents;</li> <li>• RI SAPA non visée par la LRR;</li> <li>• Maisons de répit.</li> </ul> <p><b>Mixité des milieux :</b></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"> <li>• les places RPA sont sur un étage ou un bâtiment différent des places RI;</li> <li>• les pièces communes ne sont pas fréquentées à la fois par les résidents de la RPA et les usagers de la RI.</li> </ul> <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><b>Autres milieux non visés par la directive :</b></p> <p>Une directive distincte porte sur d'autres milieux de vie. Pour plus de détails concernant les autres milieux, se référer aux Directives applicables dans les RI-RTF (autres que SAPA) soit jeunesse, DI-DP-TSA et santé mentale et autres milieux ciblés au lien suivant : <a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/</a></p> <p>Pour les ressources de type familial (RTF) SAPA, il faudra suivre les consignes applicables pour la population générale présentées au le lien suivant : <a href="https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/mesures-en-vigueur.pdf?1643149263">https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/mesures-en-vigueur.pdf?1643149263</a></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</p>
----------------	---

	<p>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>Il est important de s'assurer que les liens entre les personnes et leurs proches sont actualisés et intensifiés de façon virtuelle ou par le biais de contacts téléphoniques.</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 accessibles au lien suivant : <a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/</a></p>
Mesures à implanter :	<p><b><u>1. Accueil des personnes proches aidantes<sup>1</sup> (PPA) et des visiteurs dans les milieux visés (incluant les RPA) :</u></b></p> <p><b>En tout temps et en toute circonstance :</b></p> <p>L'accueil des visiteurs n'est plus permis dans les milieux visés.</p> <p>Les personnes proches aidantes seulement doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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<sup>2</sup>;</li> <li>• respecter rigoureusement les consignes sanitaires de base dans le milieu de vie;</li> <li>• 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 <b>en tout temps</b> dès l'entrée dans le milieu de vie (entrée, corridors, salon, etc.);</li> <li>• ne plus être en isolement pour la COVID-19 depuis minimalement 10 jours de la date du début des symptômes ou du prélèvement si aucun symptôme. Ainsi, une personne proche aidante qui a été atteinte de la COVID-19 doit attendre minimalement 10 jours<sup>3</sup> avant de visiter un proche dans un milieu visé.</li> </ul>

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

2 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.

3 Dans une situation exceptionnelle, lorsqu'il s'agit de la seule PPA connue pour un usager, l'accès après une période minimale de 5 jours pourrait être accepté par un établissement en respect des consignes sanitaires.

**A) Milieux visés sans éclosion :****CHSLD, RI SAPA non visés par la LRR et maisons de répit****À partir du 31 janvier 2022 :**

- 1 personne proche aidante à la fois, pour un maximum de 2 PPA par jour<sup>4</sup>

Une personne proche aidante peut visiter son proche à plus d'une reprise au cours de la même journée. Elle peut déterminer elle-même le moment et la durée de la visite dans le milieu de vie.

Le contexte pandémique ne peut justifier la prise de rendez-vous pour les visites de personnes proches aidantes.

Le milieu de vie doit accompagner, à son arrivée, la personne proche aidante afin de s'assurer de l'application rigoureuse des mesures de prévention et de contrôle des infections (port du masque requis, hygiène des mains, étiquette respiratoire, etc.).

L'accès aux espaces communs, par exemple à la salle à manger et au salon est interdit pour les personnes. Ces dernières peuvent avoir accès uniquement 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 qu'elle a été accompagnée pour l'application des mesures de PCI, pourrait se voir retirer l'accès au milieu.

Concernant l'accompagnement des PPA et des visiteurs en contexte de soins palliatifs et de fin de vie pour le résident ou l'usager, 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****À partir du 31 janvier 2022 :**

- Jusqu'à 2 personnes proches aidantes à la fois, et un maximum de 4 personnes proches aidantes par jour peuvent visiter un résident. Un enfant accompagné d'un adulte peut avoir accès à la RPA<sup>5</sup>.

4 Un enfant accompagné d'un adulte pourrait avoir accès au résident ou l'usager de façon exceptionnelle et autorisé par le milieu de vie.

Un passeport vaccinal n'est pas requis pour les enfants de 12 ans et moins.

5 Un passeport vaccinal n'est pas requis pour les enfants de 12 ans et moins.

Une personne proche aidante peut visiter son proche à plus d'une reprise au cours de la même journée. Elle peut déterminer elle-même le moment et la durée de la visite dans le milieu de vie.

Le contexte pandémique ne peut justifier la prise de rendez-vous pour les visites de personnes proches aidantes.

Le milieu de vie doit accompagner, à son arrivée, la personne proche aidante afin de s'assurer de l'application rigoureuse des mesures de prévention et de contrôle des infections (port du masque requis, hygiène des mains, étiquette respiratoire, etc.).

L'accès à certains espaces communs, par exemple, le salon est interdit pour les personnes. Cependant, à la salle à manger, une personne proche aidante peut accompagner un résident à la même table. Ils devront respecter les consignes sanitaires en vigueur.

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

Concernant l'accompagnement des PPA et des visiteurs en contexte de soins palliatifs et de fin de vie pour le résident ou l'usager, 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/>

#### **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.
- Une personne proche aidante peut visiter son proche à plus d'une reprise au cours de la même journée. Elle peut déterminer elle-même le moment et la durée de la visite dans le milieu de vie.
- La prise de rendez-vous pour la visite de personnes proches aidantes n'est pas une pratique à favoriser.

**C) Registre des PPA en RPA**

Afin de faciliter le processus d'enquête épidémiologique, tenir obligatoirement un registre pour 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 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 présentent le passeport vaccinal.

**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 permettraient 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 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, sous réserve des consignes applicables aux PPA;
  - 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 pour prévenir le déconditionnement 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.

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 contact, d'un cas suspecté ou confirmé de la COVID-19 pour un usager/résident déjà admis, confié ou qui réside dans un milieu visé par la présente directive**

En plus des indications de la directive DGSP-001 concernant l'utilisation des tests de dépistage PCR de la COVID-19, suivre les mesures suivantes pour :

#### **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 l'usager ou le résident est confirmé COVID-19, il doit être isolé pendant 10 jours minimum<sup>6</sup> après le début des symptômes ou le test positif dans le cas d'un usager/résident asymptomatique et répondre aux facteurs pour cesser l'isolement. L'isolement de l'usager peut se faire dans la chambre de l'usager ou en cohorte.

Lorsque l'usager/résident a été en contact étroit ou élargi avec une personne confirmée à la COVID-19, que son test de dépistage est négatif à la COVID-19 et qu'il est asymptomatique, suivre les indications prévues à la directive DGAPA-005 concernant l'isolement préventif et les tests de dépistage.

Il relève de chaque établissement en collaboration avec les directions de prévention et de contrôle des infections et de la santé publique, à avoir une approche de gestion de risques afin de prendre en considération les impacts d'un isolement préventif d'un résident/usager (risque de déconditionnement mental, cognitif et physique, absence de contacts sociaux, bris de la routine, pertes d'acquis, d'intérêt ou de mobilité, stress, anxiété, détresse psychologique, syndrome de glissement) et les impacts potentiels du virus sur la santé. De plus, les tests de dépistage ainsi que la fréquence de ceux-ci doivent s'exercer dans un esprit d'une approche de gestion de risques.

Ainsi, l'implication et le consentement de l'usager/résident ou de son représentant légal dans la prise de décision sont nécessaires.

<sup>6</sup> Personnes immunodéprimées ou ayant été hospitalisées aux soins intensifs pour la COVID-19 : S'isoler pour une période de 21 jours à partir de la date de début des symptômes (ou de la date du prélèvement en l'absence de symptôme).

**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.

Un résident de RPA doit suivre les consignes applicables à la population générale concernant l'isolement lorsqu'une personne est atteinte de la COVID-19 en cohérence avec la directive DGSP-021 portant sur l'application des recommandations concernant la gestion des cas et des contacts dans un contexte de la circulation du variant Omicron.

La durée recommandée de l'isolement en présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 est de 5 jours pour les personnes adéquatement vaccinées<sup>7</sup>, si les symptômes s'améliorent et après au moins 24 heures sans fièvre.

Si elles respectent ces conditions, elles peuvent ensuite cesser leur isolement, mais elles doivent, pour 5 jours supplémentaires :

- porter le masque en tout temps lors d'interactions sociales
- respecter une distanciation de deux mètres

C'est la responsabilité du résident lorsque sa condition clinique le permet d'être diligent afin de respecter ces mesures.

Si ces conditions ne peuvent être respectées, l'isolement de 10 jours s'applique.

Lorsque le résident doit se placer en isolement, s'assurer que ce dernier 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 jusqu'à la fin de son isolement** (voir les indications à la directive DGSP-021 à ce sujet) si elle est en mesure de suivre les conditions de son isolement :
  - elle est en mesure de se conformer aux directives;

<sup>7</sup> Pour le moment, les personnes contacts seront ainsi classées comme "Adéquatement vaccinée" ou non. Les contacts immunosupprimés sont toujours considérés comme non protégés, peu importe leur statut vaccinal ou leurs antécédents de COVID-19.

- 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. 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), peu importe le lieu de l'hébergement temporaire (par exemple, CHSLD, RPA, maison de répit)**

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

**Si l'usager 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'usager.**

Si l'usager est asymptomatique, il doit faire un test de dépistage avant son hébergement temporaire. Si le test est négatif, appliquer les mêmes mesures prévues à la directive DGAPA-005 concernant une nouvelle admission en CHSLD pour un usager ayant un test négatif et asymptomatique.

#### **6. Centre de jour dans tous types de milieux**

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.).

- Distanciation physique de 2 mètres entre les résidents et les autres mesures PCI à l'intérieur de la salle à manger ainsi qu'aux abords de celle-ci;
- Maximum de 4 personnes à la même table, sans la distanciation physique de 2 mètres et sans plexiglas uniquement pour les résidents adéquatement vaccinés. Pour les résidents qui ne sont pas adéquatement vaccinés, les mesures suivantes doivent être appliquées : distanciation physique de 2 mètres ou utilisation de plexiglas;
- 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;
- Pour un résident qui désire prendre son repas à son unité locative, des frais de cabaret pour la livraison de repas ne peuvent pas être chargés aux résidents, et ce, peu importe le motif.

**8. Activités pour les usagers / 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)
- 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://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>

La présente directive a préséance sur les autres directives lorsque les mêmes mesures sont abordées, par exemple, relativement aux milieux de vie, sur les personnes proches aidantes et sur les salles à manger. 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;
- 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 : **Permis, sauf dans les unités en éclosion**
- **Travailleurs pour la construction, la rénovation, la réparation, les menus travaux, préparation de l'unité locative ou la livraison de meubles : Permis, sauf dans les unités en éclosion**
- 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 pour les visites de vigie PCI** et la 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 de vigie ministérielles en CHSLD : permis**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visites du processus de contrôle de la qualité des services rendus à un usager confié en RI-RTF : permis</li> <li>• Visites prévues à l'entente entre l'établissement et la maison de répit pour vérifier la qualité des services : permis</li> </ul> <p><b>Gestion des insatisfactions ou des désaccords dans l'interprétation et l'application des directives ministérielles :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul> <p>Le gestionnaire ou la personne désignée du milieu de vie doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- réfléchir et proposer des pistes de solutions qui conviennent à l'ensemble des parties impliquées;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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.</li> </ul>
--	---

### 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](https://msss.gouv.qc.ca/directives)

La sous-ministre adjointe

**Original signé par**

Natalie Rosebush

**Lu et approuvé par**

La sous-ministre

Dominique Savoie

Émission : 12-10-2020

Mise à jour : 07-02-2022

## Directive ministérielle

DGAUMIP-  
009.REV7

Catégorie(s) : ✓ Urgence

### Directives services d'urgence

Remplace la REV6  
émise le  
14 octobre 2021

Expéditeur : Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) – Direction des services d'urgence (DSU)



Destinataire : – PDG et PDGA des CISSS, CIUSSS et établissements non fusionnés;  
– Directeurs des services professionnels (DSP);  
– Gestionnaires et chefs médicaux des urgences.

#### Directive

Objet :	Cet envoi contient une mise à jour des directives cliniques spécifiques aux services d'urgence dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Vous trouverez ci-joint l'Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence (Annexe 1) qui a été mis à jour à la suite des nouvelles directives de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ainsi qu'en lien avec la 5 <sup>ième</sup> vague de la COVID-19.
Mesures à implanter :	✓ Application des modifications apportées à l'Outil décisionnel pour l'infirmière au triage

#### Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

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

Direction ou service ressource :	Direction des services d'urgence Courriel : <a href="mailto:dsu@msss.gouv.qc.ca">dsu@msss.gouv.qc.ca</a> Téléphone : (514) 864-3215
✓ Documents annexés :	✓ Annexe 1 – Outil décisionnel pour l'infirmière au triage de l'urgence – COVID-19 ✓ Annexe 2 – Outil d'orientation pour le filtrage à l'urgence

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

[msss.gouv.qc.ca/directives](https://msss.gouv.qc.ca/directives)

La sous-ministre adjointe  
**Original signé par**  
Lucie Opatrny

**Lu et approuvé par**  
La sous-ministre  
Dominique Savoie

## OUTIL DÉCISIONNEL POUR L'INFIRMIÈRE AU TRIAGE DE L'URGENCE – COVID-19

Débutez ici

Avez-vous reçu un diagnostic de la COVID-19 (test  
TAAN positif) depuis le 20 décembre?

NON

OUI

< 10 jrs

Cas confirmé

≥ 10 jrs

Est-ce que la personne est considérée  
rétablie? (voir section *Critères de levée  
de l'isolement*)

OUI

NON

Cas non  
suspecté

Cas  
confirmé

### Avez-vous l'un des symptômes suivants:

- Fièvre ( $\geq 38,1^{\circ}\text{C}$  buccale)
- Toux (nouvelle ou aggravée)
- Mal de gorge
- Difficultés respiratoires ou essoufflement (dyspnée)
- Anosmie ou agueusie ou dysgueusie

### OU 2 des symptômes suivants:

- Perte d'appétit importante
- Fatigue intense
- Douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique)
- Céphalée inhabituelle
- Diarrhée
- Nausées ou vomissements
- Douleur abdominale
- Nez qui coule ou congestion nasale (nez bouché) de cause inconnue

### Critères de levée de l'isolement

L'ensemble des critères suivants doivent être pris en considération avant de lever l'isolement :

- Période d'au moins **10 jours** écoulée depuis la date de référence (date de prélèvement ou date de début des symptômes) **OU 21 jours** pour les cas ayant eu une **maladie sévère** (c.-à-d. ayant nécessité des soins intensifs) ou les personnes **immunosupprimés\***
- Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant l'anosmie, l'agueusie, la dysgueusie et la toux résiduelle);
- Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétiques).

\*se référer à: <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2906-mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.pdf>

OUI

NON

Cas  
suspecté

### Avez-vous eu l'une des expositions suivantes dans les 10 derniers jours?:

- Contact étroit (sans EPI) à moins de 2 mètres pendant au moins 15 minutes avec un **cas confirmé** ou avec un **cas suspect en attente d'un test** (cas suspect: personne symptomatique et ayant eu un contact étroit avec un cas);
- Consigne d'isolement d'une autorité sanitaire (ex.: Agence des services frontaliers, DSPR, PCI, etc.);
- Usager ou tdeS qui provient d'un milieu où il y a de la transmission active;
- Séjour de plus de 48h à l'extérieur du Québec.

OUI

NON

Cas avec critères  
d'exposition (exposés)

Cas non  
suspecté

### Réorientation

Les usagers réorientables devraient être orientés en première ligne. Dans le contexte épidémiologique actuel, l'ensemble des cliniques de première ligne offrent du sans rendez-vous populationnel. Néanmoins, les usagers inscrits doivent être orientés en premier lieu vers leur médecin de famille/IPS ou le sans rendez-vous de leur clinique respective.

### Prise en charge des cas avec critères d'exposition, suspectés ou confirmés:

- Faire porter un masque **médical** à l'utilisateur (Se référer aux recommandations de l'INSPQ concernant le choix des masques **médicaux**);
- Placer l'utilisateur dans une pièce individuelle avec la porte fermée si disponible, sinon à plus de 2 m. des autres usagers et avec la présence d'une barrière physique;
- Précautions gouttelettes-contact avec protection oculaire et port d'un APR de type N95 ou offrant une protection supérieure (se référer aux recommandations de l'INSPQ et de la CNESST);
- Si IMGA à risque reconnu ou possible : Précautions aériennes-contact avec protection oculaire et isolement en chambre à pression négative, sinon pièce fermée (se référer aux recommandations de l'INSPQ et de la CNESST).

### Prise en charge des cas non suspectés:

- Faire porter un masque **médical** à l'utilisateur (Se référer aux recommandations de l'INSPQ concernant le choix des masques **médicaux**);
- Considérant la forte prévalence actuelle de la COVID-19, le taux élevé de transmission communautaire et la proportion importante de personnes porteuses asymptomatiques, tous les travailleurs à moins de 2 mètres de l'utilisateur doivent avoir une protection oculaire longue et un APR de type N95 ou offrant une protection supérieure (se référer aux recommandations de la CNESST).

**N.B.:** Le contexte du préhospitalier étant différent de celui des urgences, veuillez noter que des critères moins spécifiques ont été déterminés pour la prise en charge par les paramédics.

## OUTIL D'ORIENTATION POUR LE FILTRAGE À L'URGENCE

- Avez-vous reçu un diagnostic de la COVID-19 dans les **21** derniers jours?
- Êtes-vous actuellement en isolement en lien avec la COVID (voyage, contact de cas, attente de résultat)?
- Avez-vous des symptômes de grippe ou gastro-entérite?

Si OUI à l'UNE de ces questions → Masque de procédure et orientation vers corridor **tiède-chaud**

Si NON à TOUTES ces questions → **Masque de procédure** et orientation vers corridor froid

Émission : 14-10-2021

Mise à jour : 07-02-2022

## Directive ministérielle

DGAUMIP-  
038.REV2

Catégorie(s) :  
✓ Centre hospitalier  
✓ Mesures de prévention et de contrôle  
des infections (PCI)

Ajustement des mesures de prévention et contrôle des  
infections (PCI) COVID-19 en centre hospitalier

Remplace la  
révision 1 émise le  
14 octobre 2021

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



Destinataire :	Tous les établissements publics du RSSS : <ul style="list-style-type: none"><li>– Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG);</li><li>– Présidents-directeurs généraux adjoints (PDGA) et directeurs généraux adjoints (DGA);</li><li>– Directeurs des services professionnels (DSP);</li><li>– Directrices des soins infirmiers (DSI);</li><li>– Directeurs des services multidisciplinaires (DSM);</li><li>– Gestionnaires des :<ul style="list-style-type: none"><li>– Urgences;</li><li>– Unités de soins;</li><li>– Services ambulatoires;</li><li>– Cliniques externes;</li></ul></li><li>– Responsables de la prévention et du contrôle des infections (PCI).</li></ul>
----------------	--

### Directive

Objet :	Ce document présente <b>une mise à jour</b> des ajustements aux directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) quant aux mesures de prévention et de gestion de la COVID-19 <b>en lien avec les nouvelles recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et la montée des hospitalisations associées à la 5<sup>e</sup> vague de la COVID-19.</b> Ce document a pour objectif de regrouper les principales directives à suivre en milieu hospitalier (urgence, hospitalisation et ambulatoire/cliniques spécialisées) pour soutenir les gestionnaires et les intervenants responsables de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) liées à la COVID-19.
Mesures à implanter :	✓ Application des mesures présentées dans ce document.

### Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources

**Notes importantes :** Les mesures proposées visent à trouver un équilibre entre la reprise souhaitée des services essentiels, l'utilisation efficiente des ressources, le maintien de soins de qualité et la gestion du risque relié à la COVID-19.

Direction ou service ressource :	Direction des services hospitaliers (DSH) Direction des services d'urgence (DSU) <a href="mailto:dgaumip@msss.gouv.qc.ca">dgaumip@msss.gouv.qc.ca</a>
Documents annexés :	S/O

Émission :	14-10-2021
------------	------------

Mise à jour :	07-02-2022
---------------	------------

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](https://msss.gouv.qc.ca/directives)

**Original signé par**

La sous-ministre adjointe

Lucie Opatrny

**Lu et approuvé par**

La sous-ministre

Dominique Savoie

## Directive

Ce document présente les ajustements aux directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) quant aux mesures de prévention et de gestion de la COVID-19. Plusieurs des ajustements proposés sont basés sur les recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), comme mentionné dans le document « [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée](#) ».

Plus spécifiquement, ce guide aborde l'ajustement des mesures pour les activités de courte durée dans les **centres hospitaliers**.

Pour les ajustements aux directives en première ligne, vous pouvez vous référer aux documents émis par la Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne ([Reprise des activités cliniques en première ligne médicale - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux](#)).

Ce document a pour objectif de regrouper les principales directives à suivre en milieu hospitalier (urgence, hospitalisation et ambulatoire/cliniques spécialisées) pour soutenir les gestionnaires et les intervenants responsables de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) liées à la COVID-19.

Pour ce qui est plus spécifiquement des secteurs ambulatoires et des unités hospitalières de la cancérologie **et de l'hémodialyse**, les [directives en cancérologie et en hémodialyse](#) continuent de s'appliquer. Compte tenu de la vulnérabilité de ces patients, des mesures plus strictes à celles énoncées dans ce document peuvent s'appliquer dans certains cas.

Pour obtenir l'ensemble des recommandations de l'INSPQ qui sont en vigueur depuis décembre 2020, il est possible de consulter les documents [disponibles au lien suivant : COVID-19 : Prévention et contrôle des infections | INSPQ](#). Pour obtenir des informations supplémentaires sur les directives ministérielles, consulter le [site Web du MSSS](#).

Les ajustements proposés dans ce document ont été déterminés au regard de la situation épidémiologique **qui perdure au Québec, notamment en raison de la recrudescence des cas de COVID-19, de la présence de variants préoccupants**, des recommandations de l'INSPQ et de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), des données probantes issues d'autres pays comparables ainsi que des impacts significatifs des mesures actuelles sur l'utilisation efficiente des ressources. Lorsque des directives sont émises par l'INSPQ et la CNESST, d'un point de vue légal, celles de la CNESST ont préséance.

Les instances suivantes au MSSS ont été consultées lors de la rédaction de ce document :

- ▶ Direction de la prévention et du contrôle des infections dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation en santé et services sociaux ;
- ▶ Direction générale de la gestion de la main-d'œuvre (DGGMO) – Direction de l'expérience employé ;
- ▶ Direction générale adjointe de la coordination réseau.
- ▶ **Direction générale adjointe de la protection de la santé publique - Direction de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses (DPCMI)**

**Les gestionnaires doivent cependant s'assurer de conserver une agilité dans l'application des mesures, considérant l'arrivée d'un nouveau variant plus contagieux.**

Certains éléments du contenu pourraient être modifiés à la suite de cette mise à jour.

**Faits saillants** (vous trouverez les détails dans le document) :

- ▶ **La notion de centre désigné COVID-19 a été retirée.** Les usagers atteints de la COVID-19 doivent être pris en charge dans leur installation. Les cas complexes requérant des soins intensifs peuvent être dirigés vers les centres de référence ([voir plan de contingence COVID-19 pour la 5e vague](#)) ;
- ▶ La notion de « zone » de traitement (chaude, tiède ou froide) peut se limiter à l'espace patient (comme pour toute autre maladie infectieuse). L'espace patient est définie comme étant minimalement une pièce fermée, une chambre individuelle avec toilette individuelle ou un rayon de 2 mètres autour de l'utilisateur. Il est néanmoins recommandé, dans la mesure du possible, de regrouper les usagers confirmés et de séparer les usagers suspectés/exposés dans des aires distinctes réservées pour ces cas dans une perspective de gestion de risques;
- ▶ Réouverture des chambres à 2, 3 ou 4 pour certains types de clientèle ;
- ▶ La mobilité des travailleurs de la santé (TdeS) à l'intérieur d'un même centre hospitalier doit être possible entre les usagers, et ce, sans quarantaine ni autre mesure systématique de retrait. Néanmoins, dans la mesure du possible, des TdeS peuvent être dédiés aux usagers suspectés ou confirmés si le volume de cas le justifie ou en cas d'écllosion importante;
- ▶ **Considérant le volume élevé d'hospitalisations lié à la 5<sup>ème</sup> vague de la COVID-19, un tableau a été ajouté en Annexe 2 afin de moduler certaines recommandations selon les niveaux d'alerte utilisés en santé physique permettant ainsi d'assurer un service adéquat à un plus grand nombre d'usagers possible.**

**Mesures PCI et d'isolement**

<p><b>Critères d'isolement</b></p>	<p>Les usagers qui se présentent à l'urgence ou qui sont admis par un autre mécanisme d'entrée à l'hôpital doivent répondre à un questionnaire afin d'évaluer le risque infectieux et d'appliquer les mesures d'isolement appropriées en lien avec la COVID-19 (voir <a href="#">ANNEXE1</a> pour le détail des admissions).</p> <p><b>La détermination du statut infectieux des usagers doit être la même pour le secteur de l'urgence et des unités de soins.</b> Ainsi, l'isolement requis doit se baser sur l'évaluation des critères d'exposition, du statut immunitaire de l'utilisateur et de la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19. Se référer aux outils suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algorithme de triage : <a href="#">Outil décisionnel pour l'infirmière au triage à l'urgence</a> ;</li> <li>• <a href="#">ANNEXE1</a>: Orientation EN CENTRE HOSPITALIER selon la présence de symptômes et de critères d'exposition ;</li> <li>• Définition de contact étroit et élargi de l'<a href="#">INSPQ</a>.</li> </ul>
<p><b>Hébergement en centre hospitalier</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La notion de « zone » (chaude, tiède ou froide) peut se limiter à l'espace patient (comme pour toute autre maladie infectieuse).</li> <li>▶ L'espace patient est définie comme étant minimalement une pièce fermée (telle une chambre ou un cubicule) ou un rayon de 2 mètres autour de l'utilisateur. Il demeure conseillé de regrouper les usagers confirmés et de séparer les usagers suspectés/exposés (avec critères d'exposition) dans des aires distinctes réservées pour ces cas dans une perspective de gestion de risques (cohorte pour les usagers confirmés, les usagers suspectés/exposés peuvent être regroupés dans un même secteur. Pour les détails liés aux cohortes, se référer à la section « Option d'hébergement » du document <a href="#">Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des écllosions en milieu de soins</a> de l'INSPQ.</li> <li>▶ Dans une cohorte de cas suspectés de COVID-19 ou une cohorte d'usagers asymptomatiques ayant des critères d'exposition (exposés), l'ÉPI doit être changé entre chaque usager selon les recommandations de l'INSPQ : <a href="#">SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée (inspq.qc.ca)</a>.</li> <li>▶ Cohorte de cas confirmés : regroupement dans un lieu géographique spécifique et bien délimité physiquement d'usagers présentant un statut identique au sujet d'une même infection. Idéalement, une cohorte doit être prise en charge par du personnel dédié, et utiliser de l'équipement à usage unique ou réservé à l'utilisateur (si impossible, dédier l'équipement à la cohorte ex. : un bladder scan). Si l'équipement doit être sorti de la chambre, une désinfection de l'équipement doit être réalisée entre chaque usager.</li> <li>▶ Considérant l'application de cette nouvelle mesure, il est d'autant plus important d'assurer le respect rigoureux des mesures de PCI (voir section <i>Équipement de protection individuelle</i>).</li> <li>▶ Compte tenu des nouvelles directives sur l'isolement présentées dans cette mise à jour et de la situation épidémiologique en cours, <b>il n'est pas nécessaire de conserver une zone tiède ou une zone chaude dans l'installation si elle n'est pas utilisée.</b> L'important est de prévoir des modalités afin que celle-ci soit remise en place sans délai si la situation épidémiologique l'exige (incluant la disponibilité des EPI).</li> </ul>
<p><b>Affichage</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Afficher dans un endroit stratégique les mesures à appliquer dès l'entrée des usagers et accompagnateurs dans le milieu de soins, particulièrement à l'urgence et dans les cliniques ambulatoires;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ S'assurer que les affiches sont compréhensibles par la majorité de la population (ex. : pictogrammes). Se référer aux recommandations du MSSS concernant l'affichage ;</li> <li>▶ S'assurer que la signalisation adaptée à chacun des secteurs est en place (ex.: affiche qui indique quels sont les secteurs réservés aux cas suspects en attente; mesures à appliquer dans ces secteurs),</li> <li>▶ Bien afficher les précautions additionnelles requises pour les chambres, les lits (si chambre multiple) ou les secteurs où sont hospitalisés des usagers suspectés/exposés ou confirmés de COVID-19 (ex. : affiche, code de couleurs, etc.).</li> </ul>
Hygiène et salubrité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ S'assurer que le personnel d'hygiène et salubrité est formé et qu'il connaît les principes et méthodes de travail en hygiène et salubrité;</li> <li>▶ Utilisation d'un produit désinfectant certifié DIN par Santé Canada (virucide contre les coronavirus) de qualité hospitalière;</li> <li>▶ Application rigoureuse du nettoyage et de la désinfection des équipements de soins partagés;</li> <li>▶ Faire des audits en hygiène et salubrité selon le <a href="#">Guide de gestion intégrée de la qualité en hygiène et salubrité - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca)</a>;</li> <li>▶ Désinfection pluriquotidienne à faire selon la <a href="#">Directive sur la fréquence de nettoyage et de désinfection dans un contexte de pandémie de COVID-19 (gouv.qc.ca)</a>;</li> <li>▶ Désinfection quotidienne : <a href="#">Technique - Mesures de désinfection quotidienne pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca)</a>;</li> <li>▶ Désinfection quotidienne : <a href="#">Technique - Mesures de désinfection quotidienne pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : aériennes-contact - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca)</a>;</li> <li>▶ Désinfection terminale : <a href="#">Technique - Mesures de désinfection terminale pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : gouttelettes-contact - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca)</a>;</li> <li>▶ Désinfection terminale : <a href="#">Technique - Mesures de désinfection terminale pour une chambre de patient confirmé ou suspecté de maladie à Coronavirus (COVID-19) - Type de précautions : aériennes-contact - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca)</a>;</li> </ul> <p>Se référer aux recommandations en hygiène et salubrité de l'INSPO.</p>

Gestion des travailleurs de la santé	
Mobilité des TdeS à l'intérieur d'un même centre hospitalier (Appliquer les mesures en vigueur en cancérologie et en hémodialyse)	<p>Mobilité entre les espaces patients (chambres ou cohortes) chaudes, tièdes et froides :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La mobilité des TdeS est possible dans un même centre hospitalier entre les usagers, et ce, sans quarantaine ni autre mesure systématique de retrait (en cas d'exposition sans port adéquat de l'EPI, référer à la section <i>Travailleurs de la santé symptomatiques ou avec critères d'exposition</i>). Pour la main-d'œuvre indépendante, se référer à l'<a href="#">Arrêté ministériel 2021-017</a>.</li> <li>▶ Si le nombre de cas le justifie, il est recommandé de dédier des TdeS aux usagers suspectés/exposés ou aux usagers confirmés dépendamment de la situation.</li> <li>▶ Dans la mesure du possible, les professionnels doivent commencer leur travail par les usagers non suspectés, suivi des usagers suspectés/exposés et terminer par les usagers confirmés.</li> </ul>
Distanciation physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Se référer aux recommandations de l'INSPO concernant la distanciation physique entre les TdeS et la gestion des aires communes.</li> </ul>
Travailleurs de la santé symptomatiques ou avec critères d'exposition	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La gestion des TdeS est en fonction du statut immunitaire, des critères d'exposition et de la présence de symptômes. Se référer à : <a href="#">SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieu de soins   INSPO</a> ;</li> <li>▶ Pour les TdeS en contact avec les usagers, se référer à la <a href="#">Directive sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé des établissements du réseau de la santé et des services sociaux</a> publiée par le MSSS.</li> </ul>
Dépistages chez les travailleurs de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les dépistages des TdeS pourront maintenant être effectués selon différentes situations cliniques et le statut immunitaire du TdeS. Se référer aux recommandations de l'INSPO.</li> <li>▶ Se référer aux directives du MSSS concernant les dépistages systématiques des TdeS : <a href="#">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</a>.</li> <li>▶ Si TdeS exposés, symptomatiques ou confirmés, se référer à la <a href="#">Directive sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé des établissements du réseau de la santé et des services sociaux</a> concernant les dépistages requis.</li> </ul>
Équipement de protection individuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Le TdeS doit continuer de respecter toutes les mesures de PCI ainsi que les directives ministérielles et consignes sanitaires, peu importe son statut immunitaire (distanciation physique, port adéquat de l'équipement de protection individuelle (EPI), hygiène rigoureuse des mains, respect des pratiques de base, isolement à la chambre pour les usagers suspectés/exposés et confirmés).</li> <li>▶ Se référer aux recommandations de l'INSPO et de la <a href="#">CNESST</a> concernant les EPI requis. Se référer également à la question : <a href="#">Quels sont les équipements de protection minimalement requis pour les travailleuses et les travailleurs en milieu de soins [hôpital; soins de courte durée; cliniques médicales, GMF, centres de dépistage, cliniques externes, cliniques COVID-19, milieux de réadaptation, soins à domicile, milieux de soins de longue durée (CHSLD, RPA et les autres ressources d'hébergement de ce type)?</a></li> </ul>

- Il est primordial dans ce contexte que les étapes requises pour revêtir et retirer les EPI soient connus de tous les intervenants et que la formation soit maintenue et encouragée.

Urgence	
Accueil, salle d'attente et triage	<p>► Filtrage réduit à trois critères dès l'arrivée (évaluation rapide):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La présence de symptômes;</li> <li>• La personne est en isolement ou a un critère d'exposition en lien avec la COVID-19 (ex. : voyage, contact de cas, exposition à un milieu où il y a de la transmission active, attente de résultat);</li> <li>• La personne a reçu un résultat de test de dépistage positif dans les derniers 21 jours.</li> </ul> <p>Le filtrage ne devrait pas être réalisé par une infirmière ou une infirmière auxiliaire (privilégier par exemple un agent de sécurité).</p> <p>► Orienter les usagers suspectés/exposés, confirmés et les usagers non suspectés (se référer à l'<a href="#">Outil de triage</a> pour la détermination du risque infectieux) vers des aires d'attente distinctes, réservées pour ces cas, en maintenant les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Port d'un nouveau masque de qualité médicale obligatoire pour les usagers et leurs accompagnateurs. Se référer à : <a href="#">SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins   INSPQ</a> ;</li> <li>• Barrière physique entre chacun des sièges (ex. : plexiglas) ou distance de 2 mètres entre chaque siège;</li> <li>• Hygiène des mains en entrant et en sortant de l'aire d'attente dédiée et à tout moment opportun;</li> <li>• Limitation à un accompagnateur (deux accompagnateurs sont permis dans le cas de la clientèle pédiatrique);</li> <li>• Retirer les objets non nécessaires des aires communes (ex. : dépliants, jouets, revues, bibelots, etc.) ;</li> <li>• Nettoyage et désinfection selon les recommandations de l'<a href="#">INSPQ</a> et du <a href="#">MSSS</a>.</li> </ul> <p>► Triage de tous les usagers fait par une infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien des mesures de base mentionnées au point précédent ;</li> <li>• <b>Considérant la forte prévalence actuelle de la COVID-19, le taux élevé de transmission communautaire et la proportion importante de personnes porteuses asymptomatiques, tous les travailleurs de l'urgence à moins de 2 mètres de l'utilisateur doivent avoir une protection oculaire (lunettes de protection ou visière recouvrant le visage jusqu'au menton ou APR ayant une protection oculaire intégrée) et un APR de type N95 ou offrant une protection supérieure (se référer aux recommandations de la CNESST).</b></li> <li>• Prise en charge d'un usager suspecté/exposé ou confirmé : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effectuer le triage dans une salle avec porte fermée, si disponible, ou à 2 mètres des autres usagers ou avec séparation par une barrière physique;</li> <li>▪ L'utilisateur et son accompagnateur doivent porter un masque de qualité médicale en tout temps</li> <li>▪ Précautions gouttelettes-contact avec protection oculaire et port d'un appareil de protection respiratoire (APR) de type N95 ou offrant une protection supérieure (se référer aux recommandations de l'<a href="#">INSPQ</a> et de la <a href="#">CNESST</a>) ;</li> </ul> </li> <li>• Changement de l'EPI par le personnel soignant selon les recommandations de l'<a href="#">INSPQ</a> ;</li> <li>• Nettoyage et désinfection selon les recommandations de l'<a href="#">INSPQ</a> et du <a href="#">MSSS</a>.</li> </ul> <p>Si le volume le justifie, des salles de triage peuvent être dédiées spécifiquement pour la clientèle suspectée/exposée et confirmée.</p>
Aire ambulatoire de l'urgence	<p>► Salles ambulatoires et zone d'évaluation rapide (ZER) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Application des mêmes mesures que celles du triage, telles que mentionnées dans la section <i>Accueil, salle d'attente et triage</i> ;</li> <li>• Limiter la quantité de matériel de soins dans les salles à l'essentiel (le matériel qui est dans les salles devrait être dans des armoires fermées);</li> <li>• Si interventions médicales générant des aérosols (<a href="#">IMGA</a>) à risque reconnu ou possible chez des usagers suspectés/exposés ou confirmés de COVID-19 : Se référer aux recommandations de l'<a href="#">INSPQ</a> et de la <a href="#">CNESST</a>. Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %), avant l'entrée dans la pièce sans EPI.</li> </ul> <p>Si le volume le justifie, certaines salles ambulatoires peuvent être dédiées spécifiquement pour la clientèle suspectée/exposée et confirmée.</p>
Aire de civières	<p>► Prise en charge des usagers non suspectés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Port du masque de qualité médicale obligatoire pour les usagers, leurs accompagnateurs. Se référer à : <a href="#">SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins   INSPQ</a> ;</li> <li>• <b>Considérant la forte prévalence actuelle de la COVID-19, le taux élevé de transmission communautaire et la proportion importante de personnes porteuses asymptomatiques, tous les travailleurs de l'urgence à moins de 2 mètres de l'utilisateur doivent avoir une protection oculaire (lunettes de protection ou visière recouvrant le visage jusqu'au menton ou APR ayant une protection oculaire intégrée) et un APR de type N95 ou offrant une protection supérieure (se référer aux recommandations de la CNESST).</b></li> <li>• Barrière physique entre les civières (ex. : rideau) ou distance de 2 mètres entre chacune des civières;</li> <li>• Hygiène des mains en entrant et en sortant de l'espace dédié patient et à tout autre moment opportun;</li> <li>• Limitation à un accompagnateur (deux accompagnateurs sont permis dans le cas de la clientèle pédiatrique);</li> <li>• Le visiteur ou la personne proche aidante (PPA) doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation pendant toute la durée de la visite ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Changement de l'EPI par le personnel selon les recommandations de <a href="#">l'INSPQ</a> ;</li> <li>• <b>Nettoyage et</b> désinfection selon les recommandations de <a href="#">l'INSPQ</a> et du <a href="#">MSSS</a>.</li> </ul> <p>▶ Prise en charge des usagers suspectés/<b>exposés</b> ou confirmés : En plus des précautions précédemment mentionnées,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilisateur et son accompagnateur doivent porter un masque de qualité médicale en tout temps ;</li> <li>• Privilégier les chambres fermées à l'urgence pour les usagers confirmés ou suspectés/<b>exposés</b> (sinon doivent être installés à plus de 2 mètres des autres usagers avec la présence d'une barrière physique). <b>Lorsque des usagers sont contraints d'être installés au corridor, le gestionnaire des lits, en partenariat avec l'équipe locale de PCI, doit revoir la gestion du risque pour l'ensemble de l'installation afin de limiter les risques de transmission du virus. Une attention particulière doit être portée chez la clientèle immunosupprimée sévère considérant le contexte épidémiologique actuel ;</b></li> <li>• L'utilisateur confirmé ou suspecté/<b>exposé</b>, et son accompagnateur, doivent rester dans son <b>espace dédié</b>, sauf pour les examens ou traitements qui ne peuvent être effectués sur place.</li> <li>• Limiter la quantité de matériel de soins dans les salles à l'essentiel (le matériel qui est dans les salles devrait être dans des armoires fermées);</li> <li>• Si interventions médicales générant des aérosols (<a href="#">IMGA</a>) à risque reconnu ou possible : Se référer aux recommandations de <a href="#">l'INSPQ</a> et de la <a href="#">CNESST</a>. Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %), avant l'entrée dans la pièce sans EPI.</li> </ul> <p><b>Implanter une surveillance quotidienne des symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers. La présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, peu importe le statut immunitaire, requiert une évaluation clinique par une autorité compétente et devrait être validée en complémentarité avec une prise de signes vitaux.</b></p>
--	--

## Cliniques externes et services ambulatoires

\*Pour tous les détails des recommandations en cliniques externes et services ambulatoires, se référer à [l'INSPQ-CLE](#).

<p><b>Accueil, salle d'attente, triage</b></p>	<p><b>Prétriage téléphonique</b></p> <p>▶ Si possible et en fonction des différents milieux, un prétriage téléphonique est fortement recommandé afin d'évaluer la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ou de critères d'exposition (ex. : contact, voyage) chez l'utilisateur et son accompagnateur ;</p> <p><b>Triage</b></p> <p>▶ S'assurer de la mise en place des mesures requises pour évaluer la présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 ou de critères d'exposition (ex. : contact, voyage) chez l'utilisateur et son accompagnateur et isoler rapidement un usager pouvant être infecté par la COVID-19 lors du triage ;</p> <p>▶ Port d'un nouveau masque médical par les usagers et leur(s) accompagnateur(s) ;</p> <p>▶ <b>Port d'un masque de qualité médicale ou d'un APR par les TdeS selon les recommandations de la CNESST.</b></p> <p><b>Salle d'attente</b></p> <p>▶ Déterminer à l'avance le nombre maximal d'utilisateurs pouvant être accueillis dans la salle d'attente afin de respecter le principe de distanciation physique. Si impossible de limiter le nombre de personnes dans la salle d'attente, installer une barrière physique (ex. : paroi de plexiglas) entre chaque chaise ;</p> <p>▶ Restreindre au minimum le nombre de personnes présentes dans la salle d'attente et la circulation des usagers ou de leur accompagnateur;</p> <p>▶ Limiter à 1 accompagnateur (deux accompagnateurs sont permis dans le cas de la clientèle pédiatrique);</p> <p>▶ Identifier les aires d'attente réservées pour les usagers non suspectés, suspectés/<b>exposés</b> et confirmés ; ces aires doivent se situer à 2 mètres ou plus de l'aire d'attente des autres usagers ou en être séparée par une barrière physique (ex. : paroi de plexiglas) ;</p> <p>▶ Retirer les objets non nécessaires des aires communes (ex. : dépliants, jouets, revues, bibelots, etc.) ;</p> <p>▶ Port d'un nouveau masque médical obligatoire pour les usagers et leur(s) accompagnateur(s). Se référer à : <a href="#">SRAS-CoV-2 : Choix et port du masque médical en milieux de soins   INSPQ</a> ;</p> <p>▶ Hygiène des mains en entrant et en sortant de la salle d'attente <b>et à tout autre moment opportun</b> ;</p> <p>▶ L'accompagnateur ou la PPA doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation pendant toute la durée de la visite ;</p> <p>▶ <b>Nettoyage et</b> désinfection selon les recommandations de <a href="#">l'INSPQ</a> et du <a href="#">MSSS</a>.</p>
<p><b>Salle d'examen</b></p>	<p>▶ Pièce individuelle (pièce à pression négative non requise);</p> <p>▶ <b>Port d'un masque de qualité médicale ou d'un APR par les TdeS selon les recommandations de la CNESST;</b></p> <p>▶ <b>Hygiène des mains en entrant et en sortant de la salle d'examen et à tout autre moment opportun;</b></p> <p>▶ <b>Changement de l'EPI par le personnel selon les recommandations de l'INSPQ ;</b></p> <p>▶ Si une intervention médicale générant des aérosols (IMGA) à risque reconnu ou à risque possible de transmission d'aérosols infectieux doit être réalisée pour un usager suspecté/<b>exposé</b> ou confirmé de la COVID-19, utiliser une pièce individuelle à pression négative si disponible, ou une pièce avec une porte fermée en tout temps. Respecter le temps d'attente requis selon les caractéristiques de ventilation du local utilisé (nombre de changements d'air à l'heure pour un taux d'élimination de 99,9 %), avant l'entrée dans la pièce sans EPI (<b>Se référer aux recommandations de l'INSPQ et de la CNESST</b>) ;</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Limiter la quantité de matériel dans la pièce. Le matériel qui doit rester dans la pièce devrait être rangé dans des armoires fermées ;</li> <li>▶ Limiter le nombre de personnes présentes dans la pièce et tenir un registre de tous les TdeS entrant dans la pièce (non essentiel pour les usagers non suspectés) ;</li> <li>▶ Installer une paroi de plexiglas entre le TdeS et l'usager si le port du masque et la distance de 2 mètres ne peuvent être appliqués lors de l'intervention (ex. : orthophoniste).</li> <li>▶ <b>Nettoyage et désinfection selon les recommandations de l'INSPQ et du MSSS.</b></li> </ul>
--	---

Modalités d'hospitalisation	
Généralités	<p><b>Important : La notion de centre désigné COVID-19 a été retirée. Les usagers COVID-19 doivent être pris en charge dans leur installation. Les cas complexes requérant des soins intensifs peuvent être dirigés vers les centres de référence (voir <a href="#">plan de contingence COVID-19 pour la 5e vague</a>).</b></p> <p>Les options d'hospitalisation en soins aigus sont établies par le MSSS et il revient à chaque installation de décider du scénario qu'elle adoptera selon la situation clinique de l'installation (<b>espace patient limité à la chambre</b> versus cohorte d'usagers). Des mesures spécifiques de PCI doivent être mises en application en fonction de l'option choisie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Privilégier de regrouper les usagers confirmés et de séparer les usagers suspectés/<b>exposés</b> dans des aires distinctes réservées pour ces cas dans une perspective de gestion de risques;</li> <li>▶ Pour les unités d'hospitalisation d'hémo-oncologie, de greffe et de thérapie cellulaire, la notion de « <b>zone froide/sancturée</b> » continue de s'appliquer à toute l'unité, incluant les corridors et les postes de travail. Aucun usager, visiteur ou membre du personnel suspecté/<b>exposé</b> ou confirmé ne doit circuler dans ces espaces. Se référer aux directives spécifiques à la <a href="#">cancérologie</a> et à <a href="#">l'hémodialyse</a>;</li> <li>▶ Si l'usager confirmé est en chambre multiple avec des usagers non confirmés et qu'il est impossible de le transférer rapidement dans une chambre individuelle : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir une distanciation physique d'au moins 2 mètres ou s'assurer de la présence d'une barrière physique entre les usagers (ex. : rideau séparateur) dans l'attente du transfert en chambre individuelle;</li> <li>• Référer à l'équipe PCI et aux documents suivants : <a href="https://www.inspq.qc.ca/publications/2906-pci-soins-aigus-covid19">https://www.inspq.qc.ca/publications/2906-pci-soins-aigus-covid19</a> et <a href="https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19">https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19</a>;</li> <li>• Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette (ou chaise d'aisance) dédiés pour chaque usager ;</li> <li>• Faire porter <b>un masque médical</b> à l'usager <b>infecté en tout temps en attente de son transfert</b> ainsi qu'aux autres usagers qui partagent la même chambre.</li> </ul> </li> <li>▶ <b>Implanter une surveillance quotidienne des symptômes d'infection respiratoire chez tous les usagers. La présence de symptômes compatibles avec la COVID-19, peu importe le statut immunitaire, requiert une évaluation clinique par une autorité compétente et devrait être validée en complémentarité avec une prise de signes vitaux.</b></li> </ul>
Intervention médicale générant des aérosols (IMGA)	<p>Avant la réalisation d'une intervention médicale générant des aérosols (IMGA) pour un usager suspecté/<b>exposé</b> ou confirmé de la COVID-19 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ S'il n'y est pas déjà hospitalisé, l'usager doit être transféré immédiatement dans une chambre individuelle à pression négative. Si celle-ci n'est pas disponible, transférer l'usager dans une pièce fermée et maintenir la porte fermée en tout temps ;</li> <li>▶ Si IMGA urgente (ex. : réanimation cardio-respiratoire), sortir les autres usagers de la chambre ;</li> <li>▶ Un temps d'attente est également nécessaire selon le <b>nombre de changements d'air à l'heure</b> (se référer à la <b>norme CSA Z317.2 : F19 pour de plus amples détails sur le nombre de changements d'air à l'heure recommandé par type de salle</b>);</li> <li>▶ Pour les modalités d'application, se référer aux documents suivants : <a href="#">SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée : recommandations intérimaires</a> et <a href="#">Interventions médicales générant des aérosols chez les cas suspectés ou confirmés COVID-19</a>.</li> </ul>
Isolement des usagers suspectés/ <b>exposés</b> ou confirmés et prise en charge des usagers non suspectés	<p>Se référer à l'algorithme en <a href="#">ANNEXE1</a> pour les directives concernant le dépistage requis et l'admission des usagers (en collaboration avec les équipes locales de PCI). <b>Les usagers nécessitant un dépistage ne devraient pas demeurer à l'urgence en attente de leur résultat si une chambre est disponible, mais plutôt être admis à l'unité de soins avec les précautions additionnelles requises (chambre tiède).</b></p> <p><b>Prise en charge des usagers confirmés de COVID-19</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Accueil en chambre individuelle avec toilette individuelle ou en cohorte. Lorsqu'il y a une éclosion, il faut considérer la mise en place d'une cohorte comme pour d'autres agents pathogènes, exemple le <i>Clostridioides</i></li> </ul>

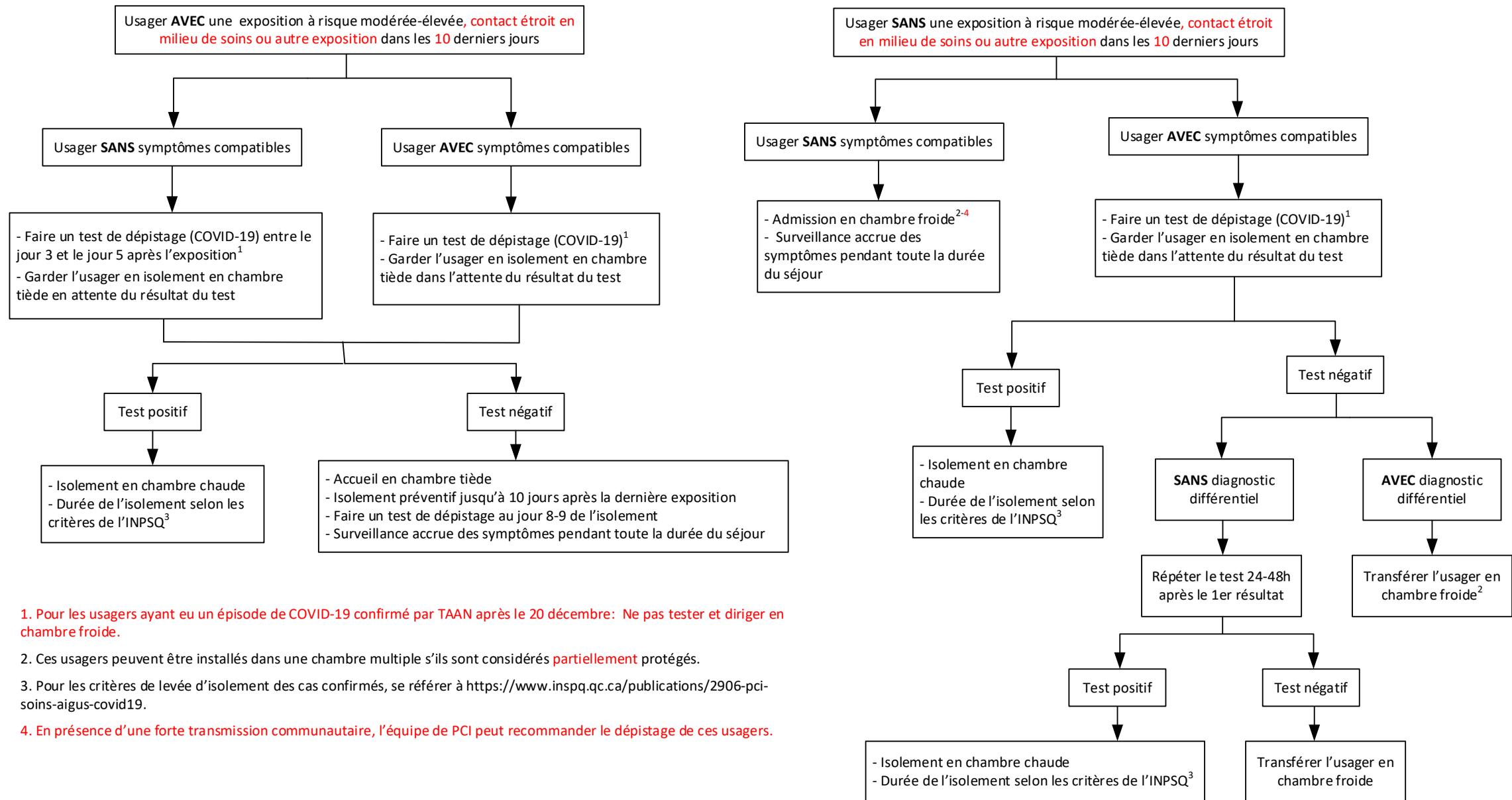
	<p><i>difficile</i> ou l'<i>Entérocoque résistant à la vancomycine</i> (ERV). Une cohorte peut être gérée sur une unité sans qu'il y ait nécessité de la fermer en s'assurant que les mesures PCI sont bien appliquées et respectées ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Se référer aux recommandations pour la prise en charge des usagers confirmés installés sur civière à l'urgence ;</li> <li>▶ L'usager confirmé doit rester dans sa chambre individuelle avec salle de toilette dédiée (ou chaise d'aisance dédiée), sauf pour les examens ou traitements qui ne peuvent être effectués à sa chambre ;</li> <li>▶ Le visiteur ou la personne proche aidante (PPA) doit appliquer les précautions additionnelles recommandées selon la situation pendant toute la durée de la visite ;</li> <li>▶ Porter une attention particulière aux conjoints et aux parents qui passent plusieurs heures ou qui demeurent en tout temps dans le milieu de soins avec l'usager (ex. : personnes significatives d'un enfant dans le secteur pédiatrique, d'une femme enceinte hébergée dans un secteur mère-enfant).</li> <li>▶ Levée de l'isolement en fonction des critères déterminés par l'INSPQ (se référer au document suivant : <a href="#">SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée : recommandations intérimaires</a>).</li> </ul> <p><b>Prise en charge des usagers suspectés/exposés de COVID-19</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Privilégier l'isolement en chambre individuelle avec toilette dédiée ;</li> <li>▶ Se référer aux recommandations pour la prise en charge des usagers suspectés/exposés installés sur civière à l'urgence, plus haut;</li> <li>▶ Voir <a href="#">Annexe 1</a> concernant les dépistages requis.</li> </ul> <p><b>Prise en charge des usagers NON suspectés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Voir <a href="#">Annexe 1</a> concernant les dépistages requis.</li> <li>▶ Se référer aux recommandations pour la prise en charge des usagers non suspectés installés sur civière à l'urgence, plus haut.</li> </ul> <p>Pour la clientèle gériatrique isolée: Chacun des centres hospitaliers soutien et intensifie l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) et débute des actions afin de favoriser le recouvrement ou le maintien des capacités fonctionnelles par la réadaptation à domicile ou en milieux hospitaliers. Les établissements assurent une vigie et un suivi pour augmenter l'intensité et les actions requises selon AAPA. Considérant le nombre de lits disponibles en CH, les équipes de réadaptations soutiennent et débudent les actions requises pour maintenir ou assurer l'intensité et favoriser un suivi précoce permettant de diminuer la DMS dans les lits de réadaptations.</p>
Utilisation des chambres multiples	<p><b>Utilisation des chambres multiples pour la clientèle considérée partiellement protégée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Maintien de chambres individuelles pour les clientèles <a href="#">immunosupprimées sévères</a>. Se référer aux directives en <a href="#">oncologie</a> et en <a href="#">hémodialyse</a>.</li> </ul> <p>Avant l'admission en chambre multiple, une évaluation du risque chez l'usager doit être réalisée en collaboration avec le service PCI et selon les dispositions locales. Si présence d'une bactérie multirésistante (ex. : ERV, SARM, BGNMR, etc.) ou d'une suspicion d'un autre agent infectieux (ex. : influenza, SAG, etc.) des précautions additionnelles s'appliquent selon les protocoles de l'installation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Réouverture des chambres à 2, 3 ou 4 : <ul style="list-style-type: none"> <li>Pour les usagers <u>si les quatre conditions suivantes sont respectées</u> :</li> <li>• Usager asymptomatique <b>OU</b> ayant un diagnostic différentiel en présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (c'est-à-dire un diagnostic qui vient expliquer la présence de symptômes s'apparentant aux symptômes de la COVID-19) ;</li> <li>• Test de dépistage COVID-19 négatif si requis (voir <a href="#">Annexe 1</a>);</li> <li>• Usager considéré <b>partiellement</b> protégé;</li> <li>• Usager sans <b>critère</b> d'exposition considéré à risque élevé ou modéré dans les <b>10</b> derniers jours, ni contact étroit en milieu de soins.</li> </ul> </li> <li>▶ Dans tous les cas, le maintien des mesures suivantes est essentiel : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Séparation physique entre les usagers (ex. : rideau) ;</li> <li>• <b>Nettoyage et</b> désinfection usuelle par le personnel d'hygiène salubrité. Instaurer de la plurifréquence (plusieurs reprises dans la journée) pour le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées dans les chambres et les aires communes (ex. : poignées de porte, interrupteurs, téléphones, claviers d'ordinateur, poste du personnel, cuisinette, salle de repos, etc.) Se référer à : <a href="#">SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée : recommandations intérimaires</a> ;</li> <li>• Maintien des recommandations pour la prise en charge des usagers non suspectés/exposés (voir section précédente).</li> </ul> </li> </ul>

	<p><b>Réouverture des chambres multiples pour des cohortes (ex. : cohorte chaude)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Pour les usagers confirmés, se référer aux recommandations des sections précédentes. Avant l'admission en chambre multiple, <b>une évaluation du</b> risque chez l'utilisateur ainsi que pour l'ensemble de l'installation <b>doit être réalisée en collaboration avec le service PCI et selon les dispositions locales.</b></li> <li>▶ Prévoir des équipements de soins ainsi qu'une salle de toilette individuelle (ou chaise d'aisance réservée si absence de toilette individuelle) pour chaque usager.</li> <li>▶ Si possible, il est conseillé d'éviter d'héberger plus de deux cas confirmés de COVID-19 dans une même chambre pour diminuer la concentration des cas (principe de densité d'utilisateurs).</li> </ul>
--	--

Gestion de l'unité en éclosion	
*Pour la définition et la plus récente mise à jour des recommandations, se référer à : <a href="#">SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins   INSPQ.</a>	
<b>Mesures à appliquer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Respect strict des mesures de PCI lors de contact avec les usagers confirmés ou suspectés/<b>exposés</b> (référés aux sections précédentes) ;</li> <li>▶ Activation du comité <b>et du plan</b> de gestion d'éclosion ;</li> <li>▶ Signalement de l'éclosion à la Direction de la santé publique selon les modalités convenues ;</li> <li>▶ Installer des affiches avisant de l'éclosion à l'entrée de l'unité et/ou de l'installation.</li> </ul>
<b>Isolement des cas positifs ou suspectés/exposés</b>	<p>Dans le cas de plusieurs (2 et +) cas positifs et/ou suspectés/<b>exposés</b>, il est recommandé de regrouper les usagers dans le même secteur. Des cohortes peuvent être mises en place <b>en séparant les usagers suspectés/exposés des usagers confirmés</b> (<a href="#">SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins   INSPQ.</a>)</p> <p>Bien que la notion de zone de traitement (chaude, tiède ou froide) devrait être limitée à l'espace patient, il est toujours possible et même encouragé d'instaurer des cohortes chaudes <b>ou tièdes</b> lorsque le nombre de patients le justifie.</p>
<b>Dépistage</b>	Le dépistage auprès des TdeS et des usagers doit se faire selon l'enquête épidémiologique. Se référer à <a href="https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19">https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19</a> .
<b>Admissions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Admission selon les modalités locales sur une unité en éclosion de COVID-19 ;</li> <li>▶ <b>Admission d'utilisateur partiellement protégé (voir <a href="#">Outil de triage</a> pour définitions) est possible dans une chambre froide sur l'unité de soins en éclosion ;</b></li> <li>▶ Ne pas admettre un usager non atteint de la COVID-19 dans une cohorte chaude. Admettre uniquement des cas confirmés de COVID-19 <b>par TAAN</b> dans cette section, s'il y a lieu ;</li> <li>▶ Respecter l'admission des usagers en fonction des critères de chacune des cohortes ;</li> <li>▶ Informer les nouveaux usagers ou leurs représentants légaux de la situation ainsi que des mesures de PCI à respecter ;</li> <li>▶ Par ailleurs, l'INSPQ mentionne : « <i>L'enquête épidémiologique est primordiale pour déterminer les meilleures façons de faire en fonction des différentes situations rencontrées. Il peut en découler une variabilité dans les mesures à mettre en place, soit par exemple d'envisager de mettre en isolement les contacts élargis, de prévoir une fermeture de l'unité, de limiter les transferts d'utilisateurs, de restreindre les mouvements de personnel, etc. Une évaluation rigoureuse de la situation permet d'adapter les actions entreprises en fonction du contexte épidémiologique local ou régional</i> » (<a href="https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19">https://www.inspq.qc.ca/publications/3066-mesures-pci-eclosions-covid19</a>).</li> </ul>
<b>Transferts interétablissements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Si le transfert d'un usager de l'unité en éclosion est requis en fonction de sa condition clinique, aviser le centre receveur de l'éclosion en cours<sup>1</sup>;</li> <li>▶ <b>Se référer à la directive DGAPA-005 en vigueur: <a href="#">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.</a></b></li> </ul>
<b>Suspension ou fermeture d'une unité aux admissions et transferts intra-établissements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Étant donné les ajustements indiqués précédemment pour la gestion d'une unité en éclosion, la suspension ou fermeture d'une unité devrait être exceptionnelle ;</li> </ul>

<sup>1</sup> [SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée \(inspq.qc.ca\)](#)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Si la situation exigeait la fermeture ou la suspension des admissions, évaluer quotidiennement la nécessité de maintenir la fermeture de l'unité aux admissions selon l'évolution de la situation ;</li> <li>▶ La décision de fermer une unité aux admissions ou de suspendre les transferts doit être prise par le comité local de gestion d'éclosion ;</li> <li>▶ Il est à noter que la fermeture d'une unité aux admissions n'implique pas nécessairement la suspension des transferts à partir de l'unité en éclosion vers une autre unité ou vers un autre milieu de soins lorsque médicalement requis. Si un transfert est requis, se référer à la section « Transport de l'utilisateur à l'intérieur de l'installation » du document <a href="#">SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée (inspq.qc.ca)</a> ;</li> <li>▶ Informer le MSSS (Direction des services hospitaliers (DSH) et la Direction générale adjointe de la coordination réseau (DGACR)) lors de la fermeture d'unité.</li> </ul>
<b>Réouverture d'une unité fermée aux admissions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Revoir quotidiennement la possibilité de réouverture de l'unité aux admissions. Avant la réouverture de l'unité, effectuer <b>un nettoyage et</b> une désinfection selon les recommandations de l'<a href="#">INSPQ</a> et du <a href="#">MSSS</a> ;</li> <li>▶ Informer le MSSS (Direction des services hospitaliers (DSH) et la Direction générale adjointe de la coordination réseau (DGACR)) lors de la réouverture d'unité.</li> </ul>
<b>Proches aidants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Se référer aux <a href="#">Directives relatives aux visites de proches aidants en centre hospitalier</a>.</li> </ul>
<b>Suivi des cas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Le suivi intensif des cas lors d'une éclosion est requis afin de soutenir le retour aux activités régulières dans les meilleurs délais, et ce, en assurant la qualité et la sécurité des soins et services.</li> </ul>

**ANNEXE 1 : Orientation EN CENTRE HOSPITALIER selon la présence de symptômes et de critères d'exposition (excluant les admissions via le bloc opératoire)**


1. Pour les usagers ayant eu un épisode de COVID-19 confirmé par TAAN après le 20 décembre: Ne pas tester et diriger en chambre froide.

2. Ces usagers peuvent être installés dans une chambre multiple s'ils sont considérés **partiellement** protégés.

3. Pour les critères de levée d'isolement des cas confirmés, se référer à <https://www.inspq.qc.ca/publications/2906-pci-soins-aigus-covid19>.

4. En présence d'une forte transmission communautaire, l'équipe de PCI peut recommander le dépistage de ces usagers.

## Définitions relatives à l'Annexe 1

Usager considéré **partiellement protégé** (excluant les usagers immunosupprimés):

- 3 doses de vaccin peu importe le délai après la 3<sup>e</sup> dose administrée dans le cadre d'une immunisation primaire ou d'une dose de rappel;
- 2 doses de vaccin depuis  $\geq 7$  jours après la 2<sup>e</sup> dose;
- 1 dose du vaccin de Johnson & Johnson depuis  $\geq 14$  jours après la dose;
- Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis  $> 6$  mois ET suivi par au moins 1 dose de vaccin depuis  $\geq 7$  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);
- Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique) depuis  $\leq 6$  mois (vacciné ou non).

Usager considéré **non protégé** :

- 1 dose de vaccin depuis  $\geq 14$  jours (excluant le vaccin de Johnson & Johnson);
- 2 doses de vaccin dont la 2<sup>e</sup> dose date de  $< 7$  jours;
- Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique)  $> 6$  mois à  $\leq 12$  mois ET non vacciné;
- Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN (excluant confirmé par lien épidémiologique)  $> 6$  mois à  $\leq 12$  mois ET vacciné 1 dose  $< 7$  jours;
- Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN ET non vacciné ;
- Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN ET non vacciné ET 1 dose de vaccin  $< 14$  jours;
- Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN depuis  $> 12$  mois ET non vacciné ;
- Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN depuis  $> 12$  mois ET 1 dose  $< 7$  jours;
- Personne immunosupprimée, vaccinée ou non, épisode de COVID-19 confirmé ou non.

Symptômes compatibles à la COVID-19 :

**5 ans et moins**

• **UN** des symptômes suivants :

- o Fièvre (température rectale de  $38,5\text{ °C}$  ( $101,3\text{ °F}$ ) et plus);
- o Toux (nouvelle ou aggravée), essoufflement ou difficulté à respirer;

OU

- o Mal de gorge **ET** fièvre (température rectale de  $38,1\text{ °C}$  ( $100,6\text{ °F}$ ) et plus);
- o Douleurs abdominales, vomissements ou diarrhées **ET** fièvre (température rectale de  $38,1\text{ °C}$  ( $100,6\text{ °F}$ ) et plus);
- o Nez qui coule ou congestion nasale (nez bouché) de cause inconnue **ET** un autre symptôme ci-dessus.

**6 ans et plus**

- **UN** symptôme parmi les suivants:
  - Fièvre ( $\geq 38,1^{\circ}\text{C}$  buccale ( $100,6^{\circ}\text{F}$ ) et plus);
  - toux (nouvelle ou aggravée);
  - mal de gorge;
  - difficultés respiratoires ou essoufflement (dyspnée);
  - anosmie ou agueusie ou dysgueusie.
  
- **OU 2** symptômes parmi les suivants:
  - perte d'appétit importante;
  - fatigue intense;
  - douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique);
  - céphalée **inhabituelle**;
  - diarrhée;
  - nausées-vomissements;
  - douleur abdominale;
  - **Nez qui coule ou congestion nasale (nez bouché) de cause inconnue.**

**6 mois à 5 ans**

- **UN** des symptômes suivants :
  - Fièvre (température rectale de  $38,5^{\circ}\text{C}$  ( $101,3^{\circ}\text{F}$ ) et plus);
  - Toux (nouvelle ou aggravée), essoufflement ou difficulté à respirer;
  - Mal de gorge **ET** fièvre (température rectale de  $38,1^{\circ}\text{C}$  ( $100,6^{\circ}\text{F}$ ) et plus);
  - Douleurs abdominales, vomissements ou diarrhées **ET** fièvre (température rectale de  $38,1^{\circ}\text{C}$  ( $100,6^{\circ}\text{F}$ ) et plus).

**Contacts étroits en milieu de soins**

- Usager qui a séjourné dans le même environnement usager (ex. : chambre, civière, etc.) à moins de deux mètres et sans mesure barrière (ex. : rideaux, plexiglass, etc.) qu'un cas confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité.
- Usager qui n'était pas apte lors de son séjour à respecter les mesures de PCI recommandées (ex. : errance, absence de collaboration) en présence d'un cas confirmé de COVID-19 sur l'unité **(une évaluation au cas par cas devra être effectuée en collaboration avec l'équipe PCI afin de déterminer les contacts étroits)**;
- Usager ayant reçu des soins à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées d'un TdeS confirmé de COVID-19 qui ne portait pas adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité;
- Si transmission nosocomiale significative :
  - Usager ayant reçu des soins prolongés ou cumulés de deux heures et plus (ex. : réfection d'un pansement, soins de physiothérapie ou d'ergothérapie, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité;
  - Usager ayant eu un contact physique rapproché (ex. : transférer un usager du lit au fauteuil, relever un usager lors d'une chute, donner un bain au lit, etc.) d'un TdeS confirmé de COVID-19 même s'il portait adéquatement le masque médical pendant sa période de contagiosité.

**Expositions en communauté :****Exposition à risque élevée :**

- Personne vivant sous le même toit qu'un cas confirmé (par TAAN ou par test antigénique);
- Partenaire sexuel, couple ne partageant pas le même domicile.

**Exposition à risque modérée :**

- Les personnes qui ne sont pas des contacts à risque élevé mais qui ont été en contact avec un cas à moins de 2 mètres pendant au moins 15 minutes, sans le port du masque par le cas ou le contact;

**Autres critères d'exposition :**

- Séjour de plus de 48h à l'extérieur du Québec dans les 14 derniers jours;
- Usager qui provenant d'un milieu où il y a de la transmission active (ex. : milieu de travail, service de garde, etc.).

**ANNEXE 2 : Directives COVID-19 en centre hospitalier basées sur les niveaux d'alerte utilisés en santé physique**

Ce tableau présente les éléments clés de gestion de la PCI qui ont été modulés selon les différents niveaux d'alerte. Ce dernier doit être utilisé en complémentarité de la directive DGAUMIP-038 dans laquelle de plus amples détails sont fournis quant aux directives de PCI spécifiques à la COVID-19. En niveau 3 et 4, considérant le nombre important de patients positifs à la COVID-19, les multiples éclosions en CH et le taux élevé de transmission communautaire, des mesures rehaussées pour la protection des TdeS seront appliquées. De plus, le nombre de patients COVID dépassant les capacités du réseau en niveau 4, des mesures d'exception doivent être mises en place afin d'assurer un service adéquat à un plus grand nombre d'utilisateurs possible.

<b>Éléments Clés évolutifs</b>	<b>Niveau 1 - Mesures de base</b>	<b>Niveau 2 - Montée graduelle des cas de COVID-19</b>	<b>Niveau 3 - Utilisation d'un nombre important de lits pour les patients COVID et bris de services envisagés</b>	<b>Niveau 4 - Capacité du réseau atteinte et bris de services essentiels imminents</b>
<i>Dépistage des usagers lors de l'admission</i>	- Dépistage des usagers admis suspectés/exposés (avec critères d'exposition) ou avec test antigénique positif.	- Dépistage des usagers admis suspectés/exposés ou avec test antigénique positif.	- Dépistage de l'ensemble des usagers admis selon l'Annexe 1 de la directive DGAUMIP-038. - Dépister les usagers avec test antigénique positif.	- Considérer les usagers avec test antigénique positif d'emblée comme confirmé. - Dépistage de l'ensemble des usagers admis. Ne pas attendre le résultat du test et admettre l'utilisateur en isolement stricte sur l'unité en attendant le résultat du test TAAN.
<i>Triage urgence et clinique externe</i>	- Prétriage et triage fait à l'arrivée en centre hospitalier (se référer à la directive DGAUMIP-009).	- Prétriage et triage fait à l'arrivée en centre hospitalier (se référer à la directive DGAUMIP-009).	- Prétriage et triage fait à l'arrivée en centre hospitalier (se référer à la directive DGAUMIP-009). - Tous les travailleurs à moins de 2 mètres de l'utilisateur doivent avoir un APR de type N95 ou offrant une protection supérieure et une protection oculaire (lunettes de protection ou visière recouvrant le visage jusqu'au menton ou APR ayant une protection oculaire intégrée) (se référer aux recommandations de la CNESST). Maintenir l'APR entre les usagers et changer uniquement si souillée ou après le temps maximal d'utilisation. - Porter une attention particulière aux personnes immunosupprimés sévères. - Isoler, dans la mesure du possible, les usagers non-protégés afin de diminuer les risques de transmission nosocomiale.	- Modification du questionnaire pour tenir compte uniquement des expositions à risque élevée et des symptômes lors du triage (se référer à l'Annexe 1). - Tous les travailleurs à moins de 2 mètres de l'utilisateur doivent avoir un APR de type N95 ou offrant une protection supérieure et une protection oculaire (lunettes de protection ou visière recouvrant le visage jusqu'au menton ou APR ayant une protection oculaire intégrée) (se référer aux recommandations de la CNESST). Maintenir l'APR entre les usagers et changer uniquement si souillée ou après le temps maximal d'utilisation. - Porter une attention particulière aux personnes immunosupprimés sévères. - Isoler, dans la mesure du possible, les usagers non-protégés afin de diminuer les risques de transmission nosocomiale.

<i>EPI en CH</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protection gouttelettes-contact pour les usagers suspectés/exposés ou confirmés avec port d'une protection oculaire et d'un APR de type N95 ou offrant une protection supplémentaire (se référer à l'Annexe 1 pour la levée de l'isolements des cas confirmés ou suspectés). Se référer aux recommandations de l'INSPQ et de la CNESST.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protection gouttelettes-contact pour les usagers suspectés/exposés ou confirmés avec port d'une protection oculaire et d'un APR de type N95 ou offrant une protection supplémentaire (se référer à l'Annexe 1 pour la levée de l'isolements des cas confirmés ou suspectés). Se référer aux recommandations de l'INSPQ et de la CNESST.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Port d'un APR de type N95 ou offrant une protection supplémentaire et d'une protection oculaire (lunettes de protection ou visière recouvrant le visage jusqu'au menton ou APR ayant une protection oculaire intégrée) pour l'ensemble des TdeS à moins de 2m. d'un usager (se référer aux recommandations de la CNESST).</li> <li>- Maintenir l'APR entre les usagers et changer uniquement si souillée ou après le temps maximal d'utilisation.</li> <li>- Protection gouttelettes-contact avec port d'un APR de type N95 ou offrant une protection supplémentaire pour les usagers suspectés/exposés ou confirmés (se référer à l'Annexe 1 pour la levée de l'isolements des cas confirmés ou suspectés).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Port d'un APR de type N95 ou offrant une protection supplémentaire et d'une protection oculaire (lunettes de protection ou visière recouvrant le visage jusqu'au menton ou APR ayant une protection oculaire intégrée) pour l'ensemble TdeS à moins de 2m. d'un usager (se référer aux recommandations de la CNESST).</li> <li>Maintenir l'APR entre les usagers et changer uniquement si souillée ou après le temps maximal d'utilisation.</li> <li>- Protection gouttelettes-contact avec port d'un APR de type N95 ou offrant une protection supplémentaire pour les usagers suspectés/exposés ou confirmés (se référer à l'Annexe 1 pour la levée de l'isolement des cas exposés ou suspectés).</li> </ul>
<i>Directives aux usagers</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Port du masque de qualité médicale obligatoire pour les usagers et leurs accompagnateurs dès la sortie de leur espace-patient ou à une distance de moins de 2 mètres avec une autre personne.</li> <li>- L'usager confirmé, suspecté/exposé doit demeurer dans son espace dédié, à l'exception des examens ou traitements qui ne peuvent être effectués sur place.</li> <li>- Maintien des mesures de base (hygiène des mains et étiquette respiratoire).</li> <li>- Application d'un protocole de déconditionnement pour les personnes âgées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Port du masque de qualité médicale obligatoire pour les usagers et leurs accompagnateurs dès la sortie de leur espace-patient ou à une distance de moins de 2 mètres avec une autre personne.</li> <li>- L'usager confirmé, suspecté/exposé doit demeurer dans son espace dédié, à l'exception des examens ou traitements qui ne peuvent être effectués sur place.</li> <li>- Maintien des mesures de base (hygiène des mains et étiquette respiratoire).</li> <li>- Application d'un protocole de déconditionnement pour les personnes âgées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Port d'un masque de qualité médicale obligatoire pour les usagers et leurs accompagnateurs le plus souvent possible si toléré (enlever lorsque requis, ex.: soins, repas, période de repos, sommeil).</li> <li>- L'usager confirmé ou suspecté/exposé doit demeurer dans son espace dédié, à l'exception des examens ou traitements qui ne peuvent être effectués sur place.</li> <li>- Maintien des mesures de base (hygiène des mains et étiquette respiratoire).</li> <li>- Application d'un protocole de déconditionnement pour les personnes âgées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Port d'un masque de qualité médicale obligatoire pour les usagers et leurs accompagnateurs en permanence si toléré (enlever lorsque requis, ex.: soins, repas, sommeil).</li> <li>- L'usager confirmé ou suspecté/exposé doit demeurer dans son espace dédié, à l'exception des examens ou traitements qui ne peuvent être effectués sur place.</li> <li>- Maintien des mesures de base (hygiène des mains et étiquette respiratoire).</li> <li>- Application d'un protocole de déconditionnement pour les personnes âgées.</li> </ul>
<i>Zone et cohorte</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'espace patient est défini comme étant minimalement une pièce fermée (telle une chambre ou un cubicule) ou un rayon de 2 mètres autour de l'usager.</li> <li>- Il demeure conseillé de regrouper les usagers confirmés et de séparer les usagers suspectés/exposés dans des aires distinctes réservées et propres à chacun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'espace patient est défini comme étant minimalement une pièce fermée (telle une chambre ou un cubicule) ou un rayon de 2 mètres autour de l'usager.</li> <li>- Il demeure conseillé de regrouper les usagers confirmés et de séparer les usagers suspectés/exposés dans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vu le nombre plus important de cas de COVID, instaurer des cohortes au besoin (froides, chaudes ou tièdes).</li> <li>- Dans une cohorte de cas suspectés de COVID-19 suspectés/exposés, l'EPI doit être changé entre chaque usager selon les recommandations de l'INSPQ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il est possible de considérer plusieurs unités chaudes ou tièdes en entier (pour les unités d'hospitalisation d'hémo-oncologie, de greffe et de thérapie cellulaire, la notion de « zone froide/sancturée » continue de s'appliquer à toute l'unité, incluant les corridors et les postes de travail).</li> <li>- Cohorter en zone chaude les patients positifs admis</li> </ul>

	<p>des ces cas dans une perspective de gestion de risques (cohorte pour les usagers confirmés, les usagers suspectés/exposés peuvent être regroupés dans un même secteur). Idéalement, une cohorte doit être prise en charge par du personnel dédié, et les équipements de soins ainsi que le matériel partagé qui y est utilisé sont également dédiés à cette cohorte.</p> <p>- Il n'est pas nécessaire de conserver une zone tiède ou chaude dans l'installation si le nombre de patients ne le justifie pas.</p>	<p>des aires distinctes réservées et propres à chacun des cas dans une perspective de gestion de risques.</p> <p>- Idéalement, une cohorte doit être prise en charge par du personnel dédié, et les équipements de soins ainsi que le matériel partagé qui y est utilisé sont également dédiés à cette cohorte.</p> <p>- Il n'est pas nécessaire de conserver une zone tiède ou une zone chaude dans l'installation si elle n'est pas utilisée. L'important est de prévoir des modalités afin que celle-ci soit remise en place sans délai si la situation épidémiologique l'exige (incluant la disponibilité des EPI).</p>		<p>pour COVID-19.</p> <p>- Conserver les patients COVID avec autre diagnostic d'admission sur leur unité en maintenant un isolement à la chambre.</p>
<i>Utilisation des chambres multiples</i>	<p>- Utilisation des chambres à 2, 3 ou 4 pour des cohortes chaudes (idéalement 2 usagers par chambre, porter attention aux autres maladies infectieuses).</p> <p>- Utilisation des chambres à 2, 3 ou 4 si les usagers respectent les 4 critères suivants:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usager asymptomatique OU ayant un diagnostic différentiel en présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (c'est-à-dire un diagnostic qui vient expliquer la présence de symptômes s'apparentant aux symptômes de la COVID-19) ;</li> <li>2. Test de dépistage COVID-19 négatif;</li> <li>3. Usager considéré partiellement protégé;</li> <li>4. Usager sans critère d'exposition considérée à risque élevée ou modérée dans les 10 derniers jours, ni contact étroit en milieu de soins.</li> </ol>	<p>- Utilisation des chambres à 2, 3 ou 4 pour des cohortes chaudes (idéalement 2 usagers par chambre, porter attention aux autres maladies infectieuses).</p> <p>- Utilisation des chambres à 2, 3 ou 4 si les usagers respectent les 4 critères suivants:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usager asymptomatique OU ayant un diagnostic différentiel en présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (c'est-à-dire un diagnostic qui vient expliquer la présence de symptômes s'apparentant aux symptômes de la COVID-19) ;</li> <li>2. Test de dépistage COVID-19 négatif;</li> <li>3. Usager considéré partiellement protégé;</li> <li>4. Usager sans critère d'exposition considérée à risque élevée ou</li> </ol>	<p>- Utilisation des chambres à 2, 3 ou 4 pour des cohortes chaudes (peut aller jusqu'à 4 patients positifs par chambre selon l'évaluation du risque faite conjointement avec l'équipe PCI locale, porter attention aux autres maladies infectieuses).</p> <p>- Utilisation des chambres à 2, 3 ou 4 si les usagers respectent les 4 critères suivants:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usager asymptomatique OU ayant un diagnostic différentiel en présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (c'est-à-dire un diagnostic qui vient expliquer la présence de symptômes s'apparentant aux symptômes de la COVID-19) ;</li> <li>2. Test de dépistage COVID-19 négatif;</li> <li>3. Usager considéré partiellement protégé;</li> <li>4. Usager sans critère d'exposition considérée à risque élevée dans les 7 derniers jours, ni contact étroit en milieu de soins.</li> </ol>	<p>- Utilisation des chambres à 2, 3 ou 4 pour des cohortes chaudes (peut aller jusqu'à 4 patients positifs, porter attention aux autres maladies infectieuses).</p> <p>- Utilisation des chambres à 2, 3 ou 4 si les usagers respectent les 4 critères suivants:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usager asymptomatique OU ayant un diagnostic différentiel en présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 (c'est-à-dire un diagnostic qui vient expliquer la présence de symptômes s'apparentant aux symptômes de la COVID-19) ;</li> <li>2. Test de dépistage COVID-19 négatif;</li> <li>3. Usager considéré partiellement protégé;</li> <li>4. Usager sans critère d'exposition considérée à risque élevée dans les 5 derniers jours, ni contact étroit en milieu de soins.</li> </ol>

		modérée dans les 10 derniers jours, ni contact étroit en milieu de soins.		
<i>Gestion des unités en éclosion</i>	<p>- Dans le cas de plusieurs cas (2 et +) positifs ou suspectés/exposés, il est recommandé de regrouper en cohorte les usagers confirmés et de regrouper les usagers avec des symptômes compatibles à la COVID-19, ou avec critères d'exposition dans des aires distinctes. Admission d'usagers partiellement protégés (voir directive DGAUMIP-038 pour les définitions) est possible dans une chambre froide ou tiède selon le cas, sur l'unité de soins en éclosion. En tout temps, admission d'usagers rétablis possible sur une unité en éclosion (selon le type de variants en circulation : considérer comme rétablis du variant Omicron les usagers ayant eu un résultat positif à partir du 20 décembre 2021).</p> <p>- Isoler, dans la mesure du possible, les usagers non-protégés</p>	<p>- Admission d'usagers partiellement protégés (voir directive DGAUMIP-038 pour les définitions) est possible dans une chambre froide ou tiède selon le cas sur l'unité de soins en éclosion.</p> <p>- Porter une attention particulière aux personnes immunosupprimés sévères.</p> <p>- Isoler, dans la mesure du possible, les usagers non-protégés</p>	<p>- Admission d'usagers partiellement protégés (voir directive DGAUMIP-038 pour les définitions) possible dans une chambre froide ou tiède selon le cas sur une unité de soins en éclosion.</p> <p>- Porter une attention particulière aux personnes immunosupprimés sévères.</p> <p>- Isoler, dans la mesure du possible, les usagers non-protégés.</p>	<p>- Admission d'usagers partiellement protégés (se à l'Outil de triage disponible dans la directive DGAUMIP-038 pour les définitions) possible dans une chambre froide ou tiède selon le cas sur une unité de soins en éclosion selon le type d'éclosion (évaluation en collaboration avec l'équipe PCI locale)</p> <p>- Admission d'usagers rétablis possible sur une unité en éclosion (selon le type de variants en circulation: considérer comme rétablis du variant Omicron les usagers ayant eu un résultat positif à partir du 20 décembre 2021).</p> <p>- Lors d'une éclosion, dépister uniquement les contacts étroits.</p> <p>- Porter une attention particulière aux personnes immunosupprimés sévères (chambre privée avec isolement protection).</p> <p>- Isoler, dans la mesure du possible, les usagers non-protégés.</p>
<i>Retour des TdeS</i>	<p>La gestion des TdeS est en fonction du statut immunitaire, des critères d'exposition et de la présence de symptômes (document SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins   INSPQ).</p>	<p>- La gestion des TdeS est en fonction du statut immunitaire, des critères d'exposition et de la présence de symptômes (document SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins   INSPQ).</p>	<p>- Ordre de levée de l'isolement des TdeS en situation de risque de rupture de service (milieux de soins et de vie). Se référer à la directive DGSP-018.</p>	<p>- Ordre de levée de l'isolement des TdeS en situation de risque de rupture de service (milieux de soins et de vie). Se référer à la directive DGSP-018.</p>

Émission : 09-06-2021

Mise à jour 07-02-2022

## Directive ministérielle DGSP-001.REV6

Catégorie(s) :  
✓ Dépistage  
✓ Tests rapides

### Directive sur l'utilisation des tests de dépistage PCR de la COVID-19

Cette directive remplace  
la directive  
DGSP-001.REV5

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



Destinataires	Tous les établissements publics du RSSS : <ul style="list-style-type: none"><li>• PDG</li><li>• Directeurs laboratoires</li><li>• Directeurs de santé publique</li><li>• Directeurs des services professionnels</li><li>• Directeurs des soins infirmiers</li><li>• Directions SAPA</li></ul>
---------------	---

Directive	
Objet :	Révision des priorités d'accès aux tests de détection du virus responsable de la COVID-19
Principe :	Considérant le dépassement important des capacités des analyses des laboratoires du réseau et les priorités d'accès aux tests de dépistage intègrent désormais ces nouvelles orientations.
Mesures à implanter :	Communiquer auprès de tous les milieux du RSSS les nouvelles précisions concernant orientations de dépistage.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
<b>Notes importantes : Les changements apportés à la présente directive sont en surbrillance jaune.</b>	
Direction ou service ressource :	Direction générale adjointe de la protection de la santé publique <a href="mailto:Protection@msss.gouv.qc.ca">Protection@msss.gouv.qc.ca</a>
Document annexé :	Annexe 1 : Tableau des indications d'accès aux TANN laboratoire (tests PCR)

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](https://msss.gouv.qc.ca/directives)

**Original signé par**  
Le sous-ministre adjoint  
Daniel Paré

**Lu et approuvé par**  
La sous-ministre  
Dominique Savoie

Émission : 09-06-2021

Mise à jour 07-02-2022

## Directive ministérielle DGSP-001.REV6

### Directive

Depuis juin 2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a proposé 25 indications d'accès aux tests TAAN (PCR) de dépistage et de diagnostic de la COVID-19 en laboratoire et en point de services.

Toutes les personnes présentant des symptômes compatibles avec ceux de la COVID-19 sont d'emblée présumées positives et doivent suivre les directives d'isolement et/ou d'autosurveillance. Les résultats positifs à un test antigénique rapide ne nécessiteront plus de confirmation à l'aide d'un test PCR.

En effet, le dépistage par test PCR en cas de symptômes sera accessible uniquement [aux travailleurs de la santé et aux autres groupes prioritaires identifiés par le MSSS](#).

Pour les indications particulières de dépistage selon les milieux, les établissements peuvent se référer aux trajectoires et aux arrêtés disponibles sur le portail des directives.

## ANNEXE 1 : Tableau des indications d'accès aux TANN laboratoire (tests PCR)

Priorités dépistage	Indications à prioriser pour un dépistage par PCR
<b>M1</b>	Les patient(e)s ayant des <b>symptômes</b> compatibles avec la COVID-19 <sup>3</sup> en milieu de soins aigus (par exemple à l'urgence, hospitalisés, hémodialysés) ou qui subiront une procédure immunosuppressive (radiothérapie, oncologie).
<b>M2</b>	Les usagers ayant des <b>symptômes</b> compatibles avec la COVID-19 des milieux d'hébergement (CHSLD, RPA) et les ressources intermédiaires et de type familial ou <b>à assistance continue</b> (RI-RTF-RAC)
<b>M3</b>	Les travailleurs de la santé* (y compris les stagiaires) et des services sociaux en contact avec des patients/usagers ayant des <b>symptômes</b> compatibles avec la COVID-19.
<b>M4</b>	Les personnes <b>sans symptômes</b> compatibles avec la COVID-19 qui <b>subiront une greffe</b> , dans la préadmission et à l'admission ainsi que leurs donneurs.
<b>M5</b>	<b>En présence d'une éclosion, les travailleurs de la santé* sans symptômes compatibles avec la COVID-19, en contact avec les patients/usagers</b> , sur recommandation d'un directeur de santé publique, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un officier de prévention et de contrôle des infections.
<b>M6</b>	<b>En présence d'une éclosion</b> , les contacts de personnes dans le contexte d'éclosions confirmées ou suspectées <b>dans des milieux à haut risque</b> (par ex. réseau de la santé, centres de détention, refuges) et exceptionnellement certains autres milieux sur recommandation spéciale d'une direction régionale de santé publique.
<b>M7</b>	Les personnes ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 et faisant partie des groupes suivants : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les policiers et pompiers premiers répondants, et le personnel de sécurité de l'Assemblée nationale symptomatiques ;</li> <li>2. Le personnel scolaire et celui des différents milieux de garde symptomatique;</li> <li>3. Les personnes bénéficiant d'une exemption temporaire pour traitement et services médicaux essentiels selon Transports Canada;</li> <li>4. Les personnes sans abri ou en précarité résidentielle;</li> <li>5. Les patients ambulatoires pour lesquels un traitement aux anticorps monoclonaux est envisagé avec prescription;</li> <li>6. Les personnes étant visée par l'application de programmes de gestion des entrées dans les régions isolées, ainsi que les personnes issues des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis et les personnes se rendant dans ces communautés pour y travailler;</li> <li>7. Les personnes de 70 ans et plus;</li> <li>8. Les personnes proches aidantes.</li> </ol>
<b>M8</b>	Les patients <b>sans symptômes</b> compatibles avec la COVID-19 admis ou qui seront admis dans les 48 prochaines heures dans les unités de soins aigus, notamment en chirurgie, en médecine (incluant la gériatrie), en pédiatrie, en psychiatrie ou en obstétrique <sup>4</sup> .
<b>M9</b>	Les usagers <b>sans symptômes</b> compatibles avec la COVID-19 à l'admission ou à l'intégration dans certains milieux où des personnes à risque de complications de la COVID-19 (ou dont la prise en charge est complexe) vivent ou reçoivent des soins et des services de santé soutenus (CHSLD, RPA, RI-RTF, soins de longue durée, palliatifs ou psychiatriques, réadaptation en santé physique ou en déficience physique) <sup>4</sup> .
<b>M10</b>	Les personnes <b>sans symptômes</b> compatibles avec la COVID-19 (autres que greffées) qui subiront une procédure immunosuppressive (ex : radiothérapie, chimiothérapie)
<b>M11</b>	Les personnes <b>sans symptômes</b> compatibles avec la COVID-19 qui pourraient nécessiter une intubation dans les 48 prochaines heures.
<b>M12</b>	Les personnes <b>sans symptômes</b> compatibles avec la COVID-19 qui pourraient nécessiter une bronchoscopie dans les 48 prochaines heures pour les milieux qui n'utilisent pas systématiquement le N95.
<b>M13</b>	Les travailleurs de la santé* (y compris les stagiaires) <b>sans symptômes</b> ayant été en contact avec un cas de la COVID-19.
<b>M14</b>	Les personnes <b>sans symptômes</b> compatibles de la COVID-19 en milieu de travail (autre que travailleurs de la santé) en éclosion ou lors d'une étude de prévalence sur recommandation du directeur de santé publique.
<b>M15</b>	Les personnes <b>sans symptôme</b> compatibles avec la COVID-19 en milieu de garde ou scolaire en éclosion ou lors d'une étude de prévalence sur recommandation du directeur de santé publique

## ANNEXE 1 : Tableau des indications d'accès aux TANN laboratoire (tests PCR)

Priorités dépistage	Indications à prioriser pour un dépistage par PCR
<b>M16</b>	Les personnes <b>sans symptômes</b> compatibles avec la COVID-19 à l'admission ou à l'intégration en milieu de vie collectif avec hébergement (ex. : refuge pour personnes en situation de vulnérabilité sociale, milieu carcéral, centre jeunesse, RI-RTF, RAC, foyers de groupe, etc.).
<b>M17</b>	Les travailleurs de la santé* (y compris les stagiaires) <b>et les personnes proches aidantes sans symptômes</b> compatibles avec la COVID-19 et travailleurs d'établissement d'hébergement collectif dans le cadre des directives provinciales. (ex. : <u>DGGEOP-001 et ses révisions</u> )
<b>M18</b>	Les personnes <b>sans symptômes</b> compatibles avec la COVID-19 dans le cadre de l'application de programmes de gestion des entrées dans les régions isolées, ainsi que les personnes issues des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis et les personnes se rendant dans ces communautés pour y travailler.
<b>M19</b>	Test de confirmation de la guérison à l'infection par la COVID-19 prescrit par un clinicien ou la santé publique, ou un microbiologiste-infectiologue ou un officier de prévention et de contrôle des infections.
<b>M20</b>	Travailleur de la santé*/stagiaire/étudiant/médecin <b>sans symptômes</b> compatibles avec la COVID-19 qui passe d'une région à forte endémicité vers une région à faible endémicité.
<b>M21</b>	Autres indications à la discrétion des directeurs de santé publique, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un agent de prévention et de contrôle des infections.
<b>M22</b>	<del>Toute autre indication non documentée, à l'exception des TAAAN demandés pour confirmer un résultat positif à un test de détection des antigènes rapide.</del>
<b>M23</b>	Les travailleurs de la santé* se présentant pour confirmer un résultat positif à un test de détection antigénique rapide ou à tout autre test auto-administré.
<b>M24</b>	<del>Les personnes, autres que les travailleurs de la santé, se présentant pour confirmer un résultat positif à un test de détection rapide des antigènes ou à tout autre test autoadministré.</del>
<b>M25</b>	<del>Milieu scolaire : confirmation résultat test rapide.</del>

<sup>1</sup> Le code de couleur est désormais abandonné pour la priorisation des laboratoires. Les directeurs de laboratoires doivent gérer, en collaboration avec les directeurs de santé publique régionaux, l'ordonnancement des analyses les unes aux autres. Ils devront tenir compte du profil épidémiologique de la région (éclosions en milieu de soins, en milieu de travail ou communautaire), des besoins cliniques et des enjeux de santé publique propres à leur contexte régional.

<sup>2</sup> La catégorisation des priorités de dépistage doit tenir préalablement compte de la pertinence de tester ou non les individus qui appartiennent à cette catégorie.

<sup>3</sup> Il est recommandé de se référer aux documents techniques pour les symptômes reconnus, qui peuvent varier selon les contextes.

<sup>4</sup> Incluant les transferts entre établissements.

# ANNEXE 1 : Tableau des indications d'accès aux TANN laboratoire (tests PCR)

## **\*Définition d'un travailleur de la santé dans le cadre de la directive DGSP-001**

Aux fins de compréhension et d'application adéquates de la présente directive, un **travailleur de la santé** est une personne travaillant ou exerçant sa profession ou un sous-contractant fournissant des soins et des services aux usagers ou aux résidents pour :

- un établissement de santé et de services sociaux;
- un ressource intermédiaire et les ressource de type familial (RI-RTF) ou une ressource à assistance continue (RAC);
- une résidence privée pour aînés (RPA);
- un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) privé conventionné ou non conventionné;
- une entreprise d'économie sociale à domicile (EÉSAD);
- un usager requérant les services chèque emploi-service (CES);
- une maison de répit;
- une maison de naissance;
- une maison de soins palliatifs;
- un milieu d'hébergement (incluant les communautés religieuses);
- une ressource d'hébergement communautaire;
- un centre de détention ;
- une pharmacie;
- une organisation offrant des services ambulanciers ;
- tout autre installation ou organisation définie dans le cadre de directives provinciales (ex : DGGEOP-001).

Émission : 12-01-2022

Mise à jour : 11-02-2022

## Directive ministérielle

DGGEOP-004

REV1

Catégorie(s) :  
 Vaccination  
 Vaccination et immunisation

**Processus temporaire d'administration des doses de rappel de vaccin contre la COVID-19 sans évaluation systématique de l'utilisateur par un vaccinateur au sens du PIQ**

**Remplace la directive DGGEOP-004 émise le 12 janvier 2022**

<b>Expéditeur :</b>	Direction générale de la gestion exécutive et opérationnelle de la pandémie (DGGEOP)		<b>Destinataire :</b>	Tous les établissements publics du RSSS : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG);</li> <li>- Directeurs des services professionnels (DSP);</li> <li>- Directeurs de santé publique;</li> <li>- Directeurs généraux des établissements privés conventionnés</li> <li>- Directeurs responsables de la vaccination COVID-19</li> </ul>
---------------------	--	---	-----------------------	--

### Directive

<b>Objet :</b>	Au Québec, la norme de pratique en matière d'immunisation est le <i>Protocole d'immunisation du Québec</i> (PIQ). Celui-ci autorise cinq types de professionnels comme vaccinateur, soit les infirmières, les médecins, les pharmaciens, les inhalothérapeutes et les sages-femmes. Ces vaccinateurs sont habilités à évaluer la condition de santé de l'utilisateur, à déterminer la pertinence de vacciner, à considérer les indications, les précautions et contre-indications le cas échéant, et à obtenir le consentement de l'utilisateur avant de procéder à sa vaccination. Les infirmières auxiliaires sont autorisées à contribuer à la vaccination. Considérant le manque de ces ressources qualifiées au Québec dans un contexte de vaccination de masse où l'ensemble de la population de 5 ans et plus est visée par les vaccins contre la COVID-19, différents arrêtés ministériels ont été émis afin de rehausser le bassin de professionnels pouvant être mis à contribution et sont désignés comme étant des « injecteurs » dans la présente campagne de vaccination contre la COVID-19. Afin de lutter contre le variant Omicron, responsable d'une hausse importante du nombre de cas de COVID-19 même chez les personnes adéquatement vaccinées, le Québec se doit d'administrer une dose de rappel à tous les adultes âgés de 18 ans et plus dans les plus brefs délais. Des mesures additionnelles temporaires afin de pallier le manque de vaccinateurs doivent être mises en place. Ces mesures prendront fin dès la levée de l'état d'urgence sanitaire.
<b>Principe :</b>	Dans le contexte de l'administration des doses de rappel dans la lutte contre le variant Omicron, permettre temporairement une dérogation à l'obligation du vaccinateur de faire une évaluation systématique des usagers sous certaines conditions et, uniquement pendant l'état d'urgence sanitaire.
<b>Mesures à implanter :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le gestionnaire responsable de la vaccination devra s'assurer que les injecteurs appliquant cette directive ont pris connaissance de la directive avant son implantation.</li> <li>• L'établissement s'assure de pouvoir identifier le personnel présent lors de l'application de la directive, en cas de besoin futur.</li> </ul>

### Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

#### Notes importantes :

<b>Direction ou service ressource :</b>	Identifier le secteur <a href="mailto:protection@msss.gouv.qc.ca">protection@msss.gouv.qc.ca</a>
<b>Documents annexés :</b>	<p><b>Annexe 1 :</b> Aide à la décision pour le commis à l'accueil dans le cadre de l'application de la directive ministérielle DGGEOP-004</p> <p><b>Annexe 2 :</b> Aide à la décision pour l'injecteur dans le cadre de l'application de la directive ministérielle DGGEOP-004</p>

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](https://msss.gouv.qc.ca/directives)

Original signé par  
le directeur général  
Daniel Paré

Lu et approuvé  
la sous-ministre  
Dominique Savoie

## Directive

En contexte de rehaussement accru de la capacité de vaccination dans la lutte contre le variant Omicron et considérant que les stratégies d'embauches massives et d'optimisation des sites de vaccination ne permettent pas d'obtenir le nombre suffisant de vaccinateurs au sens du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) pour atteindre ces cibles dans les délais requis, le MSSS autorise une dérogation temporaire pendant l'état d'urgence sanitaire à certains devoirs et obligations du vaccinateur (ci-après désigné comme étant l'« évaluateur »), lorsque les conditions suivantes sont respectées :

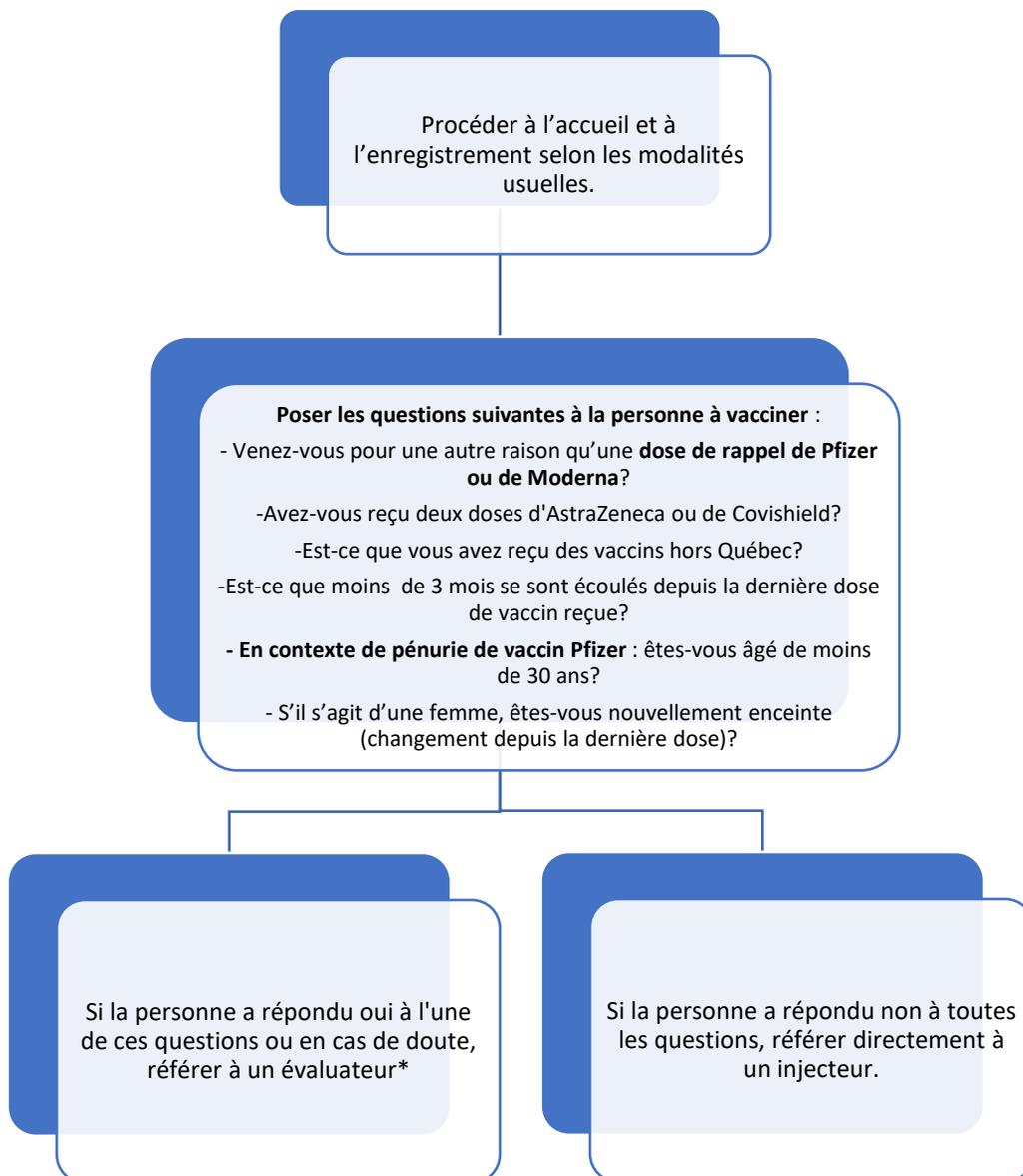
- L'injecteur doit prendre connaissance de ladite directive avant de l'appliquer et poser ses questions au superviseur clinique ou à un évaluateur au besoin.
- La vaccination doit avoir lieu en contexte de vaccination de masse relevant d'un CISSS ou d'un CIUSSS, incluant la vaccination en clinique mobile. La vaccination en entreprise ou en pharmacie communautaire est donc exclue de cette directive.
- Ne s'applique que pour l'administration des doses de rappel autorisées par le PIQ.
- L'utilisateur à vacciner doit avoir reçu uniquement des doses de vaccins autorisés au Canada en primovaccination selon un calendrier reconnu au Québec. Si ce n'est pas le cas, référer à un évaluateur.
- L'intervalle entre la dernière dose reçue et la dose de rappel et, le cas échéant, entre l'infection et la dose de rappel doivent être conformes aux recommandations du PIQ.
- Pour les usagers âgés de moins de 30 ans, le vaccin Pfizer est recommandé de façon préférentielle. Si une dose d'un vaccin ARN messenger n'a pas déjà été administrée ou en cas de pénurie de vaccin Pfizer, référer à un évaluateur.
- Pour les usagers de 30 ans et plus ayant reçu au moins une dose de vaccin à ARN messenger (Pfizer ou Moderna), un vaccin à ARN messenger (Pfizer ou Moderna) doit être utilisé pour la dose de rappel. Dans cette situation, les deux vaccins sont interchangeables selon le PIQ. Si l'utilisateur demande un vaccin à vecteur viral (AstraZeneca ou Covishield) en dose de rappel, référer à un évaluateur.
- Il est recommandé qu'un seul vaccin (ex. : Pfizer) soit administré dans la trajectoire où cette directive est appliquée.
- La condition de santé de l'utilisateur à vacciner doit être la même que lors de la dose précédente. Si ce n'est pas le cas ou en cas de doute, référer à un évaluateur.
- Le consentement doit avoir été obtenu pour le même type de produit (vaccin à ARN messenger) que lors des doses précédentes. En cas de doute, référer à un évaluateur.
- Des évaluateurs doivent être disponibles en tout temps et en nombre suffisant afin de procéder à l'évaluation de la condition de santé de l'utilisateur, ainsi que pour déterminer la pertinence de vacciner, les contre-indications ou les précautions à prendre pour les situations qui ne correspondraient pas aux conditions décrites ci-dessus. Si tel est le cas, le processus habituel doit être suivi selon le modèle d'organisation retenu et être documenté. Les évaluateurs demeurent également responsables de la prise en charge des interventions en cas d'urgence liée à la vaccination.
- Un ou des superviseurs cliniques membres de l'un des cinq ordres professionnels considérés comme étant des « vacinateurs » au sens du PIQ doivent être désignés et être présents en tout temps lors de l'application de la directive.

### Démarche :

- Consultez les outils *Aide à la décision pour le commis à l'accueil dans le cadre de l'application de la directive ministérielle DGGEOP-004* et *Aide à la décision pour l'injecteur dans le cadre de l'application de la directive ministérielle DGGEOP-004* pour connaître la démarche à suivre.

## Aide à la décision pour le commis à l'accueil dans le cadre de l'application de la directive ministérielle DGGEOP-004

Cet outil présente la démarche à suivre en lien avec la directive *Processus temporaire d'administration des doses de rappel de vaccin contre la COVID-19 sans évaluation systématique de l'utilisateur par un vaccinateur au sens du PIQ*. Le vaccinateur est ici désigné comme étant l'« évaluateur ». Cette directive est réservée au contexte de vaccination de masse relevant d'un CISSS ou d'un CIUSSS dans le cadre de l'administration **d'une dose de rappel d'un vaccin à ARN messenger**.

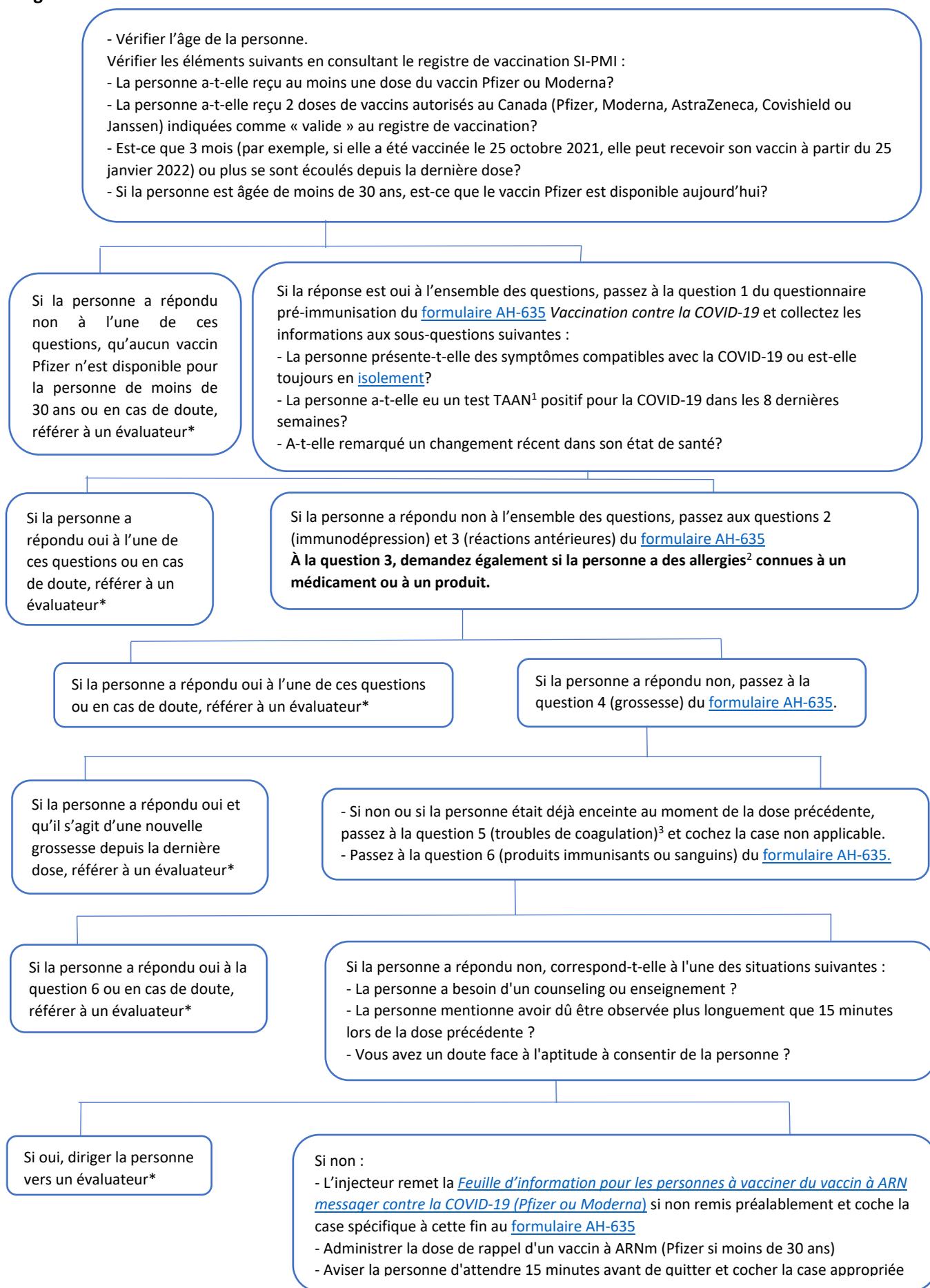


\* Des évaluateurs doivent être disponibles en tout temps et en nombre suffisant pour faire l'évaluation lorsque nécessaire et pour intervenir en cas d'urgence liée à la vaccination. Un ou des superviseurs cliniques membres de l'un des cinq ordres professionnels considérés comme étant des « vacinateurs » au sens du PIQ doivent être désignés et être présents en tout temps.

\*\* Cet algorithme peut être personnalisé par les établissements afin qu'il illustre certaines réalités organisationnelles locales. Toutefois, on ne peut pas déroger de la Directive DGGEOP-004.

## Aide à la décision pour l'injecteur dans le cadre de l'application de la directive ministérielle DGGEOP-004

Cet outil présente la démarche à suivre en lien avec la directive *Processus temporaire d'administration des doses de rappel de vaccin contre la COVID-19 sans évaluation systématique de l'utilisateur par un vaccinateur au sens du PIQ*. Le vaccinateur est ici désigné comme étant l'« évaluateur ». Cette directive est réservée au contexte de vaccination de masse relevant d'un CISSS ou d'un CIUSSS dans le cadre de l'administration d'une **dose de rappel d'un vaccin à ARN messager**.



### Important

- À des fins de qualité des données saisies au registre de vaccination, dans la mesure du possible, l’injecteur reporte la même *Raison d’administration* cochée lors de la dose précédente en consultant le registre de vaccination. S’il n’a pas accès à cette information, il coche la case appropriée au [formulaire AH-635](#).
- À la section *Consentement/Décision* du [formulaire AH-635](#), l’injecteur coche la case « consentement obtenu lors de la première dose » et à la section *Consentement/refus obtenu auprès de*, il coche « usager ».
- L’injecteur complète la section *Information sur le professionnel qui obtient le consentement* et **indique à côté de sa signature Dir DGGEOP-004**.
- L’injecteur indique le vaccin administré directement dans le registre de vaccination, selon la *Directive ministérielle DGSP-020* et ses révisions OU complète la section *Détail du vaccin administré* du [formulaire AH-635](#) selon les modalités usuelles.
- Dans la section *Note* du [formulaire AH-635](#), l’injecteur précise que « le vaccin a été administré selon les modalités de la Directive DGGEOP-004 ».
- La surveillance clinique post-vaccination de l’usager se fait selon les modalités usuelles.
- L’évaluation et les décisions quant aux interventions en cas de manifestations cliniques demeurent sous la responsabilité de l’évaluateur, selon les modalités usuelles.
- Lors de la saisie dans le registre de vaccination<sup>4</sup> :
  - L’infirmière auxiliaire qui agit à titre d’injectrice sélectionne son nom dans le champ *Vaccinateur* et indique obligatoirement dans la section *Commentaires*, que « l’administration de la dose de rappel s’est effectuée selon les modalités décrites dans la *Directive DGGEOP-004* »;
  - Si l’injecteur est autorisé à administrer le vaccin contre la COVID-19 par arrêté ministériel, il sélectionne l’intervenant « Directive DGGEOP-004 » au champ *Vaccinateur* et inscrire son nom, titre d’emploi et permis au champ *Commentaires*.

<sup>1</sup> L’injecteur peut administrer un vaccin à ARN messenger si la personne a obtenu un résultat positif au test de dépistage rapide de la COVID-19 (TDAR) dans les 8 dernières semaines et qu’elle répond aux autres critères.

<sup>2</sup> Ne pas tenir compte des allergies alimentaires, des allergies aux animaux et des allergies saisonnières.

<sup>3</sup> La question 5 *Trouble de coagulation* du formulaire AH-635 est reliée à l’administration des vaccins à vecteur viral. Étant donné que l’administration de ces vaccins n’est pas permise par cette directive, l’injecteur ne pose pas cette question, coche la case N/A et poursuit à la question 6.

<sup>4</sup> Dans la version initiale de la Directive DGGEOP-004, le nom du superviseur clinique devait être indiqué au champ « Vaccinateur » du registre de vaccination. De plus, dans la section « Commentaires », il devait être obligatoirement indiqué que « l’administration de la dose de rappel s’est effectuée selon les modalités décrites dans la Directive DGGEOP-004 ». Cela n’engageait pas la responsabilité professionnelle du vaccinateur pour la portion « évaluation » considérant que celle-ci se faisait en vertu de la directive DGGEOP-004 émise par le MSSS.

\*Des évaluateurs doivent être disponibles en tout temps et en nombre suffisant pour faire l’évaluation lorsque nécessaire et pour intervenir en cas d’urgence liée à la vaccination. Un ou des superviseurs cliniques membres de l’un des cinq ordres professionnels considérés comme étant des « vaccinateurs » au sens du PIQ doivent être désignés et être présents en tout temps.

\*\* Cet algorithme peut être personnalisé par les établissements afin qu’il illustre certaines réalités organisationnelles locales. Toutefois, on ne peut pas déroger de la Directive DGGEOP-004.

Émission : 05-10-2020

Mise à jour : 2022-02-11

DGPPFC-015.  
Directive ministérielle REV4

- Catégorie(s) :
- ✓ Jeunes en difficulté
  - ✓ Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
  - ✓ Protection de la jeunesse
  - ✓ Milieu de vie

Recommandations pour les services dispensés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation - COVID-19

Remplace la directive DGPPFC-015.REV3 émise le 21 janvier 2022

Expéditeur : Direction générale du développement, du bien-être et de la protection de la jeunesse (DGDBEPJ)



Destinataire :

- Tous les CISSS et les CIUSSS
  - Directeurs du programme jeunesse
  - Directeurs de la protection de la jeunesse

Directive

Objet :	Recommandations pour les services dispensés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
Mesures à implanter :	Ce document présente les consignes à suivre pour les services dispensés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation dans le contexte de la pandémie

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources

**Notes importantes : Les modifications à la présente directive sont indiquées en surbrillance jaune.**

Direction ou service ressource : Boîte corporative de la Direction générale adjointe des services à la famille, à l'enfance et à la jeunesse : [dgasfej@ssss.gouv.qc.ca](mailto:dgasfej@ssss.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](https://msss.gouv.qc.ca/directives)

Original signé par  
La sous-ministre adjointe  
Catherine Lemay

Lu et approuvé par  
La sous-ministre  
Dominique Savoie

## Directive

### Services en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation

Dans le contexte de la situation épidémiologique qui perdure au Québec, notamment en raison de la recrudescence des cas de COVID-19, la présente vise à transmettre les indications attendues, notamment au regard des sorties et des déplacements pour les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA).

Il demeure important d'assurer une application rigoureuse des mesures de prévention et de contrôle des infections afin de limiter la propagation du virus entre les personnes, tant les jeunes qui y sont hébergés que les membres du personnel. La présente directive est cohérente avec celles qui doivent **obligatoirement** être appliquées par tous les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux qui dispensent des services en CRJDA.

#### Concept de bulle dans les unités de vie et les foyers de groupe

Les milieux de vie des jeunes hébergés, soit l'unité de vie, le foyer de groupe, ou le domicile familial visité, font partie intégrante de la bulle du jeune.

Les consignes sanitaires applicables et évolutives à la population générale s'appliquent ainsi dans ces milieux de vie (ex. : le nombre de personnes pouvant se rassembler à l'intérieur ou à l'extérieur, la distanciation minimale de 2 mètres entre les personnes qui ne proviennent pas de la bulle, le port du masque médical en tout temps pour les personnes qui ne proviennent pas de la bulle, ou lorsque la distanciation ne peut être respectée entre 2 personnes, etc.).

#### Membres du personnel

Le port du masque médical est obligatoire pour tous les membres du personnel en tout temps.

Des mesures sanitaires sont également disponibles pour le personnel dans les guides de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). Voir lien ci-après :

<https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/coronavirus-covid-19/trousse-covid-19-guide-outils>

Le personnel scolaire œuvrant à l'intérieur du CRJDA se doit d'appliquer les mesures sanitaires déterminées par la santé publique (port du masque médical, distanciation, etc.)

#### Milieu d'accueil du jeune lors d'une sortie

Le responsable du milieu à qui est confié le jeune doit s'engager à mettre en place des mesures de prévention adaptées aux caractéristiques du jeune, 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 le responsable du milieu des mesures sanitaires générales à respecter, en plus de celles associées au contexte de la sortie.

Le responsable du milieu doit rapidement contacter le centre de réadaptation s'il constate qu'une personne présente des symptômes de la COVID-19 au cours de la sortie. Se référer à cette page : [Symptômes, transmission et traitement | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)

Il est aussi attendu que l'intervenant du CRJDA questionne le responsable du milieu sur l'état du déroulement de la sortie pour déterminer si des mesures particulières doivent être prises au retour du jeune en centre de réadaptation.

## Procédure à l'arrivée d'un jeune

1. **Respect de la distanciation physique de 2 mètres.**
2. **Hygiène des mains avec une solution hydroalcoolique ou avec de l'eau et du savon, dès l'entrée.**
3. **Port du masque médical pour toute personne de 10 ans<sup>1</sup> ou plus jusqu'à l'arrivée à l'unité de vie ou du foyer de groupe.**
4. **Si présence de symptômes compatibles à la COVID : : Isoler le jeune dès que possible, faire un test de dépistage et suivre les consignes disponibles via ce lien : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/consignes-isollement-personne-symptomatique-covid-19#c100458>.** Consulter au besoin la ligne info Covid-19 au 1 877 644-4545 pour information, conseils et orientation.
5. **Chez une personne sans symptômes :** Évaluer les autres critères d'exposition potentielle à un cas de COVID-19 et au besoin, veuillez-vous référer aux consignes citées ci-après : [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas de COVID-19 | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)
6. **Un accompagnement des visiteurs, des personnes proches aidantes (PPA) (si applicable), du personnel ou et autres personnes ayant accès au centre de réadaptation est nécessaire pour valider l'absence de critères d'exclusion, pour superviser l'application des mesures de PCI requises et pour vérifier que les personnes sont adéquatement protégées\* selon les directives en vigueur. Les critères d'exclusion sont les suivants :**
  - a. personnes positives à la COVID-19 qui ne sont pas considérées rétablies;
  - b. personnes chez qui une infection à la COVID-19 est suspectée en raison de symptômes compatibles;
  - c. personnes en isolement ou ayant eu une consigne d'isolement d'une autorité sanitaire (ex. : Agence des services frontaliers, DSPu, équipe PCI). Se référer à ce lien pour plus de détails : [Quand faut-il s'isoler \(COVID-19\) | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)

\* <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/deroulement-vaccination-contre-la-covid-19/passeport-de-vaccination-covid-19/statut-de-protection-contre-covid-19>

7. **Pour toute autre situation, le jeune peut circuler librement.**

## Procédure pour le visiteur

1. À l'exception d'un parent ou d'un tuteur ou de toute autre personne dont le contact a été ordonné, le passeport vaccinal est requis pour accéder au centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation pour les visiteurs de 13 ans ou plus.
2. À l'arrivée et à la fin de la visite, le jeune et le visiteur doivent procéder à l'hygiène des mains durant 20 secondes avec de l'eau et du savon ou avec une solution hydroalcoolique.
3. Port du masque pour toute personne de 10 ans<sup>2</sup> ou plus en tout temps.
4. Vérifier la présence de symptômes compatibles à la COVID-19. Si présence de symptômes ou de critères d'exclusion (voir les critères d'exclusion dans la section précédente), l'accès est refusé.
5. Appliquer une distanciation physique de 2 mètres avec les jeunes et les travailleurs.
6. Afin de faciliter le processus d'enquête épidémiologique, le cas échéant, tenir obligatoirement un registre pour les visiteurs, les PPA, le personnel non régulier du centre de réadaptation (dentiste, hygiéniste dentaire, audioprothésiste, etc.) et les bénévoles. Ce registre doit inclure les coordonnées de la personne afin que celle-ci puisse rapidement être contactée au besoin et placée en isolement préventif, si cela est requis.
7. Évitez les déplacements inutiles dans l'installation.

---

1 Pour un enfant de 2 à 9 ans, le port du masque médical ASTM de niveau 1 est recommandé, si toléré; pour un enfant de moins de 2 ans, le port du masque médical n'est pas recommandé.

2 Pour un enfant de 2 à 9 ans, le port du masque médical ASTM de niveau 1 est recommandé, si toléré; pour un enfant de moins de 2 ans, le port du masque médical n'est pas recommandé.

### Consignes pour le CRJDA en cas d'une visite dans l'installation

1. Pour les visites, décaler les heures d'arrivée et de départ pour éviter les mélanges de groupes ou attroupements.
2. Prévoir, si possible, un accès spécifique aux visiteurs pour éviter les goulots d'étranglement (ex. entrée de la bâtisse, salle de repas, etc.).
3. Assurer un triage des visiteurs afin de s'assurer qu'aucun ne présente de symptômes compatibles avec la COVID-19 ou d'autres critères d'exclusion. Vous référez au point 4 de la section précédente.
4. Se rendre directement à la salle de rencontre afin d'éviter les déplacements inutiles. Éviter la tenue de visite dans les unités de vie.
5. Limiter le nombre de personnes qui fréquentent en même temps les lieux communs. S'assurer que le respect de la distanciation physique de 2 mètres est possible.
6. Mettre des affiches rappelant l'importance et la technique de l'hygiène des mains, de l'étiquette respiratoire, les consignes concernant le port du masque, la distanciation physique et des indicateurs relatifs aux visiteurs: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-180F.pdf>
7. Retirer les objets non nécessaires des aires communes (ex. décorations, revues, etc.).
8. Éviter que les objets communs soient touchés par plusieurs personnes.
9. Prévoir le matériel de nettoyage et de désinfection et s'assurer de sa disponibilité.
10. Identifier un local pour la visite qui permettra de rendre opérationnels les principes précédents.
11. Avant et après le contact, nettoyer et désinfecter avec un produit approuvé de Santé Canada et efficace contre le virus de la COVID-19, les objets et les surfaces touchées fréquemment comme poignées de porte, robinets, interrupteurs, rampes d'escalier et toilettes : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3054-nettoyage-desinfection-surfaces-covid19>
12. S'assurer que le protocole de nettoyage et de désinfection utilise une approche systématique, avec une liste de tâches bien définies, afin que toutes les surfaces contaminées soient nettoyées et désinfectées.

### Aménagement des lieux en CRJDA

- Présence des stations d'hygiène des mains à l'entrée de l'établissement ainsi qu'à l'entrée des unités, dans les salles communes, par exemple, les salles à dîner, les salles d'activités, etc.
- Respect par l'ensemble des personnes présentes dans le CRJDA des mesures de base en prévention et contrôle des infections, notamment :
  - Mesures d'hygiène des mains;
  - Mesures d'hygiène et étiquettes respiratoires;
  - Mesures de distanciation physique.

### Gestion des cas positifs de COVID-19, des contacts à risque modéré et à risque élevé

#### Consigne pour les cas positifs de COVID-19 :

Isoler à l'unité le jeune ayant obtenu un résultat positif pour 5 jours, et ce, en respect des mesures sanitaires et en s'assurant du port des équipements requis.

Considérer comme contacts domiciliaires tous les jeunes et isoler pour une durée de 5 jours dans l'unité de vie tous les contacts sans ATCD de COVID depuis le 20 décembre.

Pour les jeunes avec ATCD de COVID depuis le 20 décembre, l'isolement à l'unité n'est pas nécessaire et il peut continuer à vaquer à ses occupations habituelles (école, travail, etc.) tout en respectant les mesures sanitaires recommandées.

#### Consignes sur la durée des isolements\* pour la gestion de cas et contacts :

<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/consignes-isolement-personne-en-contact-covid-19>

#### Concernant les isolements :

- Considérant les risques d'isolement à répétition pour les jeunes d'une même bulle (unité);

- Considérant que les jeunes ont des déplacements fréquents à l'extérieur du CRJDA pour leur fréquentation scolaire ou professionnelle au même titre qu'un jeune issu de la population générale;
- Considérant l'observation d'une détresse importante chez les jeunes dont l'isolement prolongé a été réalisé à la chambre dans les vagues précédentes de la COVID-19;
- Considérant la révision des durées d'isolements pour la population générale et des mesures d'assouplissements annoncées dans une perspective de déconfinement graduelle;
- Considérant la disponibilité des équipements de protection individuelle mis à la disposition des travailleurs de la santé et du suivi des mesures PCI et sanitaires déployés dans les établissements;
- Considérant que les jeunes demeurent moins à risque de développer des complications sévères liés à la contraction de la COVID-19;

Il est maintenant recommandé d'**éviter les isolements à la chambre** pour la gestion des cas et contacts et d'assurer un isolement de 5 jours à l'unité tout en privilégiant le port des équipements requis par les travailleurs de la santé et des services sociaux pour assurer une normalisation du milieu de vie pour les jeunes hébergés.

Les cas contacts ayant terminé leur période d'isolement de 5 jours n'ont pas à refaire d'isolement sauf s'ils développent des symptômes, et ce, même si un autre cas contact de l'unité développait des symptômes durant la période d'isolement initiale du groupe.

## Mesures d'empêchement à la fugue et mesures d'isolement

L'utilisation de la mesure d'empêchement est strictement encadrée par l'article 11.1.2 de la Loi sur la protection de la jeunesse et le Règlement sur les conditions applicables au recours à certaines mesures d'encadrement. Rappelons que la mesure d'empêchement vise à empêcher le jeune de quitter les installations dans les cas d'un risque de fugue dans laquelle il pourrait se trouver en situation de danger pour lui-même ou pour autrui.

Dans le contexte actuel de pandémie, les cliniciens peuvent considérer le risque d'infection et de propagation de la COVID-19 dans leur analyse de la situation du jeune, mais cet élément ne devrait pas être le seul à être pris en compte. La Grille d'orientation vers certaines mesures d'encadrement (outil clinique) contient d'autres éléments pour évaluer le risque de danger, notamment lié aux caractéristiques individuelles du jeune et à celles de son environnement pouvant contribuer à sa vulnérabilité.

Dans le contexte d'un retour de fugue, si le jeune refuse de coopérer aux mesures prises pour éviter la transmission de la COVID-19 dans le centre de réadaptation (alors qu'il y a présence de facteur de risque) d'autres mesures s'appliquent.

S'il y a lieu d'isoler le jeune des autres jeunes et du personnel pour éviter la transmission du virus, d'autres mesures peuvent être examinées, notamment celles en vertu de la Loi sur la santé publique (art. 93 – signalement par le centre de réadaptation au directeur de la santé publique, art. 96 enquête - épidémiologique du directeur de santé publique, art. 106 – ordonnance d'isolement d'une personne pour 72 heures, etc.).

## Pour plus de précisions, consultez les documents suivants

### Pour des consignes générales :

Se référer à la page du [Guide pour prendre soin de vous si vous avez la COVID-19 | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)

Émission :	15-02-2022
------------	------------

Mise à jour	
-------------	--

<b>Directive ministérielle</b>		<b>DGCRMAI-004</b>
<b>Catégories :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Précautions additionnelles</li> <li>✓ Isolement</li> <li>✓ Dépistage</li> <li>✓ Milieux de vie</li> <li>✓ Milieux de soins</li> <li>✓ Milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou réadaptation modérée</li> </ul>	

## Directive concernant la gestion des cas et des contacts dans les milieux de vie, réadaptation et d'hébergement

**Nouvelle directive**

<b>Expéditeur :</b>	<b>Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles</b>
---------------------	--



<b>Destinataires :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PDG et DG des établissements du RSSS</li> <li>- Directions des services professionnels</li> <li>- Direction des ressources humaines</li> <li>- Directions de soins infirmiers</li> <li>- Directions SAPA</li> <li>- Directions de la qualité</li> <li>- Directions déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme</li> <li>- Directions des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance</li> <li>- Directions des programmes jeunesse</li> <li>- Établissements PC et PNC</li> <li>- Associations et organismes représentatifs de ressources</li> </ul>
------------------------	---

<b>Principe :</b>	<b>Cette directive vise l'application des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) pour les admissions, les transferts ainsi que la gestion des cas et des contacts dans les milieux visés dans le contexte de la circulation du variant Omicron.</b>
<b>Objet :</b>	<b>Les mesures à implanter concernent les milieux suivants :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);</li> <li>• résidences privées pour aînés (RPA);</li> <li>• ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF) qui accueillent des usagers adultes et des jeunes des programmes-services en déficience physique (DP), déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA), santé mentale et des usagers des programmes-services soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), programme jeune en difficulté;</li> <li>• ressources à assistance continue (RAC) en DP-DI-TSA et en santé mentale;</li> </ul>

Émission :	15-02-2022
------------	------------

Mise à jour	
-------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• unités de réadaptation comportementale intensive (URCI);</li> <li>• internats en DP-DI-TSA;</li> <li>• foyers de groupe en DP-DI-TSA;</li> <li>• milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou en réadaptation modérée;</li> <li>• milieux de réadaptation en santé mentale;</li> <li>• communautés religieuses;</li> <li>• CRJDA (centres jeunesse);</li> <li>• maisons de soins palliatifs.</li> </ul>
Mesures à implanter :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir la sécurité des usagers/résidents, prévenir et traiter le déconditionnement mental, cognitif et physique.</li> <li>• Prévenir la transmission nosocomiale du SRAS-CoV2 dans les milieux visés.</li> <li>• Adopter une approche de gestion de risques afin de prendre en considération les impacts d'un isolement d'un résident/usager (par exemple : risque de déconditionnement mental, cognitif et physique, absence de contacts sociaux, bris de la routine) et les impacts potentiels du virus sur la santé. De plus, les tests de dépistage ainsi que la fréquence de ceux-ci doivent s'exercer dans un esprit d'une approche de gestion de risques.</li> </ul>

Directive	
Mesures à implanter :	<p>Selon l'annexe 1 Mesures d'isolement et de dépistage pour la gestion des cas et des contacts dans les CHSLD et RI-SAPA.</p> <p>Ou</p> <p>Selon l'annexe 2 Mesures d'isolement et de dépistage pour la gestion des cas et des contacts dans les milieux de vie et d'hébergement (sauf CHSLD et RI-SAPA).</p>
Notes importantes :	<p>Cette directive remplace la DGAPA-005, <u>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</u>, qui sera archivée.</p> <p><b>Pour les centres hospitaliers, se référer à la Directive DGAUMIP-038 portant sur l'ajustement des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) COVID-19 en centre hospitalier.</b></p> <p><b>Tous les usagers (excluant les personnes considérées protégées (voir section définitions)) doivent se soumettre à un test de dépistage TAAN 24 à 48 h avant l'admission. Pour CHSLD et RI SAPA, un résultat négatif doit être obtenu avant le transfert. Si un TAAN n'est pas disponible en temps opportun, un TDAR pourrait être considéré afin de ne pas retarder le transfert.</b></p> <p><b>Pour les RI SAPA et CHSLD : L'utilisateur/résident confirmé COVID-19 qui n'est pas considéré rétabli doit être admis uniquement sur une unité/regroupement géographique d'un CHSLD ou une RI SAPA ayant déjà des cas confirmés de COVID-19.</b></p> <p>Pour les services dispensés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation ou pour les clientèles en santé mentale et en DI-DP-TSA : <b><u>l'isolement s'effectue dans l'unité de vie, lorsqu'applicable.</u></b></p> <p>Pour tous les usagers mettre en application toutes les mesures possibles afin d'éviter le déconditionnement, tel que précisé dans la directive DGAPA-010 « Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie » et la DGPPFC-008, « directive pour prévenir le déconditionnement des personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme ainsi que de celles ayant une problématique de santé physique nécessitant des services de réadaptation fonctionnelle intensive, modérée ou post-aiguë en contexte de pandémie ».</p>

Émission :	15-02-2022
------------	------------

Mise à jour	
-------------	--

### Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Direction ou service ressource :	Direction de la prévention et du contrôle des infections <a href="mailto:DPCI@msss.gouv.qc.ca">DPCI@msss.gouv.qc.ca</a>
Document annexé :	Algorithme décisionnel

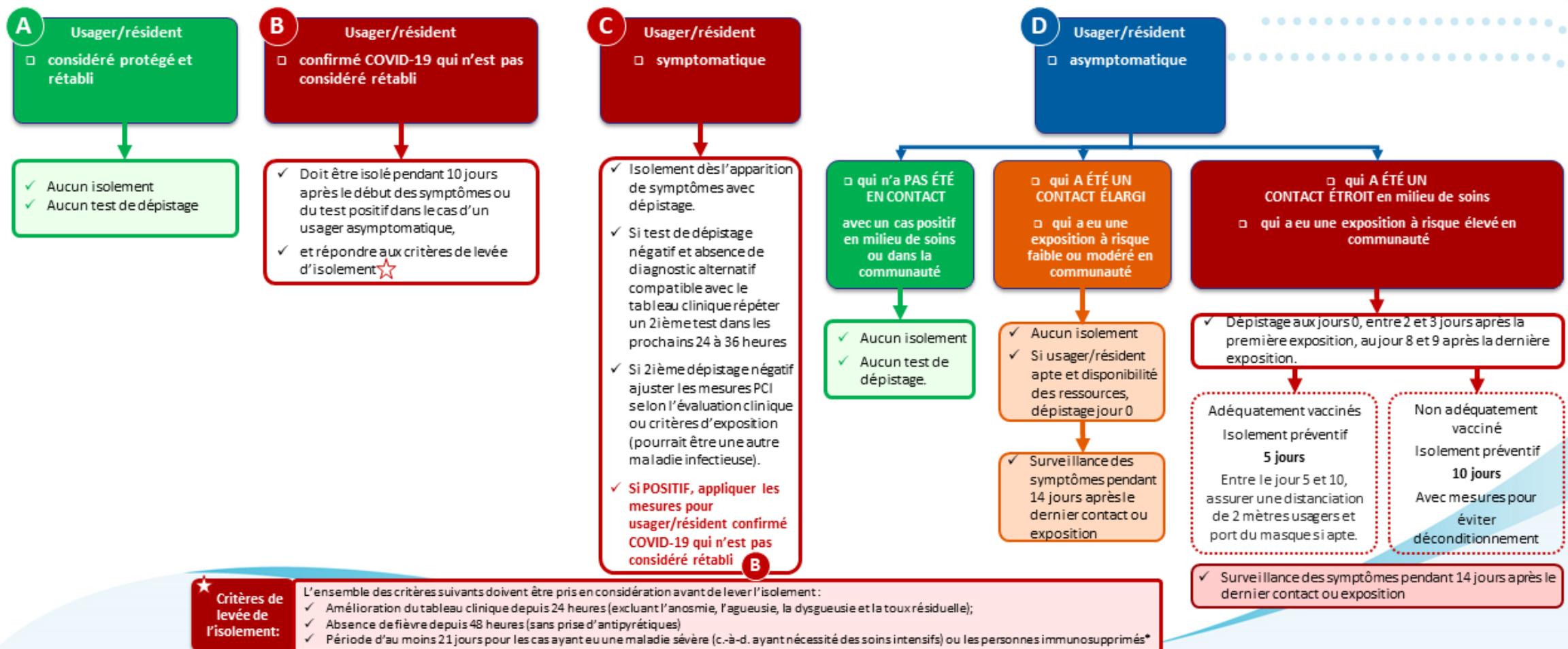
Nous ne pouvons vous garantir que vous avez en main la dernière version de la présente directive. Pour consulter les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux visitez le :

[msss.gouv.qc.ca/directives](https://msss.gouv.qc.ca/directives)

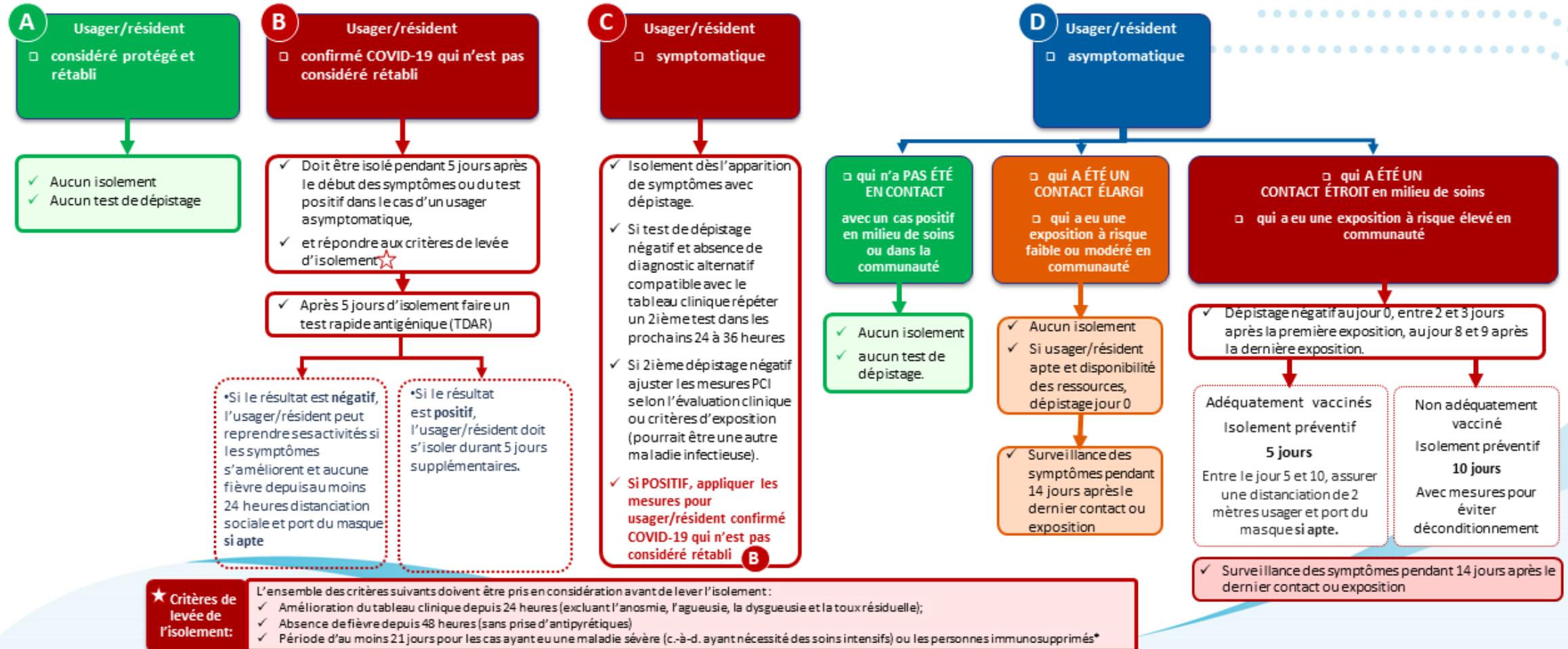
**Original signé par**  
Le sous-ministre adjoint  
Daniel Desharnais

**Lu et approuvé par**  
La sous-ministre  
Dominique Savoie

## Annexe 1 Mesures d'isolement et de dépistage pour la gestion des cas et des contacts dans les CHSLD et RI-SAPA



## Annexe 2 Mesures d'isolement pour la gestion des cas et des contacts dans les milieux de vie, de réadaptation et d'hébergement (sauf CHSLD et RI-SAPA)



Dans le cadre d'une admission ou d'un retour les usagers doivent se soumettre à un test de dépistage 24 à 48 h avant l'admission, sauf dans le cas d'une admission d'urgence dans un milieu de vie jeunesse (RI-RTF ou CRJDA) OU lors d'un retour de la communauté (ex. retour d'école, travail, etc).

Les consultations médicales ou un séjour dans la communauté (congé temporaire indépendamment de la durée) ne sont pas isées par le dépistage et isolement sauf si contact étroit. Les enfants entre 0 et 17 ans visés par la LPI et la LSSS, la clientèle santé mentale et DI-DP-TSA doivent être considérés comme adéquatement vaccinés, peu importe leur statut vaccinal réel.

## Définitions<sup>1</sup>

### Contact étroit

Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté, le stade d'infection de la source, etc.

Situations qui sont considérées comme un « contact étroit » :

- Usager qui a séjourné dans le même environnement usager à moins de deux mètres et sans mesure barrière (ex. : rideaux, plexiglas, etc.) qu'un cas confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité.

OU

- Usager ayant reçu des soins à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées d'un TdeS confirmé de COVID-19 *qui ne portait pas* adéquatement l'ÉPI pendant sa période de contagiosité.

**N.B. : Un usager qui a été en contact avec un TdS confirmé COVID-19 qui portait adéquatement les ÉPI, ne doit pas être considéré comme un contact étroit.**

### Contact élargi :

- Usager ne répondant pas à la définition d'un contact étroit.

ET

- Séjournant ou ayant séjourné sur une unité de soins, unité de vie ou unité locative, où il y a présence d'un cas confirmé de COVID-19 :
  - Chez un usager confirmé pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité.

---

1. Définition de contact étroit et élargi ont été modulées selon une approche de gestion des risques.

Émission :	15-02-2022	Mise à jour	
------------	------------	-------------	--

**Usager/résident rétabli :**

Un usager/résident rétabli est une personne qui satisfait aux critères de levée d'isolement (10 jours post-résultat) :

- Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant l'anosmie, l'agueusie, la dysgueusie et la toux résiduelle);
- Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétiques);
- Période d'au moins 21 jours pour les cas ayant eu une maladie sévère (c.-à-d. ayant nécessité des soins intensifs) ou les personnes immunosupprimées.

**Usager/résident protégé :**

**Il est actuellement considéré que les personnes suivantes sont considérées protégées contre l'infection pour une durée de trois mois, et ce, depuis le début des symptômes ou du résultat positif à la COVID-19 si asymptomatique :**

- **Test TDAR positif ≥ 20 décembre 2021;**
- **Test TAAN positif ≥ 20 décembre 2021;**
- **Personne ayant des symptômes de la COVID-19 ET ayant eu un contact à risque élevé dans les 14 derniers jours avec une personne ayant testé positif à la COVID-19 (TDAR ou TAAAN) ≥ 20 décembre 2021 (confirmé par lien épidémiologique).**

## Directive ministérielle DGAUMIP-043.REV1

Catégorie(s) : Médicaments et services pharmaceutiques

### Organisation de l'accès à l'antiviral Paxlovid<sup>MC</sup> (nirmatrelvir et ritonavir) pour le traitement de la COVID-19

**Remplace la directive émise le 18 janvier 2022 (DGAUMIP-043)**

**Expéditeur :** Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) – Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament



**Destinataire :**

- PDG et DG des établissements publics du RSSS
- PDGA des établissements publics du RSSS (tous)
- DSP des établissements publics du RSSS
- Chefs de département de pharmacie
- Directrices des soins infirmiers

#### Directive

<b>Objet :</b>	Organisation de l'accès à l'antiviral Paxlovid <sup>MC</sup> (nirmatrelvir et ritonavir) pour le traitement de la COVID-19 en s'appuyant sur les recommandations et outils cliniques de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
<b>Mesures à implanter :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Donner accès au Paxlovid<sup>MC</sup> aux patients testés positifs à la COVID-19, et ce, en fonction des recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).</li> <li>✓ Confier aux établissements de santé et de services sociaux la responsabilité d'identifier les patients à traiter en priorité dans un contexte d'approvisionnement <b>toujours limité, mais permettant d'ouvrir un accès à des patients non adéquatement vaccinés (moins de deux doses) ou protégés et à haut risque de complications de la COVID-19.</b></li> <li>✓ Cibler en priorité les patients vulnérables qui fréquentent principalement les cliniques externes notamment d'oncologie, d'insuffisance cardiaque, de néphrologie, de greffes et de VIH/SIDA.</li> <li>✓ <b>Mettre en place une approche collaborative avec les pharmaciens communautaires et les médecins omnipraticiens œuvrant dans la communauté pour dépister les patients qui pourraient être susceptibles de recevoir du Paxlovid<sup>MC</sup></b></li> <li>✓ <b>Établir une trajectoire de référence pour l'acheminement et l'évaluation de la pertinence des demandes formulées que celles-ci émanent d'un médecin de l'établissement, d'un médecin œuvrant dans la communauté ou d'un pharmacien communautaire.</b></li> <li>✓ Conclure une entente de services pharmaceutiques du Paxlovid<sup>MC</sup> avec quelques pharmacies communautaires du territoire de l'établissement.</li> <li>✓ Assurer la coordination de l'évaluation des cas et de l'arrimage avec les pharmacies communautaires désignées par le département de pharmacie de l'établissement.</li> </ul>

#### Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources

<b>Direction ou service ressource :</b>	Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament 418-266-8810
---	---

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](https://msss.gouv.qc.ca/directives)

La sous-ministre adjointe

**Original signé par**

Lucie Opatrny

**Lu et approuvé par**

La sous-ministre

Dominique Savoie

Ministère de la Santé  
et des Services  
sociauxQuébec 

## Directive ministérielle

DGAUMIP-  
043.REV1

## Directive

Le nouvel antiviral Paxlovid<sup>MC</sup> (nirmatrelvir et ritonavir) constitue un outil supplémentaire dans l'arsenal thérapeutique permettant de lutter contre la COVID-19. Bien que les données soient limitées à ce jour et non publiées, il apparaîtrait que ce médicament pourrait réduire la probabilité d'hospitalisation de près de 89 % chez les patients vulnérables. Son avantage réside dans le fait qu'il est pris par voie orale et mobilise sensiblement moins de ressources hospitalières que les produits actuellement disponibles qui sont administrés par perfusion. Bien utilisé, ce médicament a le potentiel de contribuer à réduire la pression sur les ressources hospitalières.

Plusieurs enjeux (opérationnels et cliniques) doivent être pris en considération pour organiser le meilleur accès possible :

- Un approvisionnement anticipé par le fabricant Pfizer qui sera en quantité limitée au cours des deux prochains mois.
- L'identification des patients pour lesquels le traitement serait le plus approprié.
  - Les patients immunosupprimés.
  - Les personnes âgées de 60 ans et plus non adéquatement vaccinées (moins de 2 doses) ou protégées\* contre la COVID-19 (18 ans et plus pour les secteurs géographiques isolés) et présentant l'une des conditions suivantes :
    - Obésité avec un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 35.
    - Diabète non contrôlé.
    - Insuffisance rénale chronique eGFR  $\geq 30$  à  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (risque accru si non contrôlé).
    - Insuffisance hépatique Child-Pugh A ou B (risque accru si non contrôlé).
    - Hypertension artérielle non contrôlée.
    - Maladie cardiovasculaire et athérosclérotique.
    - Maladie respiratoire chronique (ex. maladie pulmonaire obstructive chronique)

\* Une personne est adéquatement protégée, pour une durée de trois mois, lorsqu'elle a été dans l'une des situations suivantes, depuis le 20 décembre 2021 :

- Elle a reçu un résultat de test positif à la COVID-19 (test d'amplification des acides nucléiques (TAAN ou test rapide)).
- Elle a développé des symptômes de la COVID-19 après avoir eu un contact à risque élevé avec un cas.

Dans ces situations, une personne immunosupprimée ne peut toutefois pas être considérée comme adéquatement protégée.

- Une documentation limitée ne permettant pas, pour le moment, une évaluation par l'INESSS aux fins d'une inscription aux listes de médicaments. L'INESSS n'a émis à ce jour qu'une position préliminaire.
- Un accès rapide nécessaire sur tout le territoire québécois.
- La nécessité d'amorcer le traitement au plus tard cinq jours après le début des symptômes.
- La détection des interactions médicamenteuses qui peuvent compromettre le choix du traitement (vérification du profil pharmacologique du patient au domaine médicament du DSQ).
- La nécessité d'ajustements en cas d'insuffisance rénale.
- Des données cliniques limitées qui commandent un processus décisionnel interdisciplinaire robuste.
- La nécessité de devoir considérer l'offre d'un traitement alternatif intraveineux (anticorps monoclonal sotrovimab) en établissement de santé (ex. médecine de jour, CLSC, etc.).

En conséquence, un accès élargi par l'entremise de l'ensemble des pharmacies communautaires n'est pas possible sans avoir une plus grande prévisibilité quant à l'approvisionnement. À la lumière des contraintes temporaires, il est privilégié de mettre en place un modèle d'accès hybride mettant à contribution, à la fois les départements de pharmacie et un nombre limité de pharmacies communautaires désignées (ententes d'impartition avec l'établissement du territoire).

La sélection des patients vulnérables à traiter en priorité comportera deux volets.

- Cette sélection s'effectuera en premier lieu au niveau des établissements de santé et de services sociaux. Ainsi, il est souhaité que les établissements informent les patients des cliniques externes (ex. oncologie, insuffisance cardiaque, néphrologie et greffes) au sujet de cette option de traitement. En effet, ces patients sont les plus susceptibles de correspondre aux conditions d'accès au Paxlovid<sup>MC</sup> définies par l'INESSS (voir la section COVID-19 du site internet de l'INESSS : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html>).

Dès l'apparition de symptômes s'apparentant à la COVID-19, le patient doit comprendre qu'il doit obtenir un test TAAN rapidement ou, si cela n'est pas possible, un test rapide. En cas de résultats positifs, le patient doit communiquer sur le champ avec son infirmière pivot, la clinique externe ou toute autre modalité d'accès définie par l'établissement pour rejoindre son équipe de soins.

- Cette sélection des patients devra également s'appuyer sur les médecins omnipraticiens œuvrant dans la communauté ainsi que sur l'ensemble des pharmaciens communautaires du territoire. Il leur reviendra de remettre un feuillet explicatif aux personnes qui seraient susceptibles de recevoir du Paxlovid<sup>MC</sup> si elles devaient contracter la COVID-19. Ce feuillet devrait présenter les facteurs de risque liés à la COVID-19 ainsi que la démarche à suivre, si jamais une personne était atteinte de cette maladie. L'établissement devra aussi prévoir avec les médecins omnipraticiens et les pharmaciens communautaires un mécanisme standardisé pour que ces patients lui soient référés. Ce mécanisme doit s'étendre à tous les pharmaciens communautaires et non seulement ceux travaillant dans une pharmacie désignée par un contrat d'impartition.

Que le patient soit identifié par l'établissement, un médecin omnipraticien œuvrant dans la communauté ou un pharmacien communautaire, sa situation doit être portée à l'attention du département de pharmacie de l'établissement afin qu'un pharmacien le prenne en charge pour une évaluation de la pertinence de l'usage du Paxlovid<sup>MC</sup>, et ce, en sollicitant la collaboration de l'équipe médicale et d'un pharmacien travaillant dans l'une des pharmacies communautaires désignées par un contrat d'impartition. Les équipes de soins doivent s'appuyer dans leur processus décisionnel sur les recommandations émises par l'INESSS qui se trouvent dans la section COVID-19 de son site internet. La décision concertée d'avoir recours ou non au Paxlovid<sup>MC</sup> est essentielle considérant que ce produit demeure, pour le moment, un médicament non inscrit à la liste de médicaments des établissements.

La prescription par les pharmaciens de l'établissement par une entente de pratique avancée en partenariat est une avenue qui peut être implantée pour faciliter le traitement des demandes d'accès.

Si la décision de l'équipe de soins est de prescrire le Paxlovid<sup>MC</sup>, en ayant bien pris en compte la condition du patient et les contre-indications possibles à la lumière des recommandations de l'INESSS, le pharmacien de l'établissement responsable du cas communique avec une des pharmacies désignées par un contrat d'impartition afin que l'ordonnance puisse être exécutée et acheminée au patient. Le choix de la pharmacie désignée devra être dicté par la proximité du lieu de résidence du patient.

Notons par ailleurs, si cela est jugé approprié en termes d'accès, l'établissement pourrait, de façon exceptionnelle, fournir directement la médication au patient. Le pharmacien communautaire du patient devra toutefois en être informé.

Enfin, soulignons que la prescription du Paxlovid<sup>MC</sup> aux urgences pour les patients doit être possible selon les mêmes conditions d'accès.

### Désignation des pharmacies et enjeux contractuels

Les contraintes d'approvisionnement rendent impossible, pour les premiers mois, une distribution dans l'ensemble des pharmaciens communautaires. L'option privilégiée est de désigner un nombre limité de pharmacies par territoire en fonction de considérations démographiques. Le nombre de pharmacies désignées par territoire et leur localisation privilégiée doivent faire l'objet d'une autorisation par la Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament (DAPM). Dans un premier temps, nous vous invitons à transmettre à la DAPM le nombre de pharmacies par territoire et leur répartition géographique souhaitée (ex. agglomération urbaine X, municipalité Y ou quartier Z). Ces informations doivent être transmises à la DAPM au plus tard le mercredi 19 janvier, à midi, à l'adresse électronique suivante : dominic.belanger@msss.gouv.qc.ca. La DAPM se rendra disponible pour en discuter. Les propositions transmises par les établissements permettront à la DAPM de broser un portrait d'ensemble de l'accès au Québec. La DAPM interpellera l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) pour identifier les pharmacies susceptibles de combler le besoin de couverture du territoire identifié par chaque établissement. Les pharmacies offrant des services de livraison et des heures d'ouverture les plus étendues possibles seront privilégiées. La liste des pharmacies susceptibles de répondre le mieux possible aux besoins de couverture géographique sera ensuite transmise aux établissements. Il appartiendra à l'établissement de communiquer à ce moment avec les pharmacies identifiées sur leur territoire pour conclure un contrat d'impartition.

L'établissement devra conclure un contrat avec ces pharmacies désignées en précisant notamment les éléments suivants :

- Le nom du pharmacien responsable au sein de l'établissement.
- Le montant des honoraires d'exécution à verser par l'établissement au pharmacien propriétaire, soit 10,03\$ par service (incluant les frais habituels de livraison).
- La cueillette du médicament en pharmacie par un proche du patient doit être privilégiée, lorsque possible.
- Les modalités de remboursement au pharmacien propriétaire des frais de livraison selon les conditions décrites ci-après :
  - Une pharmacie ne pourra réclamer aucuns frais à l'établissement, lorsqu'il s'agit d'une livraison effectuée à l'intérieur du territoire habituellement desservi et selon l'horaire normal de livraison.
  - Des frais pourront être réclamés avec présentation de pièces justificatives pour une livraison hors de ce territoire habituel ou, s'il s'agit du territoire habituel, pour une livraison qui s'effectue à bonne distance et en dehors de l'horaire normal de livraison à cet endroit.

- Il incombe au pharmacien propriétaire de prendre les dispositions nécessaires pour effectuer chaque livraison dans des conditions sécuritaires (recours à ses livreurs habituels, à un service de messagerie, etc.). Notons toutefois que pour des situations particulières d'éloignement ou de commodité, l'établissement pourrait choisir de fournir directement la médication au patient.
- Il revient au pharmacien propriétaire qui aura servi du Paxlovid<sup>MC</sup> à un patient d'en informer la pharmacie habituelle du patient.
- Les pharmacies désignées devront transmettre tous les lundis et jeudis l'état de leurs inventaires en Paxlovid<sup>MC</sup> à la Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament en utilisant l'adresse électronique : [DAPM-inventairespharmacies@msss.gouv.qc.ca](mailto:DAPM-inventairespharmacies@msss.gouv.qc.ca)
- Aucuns frais ne devront être réclamés aux patients.

L'établissement comptabilisera les dépenses encourues en vertu de la présente directive dans les frais COVID. Le Paxlovid<sup>MC</sup> sera fourni sans frais tant aux établissements qu'aux pharmacies communautaires désignées, et ce, par l'entremise de McKesson, lequel est actuellement l'unique grossiste à contrat pour l'ensemble des établissements de santé. Les frais de distribution du grossiste pour les pharmacies communautaires seront assumés directement par l'établissement de santé.

- Catégorie(s) :
- ✓ Milieu de vie
  - ✓ Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
  - ✓ Hébergement jeunes en difficulté
  - ✓ Hébergement DITSA et hébergement DP
  - ✓ Stabilisation de la main d'œuvre
  - ✓ Registre de stabilisation

Directive sur la stabilisation de la main-d'œuvre des milieux de vie publics et privés conventionnés des établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Mise à jour de la directive DGGMO-001 transmise le 23 décembre 2020

Expéditeur :	Direction générale de la gestion de la main d'œuvre (DGGMO)
--------------	---



Destinataire :	Établissements publics et privés conventionnés ayant plus d'un milieu de vie pour les clientèles des missions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• centre de protection de l'enfance et de la jeunesse</li> <li>• centre d'hébergement et de soins de longue durée</li> <li>• centre de réadaptation excluant les personnes ayant une dépendance</li> <li>• centre d'accueil ou un centre de services sociaux visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris</li> </ul> <p>Ci-après nommés « établissements visés »</p> <p>**uniquement pour les services qu'ils offrent aux usagers hébergés**</p>
----------------	--

Directive	
Objet :	Le plan d'action de la deuxième vague <b>prévoyait</b> un livrable visant à établir les principes directeurs encadrant la mobilité de main-d'œuvre afin de réduire le risque de transmission de la COVID-19 par le personnel dans les différents milieux de vie.
Principe :	Les principes directeurs servent à guider les établissements visés dans la gestion de la main-d'œuvre œuvrant dans des milieux de vie où il y a de l'hébergement en contexte de pandémie. Ils visent à encadrer la stabilisation du personnel entre les installations.
Mesures à implanter :	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Appliquer les principes directeurs</li> <li>✓ Suivre le taux de stabilité des travailleurs dans les milieux de vie où il y a de l'hébergement</li> </ul>

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction de l'expérience employé <a href="mailto:DEE@msss.gouv.qc.ca">DEE@msss.gouv.qc.ca</a>

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

[msss.gouv.qc.ca/directives](https://msss.gouv.qc.ca/directives)

La sous-ministre adjointe  
**Original signé par**  
Josée Doyon

**Lu et approuvé par**  
La sous-ministre  
Dominique Savoie

## Directive

### NOTE :

#### Considérant :

- l'évolution de la maladie et le haut taux de vaccination des travailleurs de la santé;
- l'évolution des connaissances en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) ainsi que la rigueur dans l'application des mesures;
- l'évolution dans l'application des zones (chaudes, tièdes et froides) qui peuvent dorénavant se limiter à l'espace patient (comme pour toute autre maladie infectieuse);
- le niveau de délestage actuel;

#### Cette directive a été révisée :

- en retirant les notions de prévention et de contrôle des infections qui sont déjà prévues aux autres directives ministérielles et dans les recommandations de l'INSPQ;
- en éliminant les registres 2 et 3 (registres manuels visant à comptabiliser les déplacements de zone chaude ou tiède à froide et l'inverse et nécessitant l'approbation du PDG ou du responsable PCI de l'établissement);
- en conservant le registre de niveau 1 (registre « automatisé » permettant de mesurer, par mission et par titre d'emploi, le nombre d'employés ayant travaillé dans deux installations de type milieu de vie et plus pour une période de 14 jours).

### Principes directeurs

- Poursuivre les travaux de rehaussement de postes et concevoir des horaires de travail pour stabiliser au maximum les employés dans le même milieu de vie dans le cadre des dispositions locales des conventions collectives.
- Pour les milieux de vie des programmes DITSADP et jeunesse, s'il n'est pas possible de stabiliser tous les employés à temps partiel dans un seul milieu de vie sans engendrer de bris de service, les procédures doivent être adaptées pour limiter, dans la mesure du possible, la mobilité de ces employés à deux installations de type milieu de vie.

### Suivi du taux de stabilité de la main-d'œuvre dans les milieux de vie

En lien avec l'objectif de stabilisation des milieux de vie, le registre d'exception encadrant la mobilité est un outil visant à mesurer, par mission et par titre d'emploi, le nombre d'employés ayant travaillé dans plus d'une installation de type milieu de vie pour une période de 14 jours.

#### Définition des indicateurs :

Par titre d'emploi et par mission pour les établissements visés :

- Nombre d'employés ayant travaillé dans une seule installation de type milieu de vie lors des 14 derniers jours.
- Nombre d'employés ayant travaillé dans deux installations de type milieu de vie et plus lors des 14 derniers jours.
- Pourcentage des employés ayant travaillé dans un seul milieu de vie lors de la période de 14 jours (indice de stabilité).

Titres d'emplois visés :

- regroupement des titres d'emploi de préposé ou préposée aux bénéficiaires;
- regroupement des titres d'emploi d'infirmier ou d'infirmière;
- regroupement des titres d'emploi d'infirmier clinicien ou d'infirmière clinicienne et d'infirmier praticien ou d'infirmière praticienne;
- regroupement des titres d'emploi d'infirmier ou d'infirmière auxiliaire;
- préposé ou préposée à l'entretien ménager (travaux lourds) (6334);
- préposé ou préposée à l'entretien ménager (travaux légers) (6335);
- éducateur ou éducatrice (2691);
- auxiliaire aux services de santé et sociaux (3588);
- gardien ou gardienne de résidence (6349);
- agent ou agente d'intervention (3545);
- surveillant ou surveillante en établissement (6422);
- assistant ou assistante en réadaptation (3462);
- personnel provenant des prestataires de services et qui fournit une prestation de travail correspondant aux tâches des titres d'emploi mentionnés précédemment est également visé.

Programmes cliniques visés:

- CHSLD public;
- CHSLD privé conventionné;
- Milieux de vie DITSADP et jeunesse nécessitant un hébergement.

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

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

**Remplace la directive émise le 19 mai 2021 (DGAPA-010.REV1)**

<b>Expéditeur :</b>	<b>Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)</b>
---------------------	--



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

## Directive

<b>Objet :</b>	<p>En contexte de pandémie à la COVID-19, les mesures sanitaires mises en place pour limiter la propagation du virus et protéger la population (ex. : distanciation physique, isolement) sont essentielles. Cependant, elles modifient grandement les habitudes de vie et ont des effets indésirables sur le niveau d'activité physique, la nutrition et la santé mentale, et ce, particulièrement chez les aînés. En effet, ceux-ci sont plus à risque de ressentir les effets de cette période prolongée d'inactivité physique et d'isolement, et donc de subir les effets délétères du déconditionnement.</p> <p>Le déconditionnement est défini comme l'ensemble des conséquences physiques, mentales et sociales liées à l'inactivité, à une période de sédentarité ou à la sous-stimulation intellectuelle et sociale.</p> <p><b>Bien que ses effets soient généralement réversibles, il arrive que ce ne soit pas le cas et que le cumul de certaines complications puisse mener à une hospitalisation. Il importe donc d'agir rapidement.</b></p>
----------------	---

	<p>Les leçons apprises depuis la première vague de la pandémie nous amènent à réitérer l'importance de mettre en œuvre des actions préventives et de traitement du déconditionnement (APTD) peu importe le contexte qui prévaut dans les différents milieux.</p> <p>La prévention du déconditionnement constitue une priorité qui figure au plan d'action ministériel COVID-19 : <a href="#">Plan d'action pour une deuxième vague</a> (Axe 2, action 3). Pour en assurer la mise en œuvre et le suivi, des personnes responsables ont été nommées dans chacun des établissements et un comité de travail a été mis sur pied.</p> <p>Cette directive s'adresse aux personnes responsables, aux gestionnaires et aux équipes de travail des milieux de vie pour aînés (MVA), du soutien à domicile (SAD), des zones tampons et des milieux de réadaptation gériatrique. Elle peut également soutenir tout autre milieu qui accueille cette clientèle.</p> <p>Les APTD présentées dans cette directive sont basées sur le cadre de référence de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) et visent les signes AINÉES* les plus touchés en contexte de pandémie, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'autonomie et mobilité</li> <li>- La nutrition et hydratation</li> <li>- L'état mental, cognitif, comportemental et psychologique</li> </ul> <p>Cette directive est complémentaire aux directives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DGCRMAI-004 : Directive concernant la gestion des cas et des contacts dans les milieux de vie, réadaptation et d'hébergement</li> <li>- DGCRMAI-005 : Directive pour la gestion d'éclosion SRAS-CoV-2 à appliquer dans les milieux de soins (hors milieux de soins aigus) et les milieux de vie</li> </ul> <p>Toutes ces directives sont disponibles à l'adresse suivante : <a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/</a></p> <p>*L'acronyme AINÉES réfère aux indicateurs de déclin fonctionnel à surveiller chez une personne âgée : A : autonomie/mobilité, I : intégrité de la peau, N : nutrition/hydratation, É : élimination, E : état cognitif/comportement/communication, S : sommeil</p>
Mesures à implanter :	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Appliquer les APTD de façon précoce dans les trois sphères visées des signes AINÉES, selon le secteur d'activités. Se référer aux tableaux 1 et 2 en annexe qui présentent les APTD à réaliser en fonction du secteur d'activités visé et de la situation applicable.</li> <li>✓ Assurer la diffusion et l'application des actions clés énoncées dans le <a href="#">Guide de mise en œuvre des actions préventives et de traitement du déconditionnement auprès des aînés</a>. Ce guide est un outil clinico-administratif complémentaire à cette directive et qui s'adresse aux personnes, aux gestionnaires et aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux ayant un rôle à jouer dans le déploiement et le suivi de la mise en œuvre des actions préventives et de traitement du déconditionnement dans les différents secteurs d'activités.</li> <li>✓ Adapter les stratégies de mise en œuvre des APTD en cohérence avec les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) ainsi que les directives émises par la santé publique.</li> <li>✓ Diffuser auprès des aînés et leurs proches les exemples d'activités pour prévenir le déconditionnement, les initiatives et les outils en ligne ainsi que les programmes d'exercices inclus en annexes de ces directives.</li> <li>✓ Encourager les aînés et leurs proches à consulter la page <a href="#">Prévenir le déconditionnement chez les aînés en contexte de pandémie</a>.</li> </ul>

### Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources

#### Notes importantes : non applicable

Direction ou service ressource :	<b>Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial</b> <a href="mailto:dsaparirtf@msss.gouv.qc.ca">dsaparirtf@msss.gouv.qc.ca</a>
Documents annexés :	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tableau 1 : APTD en milieux de vie pour aînés (CHSLD, RI-RTF, RPA) et en zones tampons</li> </ul>

Émission : 29-04-2020

Mise à jour : 21-02-2022

- ✓ Tableau 2 : APTD pour les usagers à domicile (SAD)
- ✓ ANNEXE 1 : Exemples d'activités pour les aînés
- ✓ ANNEXE 2 : Initiatives québécoises
- ✓ ANNEXE 3 : Programmes d'exercices
  
- ✓ DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE à la directive: Guide de mise en œuvre des actions préventives et de traitement du déconditionnement auprès des aînés :  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003036/>

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](https://msss.gouv.qc.ca/directives)

La sous-ministre adjointe

**Original signé par**

Natalie Rosebush

**Lu et approuvé par**

La sous-ministre

Dominique Savoie

**Tableau 1 : Actions préventives et de traitement du déconditionnement (APTD) en milieux de vie pour aînés (CHSLD, RI-RTF, RPA), en zones tampons et dans les milieux de réadaptation gériatrique selon les 3 principales sphères visées des signes AINÉES**

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

## NUTRITION ET HYDRATATION

### Pour tous les usagers/résidents

- Sensibiliser les aînés, les PPA, les bénévoles, le responsable de la RI-RTF, l'exploitant de la RPA et les membres du personnel à l'importance de l'apport en protéine et l'hydratation chez l'aîné
- Faire la tournée régulière des unités locatives ou des chambres, en personne ou par téléphone, pour encourager l'alimentation, la prise de collations protéinées et l'hydratation
- Questionner régulièrement sur ce qu'ils ont mangé et bu pour déceler rapidement un problème d'apport alimentaire ou d'hydratation
- Si possible, dédier une personne responsable qui peut offrir régulièrement à boire aux usagers ou résidents, dans le respect des directives et principes de prévention et de contrôle des infections
- Fournir le niveau d'assistance requis à chaque repas, lorsque requis
- Poursuivre les activités permises et en vigueur, par exemple :
  - Assurer la prise des repas à la salle à manger en assurant la mise en place des moyens de protection requis
  - Encourager les PPA et les visiteurs, selon les directives en vigueur, à venir prendre les repas avec leur proche
- Effectuer des regroupements d'usagers, si possible, pour favoriser une atmosphère propice à l'alimentation
- Impliquer les PPA, les bénévoles, le responsable de la RI-RTF, l'exploitant de la RPA et le personnel dans :
  - Toute initiative favorisant un apport alimentaire et hydrique adéquat, dans le respect des directives et des principes de prévention et de contrôle des infections.
  - La surveillance de tout signe de diminution des apports alimentaires ou de l'hydratation par rapport à la condition habituelle afin qu'ils communiquent leurs observations aux professionnels de la santé
- Assurer l'évaluation professionnelle requise en présence d'un risque important de dénutrition et de déshydratation et référer à la nutritionniste si des difficultés à l'alimentation, une perte d'appétit dans les derniers jours, une perte de poids, des signes de dysphagie ou de déshydratation sont observés

### Pour les usagers/résidents en isolement

- Intensifier la fréquence des visites ou des appels de suivi pour détecter précocement le risque de dénutrition et de déshydratation
- Si possible, dédier une personne responsable qui peut offrir régulièrement à boire aux usagers ou résidents, dans le respect des directives et principes de prévention et de contrôle des infections
- Utiliser des moyens de communication tels que l'appel vidéo pour permettre de socialiser avec ses proches lors de l'activité repas dans l'unité locative ou à la chambre
- Fournir le niveau d'assistance requis à chaque repas
- Porter une attention particulière aux apports alimentaires et hydriques des usagers ou résidents lors des repas ou les questionner régulièrement pour déceler rapidement un problème d'apport alimentaire ou d'hydratation
- Impliquer le personnel, le responsable de la RI-RTF, les bénévoles et les PPA dans l'application des interventions préventives ainsi que la surveillance de la diminution de l'appétit ou de l'hydratation afin qu'ils communiquent leurs observations aux professionnels de la santé
- Référer à la nutritionniste ou à l'ergothérapeute si des difficultés à l'alimentation, une perte d'appétit dans les derniers jours, une perte de poids, des signes de dysphagie ou de déshydratation sont observés

## ÉTAT MENTAL, COGNITIF, COMPORTEMENTAL ET PSYCHOLOGIQUE

### Pour tous les usagers/résidents

- Sensibiliser les aînés, les PPA, les bénévoles, le responsable de la RI-RTF, l'exploitant de la RPA et les membres du personnel à l'importance d'établir une routine quotidienne, incluant des moments de socialisation par différents moyens
- Assurer une communication régulière avec les usagers ou les résidents, que ce soit en personne ou par téléphone
- Utiliser différents moyens de communication pour que l'utilisateur ou le résident contacte ses proches : téléphone, courriels, messages textes, appels vidéo, etc., et l'assister à le faire si requis
- Discuter d'éléments positifs de leur histoire de vie lors des visites
- Offrir des activités individuelles de loisir et de stimulation cognitive ou sensorielle
- Poursuivre les activités permises et en vigueur, par exemple :
  - Offrir des activités de loisirs de groupe, intérieures ou extérieures
  - Offrir des activités de stimulation cognitives ou sensorielles de groupe
  - Encourager la visite des PPA et visiteur, selon les directives en vigueur, pour permettre la socialisation en présentiel
- Effectuer des regroupements d'usagers, si possible, pour favoriser la stimulation cognitive et la socialisation
- Porter une attention particulière aux problèmes tels que la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil ou le delirium.
- Impliquer les PPA, les bénévoles, le responsable de la RI-RTF, l'exploitant de la RPA et le personnel dans :
  - Toute initiative permettant aux usagers ou résidents de se divertir, de socialiser ou d'exercer leurs fonctions cognitives, dans le respect des directives et des principes de prévention et de contrôle des infections.
  - La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), le cas échéant
  - La surveillance de l'état d'éveil, l'humeur ou tout changement dans l'état mental ou le comportement de la personne lors de communications avec elle afin de communiquer leurs observations aux professionnels de la santé
- Assurer l'évaluation professionnelle requise d'une détérioration de la santé mentale ou cognitive ou si problématique psychosociale

### Pour les usagers/résidents en isolement

- Intensifier la communication avec les usagers ou les résidents, que ce soit en personne ou par téléphone, pour déceler toute problématique
- Offrir un programme individualisé de loisir et de stimulation cognitive ou sensorielle par un intervenant habilité, si possible
- Utiliser différents moyens de communication pour que l'utilisateur ou le résident contacte ses proches : téléphone, courriels, messages textes, appels vidéo, etc., et l'assister à le faire si requis
- Discuter d'éléments positifs de leur histoire de vie lors des interventions
- Offrir un environnement physique contenant des repères visuels et des objets significatifs permettant une meilleure orientation spatio-temporelle
- Permettre des sorties du lieu d'isolement en appliquant des mesures supplémentaires d'adaptation propres à chaque milieu de vie, dans le respect des mesures de prévention et de contrôle des infections
- Surveiller fréquemment l'état d'éveil, l'humeur ou tout changement dans l'état mental ou le comportement de la personne lors des communications avec elle pour détecter des problèmes tels que la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil ou le delirium
- Assurer l'évaluation professionnelle requise lors d'une détérioration de la santé mentale ou cognitive ou si problématique psychosociale

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

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

**Tableau 2 : Actions préventives et de traitement du déconditionnement (APTD) pour les usagers à domicile (SAD) selon les 3 principales sphères visées des signes AINÉES**

AUTONOMIE ET MOBILITÉ	NUTRITION ET HYDRATATION	ÉTAT MENTAL, <b>COGNITIF</b> , COMPORTEMENTAL ET PSYCHOLOGIQUE
<b>Pour tous les usagers</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibiliser les aînés, les PPA, les différents partenaires communautaires et les membres du personnel à l'importance pour un aîné d'être actif, peu importe le moyen et selon sa capacité physique.</li> <li>▪ Encourager les usagers à se mobiliser de façon régulière et sécuritaire lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique.</li> <li>▪ Encourager les usagers à effectuer leurs soins de base de façon autonome, tels l'hygiène personnelle et l'habillement, ainsi que les activités domestiques ou les faire participer le plus possible à ces activités selon leur capacité physique et cognitive.</li> <li>▪ Fournir de la documentation en lien avec différents programmes d'exercices à réaliser de façon autonome ou sous supervision d'une PPA, <b>en fonction des capacités de l'utilisateur.</b></li> <li>▪ Impliquer les PPA et les partenaires communautaires dans : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toute initiative favorisant l'activité physique et le maintien de l'autonomie dans les activités quotidiennes, dans le respect des directives et des principes de prévention et de contrôle des infections;</li> <li>- La surveillance de tout signe de diminution de l'autonomie ou de la mobilité par rapport à la condition habituelle afin qu'ils communiquent leurs observations aux professionnels du SAD.</li> </ul> </li> <li>▪ Porter une attention particulière aux éventuels changements dans les niveaux d'indépendance et d'autonomie des usagers lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique avec l'utilisateur ou ses proches pour déceler rapidement un éventuel problème. Faire les interventions et/ou références pertinentes, le cas échéant.</li> <li>▪ Assurer l'évaluation par un professionnel de la réadaptation (physiothérapeute ou ergothérapeute) lors d'une détérioration de l'autonomie ou de la mobilité et intensifier l'offre de service lorsque requis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibiliser les aînés, les PPA, les différents partenaires communautaires et les membres du personnel à l'importance de l'apport en protéine et l'hydratation chez l'aîné et fournir la documentation disponible.</li> <li>▪ Encourager les PPA et les visiteurs, selon les directives en vigueur, à venir prendre les repas avec leur proche, si possible <b>et selon les mesures sanitaires en vigueur.</b></li> <li>▪ Encourager l'utilisation des moyens de communication tels que l'appel vidéo pour permettre de socialiser avec ses proches lorsque les rassemblements sont interdits.</li> <li>▪ Encourager la prise de repas et l'hydratation lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique.</li> <li>▪ Impliquer les PPA et les partenaires communautaires dans : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toute initiative favorisant un apport alimentaire et hydrique adéquat;</li> <li>- La surveillance de tout signe de diminution des apports alimentaires (ex. : perte d'appétit, perte de poids) ou de l'hydratation par rapport à la condition habituelle afin qu'ils communiquent leurs observations aux professionnels du SAD.</li> </ul> </li> <li>▪ Porter une attention particulière aux apports alimentaires et hydriques des usagers lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique avec l'utilisateur ou ses proches pour déceler rapidement un éventuel problème. Faire les interventions et/ou références pertinentes, le cas échéant (notamment si des signes de dysphagie sont observés).</li> <li>▪ Assurer l'évaluation professionnelle requise et référer à la nutritionniste si des difficultés à l'alimentation, une perte d'appétit dans les derniers jours, une perte de poids, des signes de dysphagie ou de déshydratation sont observés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibiliser les aînés, les PPA, les différents partenaires communautaires et les membres du personnel à l'importance d'établir une routine quotidienne, incluant des moments de socialisation par différents moyens.</li> <li>▪ Encourager, lorsque possible et pertinent, l'utilisation de différents moyens de communication pour que l'utilisateur contacte ses proches : téléphone, courriels, messages textes, appels vidéo, etc.</li> <li>▪ Discuter d'éléments positifs de leur histoire de vie lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique avec l'utilisateur.</li> <li>▪ Porter une attention particulière à l'état d'éveil, l'humeur ou tout changement dans l'état mental ou le comportement de l'utilisateur lors des interventions au domicile, par téléphone ou par un autre moyen technologique avec l'utilisateur ou ses proches pour détecter l'émergence de problèmes tels que la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil ou le delirium. Faire les interventions et/ou références pertinentes, le cas échéant.</li> <li>▪ Impliquer les PPA et les partenaires communautaires dans : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toute initiative favorisant la santé psychologique et cognitive, ainsi que la gestion des SCPD, le cas échéant, dans le respect des directives et des principes de prévention et de contrôle des infections;</li> <li>- La surveillance de l'état d'éveil, l'humeur ou tout changement dans l'état mental ou le comportement de la personne lors de communications avec elle afin de communiquer leurs observations aux professionnels du SAD.</li> </ul> </li> <li>▪ Assurer l'évaluation professionnelle requise d'une détérioration de la santé mentale ou cognitive ou si problématique psychosociale.</li> <li>▪ Assurer un soutien psychosocial aux usagers et aux PPA que vous identifiez comme étant susceptibles d'être fragilisés par la pandémie (exemple : anxiété, déprime).</li> </ul>

## ANNEXE 1 : Exemples d'activités s'adressant aux aînés pour prévenir le déconditionnement

### Autonomie et mobilité

---

- Bouger les bras et les jambes par soi-même, en position debout, assise ou couchée.
- Se lever 5 fois de suite d'une chaise, matin et soir.
- Si possible, se lever debout toutes les heures ou profiter des interventions requises par les intervenants pour se mobiliser et préserver son équilibre.
- Utiliser des applications ou des plateformes en ligne pour visionner des vidéos d'exercices simples à réaliser.
- **Participer à des programmes d'exercices de groupe à leur reprise.**

### Nutrition et hydratation

---

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

### État cognitif et comportement / état psychologique

---

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

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

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

- Avoir une routine régulière pour garder le rythme.
- Regarder des albums photo ou fournir un cadre photo numérique.
- Lire un livre, une revue ou tout autre ouvrage d'intérêt.
- Pratiquer la méditation ou toute autre activité d'intériorisation.
- Utiliser différents moyens de communication pour contacter ses proches : téléphone, courriels, messages textes, appels vidéo, etc.
- Discuter d'éléments positifs de votre vie avec un membre du personnel ou un proche.
- **Communiquer avec un bénévole dans un organisme communautaire.**
- **Participer aux activités dans sa résidence à leur reprise.**
- **Aller à la salle à manger, lorsque permis.**

**Pour plus d'information sur la prévention du déconditionnement, consulter la page [Prévenir le déconditionnement chez les aînés en contexte de pandémie](#) sur le site [Web Québec.ca](#)**

## ANNEXE 2 : Initiatives et outils de prévention du déconditionnement au Québec

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

### Pour les professionnels œuvrant auprès des aînés :

---

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

### Pour les aînés :

---

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

## ANNEXE 3 : Programmes d'exercices

### PROGRAMME D'EXERCICES SANS AUXILIAIRE DE MARCHÉ Pour l'âiné qui n'utilise pas d'auxiliaire de marche et qui effectue de façon sécuritaire et autonome ses transferts et déplacements

Maintien à domicile

Client  
RPA2 sans accessoire

Notes :

#### 1 Mini-squat



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

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

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

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

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

Faites 10 à 15 répétitions selon vos capacités.

#### 2 Flexion de la hanche



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

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

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

Faites 10 à 15 répétitions par jambe.

### 3 Flexion plantaire des chevilles



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

Debout avec appuis légers à une chaise ou au comptoir:

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

Faites 10 à 15 répétitions selon vos capacités.

---

### 4 Flexion dorsale des chevilles



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

Debout avec appuis légers à une chaise ou au comptoir:

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

Faites 10 à 15 répétitions selon vos capacités.

## 5 Se lever et s'asseoir



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

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

Pour se lever:

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

Pour s'asseoir:

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

Faites 5 à 10 répétitions selon vos capacités.

---

## 6 Marche de côté



Fréq: 3 à 5 fois par semaine

Debout face au comptoir avec appuis légers:

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

Faites plusieurs allers-retours selon vos capacités.

## 7 Serrer le poing



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

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

Faites 10 à 15 répétitions avec chaque main.

**PROGRAMME D'EXERCICES AVEC AUXILIAIRE DE MARCHÉ OU ÉQUILIBRE PRÉCAIRE**  
Pour l'aîné qui utilise un auxiliaire de marche (cane, marchette, ambulateur, etc.)  
ou qui a un équilibre précaire lors des transferts et à la marche

Maintien à domicile

Client  
RPA

Notes :

1 Flexion des hanches, assis



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

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras:  
-Assurez-vous d'avoir le dos bien droit et appuyé au dossier de la chaise.

-Soulevez lentement la cuisse vers le haut, puis abaissez-la au sol.

Faites 10 répétitions chaque jambe.

2 Extension des genoux



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

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras:  
-Assurez-vous d'avoir le dos bien droit et appuyé au dossier de la chaise.

-Levez le pied en tirant les orteils vers vous, puis abaissez-le au sol.

Faites 10 répétitions chaque jambe.

### 3 Se lever et s'asseoir



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

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

Pour se lever:

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

Pour s'asseoir:

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

Faites 5 répétitions, selon vos capacités.

### 4 Flexion des épaules



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

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

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

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

Faites 10 répétitions, selon vos capacités.

## 5 Serrer le poing



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

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

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

Faites 10 répétitions par main.

---

## 6 Exercice circulatoire



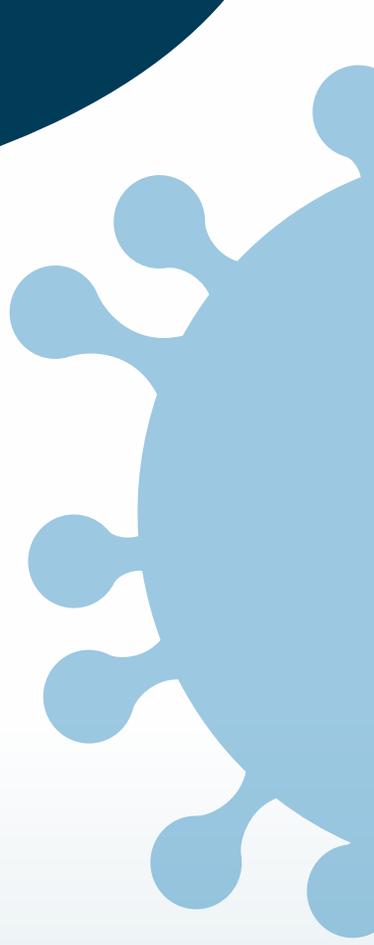
Séries: 1 à 2 Réps: 15 à 20 fois Fréq: Au moins 3 fois par semaine

Assis sur une chaise fixe avec appuis-bras:

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

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

Faites 15 à 20 répétitions.



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

## **ÉDITION**

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

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

**[msss.gouv.qc.ca](http://msss.gouv.qc.ca)** section **Publications**.

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

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

ISBN : 978-2-550-89225-0 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2021

## **Ministère de la Santé et des Services sociaux**

### **Direction des travaux**

Vincent Defoy, directeur

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

Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)

### **Coordination des travaux et rédaction**

Charlène Joyal, conseillère en services aux aînés

DSAPARIRTF — DGAPA

Nathalie Tremblay, conseillère et adjointe exécutive

DSAPARIRTF — DGAPA

### **Comité de travail**

Anik Audet, conseillère en soutien à domicile

Direction du soutien à domicile (DSAD) — DGAPA

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

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

Valérie Guillot, conseillère en gérontologie

DSAPARIRTF — DGAPA

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

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

D<sup>r</sup> David Lussier, médecin gériatre

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

Directeur du Centre de promotion de la santé AvantÂge

Expert-conseil sur le comité de travail

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

DPSHV — DGSP

Cindy Miller, conseillère en prévention et contrôle des infections

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

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

Direction de la qualité des milieux de vie — DGAPA

Andrée-Anne Rhéaume, conseillère en soutien à domicile

DSAD — DGAPA

## **Validation**

### **Membres du comité sur la prévention du déconditionnement — Volet SAD**

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

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

Mélissa Paradis-Lapointe, directrice adjointe — Volet SAD

Direction des programmes SAPA

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

Nathalie Farley, coordonnatrice en réadaptation, volet santé physique

Responsable du Guichet centralisé en Santé physique

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

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

### **Membres du comité sur la prévention du déconditionnement — Volet CHSLD**

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

Direction du programme SAPA

CISSS de Chaudière-Appalaches

Pascale Bernard, gestionnaire responsable de CHSLD

Direction du programme SAPA

CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Nathalie Beaupré, spécialiste en activités cliniques

Direction du programme SAPA

CISSS de la Montérégie-Ouest

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

# Table des matières

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

## Introduction

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

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

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

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

# Déconditionnement chez les aînés

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

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

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

Une diminution de la pratique d'activités physiques chez les aînés, même pour quelques jours, peut entraîner une diminution de la capacité fonctionnelle, diminuant les possibilités de revenir à une pratique d'activités physiques plus importante ou au niveau d'autonomie habituelle. On peut observer une baisse progressive et généralisée de la masse musculaire, de la force, de l'équilibre et de la mobilité, en plus de répercussions importantes au niveau de la santé mentale (ex. : dépression, anxiété) et des fonctions cognitives (ex. : perte de mémoire, SCPD<sup>1</sup>). Ces conséquences peuvent notamment accroître le risque de chutes et la fatigabilité, de même que fragiliser les fonctions cardiaques et respiratoires. La participation sociale peut également en être affectée.

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

---

<sup>1</sup> Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Ainsi, le cercle vicieux qu'entraîne l'impact d'une condition sur l'autre peut mener à un syndrome de fragilité<sup>2</sup>, voire un déconditionnement important qui pourrait perdurer dans le temps et qui risque d'être difficilement réversible. C'est pourquoi les mesures pour réduire la sédentarité, soutenir la pratique d'activités physiques et la saine alimentation, ainsi que pour maintenir une bonne santé mentale et cognitive sont primordiales chez les aînés, d'autant plus en contexte de pandémie. Ces APD doivent rapidement être mises en place, surtout chez les personnes qui présentent un risque élevé.

La problématique du déconditionnement est présente sur l'ensemble du continuum de soins et services aux aînés. En milieu hospitalier, le cadre de référence de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) élaboré par le MSSS en 2011 donne des balises quant à l'application de différents niveaux d'intervention visant la prévention ou l'atténuation du déclin fonctionnel iatrogène<sup>3</sup>. Actuellement, un tel cadre n'est pas disponible pour encadrer la prévention du déclin fonctionnel ou du déconditionnement à domicile et dans les différents MVA. Le présent guide vise à répondre à ce besoin en établissant des actions clés pour la mise en œuvre des APD dans ces milieux, mais également pour le traitement du déconditionnement, le tout dans le respect des mesures sanitaires en place, des pratiques de base en prévention et contrôle des infections (PCI) ainsi que des précautions additionnelles, s'il y a lieu. Comme le guide servira d'outil complémentaire au cadre de référence de l'AAPA, les actions spécifiques au milieu hospitalier ne seront donc pas traitées dans le présent document. Cependant, les APD présentées dans ce guide consistent aux mêmes interventions que celles de l'AAPA, mais adaptées au contexte, au lieu et à la condition de santé de l'aîné.

## Objectifs

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

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

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

---

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

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

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

## Profils de la population aînée

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

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

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

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

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

## Axes d'intervention

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

### Approche préventive populationnelle

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

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

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

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

## Interventions préventives systématiques

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

Aux fins du guide, les interventions préventives systématiques visent principalement la clientèle aînée qui reçoit les soins et les services d'un établissement de santé et de services sociaux, donc une clientèle connue, résidant à domicile, en RPA, en RI-RTF ou en hébergement (CHSLD ou MDA). Cela concerne également la clientèle se trouvant dans les zones tampons<sup>4</sup> communautaires déployées dans le contexte de la pandémie à la COVID-19. Néanmoins, la clientèle non connue, notamment les personnes résidant en RPA, devrait également bénéficier des interventions préventives systématiques en contexte de pandémie, puisqu'elles sont à risque important de déconditionnement en raison des mesures émises en milieu de vie collectif.

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

## Interventions spécifiques

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

---

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

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

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

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

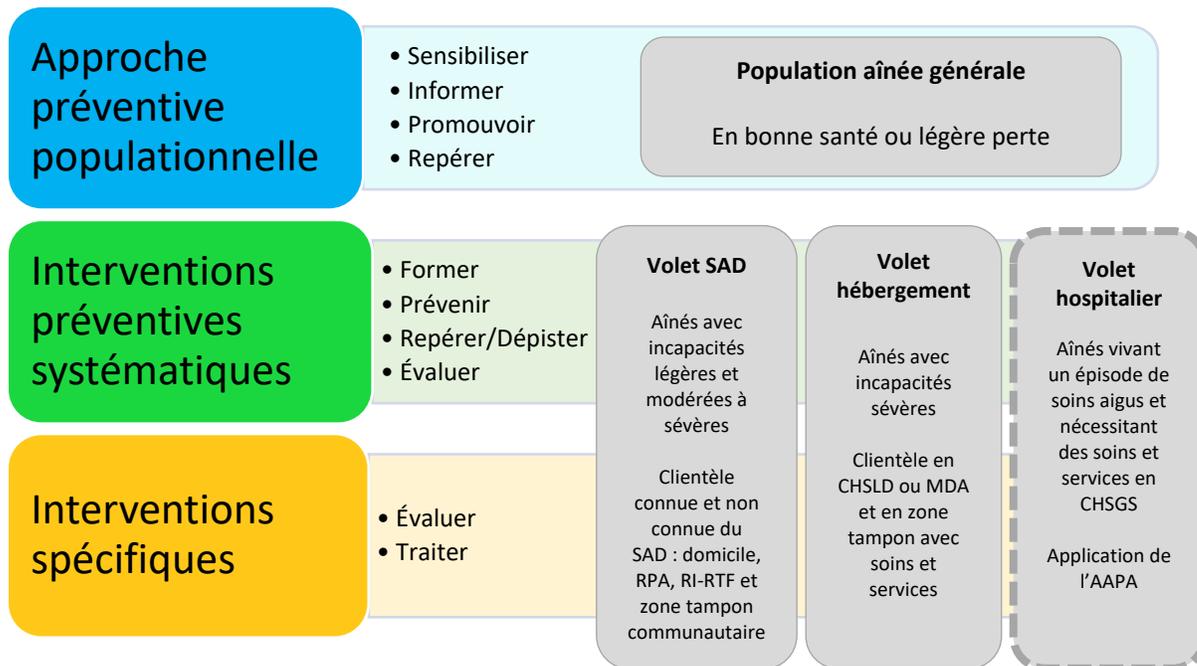
Les interventions spécifiques sont personnalisées et déterminées, autant que possible, en équipe interdisciplinaire. Elles doivent être inscrites au plan d'intervention de l'âgé. Plusieurs de ces interventions requièrent des compétences spécifiques propres aux professionnels de la santé. Néanmoins, la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

La figure 1 présente les différents axes d'intervention en fonction des profils de la population âgée, mais également en fonction des secteurs d'activités, pour faciliter la compréhension des actions appartenant au volet soutien à domicile (SAD), volet hébergement et volet hospitalier<sup>5</sup>.

---

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

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



## Principes soutenant la mise en œuvre des APD

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

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

## Actions clés de la mise en œuvre des APD

La prochaine section présente sous forme de tableaux les différentes actions clés permettant une mise en œuvre optimale des interventions en lien avec la prévention et le traitement du déconditionnement selon les différents axes d'intervention. Pour chacune des actions clés, les rôles et les responsabilités appartenant aux CISSS et CIUSSS sont détaillés et appuyés de quelques exemples de moyens<sup>6</sup>.

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

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

<sup>6</sup> Liste non exhaustive.

## APPROCHE PRÉVENTIVE POPULATIONNELLE

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

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

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

## INTERVENTIONS PRÉVENTIVES SYSTÉMATIQUES

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

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

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

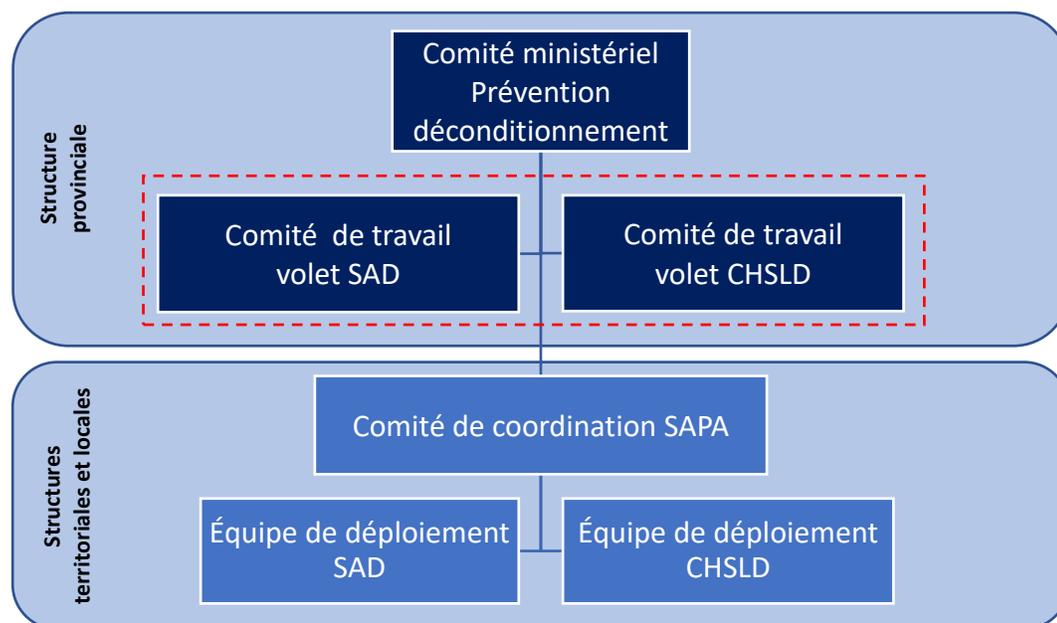
INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES		
Actions clés	Rôles et responsabilités	Exemples de moyens
<p><b>ÉVALUER</b></p> <p>Évaluer les besoins spécifiques de la clientèle déconditionnée</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer une évaluation rapide pour déterminer la cause du déconditionnement</li> <li>•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

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

## Structure de déploiement et de suivi

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

Figure 2. Structures de déploiement provinciale, territoriales et locales



## Structure provinciale

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

## Structures territoriales et locales

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

## Indicateurs et reddition de comptes

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

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

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

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

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

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

## Conclusion

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

# Bibliographie

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

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

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

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

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

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

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

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

MARÉCHAL, René. « Effet d'un programme d'exercice mixte sur la capacité fonctionnelle et la sédentarité chez les personnes âgées en traitement contre le cancer », Mémoire (M.Sc.), Université de Sherbrooke, 2019, 121 p. [En ligne]. [[https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/14663/Marechal\\_Rene\\_MSc\\_2019.pdf](https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/14663/Marechal_Rene_MSc_2019.pdf)] (Consulté le 29 mars 2021).

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

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

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

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

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

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

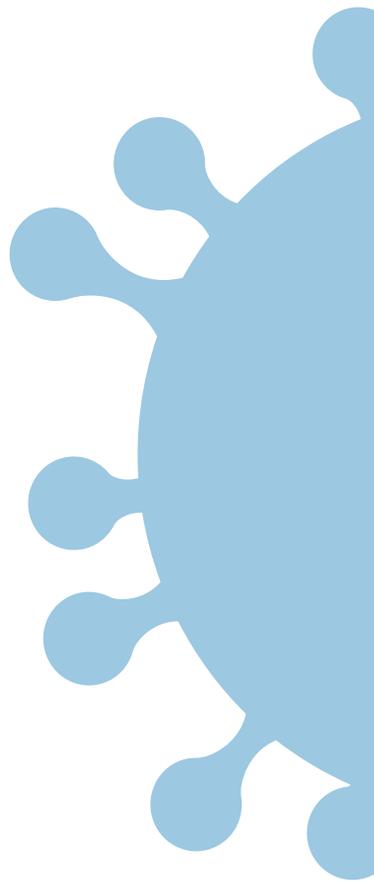
ROLLAND, Yves, et Bruno VELLAS. « La sarcopénie », *La Revue de Médecine Interne*, vol. 30, n° 2, février 2009, p. 150-160. doi : 10.1016/j.revmed.2008.08.013.

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

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

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

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



Directive ministérielle **DGAPA-022**

- Catégorie(s) :**
- ✓ Milieux de vie
  - ✓ Centre d'hébergement et de soins longue durée
  - ✓ Résidences privées pour aînés
  - ✓ Ressources intermédiaires ou de type familial
  - ✓ Maisons de répit
  - ✓ Communautés religieuses
  - ✓ Personnes proches aidantes
  - ✓ Visiteurs
  - ✓ Milieux de réadaptation
  - ✓ Déficience physique
  - ✓ Déficience intellectuelle
  - ✓ Trouble du spectre de l'autisme
  - ✓ Soins palliatifs

Directives applicables dans les CHSLD, les RI qui accueillent des aînés, les RPA, les maisons de répit et les centres de jour dans un contexte de levée graduelle des mesures sanitaires et pour les autres milieux

**Nouvelle directive**

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

Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPFFC)



**Destinataire :**

- Tous les CISSS et les CIUSSS :
  - Directeurs SAPA
  - Directeurs de la qualité
  - Directeurs DP-DI-TSA
  - Directeurs santé mentale
- 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)



	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Répondants RI-RTF des établissements</li> <li>– Hôpital Sainte-Justine</li> <li>– Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James</li> <li>– Associations et organismes représentatifs de RI-RTF</li> <li>– Directeurs des Maisons de soins palliatifs (MSP)</li> </ul>
--	---

## Directive

<b>Objet :</b>	<p>Transmission d'une nouvelle directive concernant les mesures en vigueur et à venir pour les milieux visés et qui s'inscrivent en cohérence avec le plan de déconfinement pour la population générale.</p> <p><b>Pour les rassemblements privés et autres mesures prévues au plan de déconfinement, les RI-RTF qui accueillent des usagers de tous les programmes-services (excluant les RI SAPA non visées par la LRR<sup>1</sup>) et les RPA doivent suivre les consignes applicables pour la population générale présentées au lien suivant : <a href="#">À propos des mesures en vigueur   Gouvernement du Québec (quebec.ca)</a></b></p> <p><b>Les consignes pour la population générale s'appliquent également pour les activités de jour et les milieux accueillant/hébergeant des clientèles des programmes-services en déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI), trouble du spectre de l'autisme (TSA), santé mentale (SM) et dépendance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressources à assistance continue (RAC);</li> <li>• Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URCI);</li> <li>• Foyers de groupe et internats;</li> <li>• Milieux de réadaptation en santé physique, en DP ou réadaptation modérée;</li> <li>• Ressources d'hébergement en dépendance;</li> <li>• Centre de réadaptation en dépendance;</li> <li>• Ressources d'hébergement d'urgence en itinérance.</li> </ul> <p>Le port du masque d'intervention de qualité médicale pour les résidents lors des déplacements, dans les ascenseurs et dans les aires communes pour les RPA est obligatoire<sup>2</sup>, sauf pour la RPA dont l'exploitant partage son lieu de résidence avec les résidents, les RI-RTF visées par la LRR et les RI jeunesse non visées par la LRR.</p>
----------------	---

<sup>1</sup> LRR : 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

<sup>2</sup> Des allègements en lien avec le port du masque pourraient avoir lieu quand la situation épidémiologique le permettra.

	<p>Selon la situation épidémiologique, les présentes mesures pourraient être modifiées.</p> <p><b>Mixité des milieux :</b></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 à la condition suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les places RPA sont sur un étage ou un bâtiment différent des places RI ou CHSLD.</li> </ul> <p>Toutefois, si les milieux ne sont pas distincts selon les conditions précitées, ce sont les directives les plus restrictives qui s'appliquent.</p>
Mesures à implanter :	<p><b><u>1. Accueil des personnes proches aidantes (PPA) et visiteurs dans les milieux visés et lorsque les usagers/résidents sont en soins palliatifs et de fin de vie dans les milieux</u></b></p> <p>Une personne proche aidante ou un visiteur peut visiter son proche à plus d'une reprise au cours de la même journée. Ils peuvent déterminer eux-mêmes le moment et la durée de la visite dans le milieu, et ce, que le milieu soit en éclosion ou non, selon les modalités prévues à la directive DGGEOP-001, 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, au lien suivant : <a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/</a>.</p> <p>Pour les usagers en soins palliatifs et de fin de vie<sup>3</sup> dans les milieux visés en éclosion ou non, ce sont les consignes de la population générale qui s'appliquent : Recommandation de limiter à un maximum de 10 personnes selon les modalités prévues à la directive DGGEOP-001.</p> <p>À partir du 12 mars 2022<sup>4</sup>, il ne sera plus requis de présenter un passeport vaccinal pour les PPA/visiteurs et il ne sera pas requis d'obtenir un test de dépistage négatif pour ces personnes qui accèdent à un milieu de vie.</p> <p>Le contexte épidémiologique actuel de la pandémie ne peut justifier la prise de rendez-vous pour les visites, et ce, que le milieu soit en éclosion ou non.</p>

<sup>3</sup> Pour les RI SAPA et CHSLD : L'usager/résident confirmé COVID-19 qui n'est pas considéré rétabli doit être admis uniquement sur une unité/regroupement géographique d'un CHSLD ou une RI SAPA ayant déjà des cas confirmés de COVID-19, sauf s'il y a une unité spécifique en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV). Ainsi, l'usager/résident confirmé COVID-19 qui n'est pas considéré rétabli peut être admis dans une unité spécifique en SPFV, même si on ne retrouve pas de cas confirmé.

<sup>4</sup> Cette date pourrait être réévaluée en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique. Les mesures visant l'obligation de présenter le passeport vaccinal doivent suivre les consignes gouvernementales pour les lieux et activités où le passeport est requis, disponible au <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/deroulement-vaccination-contre-la-covid-19/passeport-de-vaccination-covid-19/lieux-et-activites-exigeant-passeport-vaccinal-covid-19#c116646>

Le milieu doit accompagner, à son arrivée, la personne afin de s'assurer de l'application rigoureuse des mesures de prévention et de contrôle des infections (port du masque médical requis, hygiène des mains, distanciation physique, étiquette respiratoire, etc.), en fonction des directives en vigueur.

Pour avoir accès au milieu, une personne proche aidante ou un visiteur ne doit pas être en isolement<sup>5</sup>, à l'exception des personnes en soins palliatifs et de fin de vie. Les personnes en contact à risque élevé ou qui sont à risque modéré et qui ne sont pas en isolement doivent aussi éviter les contacts avec les personnes vulnérables.

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

Par ailleurs, il est important de s'assurer que les liens entre les personnes et leurs proches sont assurés de façon virtuelle ou par le biais de contacts téléphoniques sur une base régulière.

#### **Dès le 21 février 2022, pour les RPA :**

En cohérence avec les mesures de la population générale :

Visiteurs/PPA : Recommandation de limiter à un maximum de 10 personnes (PPA/visiteurs) qui accèdent à la RPA, en cohérence avec les consignes de la population générale, avec accès aux espaces communs.

Salle à manger : Maximum de 10 résidents par table

#### **Dès le 28 février 2022, pour les CHSLD et les RI SAPA :**

Visiteurs/PPA : Recommandation de limiter à un maximum de 10 personnes (PPA/visiteurs) qui accèdent aux milieux de vie, en cohérence avec les consignes de la population générale, avec accès aux espaces communs.

Salle à manger : Maximum de 10 résidents/usagers par table

#### **1.1 Usagers ou résidents en précautions additionnelles ou milieux visé en éclosion**

Se référer aux directives DGCRMAI-004 et à la DGCRMAI-005 accessibles au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>

#### **2. Congés temporaires dans la communauté et sorties pour rassemblement**

<sup>5</sup> Se référer au site Québec.ca concernant les consignes à suivre au lien suivant : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/consignes-isolement-personne-atteinte-covid-19>.

Permis pour les usagers/résidents selon les consignes applicables pour la population générale. Se référer à la directive DGCRMAI-004 portant sur les mesures de dépistage et d'isolement concernant les mesures à prendre lors du retour et à la DGCRMAI-005 pour les milieux avec des cas confirmés de COVID-19.

### **3. Accueil des professionnels hors établissement et autres personnels dans les milieux visés**

Les professionnels hors établissement et autres personnels (audioprothésiste, récréologue, zoothérapeute, soins de pieds, coiffeuse, entretien ménager, etc.) peuvent être accueillis dans les différents milieux de vie.

Pour les milieux visés où l'on retrouve **une unité/regroupement géographique avec des cas confirmés de COVID-19 ou des usagers/résidents en précautions additionnelles** : Se référer aux directives DGCRMAI-004 et DGCRMAI-005.

### **4. Mesures de base pour les CHSLD**

- Maintenir, peu importe que le CHSLD soit en éclosion ou non, l'ensemble des soins et des services de base, notamment le lever, l'habillage, l'aide à la marche et aux déplacements et les soins d'hygiène, selon les modalités correspondant aux préférences du résident.
- Une unité/regroupement géographique qui n'est pas en éclosion et où l'on retrouve des résidents sans symptôme et sans critère d'exposition doit reprendre l'ensemble des activités qui constituent la vie quotidienne des résidents hébergés, tout comme avant la pandémie, et ce, sans port du masque médical entre les résidents<sup>6</sup>. Ceux-ci seraient réunis en petit groupe stable<sup>7</sup>. À noter que le consentement du résident ou de son représentant légal est requis afin d'assurer la compréhension et l'acceptation de ce regroupement, notamment par l'indication d'une note au dossier du résident.
- Accentuer les actions visant à prévenir le déconditionnement des résidents.

### **5. Mesures additionnelles pour les RPA et maisons de répit**

- Mettre en place, avec chacune des résidences de leur territoire, un mécanisme de communication afin de les soutenir dans leurs démarches et répondre à leurs questions (réf. : 20-MS-02321).
- Identifier une infirmière de référence pour chaque RPA de catégorie 3 et 4 et maison de répit.
- Soutenir les RPA et les maisons de répit dans l'élaboration de son plan de contingence pour les ressources humaines.

<sup>6</sup> Cependant, le port du masque est requis pour un résident en contexte de soins avec un TdS à moins de 2 mètres, voir la directive DGSP-014 pour plus de détails.

Il est demandé de respecter autant que possible la distanciation physique de 1 mètre entre les résidents, particulièrement pour ceux qui ne sont pas adéquatement vaccinés.

<sup>7</sup> Le nombre de personnes sera déterminé par l'établissement en fonction de son contexte.

- Se référer au Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés, qui explique les pratiques de base à appliquer en tout temps, au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000056/>.

### **5.1 Registre en RPA**

À partir du **12** mars 2022, il n'est plus nécessaire de tenir un registre en RPA.

### **5.2 Activités et services offerts par la RPA et maisons de répit**

- Pour les activités, suivre les consignes de la population générale et se référer au lien suivant sur Québec.ca au lien suivant : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/mesures-en-vigueur/a-propos-des-mesures-en-vigueur>
- Il est essentiel de poursuivre les actions afin de prévenir le déconditionnement. Pour ce faire, se référer à la directive, DGAPA-010, pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée en contexte de pandémie, disponible sur le site Web du MSSS ainsi qu'à la page WEB sur le même sujet accessible à l'adresse suivante : Prévenir le déconditionnement chez les aînés en contexte de pandémie | Gouvernement du Québec (quebec.ca)
- Les services qui doivent être ajoutés temporairement dans le contexte de la pandémie ne peuvent être facturés au résident.
- Les résidents d'une même RPA peuvent se visiter à l'intérieur des unités locatives, selon les mêmes consignes que pour la population générale.
- Les buanderies sont accessibles aux personnes proches aidantes.
- Repas à la salle à manger dans les RPA et maisons de répit :
  - 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.), selon les consignes en vigueur.
  - Distanciation physique de 1 mètre entre les résidents et assurer les autres mesures PCI à l'intérieur de la salle à manger ainsi qu'aux abords de celle-ci.
  - **À partir du 21 février 2022**, limite d'un maximum de 10 personnes par table, distanciation de 1 mètre entre chaque table, selon les mêmes consignes que pour la population générale. **Au 12 mars 2022, suivre les consignes de la population générale.**
  - Le port du masque demeure obligatoire en tout temps, sauf au moment de manger ou de boire, selon les directives en vigueur;
  - Buffet<sup>8</sup> : Se référer aux consignes de la population générale;
  - Des frais de livraison de repas ne peuvent être chargés au résident s'il est en isolement.

<sup>8</sup> Pour éviter la contamination des aliments, incitez les résidents à adopter un comportement approprié sur le plan de l'hygiène. Des mesures pour prévenir la transmission des infections telles placer une station d'hygiène des mains avec une solution hydroalcoolique qui contient un minimum de 60% d'alcool éthylique ou isopropylique à l'entrée de l'aire du buffet devrait être renforcée.

**5.3 Salon de coiffure et autres commerces opérés indépendamment de la RPA dont l'entrée est à l'intérieur de la RPA**

Permis, conformément à la DGGEOP-001

**5.4 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, 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.

**5.5 Déménagement en RPA et visites de location**

Se référer aux mesures prévues à la section 1, accueil des personnes proches aidantes et visiteurs.

Les visites de locations sont permises. L'accès sans passeport vaccinal est permis pour le résident qui a entrepris des démarches de location, en respectant rigoureusement les consignes sanitaires.

Les visites style « Portes ouvertes » sont permises à compter du 21 février 2022.

**6. Hébergement temporaire (dépannage, convalescence ou répit), peu importe le lieu de l'hébergement temporaire (par exemple, CHSLD, RPA, maison de répit)**

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

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 l'utilisateur est asymptomatique, se référer à la directive DGCRMAI-004.

Se référer aussi à la DGCRMAI-005 lorsqu'il y a une éclosion dans le milieu de vie ou la maison de répit.

**7. Centre de jour dans tous types de milieux**

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
- Bénévoles dédiés

- À partir du 28 février 2022, reprise des activités normales selon les consignes sanitaires en vigueur.

### **8. Bénévoles**

Permis aux conditions suivantes :

- présenter leur passeport vaccinal pour accéder au milieu visé, selon la directive DGGEOP-001, jusqu'au 12 mars 2022;
- formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et accompagnement pour l'application des mesures.

### **9. Autres**

- Comité d'usagers et de résidents : Permis
- Travailleurs pour la construction, la rénovation, la réparation, les menus travaux, préparation de l'unité locative ou la livraison de meubles ou autre : Permis
- Visites d'Agrément Canada en CHSLD : Non permis jusqu'au 31 mars 2022<sup>9</sup>
- Visites d'évaluation de la conformité effectuées par Agrément Canada en RPA : Permis
- Visites des équipes responsables de la certification des RPA : Permis
- Visites ministérielles d'inspection en RPA : Non permis jusqu'au 12 mars 2022, sauf pour les visites de vigie PCI et la 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 de la qualité des milieux de vie : Suspendues jusqu'au 12 mars 2022, sous réserve de l'évolution de la situation épidémiologique.
- Visites de vigie ministérielles en CHSLD : Permis
- Visites du processus de contrôle de la qualité des services rendus à un usager confié en RI-RTF : Permis
- Visites prévues à l'entente entre l'établissement et la maison de répit pour vérifier la qualité des services : Permis

Pour les milieux avec éclosion de COVID-19 : Se référer à la DGCRMAI-005.

### **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 :

- 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;

<sup>9</sup> Par contre, si un établissement juge que sa capacité et sa situation le permettent, il pourrait poursuivre le programme d'agrément.

- réfléchir et proposer des pistes de solutions qui conviennent à l'ensemble des parties impliquées;
- s'assurer que les personnes proches aidantes ou les visiteurs sont informés du rôle du gestionnaire ou de la personne désignée dans le milieu de vie et des coordonnées pour le joindre;
- diriger, lorsque les insatisfactions ou les désaccords persistent, les personnes proches aidantes ou les visiteurs vers le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, conformément à la procédure d'examen des plaintes de l'établissement et en toute confidentialité.

Cette présente directive s'inscrit en complémentarité avec les directives suivantes qui demeurent en vigueur<sup>10</sup> et sont disponibles au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>

- DGAPA-004 : Rôles et responsabilités du MSSS, des centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux, de certains milieux de vie privés (RPA, RIRTF, CHSLD PC et PNC) et des prestataires externes de soutien à domicile (SAD) dans le contexte de la gestion de la COVID-19
- DGAPA-009 : Directive pour les agents de sécurité dans le contexte de la pandémie de COVID-19
- DGAPA-010 : Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie
- DGILEA-001 : Directive sur la stratégie d'approvisionnement des équipements de protection individuelle
- DGILEA-003 : Directive sur la fréquence de nettoyage et de désinfection dans un contexte de pandémie de COVID-19
- DGILEA-004 : Directive sur la stratégie d'écoulement de la réserve de pandémie
- DGGEOP-001 : 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
- DGGEOP-005 : Distribution des tests rapides
- DGSP-001 : Directive sur l'utilisation des tests de dépistage PCR de la COVID-19
- DGSP-014 : Directive sur l'application des protocoles de prévention et de contrôle des infections (PCI) en lien avec le port du masque médical dans les milieux de soins et autres milieux en contexte des soins de santé
- DGSP-018 : Directive sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé des établissements du réseau de la santé et des services sociaux
- DGSP-021 : Directive sur l'application des recommandations concernant la gestion des cas et des contacts dans le contexte de la circulation du variant Omicron
- DGGMO-001 : Directive sur la stabilisation de la main-d'œuvre des milieux de vie publics et privés conventionnés des établissements du réseau de la santé et des services sociaux
- DGGMO-003 : Directive sur la mise en œuvre de la gestion du risque d'exposition aux aérosols

<sup>10</sup> Selon l'évolution de la situation épidémiologique, certaines directives pourraient être mises à jour ou archivées.

- DGCRMAI-003 : Directive pour l'utilisation judicieuse des APR N95 en lien avec la directive de la CNESST
- DGCRMAI-004 : Directive concernant la gestion des cas et des contacts dans les milieux de vie, réadaptation et d'hébergement
- DGCRMAI-005 Directive pour la gestion d'éclosion SRAS-CoV-2 à appliquer dans les milieux de soins (hors milieu de soins aigus) et les milieux de vie
- DGPPFC-008 : 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
- DGPPFC-045 : 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

Prendre note que les directives suivantes **ne sont plus en vigueur et seront archivées** :

- DGAPA-001 : Tableaux : Gradation des mesures dans les milieux de vie, d'hébergement et milieux de réadaptation en fonction des paliers d'alerte en lien avec la COVID-19
- DGAPA-005 : 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-006 : Directive sur les services de répit à domicile avec nuitée(s) et les maisons de répit
- DGAPA-007 : Directives CHSLD
- DGAPA-008 : Directives pour les résidences privées pour aînés (RPA) dans le contexte de la pandémie de COVID-19
- DGAPA-012 : Directive sur les visites des personnes proches aidantes et les visiteurs dans les milieux de vie en contexte de la pandémie de la COVID-19
- DGAPA-013 : Directives relatives aux ressources intermédiaires (RI) et aux ressources de type familial (RTF) enfants, adultes et aînés en lien avec la COVID-19
- DGAPA-015 : Directives sur les zones tampons
- DGAPA-016 : Directives pour les communautés religieuses dans le contexte de la pandémie de COVID-19
- DGAPA-021 : Directives applicables à partir du 31 janvier 2022 dans les CHSLD, RPA et RI SAPA concernant notamment les personnes proches aidantes et les visiteurs
- DGPPFC-032 : Plans de contingence provincial et montréalais pour les milieux de réadaptation
- DGPPFC-040 : Directives sur les rôles et responsabilités des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance dans le contexte de la gestion de la pandémie de COVID-19
- DGPPFC-046 : Directives applicables à compter du 23 décembre 2021 dans les RI-RTF des clientèles jeunesse, DI-DP-TSA et santé mentale et autres milieux ciblés
- DGPPFC-047 : Directive pour les activités de jour pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme

Émission :	21-02-2022
------------	------------

Mise à jour :	-
---------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 20-210-91W (14 octobre 2020) : Directives à l'intention des gestionnaires des programmes-services DP-DI-TSA et des services de réadaptation en santé physique en contexte de pandémie à la COVID-19</li> <li>- DGAUMIP-014 : Directive sur les soins palliatifs et de fin de vie</li> </ul>
--	--

### 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](https://msss.gouv.qc.ca/directives)

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

La sous-ministre adjointe,  
**Original signé par**  
 Dominique Breton

**Lue et approuvée par**  
 La sous-ministre  
 Dominique Savoie

## Directive ministérielle DGGEOP-007

Catégorie(s) :  
 ✓ Vaccination  
 ✓ Vaccination et immunisation

Directive sur l'administration de doses de vaccins contre la COVID-19 en contexte de séjour hors Québec.

**Nouvelle directive**

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



Destinataire :	Tous les établissements publics du RSSS : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG);</li> <li>- Directeurs des services professionnels (DSP);</li> <li>- Directeurs des soins infirmiers (DSI);</li> <li>- Directeurs de santé publique;</li> <li>- Directeurs généraux des établissements privés conventionnés</li> <li>- Directeurs responsables de la vaccination COVID-19</li> </ul>
----------------	--

Directive	
Objet :	Au Québec, les doses du vaccin contre la COVID-19 sont administrées selon les recommandations du <i>Protocole d'immunisation du Québec</i> (PIQ). Cependant, certains pays pourraient ne pas reconnaître le calendrier vaccinal du Québec ou exiger davantage de doses de ce que le Québec recommande.
Principe :	L'administration de doses de vaccins contre la COVID-19 non recommandées dans le PIQ est permise si cela répond à des exigences en contexte de séjour hors Québec, par exemple, mais non exclusivement, pour des exigences douanières ou de transporteurs pour des séjours hors Québec.
Mesures à implanter :	Administrer des doses non prévues dans le PIQ pour un citoyen qui ne répond pas aux critères en contexte de voyage.
Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources	
<b>Notes importantes :</b>	
Direction ou service ressource :	DGGEOP Direction de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses <a href="mailto:protection@msss.gouv.qc.ca">protection@msss.gouv.qc.ca</a>

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

[msss.gouv.qc.ca/directives](https://msss.gouv.qc.ca/directives)

**Original signé par**  
Le directeur général  
Daniel Paré

**Lu et approuvé par**  
la sous-ministre  
Dominique Savoie

## Directive

En l'absence de directives émises dans le *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ), de nombreuses questions des vaccinateurs portent sur la conduite à tenir pour des personnes considérées comme adéquatement vaccinées contre la COVID-19 au Québec, mais pour lesquelles leur calendrier vaccinal n'est pas reconnu en contexte de voyage.

Considérant que :

- Le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) recommande qu'une dose de rappel soit offerte à l'ensemble des personnes âgées de 12 ans et plus. Cette conduite est inscrite dans le PIQ à la section [Administration](#) des vaccins à ARNm;
- Le CIQ a autorisé l'administration de 2 doses de vaccin contre la COVID-19 aux personnes ayant fait la maladie même si la 2<sup>e</sup> dose n'offre pas de protection supplémentaire pour la personne vaccinée. Cette conduite est inscrite dans le PIQ à la section [Administration](#) des vaccins à ARNm;
- Le CIQ a précisé d'offrir une dose additionnelle de vaccin COVID-19 ARNm aux personnes ayant reçu une ou plusieurs doses de certains vaccins contre la COVID-19 non autorisés au Canada; cette conduite est inscrite dans le PIQ à la section [Indications](#) des vaccins à ARNm;
- Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé au CIQ s'il voyait des enjeux de sécurité vaccinale à l'administration de 1 ou 2 doses additionnelles de vaccin contre la COVID-19 pour répondre à des exigences en contexte de séjour hors Québec. La réponse a été qu'en l'absence de données scientifiques sur l'innocuité d'une telle pratique, cette conduite n'est pas contre-indiquée, mais que le counseling individuel est important;
- L'absence de consensus international sur les personnes à considérer comme adéquatement vaccinées et l'imposition d'une période de quarantaine aux personnes considérées comme non adéquatement vaccinées qui entrent dans certains pays;

Le MSSS autorise, comme mesure d'exception, sur demande d'un citoyen et après avoir exprimé son consentement éclairé, l'administration d'une ou deux doses de vaccins contre la COVID-19 aux personnes pour lesquelles aucune dose de vaccin supplémentaire n'est recommandée dans le PIQ, mais qui doivent se conformer à des exigences en contexte de voyage.

- Si le citoyen n'a pas complété sa primovaccination ou n'a pas reçu la dose de rappel auquel il est admissible, suivre les recommandations du PIQ quant aux dosages et aux intervalles;
- Pour toute autre dose subséquente requise en contexte de séjour hors Québec, **respecter l'intervalle minimal** entre les doses de vaccins contre la COVID-19 et utiliser le **dosage des doses de rappel**.

Pour en bénéficier, le voyage doit avoir lieu **dans les 3 mois** qui suivent le rendez-vous. Étant donné que la situation avec la COVID-19 évolue rapidement, nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité du citoyen de s'informer des exigences liées à son séjour hors Québec.

### Note :

Pour l'obtention du consentement éclairé :

- L'utilisateur doit être avisé que des doses supplémentaires ne sont pas nécessairement requises pour le protéger;
- Qu'il n'y a pas de données de sécurité vaccinale pour ces situations;
- Qu'il est possible que les réactions indésirables dues au vaccin soient plus fréquentes et plus intenses, que l'efficacité vaccinale soit différente selon l'intervalle utilisé entre les doses administrées, sans qu'on puisse préciser davantage.

Une note au dossier doit indiquer que le counseling a été fait et que la personne a maintenu sa décision de vouloir une ou des doses supplémentaires.

Émission :	15-02-2022
------------	------------

Mise à jour	25-02-2022
-------------	------------

## Directive ministérielle DGCRMAI-004

<b>Catégories :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Précautions additionnelles</li> <li>✓ Isolement</li> <li>✓ Dépistage</li> <li>✓ Milieux de vie</li> <li>✓ Milieux de soins</li> <li>✓ Milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou réadaptation modérée</li> </ul>
---------------------	---

### Directive concernant la gestion des cas et des contacts dans les milieux de vie, réadaptation et d'hébergement

**Remplace la  
directive  
DGCRMAI-004  
émise le  
15 février 2022**

<b>Expéditeur :</b>	Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles
---------------------	---



<b>Destinataires :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PDG et DG des établissements du RSSS</li> <li>- Directions des services professionnels</li> <li>- Direction des ressources humaines</li> <li>- Directions de soins infirmiers</li> <li>- Directions SAPA</li> <li>- Directions de la qualité</li> <li>- Directions déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme</li> <li>- Directions des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance</li> <li>- Directions des programmes jeunesse</li> <li>- Établissements PC et PNC</li> <li>- Associations et organismes représentatifs de ressources</li> <li>- <b>Directions de santé publique régionales</b></li> </ul>
------------------------	---

<b>Principe :</b>	Cette directive vise l'application des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) pour les admissions, les transferts ainsi que la gestion des cas et des contacts dans les milieux visés dans le contexte de la circulation du variant Omicron.
<b>Objet :</b>	<p>Les mesures à implanter concernent les milieux suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);</li> <li>• résidences privées pour aînés (RPA);</li> </ul>

Émission :	15-02-2022
------------	------------

Mise à jour	25-02-2022
-------------	------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF) qui accueillent des usagers adultes et des jeunes des programmes-services en déficience physique (DP), déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA), santé mentale (SM) et des usagers des programmes-services soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), programme jeune en difficulté (JED);</li> <li>ressources à assistance continue (RAC) en DP-DI-TSA et en santé mentale;</li> <li>unités de réadaptation comportementale intensive (URCI);</li> <li>internats en DP-DI-TSA;</li> <li>foyers de groupe en DP-DI-TSA;</li> <li>milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou en réadaptation modérée;</li> <li>milieux de réadaptation en santé mentale;</li> <li>communautés religieuses;</li> <li>CRJDA (centres jeunesse);</li> <li>maisons de soins palliatifs ;</li> <li>centre de réadaptation en dépendance;</li> <li>ressources d'hébergement en dépendance;</li> <li>ressources d'hébergement d'urgence.</li> </ul> <p>Pour les autres milieux non cités dans cette liste, vous référez aux mesures populationnelles sur <a href="http://Quebec.ca">Quebec.ca</a>.</p>
Mesures à implanter :	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maintenir la sécurité des usagers/résidents, prévenir et traiter le déconditionnement mental, cognitif et physique.</li> <li>Prévenir la transmission nosocomiale du SRAS-CoV2 dans les milieux visés.</li> <li>Adopter une approche de gestion de risques afin de prendre en considération les impacts d'un isolement d'un résident/usager (par exemple : risque de déconditionnement mental, cognitif et physique, absence de contacts sociaux, bris de la routine) et les impacts potentiels du virus sur la santé. De plus, les tests de dépistage ainsi que la fréquence de ceux-ci doivent s'exercer dans un esprit d'une approche de gestion de risques.</li> </ul>

Directive	
Mesures à implanter :	<p>Selon l'annexe 1 Mesures d'isolement et de dépistage pour la gestion des cas et des contacts dans les CHSLD et RI-SAPA.</p> <p>Ou</p> <p>Selon l'annexe 2 Mesures d'isolement et de dépistage pour la gestion des cas et des contacts dans les milieux de vie et d'hébergement (sauf CHSLD et RI-SAPA).</p>
Notes importantes :	<p>Cette directive remplace la DGAPA-005, <u>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</u>, qui est archivée.</p> <p>Pour les centres hospitaliers, se référer à la Directive DGAUMIP-038 portant sur l'ajustement des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) COVID-19 en centre hospitalier.</p> <p>Tous les usagers (excluant les personnes considérées protégées (voir section définitions)) doivent se soumettre à un test de dépistage TAAN 24 à 48 h avant l'admission. Pour les CHSLD et les RI<sup>1</sup> SAPA, un résultat négatif doit être obtenu avant le transfert. Si un TAAN n'est pas disponible en temps opportun, un TDAR pourrait être considéré afin de ne pas retarder le transfert.</p> <p>Pour les RI SAPA et CHSLD : L'utilisateur/résident confirmé COVID-19 qui n'est pas considéré rétabli doit être admis uniquement sur une unité/regroupement géographique d'un CHSLD ou une RI SAPA ayant déjà des cas confirmés de COVID-19.</p>

<sup>1</sup> Les RI SAPA sont celles 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.

Émission :	15-02-2022
------------	------------

Mise à jour	25-02-2022
-------------	------------

## Directive

	<p>Pour les services dispensés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation ou pour les clientèles en santé mentale et en DI-DP-TSA : <b><u>l'isolement s'effectue dans l'unité de vie, lorsqu'applicable.</u></b></p> <p>Pour tous les usagers mettre en application toutes les mesures possibles afin d'éviter le déconditionnement, tel que précisé dans la directive DGAPA-010 « Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie » et la DGPPFC-008, « directive pour prévenir le déconditionnement des personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme ainsi que de celles ayant une problématique de santé physique nécessitant des services de réadaptation fonctionnelle intensive, modérée ou post-aiguë en contexte de pandémie ».</p> <p>L'établissement doit effectuer un rappel aux exploitants de RPA, CHSLD, RI-RTF que dans un contexte d'éclosion de maladie infectieuse dans la résidence (gastro-entérite, grippe, autre infection respiratoire, etc.), <b>l'exploitant de la RPA doit signaler la situation à l'instance désignée</b> par le CISSS/CIUSSS, selon l'organisation des services prévue dans la région, et mettre en place les mesures nécessaires pour prévenir la transmission (Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés, page 4, MSSS).</p>
--	--

## Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources

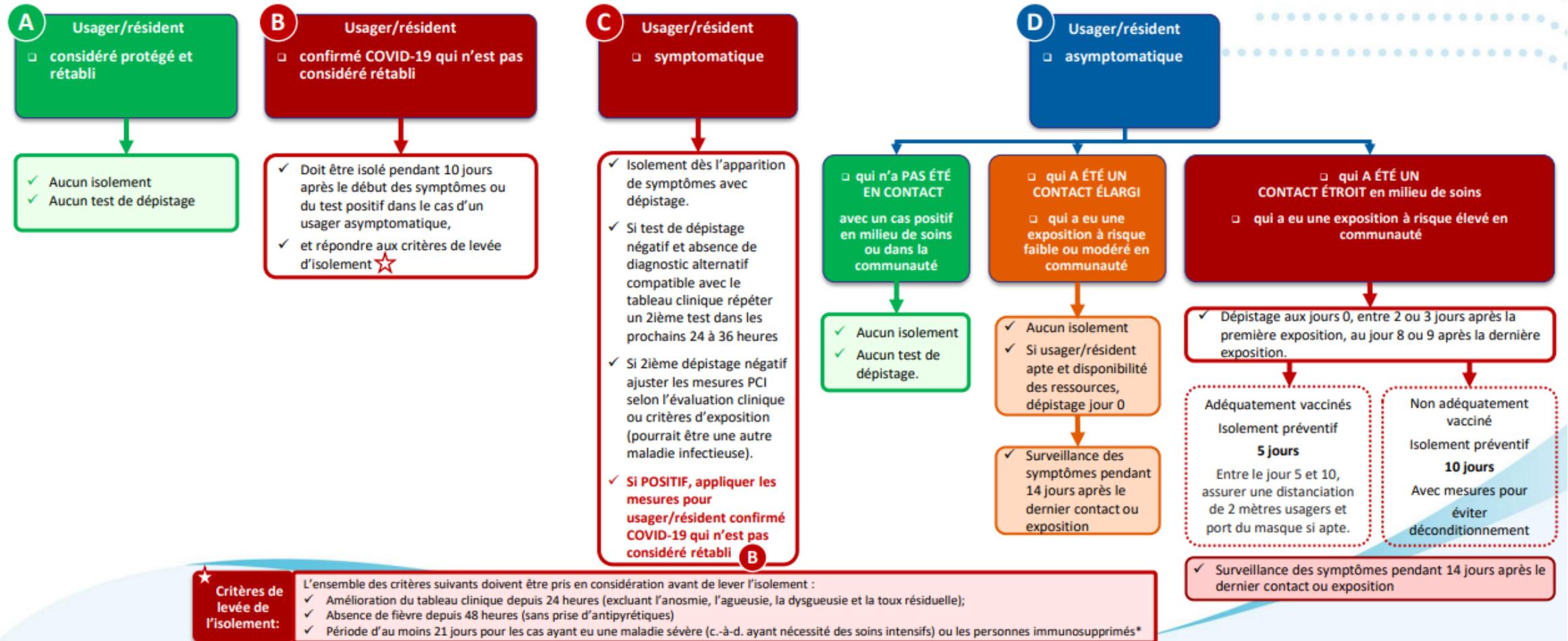
Direction ou service ressource :	Direction de la prévention et du contrôle des infections <a href="mailto:DPCI@msss.gouv.qc.ca">DPCI@msss.gouv.qc.ca</a>
Document annexé :	Algorithme décisionnel

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](https://msss.gouv.qc.ca/directives)

**Original signé par**  
Le sous-ministre adjoint  
Daniel Desharnais

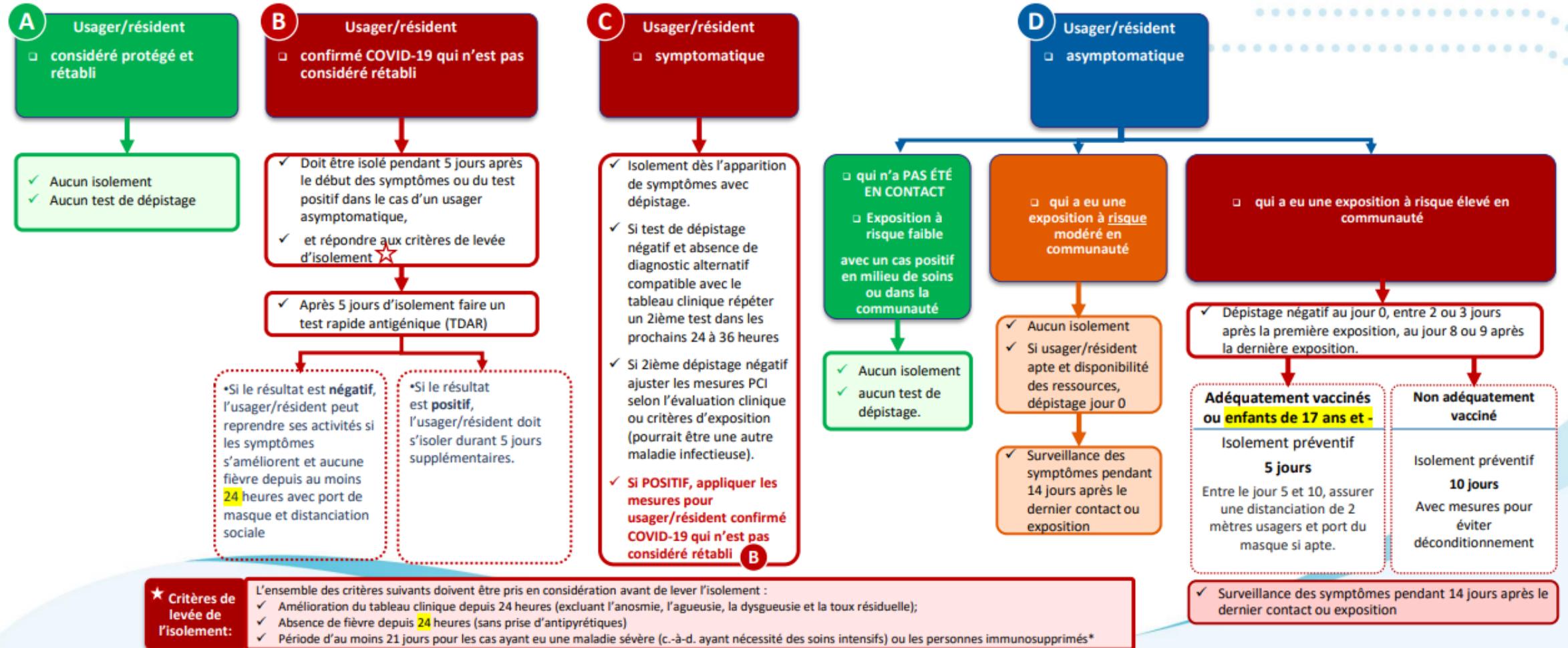
**Lu et approuvé par**  
Le Bureau de la sous-ministre

## Annexe 1 Mesures d'isolement et de dépistage pour la gestion des cas et des contacts dans les CHSLD et RI-SAPA



## Annexe 2 Mesures d'isolement pour la gestion des cas et des contacts dans les milieux de vie, de réadaptation et d'hébergement

(sauf CHSLD et RI-SAPA)



Dans le cadre d'une admission ou d'un retour, les usagers doivent se soumettre à un test de dépistage 24 à 48 h avant l'admission, **sauf dans le cas d'une admission d'urgence dans un milieu de vie: jeunesse (RI-RTF ou CRJDA), CRD, RHD ou RDU.**

Les consultations médicales ou un séjour dans la communauté (congé temporaire indépendamment de la durée) ne sont pas visées par le **dépistage et isolement** sauf si **risque élevé**.

## Définitions<sup>2</sup>

### Contact étroit

Plusieurs facteurs sont à prendre en considération dans l'évaluation du contact dont sa durée, sa proximité, son intensité ainsi que le type d'activité effectuée, l'équipement de protection individuelle (ÉPI) porté, le stade d'infection de la source, etc.

Situations qui sont considérées comme un « contact étroit » :

- Usager qui a séjourné dans le même environnement usager à moins de deux mètres et sans mesure barrière (ex. : rideaux, plexiglas, etc.) qu'un cas confirmé de COVID-19 durant sa période de contagiosité.

OU

- Usager ayant reçu des soins à moins de deux mètres pendant 10 minutes et plus cumulées d'un TdeS confirmé de COVID-19 *qui ne portait pas* adéquatement l'ÉPI pendant sa période de contagiosité.

**N.B. : Un usager qui a été en contact avec un TdS confirmé COVID-19 qui portait adéquatement les ÉPI, ne doit pas être considéré comme un contact étroit.**

### Contact élargi :

- Usager ne répondant pas à la définition d'un contact étroit.

ET

- Séjournant ou ayant séjourné sur une unité de soins, unité de vie ou unité locative, où il y a présence d'un cas confirmé de COVID-19 :
  - Chez un usager confirmé pour lequel il n'y avait pas de précautions additionnelles adéquates en place pendant sa période de contagiosité.

---

2. Définition de contact étroit et élargi ont été modulées selon une approche de gestion des risques.

Pour la mise à jour des définitions des critères d'exposition à risque élevé, modéré, faible, se référer au document DGSP-021 [Directive sur l'application des recommandations concernant la gestion des cas et des contacts dans le contexte de la circulation du variant Omicron \(gouv.qc.ca\)](#). Se référer aux documents en vigueur, le cas échéant, si les définitions évoluent.

Émission :	15-02-2022
------------	------------

Mise à jour	25-02-2022
-------------	------------

**Exposition à risque élevé :**

- Personne qui vit dans le même environnement physique qu'un cas. (Exemple unité locative, unité de vie, chambre, logement, etc.)
- Partenaire sexuel ou couple qui ne partage pas le même domicile.

**Exposition à risque modéré :**

- Personne qui n'a pas eu d'exposition à risque élevé et qui a été en contact avec un cas à moins de 2 mètres pendant moins 15 minutes sans port du masque par le cas, et/ou par la personne qui a été en contact.

**Exposition à risque faible :**

- Personne qui n'a pas eu d'exposition à risque élevé ou modéré
- Personne qui a été en contact avec un cas à moins de 2 mètres pendant au moins 15 minutes avec le port du masque par le cas et la personne qui a été en contact.

**Usager/résident rétabli :**

Un usager/résident rétabli est une personne qui satisfait aux critères de levée d'isolement (10 jours post-résultat) :

- Amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant l'anosmie, l'agueusie, la dysgueusie et la toux résiduelle);
- Absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétiques);
- Période d'au moins 21 jours pour les cas ayant eu une maladie sévère (c.-à-d. ayant nécessité des soins intensifs) ou les personnes immunosupprimées.

**Usager/résident protégé :**

Il est actuellement considéré que les personnes suivantes sont considérées protégées contre l'infection pour une durée de trois mois, et ce, depuis le début des symptômes ou du résultat positif à la COVID-19 si asymptomatique :

- Test TDAR positif ≥ 20 décembre 2021;
- Test TAAN positif ≥ 20 décembre 2021;
- Personne ayant des symptômes de la COVID-19 ET ayant eu un contact à risque élevé dans les 14 derniers jours avec une personne ayant testé positif à la COVID-19 (TDAR ou TAAAN) ≥ 20 décembre 2021 (confirmé par lien épidémiologique).

