

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

ANNEXE 3

DIRECTIVES COVID-19 DU MSSS • MARS 2022

Directive ministérielle

DGAUMIP-001.REV7

Catégorie(s) :

- ✓ Visites et sorties
- ✓ Personnes proches aidantes
- ✓ Centres hospitaliers

Directives relatives aux visites de proches aidants en centre hospitalier

Remplace la directive DGAUMIP-001.REV6 émise le 20 décembre 2021

Expéditeurs :

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



Destinataires :

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

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

Directive	
Objet :	Transmission d’une nouvelle directive concernant la présence des proches aidants et visiteurs en centre hospitalier (CH), s’inscrivant en cohérence avec le plan de déconfinement pour la population générale. Il est souhaité que les établissements puissent reprendre leur rôle et redeviennent autonomes, dans un mode de gestion post-pandémie/endémique, concernant la présence des proches aidants et visiteurs à l’intérieur de l’ensemble des secteurs des CH. La présence des proches doit être valorisée. L’accompagnement lors d’un épisode de soins contribue positivement au rétablissement tout en permettant de soutenir les équipes soignantes. Les mesures locales doivent être prises pour favoriser la présence des proches dans tous les secteurs. Cette présente directive s’inscrit en complémentarité avec les directives suivantes qui demeurent en vigueur et sont disponibles au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/ – DGAUMIP-038 Ajustement des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) COVID-19 en centre hospitalier; – 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; – DGAPA-022 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. Prendre note que les directives suivantes ne sont plus en vigueur et seront archivées : – DGAUMIP-014 Directives sur les soins palliatifs et de fins de vie; – DGAUMIP-021 Directive hémodialyse.

Mesures à implanter :	Assurer, dès l'admission, l'implication du patient et de ses proches dans la planification efficace des séjours et des départs. 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 auprès de leur proche observé ou hospitalisé, et ce, que l'urgence ou l'unité de soins soit en éclosion ou non. Nous rappelons que la famille proche et immédiate, tout comme les personnes proches aidantes, doit avoir accès au CH où leur proche est observé ou hospitalisé, y compris les jeunes enfants de tout âge. Le contexte endémique ne peut justifier la prise de rendez-vous pour les visites, et ce, que le milieu soit en éclosion de COVID-19 ou non. De même, le nombre de proches aidants ou visiteurs permis à la fois, ainsi que les heures de visite permises, doivent revenir aux modalités prévues au sein des politiques locales habituelles de gestion des visites, en tenant compte des mesures de prévention et de contrôle des infections en vigueur. Le milieu doit questionner le visiteur ou le proche aidant à son arrivée afin d'évaluer la présence de symptômes, de critère d'isolement ou un test de dépistage positif à la COVID-19. De plus, le milieu doit accompagner la personne afin de s'assurer de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections (port du masque médical, hygiène des mains, étiquette respiratoire, distanciation physique, etc.) en fonction des directives en vigueur. Un statut COVID-19 positif ne présume pas d'une exclusion systématique; ils peuvent être autorisés par exemple lors d'un accompagnement d'un enfant, d'une parturiente, en situation critique ou de fin de vie, etc. Les politiques locales doivent tenir compte du niveau de vulnérabilité de certaines clientèles, telle que les personnes immunosupprimées. Des mesures particulières peuvent s'appliquer, par exemple en oncologie. Pour le secteur mère-enfant et la pédiatrie, la femme enceinte, son ou sa partenaire, de même que l'enfant, doivent être considérés comme une unité familiale. Toutes les actions doivent être prises lors du suivi de grossesse, pendant l'accouchement, en période postnatale ou lors d'une hospitalisation de l'enfant, pour éviter la fragmentation de cette cellule familiale. Une personne significative peut également être choisie par la famille pour l'accompagner, particulièrement pendant l'accouchement, en période postnatale ou lors d'une hospitalisation prolongée. Tout doit être mis en œuvre pour faciliter sa présence auprès de l'unité familiale. 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. À cet effet, les établissements doivent suivre l'évolution de 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.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction des services hospitaliers (DSH) 418 266-4530
Document annexé :	S.O.

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

Original signé par
La sous-ministre adjointe
Lucie Opatrny

Émission :	20-12-2020
------------	------------

Mise à jour :	28-02-2022
---------------	------------

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Directive ministérielle DGAUMIP-042

Catégorie(s) :
✓ Services hospitaliers
✓ Urgence
✓ Éthique

Directive pour l'optimisation et la gestion des hospitalisations en soins de courte durée en contexte de pandémie de COVID-19

Nouvelle directive

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



Destinataire :	PDG et DG des établissements publics du RSSS PDGA des établissements publics du RSSS (tous) DSP des établissements publics du RSSS Directrices des soins infirmiers Directeurs des services multidisciplinaires
----------------	---

Directive	
Objet :	Directive en lien avec le guide éthique pour la priorisation et la gestion des hospitalisations en courte durée en contexte de pandémie de COVID-19
Mesures à implanter :	✓ Mettre en place les mesures nécessaires pour éviter d'avoir recours au guide éthique pour la priorisation et la gestion des hospitalisations en courte durée en contexte de pandémie de COVID-19

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction générale des affaires universitaires, médicales infirmières et pharmaceutiques Contact : dgshmsu.dsh@msss.gouv.qc.ca
Documents annexés :	✓ Guide pour la priorisation et la gestion des hospitalisations en courte durée en contexte de pandémie de COVID-19

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

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Directive ministérielle DGAUMIP-042

Directive

Objet

Directives à mettre en place dans les centres hospitaliers en lien avec le « Guide de priorisation et de gestion des hospitalisations de courte durée en contexte de pandémie de COVID-19 », annexé à la présente directive.

Principes

Considérant l'évolution de la cinquième vague de pandémie et de son impact sur les ressources disponibles et sur le nombre d'hospitalisations au Québec, un « Guide de priorisation et de gestion des hospitalisations en soins de courte durée en contexte de pandémie de COVID-19 » a été produit par le comité éthique COVID-19 suite au mandat octroyé par Dre Lucie Opatrny à titre de sous-ministre adjointe de la DGAUMIP et de présidente du comité directeur clinique COVID-19. L'objectif est de mettre à la disposition du réseau de la santé et des services sociaux, une marche à suivre dans l'éventualité où les besoins en hospitalisations dépasseraient la capacité maximale du réseau de la santé.

Actuellement, bien que le nombre d'admissions en soins de courte durée soit en hausse dans plusieurs établissements de santé, les besoins en hospitalisations à l'échelle de la province, qu'ils soient liés ou non à la COVID-19, ne dépassent pas la capacité hospitalière maximale.

Par ailleurs, il est essentiel, avant de procéder à un exercice de priorisation des hospitalisations, d'assurer que le maximum d'effort est déployé dans l'ensemble des établissements de santé de la province, relativement à la mise en place de pratiques de gestion des hospitalisations qui sont agiles, innovantes et en concordance avec les meilleures pratiques hospitalières. **Cette démarche constitue un prérequis essentiel pour l'amélioration de la capacité hospitalière à l'échelle provinciale.** Ainsi, bien que plusieurs mesures soient déjà en place dans les hôpitaux, les établissements de santé sont invités à aller plus loin dans la gestion efficace de leurs ressources et des besoins en hospitalisations, et ce, dans le but d'améliorer la capacité et l'accès aux soins et services hospitaliers.

La présente directive a donc pour objectif de mettre en place les mesures nécessaires **pour éviter d'avoir recourt au guide de priorisation des hospitalisations en soins de courte durée.** Ces mesures doivent être instaurées dans un esprit de continuum de soins du début du séjour du patient jusqu'à sa sortie vers le milieu de vie. Tous les intervenants en lien avec ce continuum doivent donc agir afin de déployer les actions nécessaires pour une fluidité optimale.

Prérequis essentiels pour l'amélioration de la capacité hospitalière (à mettre en place immédiatement)

La révision des pratiques hospitalières au sein de chaque établissement de santé, en termes de gestion optimale des admissions et des séjours, constitue la première étape à accomplir pour améliorer la capacité hospitalière. En fonction des réalités et des besoins locaux, les actions suivantes sont à entreprendre immédiatement.

1- Mettre en place des équipes de gestion des admissions et des séjours, dont la composition, le rôle et les responsabilités sont décrites dans le tableau présenté plus bas.

Principes entourant les équipes de gestion des admissions et des séjours :

- Les équipes de gestion des admissions et des hospitalisations travaillent de concert afin d'optimiser le continuum de soins pour tous les usagers.
- Les équipes assument un rôle décisionnel et exercent leurs mandats sous l'autorité du DSP de l'établissement.
- Elles doivent être disponibles 7 jours sur 7 lorsque la situation hospitalière l'exige.
- La décision d'hospitaliser ou non un usager est prise conjointement entre le médecin hospitaliste concerné (spécialiste ou omnipraticien), le coordonnateur médical à l'hospitalisation et le coordonnateur médical à l'urgence.
- La décision relative au congé des usagers est assurée par le médecin hospitaliste (spécialiste ou omnipraticien) en collaboration avec le coordonnateur médical à l'hospitalisation.

2- Favoriser les solutions alternatives aux hospitalisations

Que ce soit en contexte hors pandémie ou en temps de crise sanitaire, les solutions alternatives aux hospitalisations devraient toujours être envisagées, autant en pré-hospitalisation qu'en post hospitalisation, lorsque la condition clinique de l'utilisateur le permet. Plus spécifiquement :

- Bonifier les heures de disponibilité et les services offerts en médecine de jour afin d'accueillir la clientèle en ambulatoire pour un examen, un traitement de l'enseignement, etc.
- Bonifier les équipes en cliniques ambulatoires spécialisées et en SAD pour éviter le recourt à l'hospitalisation.
- Impliquer les pharmaciens communautaires pour le suivi régulier des traitements en cours et des renouvellements et ajustements de médication.
- Diriger les patients vers les services de prélèvements les investigations et les évaluations cliniques en externe au besoin.
- Maximiser la réorientation de la clientèle vers des trajectoires ambulatoires en réservant des plages de rendez-vous en clinique ambulatoire spécialisée, en médecine de jour et aux plateaux techniques.
- Maximiser les alternatives à l'hospitalisation en ayant recours au délestage stratégique dans les services ambulatoires.
- Mettre en place des suivis à domicile virtuel: oxygénothérapie (COVID), insuffisance cardiaque, etc.

	URGENCE (Gestion des admissions)	UNITÉS DE SOINS (Gestion des hospitalisations)
COMPOSITION DES ÉQUIPES avec en support au besoin : - Un éthicien - Un patient partenaire - Un membre de chaque directions cliniques	- Coordonnateur médical - Assistante infirmière-chef - Un membre dédié de l'équipe multidisciplinaire (travailleuse sociale, infirmière de liaison ou professionnel de la réadaptation)	- Coordonnateur médical à l'hospitalisation - Coordonnateur de séjours / gestionnaire de lits - Gestionnaire de cas / infirmière de liaison - Au moins un membre dédié de l'équipe multidisciplinaire
RÔLE ET RESPONSABILITÉS COMMUNES	- Assurer une vigie quotidienne de la situation globale des lits afin d'anticiper les engorgements possibles et permettre que des solutions alternatives supplémentaires soient mises en place pour désengorger l'hôpital; les conclusions de cette vigie sont communiquées au DSP. - Participer à la coordination, avec le DSP, le DSM et la DSI, du nombre de lits à l'hospitalisation et aux soins intensifs en fonction des admissions prévues en provenance de l'urgence, du bloc opératoire et autres secteurs ainsi qu'en fonction des ressources disponibles. - S'assurer que soient évaluées rapidement les conditions sociales des patients en attente d'admission ou en vue de leur congé, et que les soins en externe soient coordonnés (pansements, prélèvements, gestion de la médication, etc.). - Revoir la pertinence de certaines demandes d'examen et de consultation. - Que ce soit en évitant une admission ou en diminuant la durée d'un séjour, maximiser la réorientation de la clientèle vers l'ambulatoire, les plateaux techniques, etc., en assurant une disponibilité suffisante des plages horaires. - Coordonner la mise en place de mesures permettant le suivi efficace des hospitalisations en externe avec les équipes de SAD, SIAD, CLSC, GMF, CMS, cliniques privées, laboratoires, pharmacies, centres de rééducation/physio, etc. (accès aux plateaux techniques, suivis en GMF, en cliniques externes, en médecine de jour, en télémédecine, etc.). - Mettre en place les meilleures pratiques en lien avec les soins adaptés à la personne âgées (AAPA) afin de ne pas allonger les séjours et déconditionner la clientèle. - Coordonner, autant que possible dès l'urgence, la planification précoce et conjointe du congé (PPCC) pour 100% des usagers avec l'équipe de liaison et les proches. - Au besoin, rapporter les situations complexes à l'équipe éthique, au patient partenaire et à la direction de l'établissement.	
RÔLES ET RESPONSABILITÉS SPÉCIFIQUES À CHAQUE SECTEUR	- Assurer la présence quotidienne et l'implication systématique de l'équipe du SAD pour la prise en charge rapide des usagers ayant des besoins spécifiques pouvant être comblés à domicile. - Avoir recourt au délestage de façon stratégique en soins à domicile afin de permettre cette action. - Déterminer les besoins prioritaires d'hospitalisation en fonction de: - Des besoins de plateau technique de soins, ET - Critères cliniques définis, ET - Besoins de surveillance clinique	- Évaluer quotidiennement la pertinence du maintien de chaque patient dans un lit d'hospitalisation par rapport à d'autres options de soins, et assurer que soient établis une date de départ et des critères de congé pour chaque patient, et ce, dès l'admission. - Maximiser l'utilisation des lits : ne pas garder de lits libres pour une clientèle ou une autre, sauf pour certaines clientèles ayant des besoins particuliers (p. ex. les personnes immunosupprimées). - Prioriser les demandes de consultation selon les dates prévues de départs. - Porter une attention particulière aux patients ayant les diagnostics suivants : insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, AVC et MPOC. Ces diagnostics représentent un grand volume d'hospitalisation à chaque année. Pour cette raison, les médecins spécialistes

	*Les usagers ayant besoin de plateau technique (endoscopie, imagerie, bloc opératoire etc.), mais dont une surveillance clinique n'est pas jugée essentielle doivent être redirigés vers des services ambulatoires. • Maximiser les alternatives à l'urgence et l'hospitalisation en ayant recours au délestage stratégique dans les secteurs ambulatoires (Voir la section 2). • Maximiser la réorientation de la clientèle vers des trajectoires ambulatoires en réservant des plages de rendez-vous sans délai en clinique ambulatoire spécialisée, en médecine de jour et aux plateaux techniques pour les patients de l'urgence. • Établir des collaborations avec les services de 1^{ère} ligne. • Réserver des plages de rendez-vous en GMF pour les P4 et P5 de l'urgence et autres priorités.	devraient autant que possible, ajuster les protocoles de soins et les durées moyennes de séjour (DMS) en fonction des meilleures pratiques et trajectoires en place. Des suivis systématiques devraient être déployés pour ces clientèles. Des cliniques spécialisées devraient être mises en place afin de diminuer les visites à l'urgence. • Faire le suivi des DMS cibles pour les clientèles hospitalisées dont l'évolution clinique est prévisible en visant une DMS réduite de 48 h. • Mettre en place des professionnels dédiés pour faire l'évaluation de la clientèle afin de diminuer le séjour. • Assurer que l'équipe traitante identifie, le plus rapidement possible après l'admission, les enjeux ou obstacles pouvant nuire à la planification du congé ou du départ et initier immédiatement les actions correctives. • Assurer que les congés et admissions sont optimisés 7 jours sur 7, que ce soit le jour, le soir ou la nuit. • Assurer, dès l'admission, l'implication du patient, de ses proches et la communauté dans la planification des séjours et des départs; Au besoin, mettre en place une équipe de suivi des longs séjours pour un suivi plus assidue de ces cas.
SUIVI D'INDICATEURS DE PERFORMANCE (En collaboration avec la DQÉPÉ des établissements)	• Pourcentage d'occupation des civières. • Nombre total et taux d'usagers en attente d'hospitalisation. • Nombre d'usagers en attente d'hospitalisation par spécialité. • Nombre d'usagers réorientés vers des services sans hospitalisation. • Taux de réinscription à l'urgence.	• Nombre d'admissions quotidiennes. • Nombre de congés quotidiens. • Durée moyenne de séjour. • Taux de réadmissions à l'hospitalisation.

GUIDE POUR LA PRIORISATION ET LA GESTION DES HOSPITALISATIONS EN COURTE DURÉE EN CONTEXTE DE PANDÉMIE DE COVID-19

Pour Dre Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe
Direction générale des affaires universitaires, médicales,
infirmières et pharmaceutiques

Mandat octroyé par Dre Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, présidente du Comité directeur clinique COVID-19

Membres du groupe de travail (ordre alphabétique)¹

Sylvain Bédard, patient-partenaire

Pascal Bellemare

Dre Marie-Pier Boucher, MD FRCPC, urgentologue, CISSS Chaudière-Appalaches

Marie-Eve Bouthillier, Ph.D., mandataire, présidente du Comité éthique Covid-19 et professeure adjointe de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Dr Julien Clément, CHU de Québec – Université Laval

Annie Descôteaux, responsable, Bureau du Patient Partenaire, Faculté de médecine de l'Université de Montréal

Dre Danielle Daoust

Renée Descôteaux, DSI, CHUM

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

Dr Hoang Duong, président de l'Association des spécialistes en médecine interne du Québec

Isabelle Ganache, éthicienne, professeure adjointe de clinique, Université de Montréal et INESSS

Catherine Olivier, éthicienne, professeure adjointe de clinique, Université de Montréal et INESSS

Dr Charles-Langis Francoeur

Dre Shannon Fraser, CIUSSS CODI

Dre Emmanuelle Jourdenais, médecin d'urgence au CHUM, médecin-conseil équipe STAT DSUF MSSS

Annie Lafrenière

Nathalie Labrecque, directrice des services hospitaliers, MSSS

Dr Daniel Lefrançois, IUCPQ

Dr Serge Legault, FMSQ

Dre Marianne Lemay, directrice des services professionnels par intérim, CIUSSS MCQ

Annie Liv, stagiaire en éthique clinique

Michel Lorange, éthicien clinique et organisationnel, CISSS de Laval

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

Dr Mathieu Moreau, médecin de famille en médecine palliative, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Véronique Paradis, inf. MSc inf, conseillère exécutive DGASHMPC, MSSS

Dre Lucie Poitras, MSSS

Dr Olivier Roy, Chef du département de médecine d'urgence, CIUSSS MCQ

Dre Marissa Tardif, stagiaire en éthique clinique

Rédaction

Marie-Eve Bouthillier, Ph.D., éthicienne, mandataire, présidente Comité éthique COVID-19

Michel Lorange, Ph.D., M.Sc., éthicien clinique et organisationnel, CISSS de Laval

¹ Les conclusions et les recommandations de ce document ne reflètent pas forcément les positions des organisations auxquelles sont rattachées les personnes réunies aux fins de son élaboration.

Table des matières

Préambule.....	4
Réflexions éthiques qui sous-tendent le guide.....	5
Axes d'interventions organisationnelles et cliniques (perspective de 4 à 6 semaines).....	8
1. Changer de perspective de contrôle de la pandémie (de l'objectif d'un risque zéro à celui d'une réduction des méfaits) : ne plus mettre tous les efforts pour freiner son entrée, mais plutôt composer avec les contraintes qu'elle engendre et en tirer le maximum de possibilités.....	8
2. S'assurer, en continu, de la pertinence de l'hospitalisation (entrées, séjours, sorties).....	8
3. Soigner hors de l'hôpital, quand les patients n'ont pas ou plus besoin de surveillance clinique ou des soins qui ne peuvent être donnés hors de l'hôpital, en intervenant en première ligne	9
4. Assurer la sécurité et redéfinir la qualité minimale des soins en contexte de pandémie dans la perspective de soigner le plus de personnes à intensité plus basse plutôt que de soigner moins de personnes à qualité optimale	11
Gestion des cas et organisation des services.....	12
Composition des équipes de gestion des admissions (à l'urgence) et des séjours/congés (à l'hospitalisation).....	12
Objectifs et fonctions des équipes.....	12
Communication avec le patient et ses proches	14
Indicateurs de résultats	14
Rôle de la/du directrice/eur des services professionnels, de la directrice des soins infirmiers et des directions cliniques	15
Implication des 4 axes sur la responsabilité professionnelle	16
Implication des 4 axes sur l'ensemble des ressources du réseau	17
Impliquer la population dans l'adaptation des soins et services à la pandémie	18
Autres questions éthiques.....	18
Annexe : Outils de priorisation	19

Préambule

Il est anticipé que le pic de la 5^e vague arrive dans les deux prochaines semaines et que les besoins diminuent par la suite. Les prévisions récentes concernant le nombre de patients qui pourraient alors être hospitalisés, que ce soit sur les unités de soins ou aux soins intensifs, montrent que les capacités du réseau québécois de la santé et des services sociaux pourraient être dépassées. Dans la perspective de réduire les méfaits de cette vague, le présent guide propose 4 axes d'intervention à appliquer par l'ensemble des CISSS/CIUSSS et CHU pour la clientèle adulte. L'implication des services ou CHU pédiatriques ou spécialisés en santé mentale n'est pas abordée dans ce document.

Par équité, il est primordial que l'ensemble des 4 axes soit appliqué immédiatement dans tout le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) québécois afin de maximiser les ressources et tenter le plus possible d'équilibrer la pression de la demande à travers la province. Un établissement ne peut choisir un axe plutôt qu'un autre. C'est l'application de l'ensemble des axes qui permettra d'atteindre un équilibre dans un contexte d'exception. Les pistes d'intervention qui accompagnent chaque axe peuvent être modulées selon la réalité locale de chaque établissement. Des personnes ont un plus grand risque de se retrouver sans soins essentiels à leur survie lors de la 5^e vague, car le grand manque de ressources humaines a un impact direct sur le nombre de lits disponibles dans le RSSS, et donc un risque anticipé de morbidité et de mortalité accru. Les 4 axes visent à réduire ces risques de morbidité ou de mortalité globale due à cette 5^e vague. Si un établissement est moins touché qu'un autre, il doit quand même appliquer ces axes pour permettre de soutenir un établissement voisin subissant beaucoup plus de pression.

L'horizon anticipé d'application des 4 axes est de 4 à 6 semaines (ou même plus tôt) et le début de l'application doit se faire dès la réception du présent guide.

Un des principaux enjeux dans l'application des 4 axes d'intervention est la cohésion à l'intérieur de l'établissement afin de soigner le maximum de personnes avec les ressources disponibles. À cet effet, des équipes de gestion des admissions et des séjours/congés sont mises sur pied pour orienter les patients au bon endroit afin d'éviter ou minimiser la durée des hospitalisations autant que possible et de favoriser les sorties précoces des patients hospitalisés. La mobilisation de l'ensemble des professionnels, particulièrement les médecins et les infirmières, est primordiale pour redéfinir, le temps de la crise, la qualité minimale des soins à offrir pour soigner le plus grand nombre. Cette redéfinition touche la responsabilité professionnelle abordée à la section « Implication des 4 axes sur la responsabilité professionnelle ». Face à cet enjeu majeur, les différents conseils professionnels de l'établissement (CMDP, CII, CM) doivent être mis à profit pour contribuer à la définition temporaire de la qualité minimale d'une part, mais aussi soutenir leurs membres et la redéfinition de leur rôle dans ce contexte de crise.

La cohésion interétablissements est aussi un enjeu majeur afin d'assurer l'équité d'accès aux soins pour l'ensemble de la population, quelle que soit la situation particulière d'un établissement. Ce ne sera qu'en appliquant les 4 axes d'intervention dans tous les établissements que l'équité provinciale sera assurée.

Si les pires projections se réalisent, un grand nombre de personnes ne pourront être traitées et se verront offrir des soins palliatifs. Lorsque les soins palliatifs sont conséquents d'une priorisation, ils doivent être aussi priorisés en matière de disponibilité des ressources afin de préserver la dignité de ces personnes en fin de vie. Certains professionnels expérimentés en soins palliatifs pourraient être mis à profit pour assurer

que l'organisation des soins palliatifs à domicile et en milieu alternatif, avec la collaboration des familles, soit adéquate alors que la capacité à offrir du volume de soins devient névralgique. Mourir dans la dignité ne devrait pas être une option particulièrement en situation de crise.²

Les membres du groupe de travail ont longuement discuté de la question de l'accès aux soins et services pour les personnes non vaccinées. Par souci de concision, cette réflexion n'est pas abordée ici. Elle fait l'objet d'un document séparé³.

Réflexions éthiques qui sous-tendent le guide⁴

Principe	Description
Réduction des risques ajustée <i>Ressources axées sur les objectifs les plus immédiats et les plus réalistes du patient</i>	Visé à réduire les préjudices autant que possible sans nécessairement éliminer complètement les risques. Les préjudices peuvent être liés à la santé, au statut socio-économique ou à tout autre facteur affectant les individus ou les populations de patients. Les ressources sont concentrées sur les enjeux prioritaires afin de préserver la sécurité des patients et d'atteindre les objectifs les plus immédiats et les plus réalistes des patients, lorsque les prestataires valorisent, soignent, respectent et honorent les patients en tant qu'individus. Pour ce faire, il faut procéder à une évaluation conforme aux principes directeurs du présent cadre, qui prend en compte de manière pragmatique les avantages et les inconvénients pour les individus, ainsi que les alternatives disponibles pour soulager la douleur et la souffrance.
Sécurité et autonomie et partenariat patient <i>Donner aux patients/soignants les moyens de prendre les bonnes décisions en matière de soins pour eux-mêmes dans le contexte actuel, et de participer aux solutions.</i>	L'autonomie du patient peut être limitée pendant une pandémie, notamment lorsque l'accès aux soins diminue ou que les plans de traitement sont retardés. Lorsque l'accès aux soins est restreint ou retardé, il est toujours possible de promouvoir l'autonomie et le partenariat de soin en communiquant de manière transparente avec les patients, en leur proposant des traitements alternatifs (en expliquant les risques/bénéfices des alternatives), en soutenant les soins palliatifs/la gestion des symptômes, en proposant aux patients un transfert vers d'autres centres/prestataires de soins, en organisant des conversations sur les objectifs des soins et en faisant participer les familles et les soignants à la prestation des soins, le cas échéant.
Bienfaisance/non-malfaisance <i>Fournir le plus grand bénéfice et faire du mieux possible pour réduire les préjudices à tous les patients</i>	La priorisation des patients et des populations pour les soins est basée sur les preuves, les critères et le jugement clinique, compte tenu du contexte actuel et de la capacité du système. Les décisions sont axées sur la détermination de la meilleure façon de procurer des avantages aux patients, tout en s'efforçant de réduire les préjudices à chaque fois que cela est possible, notamment en réduisant la morbidité et la mortalité. Par exemple, les risques liés à l'assouplissement des mesures PCI et le retour au travail des travailleurs de la santé infectés par le SRAS-Cov-2 peuvent être compensés par les avantages liés à la facilitation de l'accès aux

² Inspiré de Vincent Dumez.

³ Mettre le nom du document sur le traitement des non-vaccinés et la référence ici.

⁴ Tableau reproduit, adapté et traduit de la Section II du document Hamilton Health Science, (2022), Framework for Developing and Implementing Modified Standards of Care during the COVID-19 Pandemic, Kathryn Morrison, Andrea Frolic, Julija Kelecevic, Office of Ethics – officeofethics@hhsc.ca (non publié), avec l'autorisation d'Andrea Frolic.

Principe	Description
	soins médicaux nécessaires. Dans le contexte où la pandémie cause une réduction importante de l'accès aux soins, la bienfaisance et la non-malfaisance pour un patient sont en tension avec la bienfaisance et la non-malfaisance pour la population.
Équité et cohérence <i>Créer l'équité en traitant les cas similaires de la même manière et en ne désavantagant pas les groupes déjà vulnérables.</i>	Les décisions sont prises au niveau du système afin de garantir que toutes les personnes appartenant aux mêmes catégories (par exemple, les niveaux de besoin, d'urgence ou de risque) soient traitées de la même manière, sauf s'il existe des différences pertinentes. Une attention particulière est accordée aux actions qui pourraient désavantager davantage les personnes déjà défavorisées ou vulnérables. Il faut pour cela tenir compte du temps passé sur les listes d'attente, des expériences d'annulations antérieures et de l'impact sur la qualité de vie. Les décideurs doivent s'efforcer de prendre en compte les intérêts entre les besoins des patients COVID-19 et ceux des patients qui ont besoin d'un traitement et de services urgents pour d'autres maladies et affections.
Fondé sur des preuves et agile <i>Prendre des décisions fondées sur les meilleures preuves disponibles, en reconnaissant que les preuves seront dynamiques et nécessiteront une application contextuelle.</i>	Dans la mesure du possible, on se référera aux critères établis par les organismes scientifiques (INSPQ, INESSS, etc.) et/ou les organisations professionnelles, bien qu'il puisse être nécessaire de les modifier en fonction des réalités du contexte en évolution. Les décisions relatives à d'autres normes de soins seront prises en consultation avec les principaux intervenants et en collaboration avec les équipes cliniques, en tenant compte des facteurs contextuels suivants : • Les directives du MSSS; • Les programmes clientèle; • Le rôle et la mission de l'établissement; • Éclosions actuelles (dans l'établissement ou dans la communauté); • Mesures PCI; • Les critères de priorisation des cas; • Les listes d'attentes; • Taux de transmission dans la communauté/directions pour la santé publique; • Le nombre de lits disponibles en santé physique; • ÉPI (masques chirurgicaux, masques N95, blouses); • Pharmacie (pénurie de médicaments spécifiques); • Diagnostics et accès au plateau technique; • Ressources humaines (médecins, personnel infirmier, professionnels de la santé, personnel paramédical, etc.); • Espace physique et options de cohortes (c.-à-d. maintien de la distance physique entre les patients); • Besoin de ressources ambulatoires et d'espace clinique; • Ressources post-hospitalisation et options de sortie (réadaptation, soins à domicile, soins de longue durée, etc.); Dans la mesure du possible, des données locales doivent être collectées sur la manière dont les décisions sont prises et sur les résultats de ces décisions afin de contribuer à l'amélioration continue de la qualité et au respect des principes directeurs. Les décisions sont réexaminées et révisées au fur et à mesure de l'apparition de nouvelles preuves, et les parties prenantes ont la possibilité d'exprimer toute préoccupation concernant les décisions (par exemple, des mécanismes formels permettant de présenter de nouvelles informations pour faire appel ou soulever des

Principe	Description
	préoccupations concernant des décisions d'allocation particulières et pour résoudre les différends).
Innovation <i>Être aussi innovant que possible pour maximiser l'utilité des ressources disponibles.</i>	S'il n'est pas possible de fournir les meilleures pratiques ou les normes de soins habituelles, on envisagera d'explorer d'autres options créatives pour fournir des soins appropriés, en accord avec les principes directeurs de ce document, telles que : l'implication des familles/aides-soignants dans les soins de base aux patients ; le déploiement de personnel autre pour fournir des soutiens logistiques sur place ; d'autres arrangements créatifs de cohortes pour maximiser le flux de patients ; le congé dans des environnements subaigus, délestage stratégique, etc. Se référer aussi aux positions des instances scientifiques et organisationnelles pertinentes, lorsque disponibles pour un tel contexte pandémique.
Proportionnalité et utilité <i>Protéger les personnes contre les dangers dans l'optique de faire bénéficier au plus grand nombre et ne pas dépasser ce qui est nécessaire pour faire face au risque réel.</i>	Les ressources sont allouées afin de réaliser le plus grand bien pour le plus grand nombre de personnes, en équilibre avec les autres principes. Les restrictions prises pour protéger les personnes contre les préjudices ne doivent pas dépasser ce qui est nécessaire pour faire face aux risques. Par exemple, les patients peuvent être légitimement protégés du risque d'infection en limitant l'accès à l'hôpital lorsque la COVID-19 est bien contrôlée en milieu hospitalier. Cependant, lorsque la transmission communautaire est très importante, empêcher les personnes d'entrer pour soutenir leur proche peut ne pas être proportionnel au risque de manquer de ressource pour s'occuper des patients.
Réciprocité <i>Reconnaître les impacts sur le personnel, les médecins et les apprenants et offrir des possibilités d'engagement et de soutien réciproques.</i>	Le système de santé doit assurer la sécurité des travailleurs de la santé et prendre des mesures pour répondre et minimiser les risques pour leur bien-être physique et psychologique. Cela peut se faire en fournissant aux travailleurs les équipements de protection individuelle (ÉPI), la formation, l'éducation, le leadership et les programmes de soutien appropriés, ainsi qu'une marge de manœuvre adéquate. Faire participer activement les travailleurs de la santé dans la résolution des problèmes est essentiel, car ceci permet des apprentissages, mais aussi stimulera leur engagement, leur sécurité et leur maintien en poste (rétention).
Solidarité <i>Établir, préserver et renforcer la collaboration dans l'ensemble du système de santé.</i>	La réaffectation des ressources humaines dans le domaine de la santé et la mise en œuvre de nouvelles normes réduites de soins pendant une pandémie nécessiteront une solidarité entre les travailleurs de la santé, les syndicats, les organisations, les unités de santé publique, les régions, les ordres professionnels et les différents niveaux de gouvernement. La solidarité exige une communication claire et directe et une collaboration ouverte au sein de ces parties prenantes et entre elles, afin de partager les informations et de coordonner la prestation des soins de santé.
Transparence <i>Les décisions sont transparentes et communiquées aux parties prenantes appropriées.</i>	Les décisions sont prises et communiquées selon un processus ouvert et transparent, qui permet aux parties prenantes concernées, y compris les patients/familles et le public, d'apprécier et de comprendre la justification des décisions d'allocation des ressources. Des justifications, fondées sur les valeurs et les principes du présent document, doivent accompagner ces communications. Cela favorise la confiance dans l'ensemble du système de santé.

Axes d'interventions organisationnelles et cliniques (perspective de 4 à 6 semaines)

Quatre axes d'action sont soumis au RSSS. Chacun de ces axes doit être appliqué et adapté à la réalité locale. Pour chacun de ces axes, des pistes d'intervention sont identifiées. Rappelons que les 4 axes doivent être appliqués de manière synchrone et non séquentielle. Ces axes s'appliquent aux personnes requérant des services hospitaliers, que ce soit pour la COVID ou pour toute autre condition clinique.

1. Changer de perspective de contrôle de la pandémie (de l'objectif d'un risque zéro à celui d'une réduction des méfaits) : ne plus mettre tous les efforts pour freiner son entrée, mais plutôt composer avec les contraintes qu'elle engendre et en tirer le maximum de possibilités

- Laisser travailler tout le personnel qui peut donner des soins ou y contribuer, même les personnes infectées⁵, et rouvrir les lits fermés faute de personnel;
- Revoir les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) pour qu'elles soient adaptées à la nouvelle réalité et moduler selon le risque⁶; : équilibre des moyens et des ressources en fonction de l'objectif visé;
- Demander aux proches aidants de venir prendre soin 24 h/24 de leur proche à l'hôpital afin de permettre aux professionnels de la santé, au personnel soignant et au personnel de soutien d'accomplir les tâches plus spécialisées ou de consacrer plus de temps aux patients qui ne peuvent être soutenus par un proche aidant;
- Les pratiques de prévention des infections doivent s'harmoniser à la réduction de l'intensité des soins et services⁷ et s'intégrer à la gestion de l'accès.

2. S'assurer, en continu, de la pertinence de l'hospitalisation (entrées, séjours, sorties)

- À l'entrée à l'hôpital de même que durant tout le séjour hospitalier le cas échéant, valider pour chaque patient les soins à donner à court terme et la pertinence d'une hospitalisation qui doit être en lien avec un besoin de surveillance clinique ou des soins qui ne peuvent être donnés à l'extérieur de l'hôpital;
 - L'utilisation d'algorithmes de triage déjà disponibles dans la plupart des spécialités est nécessaire, en les adaptant à la réalité locale et en adaptant les seuils pour tenir compte du manque de ressources;
- Pour les cas de chirurgie élective ou semi-urgente, les personnes qui sont susceptibles d'être plus à risque pour eux-mêmes et/ou pour les autres (p. ex. des patients n'ayant reçu aucune dose de vaccin ou des personnes fragiles susceptibles de contracter la COVID-19 et de développer des symptômes graves et des conséquences graves), la chirurgie doit être retardée, car le milieu hospitalier présente pendant cette période de crise un plus grand risque pour eux-mêmes et pour les autres patients;

⁵ Bouthillier, M-E., et al. (2022). Considérations éthiques et pratiques du retour au travail des Travailleurs de la santé en isolement (infectés ou exposés au SRAS-Cov-2), document soumis à Dre Opatrny pour le Comité directeur clinique.

⁶ Ceci peut, par exemple, inclure l'arrêt des dépistages massifs pour les travailleurs asymptomatiques et l'arrêt du cohortage en unité dédiée pour les patients COVID asymptomatiques admis pour un autre diagnostic

⁷ Voir la section « Implication des 4 axes sur la responsabilité professionnelle »

- Idem pour les investigations non urgentes d'une suspicion de maladie chez les patients à risque élevé de contracter la COVID-19 et de la transmettre;
 - Planification du départ dès l'admission pour 100 % de la clientèle en collaboration avec la famille, le médecin traitant et les équipes de gestion des admissions et des séjours/congés;
 - Une fois le patient admis, valider chaque jour pour chaque patient les soins à donner à court terme et la pertinence d'une hospitalisation, en lien avec un besoin de surveillance clinique ou des soins qui ne peuvent être donnés à l'extérieur;
 - Abaisser les seuils pour les congés hospitaliers afin de libérer plus rapidement les lits;
 - Identifier un objectif de réduire par exemple de 48 h la durée moyenne de séjour;
 - Revoir les suivis systématiques déjà en place pour réduire les activités cliniques au minimum et réduire la durée de séjour;
 - Suivi téléphonique au patient, par une infirmière ou le médecin traitant (ou un autre médecin) après 48h pour les congés précoces.
- 3. Soigner hors de l'hôpital, quand les patients n'ont pas ou plus besoin de surveillance clinique ou des soins qui ne peuvent être donnés hors de l'hôpital, en intervenant en première ligne**
- Solutions alternatives aux hospitalisations pour des usagers en perte d'autonomie ou pour raisons sociales pour éviter les hospitalisations;
 - Maintenir et développer les équipes SAD et SIAD (augmenter les équipes);
 - Voir aussi à regrouper ces usagers dans un site non traditionnel afin d'améliorer l'efficacité de ces équipes;
 - Mettre à profit les proches aidants pour prendre soin de leur proche à la maison pour 4 à 6 semaines⁸;
 - Donner un congé précoce à domicile;
 - Pour les personnes qui auraient nécessité un hébergement alternatif, demander aux proches aidants de reprendre leur proche et d'attendre 4 à 6 semaines avant une admission en CHSLD ou en RI;
 - Dans ces conditions, une discussion ouverte avec les proches aidants est importante pour évaluer leur capacité à prendre soin de leur proche; un soutien aux proches aidants devrait être envisagé (ligne téléphonique, enseignement, etc.);
 - Quand le retour à domicile n'est pas possible :
 - Voir la possibilité d'ouvrir des lits dressés fermés, avec des ratios minimaux de personnel et la collaboration des familles, pour offrir le gîte et les soins minimaux;

⁸ Il est envisageable que ces proches aidants doivent s'absenter du travail. Le cas échéant, on pourrait rappeler aux médecins d'émettre des attestations d'arrêt de travail pour justifier leurs absences. Des démarches pourraient parallèlement être faites pour voir comment soutenir ces proches aidants.

- Ou faire appel aux hôtels pour offrir gîte, couvert et surveillance de base; avec lien vers les services professionnels offerts par le CISSS/CIUSSS;
 - Maintenir les équipes en cliniques ambulatoires spécialisées pour éviter le recours à l'hospitalisation;
 - Rediscuter précocement le NIM⁹ avec les patients en fin de vie et ne pas transférer à l'hôpital les patients qui auraient peu de chances de se sortir de la COVID-19 ou d'une autre condition de santé; prévoir en ambulatoire les soins les plus appropriés à leur état de santé et qui sont possibles en pleine crise; allouer des ressources aux équipes qui procurent des soins de fin de vie hors de l'hôpital;
- Accès hors hospitalier aux services médicaux et au plateau technique;
 - Les GMF annulent les rendez-vous électifs sauf ceux des clientèles chroniques avec signes de décompensation et offrent des plages pour recevoir des patients préalablement triés par voie téléphonique pour en assurer la pertinence;
 - Favoriser les suivis téléphoniques ou en cliniques externes de façon quotidienne pour ces patients (les suivis pourraient être assurés par les médecins dont les tâches cliniques ont été réduites en raison du délestage);
 - Impliquer le pharmacien communautaire pour le suivi régulier des traitements en cours et les ajustements de médication;
 - Diriger ces patients vers les services de prélèvements en externe au besoin;
 - Réaliser les investigations et les évaluations cliniques en externe :
 - Des plages de rendez-vous en GMF sont réservées aux P4 et P5 de l'urgence et autres priorités si possible;
 - Des plages de rendez-vous en clinique ambulatoire spécialisée sont réservées aux patients de l'urgence;
 - Offrir davantage de service en médecine de jour;
 - Des plages horaires sont réservées à l'ensemble des plateaux techniques pour la clientèle de l'urgence et hospitalière;
 - Donner accès aux plateaux techniques hors des hôpitaux (cliniques de radiologie, laboratoires, GMF, etc.);
- À défaut d'offrir des soins palliatifs dans des conditions adéquates, donner accès à des soins palliatifs de dernier recours pour répondre au grand volume de patients qui requerraient des soins de confort;
 - Voir la possibilité d'ouvrir des lits alternatifs avec des ratios de personnel réduits pour offrir le gîte et les soins avec la collaboration des familles pour prendre soin de ces patients; ces lits alternatifs peuvent être des dressés fermés, un hébergement dans une autre installation du réseau, à l'hôtel ou dans des structures alternatives;
 - Voir, avec l'équipe de soins palliatifs en établissement et à domicile, comment assurer des soins palliatifs avec des ressources limitées et avec la collaboration des familles, en respectant la dignité des personnes quand tous ne pourront être soignés;
 - Voir avec les proches la possibilité qu'ils accueillent le patient et leur donnent les soins de base à domicile et leur donner une formation dans

⁹ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-395W.pdf>

l'administration des médicaments et la surveillance; les pharmaciens communautaires peuvent être impliqués pour l'ajustement des doses;

- Autant que possible, donner le choix et permettre au patient et à ses proches de décider du lieu d'hébergement (installation ou domicile).

4. Assurer la sécurité et redéfinir la qualité minimale des soins en contexte de pandémie dans la perspective de soigner le plus de personnes à intensité¹⁰ plus basse plutôt que de soigner moins de personnes à qualité optimale¹¹

- Assurer que toute activité non essentielle encore présente dans le RSSS et délestable soit délestée; ceci inclut activités des cliniques médicales privées, fertilité, CMS, GMF, etc.; les activités d'enseignement doivent être modulées à la réalité locale; il faut considérer que les étudiants peuvent être une main-d'œuvre consacrée à des actes non réservés et soutenir les professionnels dans leur travail;
- Utiliser tous les lits disponibles pour les patients COVID-19 ou non; ne pas garder des lits libres pour une clientèle ou une autre sauf pour certaines clientèles ayant des besoins particuliers (p. ex. les personnes immunosupprimées);
 - Garder une barrière minimale, soit ne pas mettre dans une même chambre des patients vaccinés et des patients non-vaccinés, de même que des patients infectés et non infectés;
- Créer des lits de soins intensifs temporaires au besoin (salle de réveil, etc.) si le besoin de lits de soins intensifs est plus grand en proportion que le besoin en lits d'hospitalisation en considérant les ressources humaines disponibles et les ratios de personnel requis;
- Revoir certaines pratiques médicales, comme la fréquence ou la pertinence de certains tests diagnostiques pour les patients hospitalisés ou pour donner un congé; favoriser plutôt le retour du patient en ambulatoire le lendemain du congé avec une plage de rendez-vous réservée;
 - La qualité minimale signifie, dans la perspective de soigner le plus de personnes avec le moins de ressources, redéfinir, pour chaque patient, la pertinence des soins en contexte de pandémie, de chaque acte clinique, leur caractère essentiel ou urgent, et décider du besoin d'une hospitalisation ou d'une redirection vers d'autres soins et services (voir matrice de priorisation en annexe);
- Abaisser les seuils pour les congés hospitaliers afin de tourner plus rapidement les lits;
- Poursuivre la priorisation des cas en chirurgie et tenter de maintenir le plus possible les chirurgies électives¹².

¹⁰ Intensité est entendu ici comme étant l'ensemble des soins requis par un usager en tenant compte de ses caractéristiques physiques, psychologiques, sociales, spirituelles et environnementales.

¹¹ L'annexe présente des outils de priorisation à utiliser quand un choix d'intensité de service doit être fait en mesurant l'impact de ce choix et les conséquences anticipées sur le patient.

¹² <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002935/?&date=ASC&annee=2021&critere=annee>

Gestion des cas et organisation des services

Composition des équipes de gestion des admissions (à l'urgence) et des séjours/congés (à l'hospitalisation)

Sous la responsabilité de la direction des services professionnels, les équipes de gestion des admissions et des séjours/congés sont composées de :

Équipe de gestion des admissions	Équipe de gestion des séjours/congés
Coordonnateur médical	Coordonnateur médical
Un membre de l'équipe multidisciplinaire	Coordonnateur de séjours/gestionnaire de lits
Travailleuse sociale, infirmière de liaison ou professionnel de la réadaptation	Un membre de l'équipe multidisciplinaire ou une infirmière de liaison
Patient-partenaire	Patient-partenaire
Éthicien ou gestionnaire	Éthicien ou gestionnaire

Dans certains établissements, une seule équipe peut remplir ces deux fonctions. Une équipe par installation peut être nommée ou une seule équipe peut couvrir le CISSS/CIUSSS.

Le rôle de ces équipes est d'agir d'abord en soutien à l'urgence et au volet hospitalier afin de prendre les décisions concernant la gestion des admissions/séjours/congés lorsque nécessaire pour assurer l'atteinte des objectifs décrits dans la sous-section qui suit. Ces équipes n'agissent pas en tant que spécialistes dans leur domaine, mais bien comme gestionnaires des admissions/séjours/congés. Étant donné le poids moral important des tâches qui leur incombent, il est important que les personnes composant ces équipes aient une grande expérience à la fois clinique et organisationnelle, et soient reconnues par leurs pairs.

Le rôle de l'infirmière de liaison est de s'assurer de coordonner l'ensemble des soins et services à offrir et d'assurer que le patient soit dirigé vers les bons services selon les décisions prises par l'équipe de gestion des admissions ou des séjours/congés.

Le rôle du patient-partenaire est de participer aux discussions sur la vigie quotidienne de la situation et de participer aux discussions pour traiter d'une situation particulière complexe. Le rôle de l'éthicienne/ien ou du gestionnaire est d'assurer le respect, la transparence et la cohérence du processus, d'identifier et traiter les situations d'ambiguïté procédurale ou de partialité possible, de soutenir la délibération et la résolution des conflits, et enfin de soutenir la résilience de l'équipe par des processus de débrefage et l'accès à un soutien psychologique et éthique si nécessaire.

Objectifs et fonctions des équipes

Les objectifs de ces équipes sont :

- Afin de soigner le plus de personnes avec le moins de ressources, soutenir les médecins d'urgence, les médecins spécialistes et tous les médecins de l'hôpital, de même que les équipes de soins et multidisciplinaires, pour redéfinir, pour chaque patient, la pertinence des soins en contexte de pandémie, de chaque acte clinique, leur caractère essentiel ou urgent, et décider du besoin d'une hospitalisation ou d'une redirection vers d'autres soins et services (voir matrice de priorisation en annexe);
- D'assurer la mise en place de paliers successifs d'intensité de soins avec ajustement des normes, selon le caractère essentiel ou urgent, de soins afin de répondre à la demande pour les hospitalisations au fur et à mesure de la

progression de la demande (selon que la demande de lits augmentera ou diminuera);

- D'assurer l'équité, entre les différents patients, d'accès aux lits, aux soins et services ainsi qu'au plateau technique requis par leur état de santé et en fonction des ressources disponibles et des paliers identifiés.

Ces équipes assumeront les fonctions suivantes à l'urgence et sur les unités d'hospitalisations :

- Valider chaque demande d'admission, incluant pour les chirurgies électives, en assurant que chaque patient est orienté pour répondre au minimum à ses besoins en évitant l'hospitalisation autant que possible;
- Faire des tournées quotidiennes pour évaluer la pertinence du maintien de chaque patient dans un lit d'hospitalisation par rapport à d'autres options de soins, et assurer que soient établis une date de départ et des critères de congé pour chaque patient;
- S'assurer que soient évaluées rapidement les conditions sociales des patients en attente d'admission ou en vue de leur congé de même que les soins en externe sont coordonnés (pansements, prélèvements, gestion de la médication).
- Que ce soit en évitant une admission ou en diminuant la durée d'un séjour, maximiser la réorientation de la clientèle vers l'ambulatorio, les plateaux techniques, etc., en assurant une disponibilité suffisante des plages horaires;
- Porter une attention particulière aux patients ayant les diagnostics suivants et qui représentent un grand volume d'hospitalisation, et pour lesquels les médecins spécialistes devraient particulièrement simplifier les protocoles de soins habituels en ajustant les normes de soins et les durées moyennes de séjour :
 - Insuffisance cardiaque;
 - Infarctus du myocarde;
 - AVC;
 - MPOC;
- Assurer le respect des DMS cibles pour les clientèles hospitalisées dont l'évolution clinique est prévisible en visant une DMS réduite de 48 h;
- Assurer que l'équipe traitante identifie, le plus rapidement possible après l'admission, les enjeux ou obstacles pouvant nuire à la planification du congé ou du départ et initier immédiatement les actions correctives;
- Assurer que les congés et admissions sont optimisés 7 jours sur 7 et en heure défavorable;
- Assurer, dès l'admission, l'implication du patient et de ses proches dans la planification des séjours et des départs;
- Coordonner la mise en place de mesures permettant le suivi efficace des hospitalisations en externe avec les équipes de SAD, SIAD, CLSC, GMF, CMS, cliniques privées, laboratoires, pharmacies, centres de rééducation/physio, etc. (accès aux plateaux techniques, suivis en GMF, en cliniques externes, en médecine de jour, en télémédecine, etc.);
- Optimiser les liens avec les familles, les proches aidants et la communauté dans le but de favoriser la planification efficace des congés et des départs;
- Au besoin, rapporter les situations complexes à l'équipe éthique et à la direction de l'établissement;

- La décision d'hospitaliser un patient est prise conjointement entre les médecins spécialistes concernés, le coordonnateur médical à l'hospitalisation et le coordonnateur médical à l'urgence;
- La décision relative au congé des patients est assurée par le médecin hospitaliste en collaboration avec le coordonnateur médical à l'hospitalisation.
- Coordonner les admissions et les séjours/congés avec les besoins de lits et avec la priorisation des chirurgies;
- Participer à la coordination, avec le DSP et la DSI, du nombre de lits à l'hospitalisation et aux soins intensifs en fonction des ressources disponibles et selon les besoins des patients;
- Assurer une vigie quotidienne de la situation globale des lits afin d'anticiper les engorgements possibles et permettre que des solutions alternatives supplémentaires soient mises en place pour désengorger l'hôpital; les conclusions de cette vigie sont communiquées au DSP;
- S'assurer que les patients orientés vers des soins palliatifs puissent finir leurs jours dans la dignité dans le cadre d'un accompagnement adéquat d'eux et de leurs proches autant en contexte hospitalier qu'à domicile.

Le formulaire d'évaluation en annexe du Protocole pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en situation extrême de pandémie présente des critères cliniques de chance de survie qui peuvent guider le travail des médecins dans l'évaluation des soins à offrir à un patient.

Communication avec le patient et ses proches

Dans le contexte extraordinaire de prestation de soins et services, il demeure la responsabilité de toutes et tous d'assurer une communication claire et transparente avec le patient et ses proches. Les raisons de ces mesures exceptionnelles doivent être expliquées et les orientations prises pour chaque patient visent à soigner collectivement le plus grand nombre. Des compromis par rapport à la situation idéale doivent être acceptés. Le médecin qui s'occupe du patient lui communiquera ce qui suit :

« Dans le contexte de la pandémie, il est préférable de vous orienter vers ... plutôt que de vous hospitaliser afin de répondre à votre besoin immédiat. À ce moment-ci votre famille est mieux placée pour vous soutenir. Lorsque l'hôpital sera désengorgé, nous pourrons revoir et fournir des soins plus complets. La demande de soins est actuellement énorme. Nous pourrons revoir votre situation quand la crise sera passée d'ici quelques semaines. »

Indicateurs de résultats

Les indicateurs présentés dans le tableau qui suit doivent être produits quotidiennement par les équipes de gestion.

Équipe de gestion des admissions	Équipe de gestion des séjours/congés
Nombre d'usagers en attente d'hospitalisation	Nombre d'admissions quotidiennes
Nombre d'usagers en attente d'hospitalisation par spécialité	Nombre de congés quotidiens
Nombre d'usagers redirigés vers des services sans hospitalisation	Durée moyenne de séjour
Taux de réinscription à l'urgence	Taux de réadmission à l'hospitalisation

Les médecins de ces équipes peuvent se séparer la couverture de l'ensemble des fonctions et se coordonner dans leurs travaux, ou travailler ensemble pour les réaliser.

Rôle de la/du directrice/eur des services professionnels, de la directrice des soins infirmiers et des directions cliniques

En soutien aux équipes d'admissions et de séjours/congés, la ou le directrice/eur des services professionnels, la directrice des soins infirmiers et des directions cliniques doivent :

- S'assurer qu'un coordonnateur médical soit nommé pour chaque installation pour l'urgence et l'hospitalisation;
- Impliquer les conseils professionnels (CMDP, CII, CM) dans la modification des rôles des médecins et autres professionnels dans la définition temporaire de la qualité minimale d'une part, mais aussi soutenir leurs membres et la redéfinition de leur rôle dans ce contexte de crise;
- S'assurer que les médecins d'urgence, les médecins spécialistes et tous les médecins de l'hôpital, de même que les équipes de soins et multidisciplinaires, changent de perspective, soit de ne plus chercher à seulement désengorger l'urgence, mais aussi éviter d'engorger les lits d'hospitalisation; à cet égard, la perspective de soins doit changer temporairement pour tolérer plus de risques tout en maintenant la sécurité minimale du patient;
- S'assurer de la couverture 7 jours/semaine des équipes de gestion des admissions et gestion des séjours/congés, que ces équipes sont facilement joignables, et qu'elles sont suffisantes pour répondre à la demande;
- Établir des durées moyennes de séjours (DMS) cibles pour toutes les clientèles, particulièrement pour les diagnostics les plus fréquents; ces DMS sont ajustées en fonction de la pression sur la demande de lits;
- Revoir certaines pratiques médicales, comme la fréquence ou la pertinence de certains tests diagnostiques pour les patients hospitalisés ou pour donner un congé; favoriser plutôt le retour du patient en ambulatoire le lendemain du congé avec une plage de rendez-vous réservée;
- Assurer une étroite collaboration et une communication fluide et efficace avec l'équipe des admissions, l'équipe des séjours/congés, les soins intensifs, le bloc opératoire et les cliniques externes;
- S'assurer que la priorisation des cas en chirurgie se poursuive en tentant de maintenir le plus possible les chirurgies électives dans les circonstances;
- S'assurer avec ses collègues directrices/eurs de maximiser les alternatives de soins hors de l'hôpital et qu'elles soient structurées, coordonnées et accessibles; ces alternatives touchent tant le SAD, les alternatives à l'hébergement, que l'accès aux plateaux techniques et aux médecins en première ligne;
- S'assurer que les CHSLD, les RI et les RPA puissent reprendre leurs usagers ou en admettre de nouveaux pour soutenir l'ensemble du RSSS;
- S'assurer des conditions et capacités minimales à la mise en place de soins palliatifs hospitaliers ou à domicile qui préservent la dignité des patients;
- S'assurer avec ses collègues des directions cliniques de l'équilibre de lits disponibles entre les soins intensifs, les lits d'hospitalisation, et les autres activités cliniques, dont les plateaux techniques en fonction des ressources disponibles;
- S'assurer de coordonner le début de la priorisation de l'accès aux soins intensifs en fonction des lits et ressources disponibles; dans le but de soigner le plus grand nombre possible, les ressources humaines sont allouées aux soins intensifs et aux lits d'hospitalisation en proportion du ratio des besoins

des patients en considérant le ratio de personnel pour soigner une personne aux soins intensifs par rapport à une personne hospitalisée;

- Assurer de maintenir en équilibre la pression sur les ressources entre les établissements, de concert avec le MSSS, par le transfert interétablissements de patients nécessitant des soins intensifs (avec le COOLSI) et de patients nécessitant une hospitalisation;
 - Une évaluation des ressources requises pour assurer les transferts doit être faite en fonction des bénéfices escomptés en termes de diminution de la pression de la demande de lits;
- S'assurer que les médecins pratiquant en clinique privée, en GMF et en CMS comprennent l'importance de la crise et soient mis à contribution en acceptant les patients transférés de l'hôpital (alternative à l'hospitalisation ou au congé), et en évitant de transférer leurs patients à l'urgence sauf lorsqu'incontournable.

L'application des 4 axes d'intervention à l'ensemble du réseau de la santé doit être le plus uniforme possible afin de tenter, au mieux possible et en considérant les limites du COOLSI et du transport ambulancier et médical, de soutenir les établissements voisins si un établissement subit moins de pression sur la demande de lits.

Implication des 4 axes sur la responsabilité professionnelle

Dans le contexte de la 5^e vague de COVID-19 où les projections d'utilisation des lits d'hospitalisation sont catastrophiques, il apparaît éthiquement justifiable de soigner le plus de personnes à intensité plus basse plutôt que de soigner moins de personnes avec une intensité optimale et de laisser ainsi de nombreux patients sans soins. L'intensité de soins doit être décidée dans ce contexte en veillant à assurer suffisamment de soins pour stabiliser l'état de la personne de manière à éviter des mortalités évitables et à réduire les morbidités subséquentes. En ce sens, les 4 axes d'interventions organisationnelles et cliniques proposés dans ce document deviennent la nouvelle norme à appliquer pendant les semaines (4 à 6) que durera la crise. En effet, avec la 5^e vague, plusieurs personnes risquent de subir de graves conséquences, pouvant aller jusqu'à la mort, à défaut d'appliquer ces nouvelles normes temporaires. Ces dernières pourraient cependant faire courir des risques médico-légaux aux soignants qui les suivraient. Conséquemment, le gouvernement doit utiliser les outils législatifs à sa disposition pour soutenir l'application de ces 4 axes d'intervention. Le MSSS et les ordres des professions de la santé du Québec (le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, etc.) pourront alors favoriser l'adoption de ces axes comme normes temporaires acceptables, apporter les précisions sur les éléments légaux et les aspects déontologiques à adapter, et transmettre une communication formelle à leurs membres à cet effet. De plus, l'ACPM devrait se prononcer aussi en ce sens pour les médecins et émettre un avis clair sur cette question.

En ce qui concerne en particulier le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'adaptation des repères déontologiques à l'urgence sanitaire, le CMQ avait repris en 2020 l'avis de position de 2008 sur les urgences sanitaires¹³ et avait mis à jour les articles du code de déontologie pertinent. Cet avis de position prévoit notamment l'application des obligations déontologiques avec discernement selon les circonstances, le travail des médecins retraités et des étudiants, l'interdisciplinarité, etc.

¹³ <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2008-05-01-fr-medecin-et-urgences-sanitaires.pdf>

Le CMQ appuie d'ores et déjà la gestion efficace de la pression sur la demande de soins, la priorisation ou le report des investigations et des traitements non urgents qui ne souffriront pas d'un délai, et la recherche de la prise en charge la moins lourde pour une utilisation appropriée des ressources afin d'éviter l'iatrogénèse, le déconditionnement et la désinsertion sociale. Les professionnels de la santé ne sont pas formés pour appliquer de telles normes minimalistes. Des directives claires doivent être données en ce sens à tous, de même qu'un soutien lors de situations complexes, par exemple par les éthiciens ou des cliniciens de grande expérience. Malgré cela, il est à prévoir que l'application de ces normes temporaires sera inégale au niveau des praticiens individuels. Ceux-ci ne sont pas formés à cela et un certain niveau de résistance doit être envisagé, malgré le fait que lors de conversation théorique, un certain consensus à cet effet apparait. Des modèles de rôles cliniques seront très valables dans de telles situations.

L'application de telles normes temporaires risque de provoquer une détresse morale et empirer le sentiment d'épuisement du personnel. Des mesures de soutien au personnel doivent continuer à être une priorité.

Dans le contexte où les ressources professionnelles manquent grandement, les étudiantes et étudiants aux différentes professions de la santé devraient être mis à contribution pour soigner les patients, que ce soit en milieu hospitalier, dans les autres milieux de soins, à domicile ou dans les milieux alternatifs. Ces étudiantes et étudiants peuvent soit être en soutien aux professionnels, soit accomplir des actes non réservés, ou donner de la formation. Le CMQ rappelle que les résidents en surspécialité médicale ayant un certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou du Collège des médecins de famille du Canada et un permis d'exercice peuvent exercer la médecine en dehors des centres où ils poursuivent leur formation et que les résidents sans certificat ni permis peuvent accomplir les actes professionnels, sous supervision, s'ils ont la formation et la compétence requises. Ils sont habilités à le faire par la carte de stage qui offre une mobilité inter-services, inter-programmes et inter-installations.

Les autres ordres professionnels devraient aussi se prononcer sur ces questions. L'engagement explicite et public des différentes universités et facultés serait aussi prioritaire.

Enfin, les gestionnaires dirigeants des établissements devraient réduire les obligations au regard des tâches administratives des professionnels afin que ceux-ci consacrent plus de temps aux patients. Pour le CMQ et l'OIIQ, cependant, l'allègement des tâches administratives ne doit pas se traduire par un non-respect du règlement applicable sur la tenue des dossiers, le dossier médical étant un important outil de sécurité, de continuité de soins, de protection médico-légale et de contrôle de qualité. Des gains d'efficacité pourraient être obtenus avec le passage au numérique, le support administratif, le dossier électronique et les moyens de communication.

Implication des 4 axes sur l'ensemble des ressources du réseau

La 5^e vague de la pandémie cause un grand stress sur les ressources humaines du RSSS en plus de la fatigue qui est très présente. Par transparence et respect, il est important d'aviser toutes ces personnes des 4 axes et de l'horizon de temps de leur application tout en maintenant les moyens de soutien organisationnels et par les pairs.

Impliquer la population dans l'adaptation des soins et services à la pandémie

Une communication transparente et un appel à la population doivent être faits pour qu'elle participe à l'effort pandémique pour les 4 à 6 semaines à venir, pour informer que le réseau fonctionne en mode crise et que chacun doit donc contribuer personnellement à donner les soins au plus grand nombre. C'est une question de vie pour plusieurs. Il faut aussi aviser la population de n'amener un proche à l'hôpital qu'en dernier recours seulement, et d'appeler le 811 ou leur médecin de famille¹⁴ afin d'obtenir un avis professionnel sur les bonnes actions à prendre permettant d'accroître la sécurité du proche et de limiter le recours inapproprié aux services maintenus par le réseau.

Il doit être communiqué à la population que les mesures d'exception prises ici visent à n'abandonner personne, mais plutôt de donner un minimum de soins au plus grand nombre. L'objectif est de préserver la dignité de chaque personne et d'assurer un minimum de sécurité avec les ressources disponibles. C'est pour ces raisons que la collaboration des proches aidants et de la population est sollicitée. Leur contribution peut être significative. Enfin, un appel pour mobiliser des volontaires dans la population devrait être lancé pour donner un coup de main au maintien des soins de base (en sollicitant des personnes sans formation nécessaire préalable), que ce soit au sein des établissements ou de la communauté.

Autres questions éthiques

À l'instar des travaux sur le retour au travail des travailleurs de la santé en isolement exposés ou infectés au SRAS-CoV-2, le comité estime qu'en situation de crise, le personnel n'avise pas le patient s'il est infecté ou non sauf s'il y a bris des mesures de protection.¹⁵ Cette information devrait aussi être bien connue du grand public.

¹⁴ Il est essentiel que les médecins de famille et le personnel du 811 reçoivent une formation adéquate concernant ces changements et leur rôle dans le présent contexte.

¹⁵ Bouthillier, M-E., et al. (2022). Considérations éthiques et pratiques du retour au travail des Travailleurs de la santé en isolement (infectés ou exposés au SRAS-Cov-2), document soumis à Dre Opatny pour le Comité directeur clinique.

Annexe : Outils de priorisation

Outil de prise de décision pour aider à la planification des soins et au partenariat patient

Ces questions peuvent aider les équipes cliniques à créer des plans de soins en partenariat avec le patient pendant les périodes d'afflux important et/ou de contraintes significatives en matière de ressources humaines en santé qui peuvent nécessiter une modification de la norme de soins et donc présenter des risques pour le patient. Selon la population de patients, toutes les questions ne seront pas pertinentes.

Critère	Éléments à prendre en compte
Résultats et impacts pour le patient	• Appliquer l'outil de hiérarchisation (ci-dessous) pour déterminer le niveau de priorité des services et activités cliniques, si cela est approprié et nécessaire en fonction du contexte.
Risque pour le patient (retarder traitement/la procédure)	• Pendant combien de temps le traitement peut-il être reporté avant de constater un déclin de l'état du patient? • Quel impact le report du traitement aura-t-il sur l'issue favorable/le pronostic? • Les conditions médicales/symptômes peuvent-elles être raisonnablement gérées en attendant le traitement/la procédure?
Risque pour le patient (sortie)	• Le patient peut-il être soigné dans un autre endroit ? • La sortie du patient du traitement/programme modifiera-t-elle son état de santé général ? Le résultat ? Le pronostic ? • Si l'état du patient s'aggrave, peut-il être pris en charge en tant que patient externe ? • L'état de santé peut-il être raisonnablement géré à domicile avec une communication/contact virtuel ? • La sortie du patient entraînera-t-elle une augmentation des visites aux urgences et/ou la nécessité d'une hospitalisation ?
Préférences du patient et impact sur la qualité de vie	• Les objectifs et les souhaits/valeurs du patient ont-ils été explorés avec le patient/SDM, et documentés ? Les ressources disponibles sont-elles alignées sur les objectifs/souhaits du patient ? • Quelle est l'expérience quotidienne des patients ? Le soulagement de la douleur et de la souffrance (physique, émotionnelle, spirituelle) peut-il être raisonnablement géré ? • Les proches aidants ont-ils un rôle à jouer pour soutenir les soins ?
Considérations relatives aux prestataires de soins de santé et au système	• Le fait de fournir un traitement ou une intervention au patient exposera-t-il les soignants à un risque supérieur à la normale ? • La modification de la norme de soins aura-t-elle un impact sur d'autres populations de patients ou sur la communauté ?

Matrice de priorisation des patients

Cette matrice de priorisation des patients peut être adaptée à diverses populations de patients afin de promouvoir une approche transparente, cohérente et fondée sur des

données probantes pour la priorisation des services et activités cliniques, qui favorise un accès équitable et fondé sur des principes aux soins en fonction des résultats/impacts pour les patients.

Priorité	Condition : curatif vs chronique / palliatif*	Risque de mortalité	Et/ou	Risque pour les AVQ**, le développement*** et/ou la qualité de vie	Disponibilité d'une intervention alternative
1	Tout	L'état de santé menace immédiatement le pronostic vital sans l'intervention	Ou	Une déficience fonctionnelle grave et durable ou un impact négatif grave sur le développement est à prévoir sans l'intervention	Aucune alternative acceptable n'existe
2	Tout	Un bénéfice majeur en termes de survie existe avec l'intervention	Ou	Une déficience fonctionnelle durable, un impact négatif important sur le développement ou une altération de la qualité de vie sont à prévoir sans l'intervention	Aucune alternative acceptable n'existe
3a	Curatif	Un bénéfice en termes de survie est attendu avec l'intervention	Ou	Une déficience fonctionnelle durable ou un impact négatif modéré sur le développement ou une altération de la qualité de vie est possible sans l'intervention	Des alternatives peuvent exister, mais ne sont pas censées apporter la même ampleur de bénéfice
3b	Chronique/ palliatif	Un bénéfice en termes de survie est attendu avec l'intervention	Ou	Une déficience fonctionnelle de longue durée ou un impact négatif modéré sur le développement ou une dégradation de la qualité de vie est possible sans l'intervention.	Des alternatives peuvent exister, mais ne sont pas censées apporter la même ampleur de bénéfice Voir avec le patient la capacité de gérer sa maladie à domicile
4a	Résoluble - Curatif	Un bénéfice en termes de survie peut exister avec l'intervention	Et	L'intervention devrait améliorer la qualité de vie	Des alternatives peuvent exister, mais ne devraient pas apporter la même ampleur de bénéfice
4b	Chronique / Palliatif*	Un bénéfice en termes de survie peut exister avec l'intervention	Et	L'intervention est censée améliorer la qualité de vie et comporte une faible probabilité d'effets néfastes	Des alternatives peuvent exister, mais ne devraient pas apporter la même ampleur de bénéfice Voir avec le patient la capacité de gérer sa maladie à domicile
5	Tout	L'intervention n'est pas censée	Et	L'intervention est censée améliorer la qualité de vie et	Des alternatives peuvent exister, mais ne devraient pas

Priorité	Condition : curatif vs chronique / palliatif*	Risque mortalité de	Et/ou	Risque pour les AVQ**, le développement*** et/ou la qualité de vie	Disponibilité d'une intervention alternative
		modifier l'espérance de vie		comporte une faible probabilité de préjudice	apporter la même ampleur de bénéfice
6	Tout	L'intervention n'est pas censée modifier l'espérance de vie	Et	L'intervention peut améliorer la qualité de vie, mais comporte un risque important d'effets néfastes	D'autres solutions existent, mais ne sont pas préférées par le patient
7	Tout	L'intervention n'est pas censée modifier l'espérance de vie	Et	L'intervention peut améliorer la qualité de vie, mais comporte un risque important d'effets néfastes	Il existe des alternatives associées à l'équilibre entre le patient et le fournisseur

* Le terme "palliatif" fait référence à des conditions non curatives où l'objectif de l'intervention est d'améliorer la qualité de vie. Il n'y a pas de présomption de la durée de l'espérance de vie avec l'utilisation de ce terme dans le contexte de ce schéma de catégorisation.

** Le terme "déficience fonctionnelle" fait référence aux limitations dues à la maladie, les personnes atteintes d'une maladie pouvant ne pas accomplir certaines fonctions dans leur vie quotidienne.

*** Le terme "impact sur le développement" reconnaît que, dans la population pédiatrique, certaines interventions peuvent ne pas prévenir spécifiquement la mortalité, la morbidité ou le handicap, mais plutôt promouvoir le potentiel de développement d'un enfant, avec des conséquences à vie pour son avenir.

RÉFLEXION ÉTHIQUE SUR LA QUESTION DE LIMITER L'ACCÈS AUX SOINS AUX PERSONNES NON-VACCINÉES

À l'attention de D^{re} Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe
Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et
pharmaceutiques

En support au *Guide pour la priorisation et la gestion des
hospitalisations en courte durée en contexte de pandémie de COVID-19*

Mandat octroyé par Dre Lucie Opatrny, Présidente du Comité directeur clinique COVID-19
Erratum : Document réalisé sous l'initiative des membres du Comité éthique COVID-19 dans une visée pédagogique.

Membres du groupe de travail (ordre alphabétique)¹, composé des membres du Comité éthique COVID-19

Karine Bédard, conseillère en éthique, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Marie-Eve Bouthillier, éthicienne, mandataire, présidente Comité éthique COVID-19

Michel Désy, conseiller en éthique, INSPQ

David Hughes, conseiller en éthique, Commission de l'éthique en science et en technologie

Ana Marin, conseillère en éthique, CISSS de Chaudière-Appalaches

Isabelle Mondou, conseillère en éthique clinique, CMQ

Chantale Pilon, conseillère cadre en partenariat avec les usager(e)s et en éthique clinique et organisationnelle, CISSS de la Montérégie-Ouest

Ghislaine Rouly, patiente partenaire CEPPI

Stagiaires en éthique clinique

Annie Liv, étudiante au doctorat en éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal
Fleur Le Bourgeois, étudiante à la maîtrise en éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Vanessa Finley-Roy, étudiante à la maîtrise en éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Gabrielle Bujold, étudiante à la maîtrise en éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Rédaction

L'ensemble des membres ont participé à la rédaction.

Révision

L'ensemble des membres ont révisé la version finale.

D'autres réviseurs ont commenté le document, nous les remercions :

Nathalie Labrecque, directrice des services hospitaliers, MSSS

Véronique Paradis, inf. MSc inf, conseillère exécutive DGASHMPC, MSSS

Isabelle Ganache, éthicienne, professeure adjointe de clinique, Université de Montréal et INESSS

Catherine Olivier, éthicienne, professeure adjointe de clinique, Université de Montréal et INESSS

Dre Shannon Fraser, CIUSSS CODI

Michel Lorange, Ph.D., M.Sc., éthicien clinique et organisationnel, CISSS de Laval

¹ Les conclusions et les recommandations de ce document ne reflètent pas forcément les positions des organisations auxquelles sont rattachées les personnes réunies aux fins de son élaboration.

DEVRAIT-ON LIMITER L'ACCÈS AUX SOINS AUX PERSONNES NON-VACCINÉES CONTRE LA COVID-19 ?

Après deux ans de pandémie, il est compréhensible que les soignants et la population ressentent de la frustration, de la colère, pouvant aller jusqu'à de la fatigue de compassion face aux personnes non-vaccinées. Avec la 5^e vague causée par la propagation fulgurante du variant Omicron du SRAS-CoV-2, les risques de dépassement des capacités hospitalières remettent sur la table les questions de priorisation de l'accès aux soins en contexte de pénurie sévère de ressources. Dans ce contexte, plusieurs avancent que les non-vaccinés privent d'autres personnes des soins dont ils ont besoin.

Un groupe de travail constitué de membres du Comité éthique COVID-19 a réfléchi à la question de la limitation de l'accès aux personnes non-vaccinées afin de fournir un éclairage éthique, de nourrir la réflexion et de soutenir la prise de décision. Dans ce texte qui tente de rester bref, le groupe de travail présente et évalue la validité des principaux arguments avancés en faveur ou en défaveur de la limitation de l'accès aux soins aux personnes non-vaccinées contre la COVID-19.

1. CONTEXTE

- Différentes formes possibles de limitations d'accès aux soins : Refuser de soigner, arrêter un traitement, déprioriser, faire payer les soins.
- Il existe également des pénalités telles que d'imposer des mesures fiscales. Ces éléments ne sont pas directement abordés dans le présent texte.
- Objectif d'une éventuelle limitation d'accès pour les personnes non-vaccinées : Réduire la surcharge du système par les cas COVID-19 et son impact négatif : 1) sur les patients qui attendent pour recevoir leurs soins (p. ex. : chirurgies), 2) sur l'organisation des services et 3) les soignants.
- Bénéfices de la vaccination : Réduit les risques d'infection, de transmission, d'hospitalisation et de décès. Par exemple, en date du 11 janvier 2022, le risque d'hospitalisation est 7,0 fois plus élevé pour les personnes non-vaccinées et celui de nécessiter des soins intensifs est de 13,8 fois plus élevé que pour les personnes vaccinées².
- Taux de vaccination populationnel : En date du 12 janvier 2022, 89,7 % des personnes de 12 ans et plus sont adéquatement vaccinées et 57,0 % des 5 à 11 ans ont reçu une première dose³. Est-il justifiable de viser 100 % de vaccination considérant les moyens et les efforts requis pour y parvenir ?
- Profil des personnes non-vaccinées : Différents facteurs peuvent conduire une personne à ne pas se faire vacciner : facteurs médicaux⁴, épistémiques, socio-économiques et culturels⁵. Il est aussi utile de rappeler que le fait de ne pas être vaccinée ne signifie pas qu'une personne est contagieuse. Il faut avoir été infecté au SRAS-CoV-2 pour devenir contagieux. Par ailleurs, une personne non-vaccinée n'est pas nécessairement moins respectueuse des autres mesures sanitaires qu'une personne vaccinée.

² [20-210-382W infographie sommaire-executif.jpg \(1632×1411\) \(quebec.ca\)](#)

³ INSPQ 2022a.

⁴ Notons qu'il y a très peu d'exemptions pour des raisons médicales.

⁵ Rousseau et al. 2021.

2. ARGUMENTS AVANCÉS POUR LIMITER L'ACCÈS

2.1 Éviter les soins inappropriés et maximiser les probabilités de réussite des interventions médicales

- Dans la pratique clinique habituelle, il est normal de ne pas offrir un soin s'il n'est pas cliniquement approprié (déontologie). Si le statut vaccinal peut affecter la réussite de l'intervention, il pourrait être justifié de limiter l'accès pour des raisons médicales. La transplantation d'organes est un bon exemple puisque celle-ci pourrait requérir l'immunosuppression continue du patient⁶.
- En situation de rareté significative des ressources, il faut avant tout maximiser les bénéfices. Dans ce contexte, il importe d'évaluer la condition clinique du patient de manière à déterminer le niveau de priorité des soins (triage, priorisation)⁷. Les critères habituels de priorisation sont : 1) la sévérité de la condition clinique; 2) l'urgence d'intervenir; 3) la probabilité de succès (*outcome*)⁸. Tenir compte de la probabilité de succès permet de maximiser les bénéfices de santé à partir de ressources limitées.
- Attention - nuance importante : Des études ont établi que la vaccination réduit les risques d'infection sévère et les décès, mais on ne sait pas si elle augmente les probabilités de survie post-traitement chez les patients vaccinés atteints de COVID-19 sévère⁹.
- À retenir : Ne pas être vacciné contre la COVID-19 ne devrait pas entraîner un refus automatique de soins appropriés, mais être considéré comme un facteur de risque clinique comme les autres dans l'évaluation des probabilités de succès d'une intervention médicale¹⁰.

2.2 Protection des soignants et des autres patients contre la COVID-19

- Toutes les mesures reconnues comme efficaces pour diminuer/éviter la transmission devraient être adoptées. Or, la vaccination est l'une de ces mesures.¹¹
- Selon cet argument, il serait éthiquement acceptable d'exiger la vaccination pour travailler auprès des patients ou avant de recevoir des soins de manière à protéger :
 - 1- les travailleurs de la santé (ci-après TdS), qui constituent une force de travail à préserver nécessairement dans le contexte;
 - 2- et les autres usagers en milieu de soins, plus vulnérables que le reste de la population.
- À retenir : Le statut vaccinal d'une personne n'est pas une raison suffisante pour limiter l'accès aux soins, étant donné la protection mitigée contre la transmission conférée par celle-ci et à cause de l'existence d'autres moyens (ÉPI, etc.) pour protéger les TdS¹² et les autres usagers contre ce risque.

⁶ Kuczewski et al. 2021.

⁷ Schuman et al. 2022

⁸ "As a general principle of medical ethics, when there's not enough of something for every patient in need, those who are the most likely to survive and live the longest are generally given higher priority" (Teagarden et Caplan 2021); Wikler 2021.

⁹ "While there is strong evidence that Covid-19 vaccination decreases [the risks of] severe infection and death (...), there is inadequate information at this time regarding the survival outcomes of matched vaccinated versus unvaccinated critically ill Covid-19 patients. Furthermore, not all vaccines are created equal. The relationships between each vaccine and the interactions of different patient demographics or pre-existing diseases with resultant survival outcomes are undoubtedly complex and currently unknown" (Chuan et al. 2021).

¹⁰ "If an unvaccinated patient's vulnerability to serious complications of coronavirus infection predicts a poorer outcome than might be anticipated in a rival patient, this too might legitimately lower priority, as risk factors do in many triage contexts. But this would not in itself justify a default choice based on vaccine status. The vaccinated patient might have risk factors that predict the poorer outcome" (Wikler 2021); "(...) if vaccination status were to be considered, it would only be one of several factors that might help predict patient survival and not a blanket exclusionary factor for receiving critical care resources" (Chuan et al. 2021); Gökmen et al. 2021.

¹¹ INSPQ, 2022b.

¹² Yassi et al. 2021.

2.3 Incitation à la vaccination, envoyer un message aux non-vaccinés

- Incitation : Si le doute était permis en 2020, il est indéniable aujourd'hui que la vaccination de la population a des effets bénéfiques, pour chaque individu, en réduisant son risque de développer des symptômes sévères et pour l'ensemble de la population, en limitant la transmission du virus et en réduisant considérablement le risque d'hospitalisation et donc une pression induite sur l'ensemble du système de santé. (c.f.1)

La société a donc intérêt à vacciner l'ensemble des citoyens. Pour le faire, différentes mesures incitatives peuvent être mises en place (information juste, gratuité et disponibilité des vaccins, etc., mais aussi loterie, passeport vaccinal, etc.).

- Coercition : Limiter l'accès aux soins des personnes non-vaccinées pour les inciter à se faire vacciner représente une approche incitative plus coercitive¹³. Sur le plan de l'éthique, les approches coercitives méritent une justification convaincante.

Les approches coercitives peuvent réussir à convaincre une partie des personnes hésitantes face à la vaccination. Par analogie, l'instauration du passeport vaccinal semble avoir un effet positif sur l'intention à se faire vacciner. Mais limiter l'accès aux soins serait-il efficace pour amener les personnes à se faire vacciner ? Il est permis d'en douter. Il restera toujours une partie de la population qui refusera de se faire vacciner. De plus, ce type de mesure contribuerait à la polarisation de l'opinion des plus radicaux face à la vaccination et à leur marginalisation.¹⁴

- Effet pervers : De plus, si l'objectif ultime de la vaccination est d'améliorer la santé de la population, refuser l'accès aux soins de certains va dans le sens contraire et pourrait empêcher le recours aux soins par des personnes malades non-vaccinées, en particulier celles atteintes de la COVID-19.
- À retenir : Inciter et convaincre est certainement bénéfique. Contraindre l'est beaucoup moins.

2.4 Réciprocité et mérite

- Selon l'argument du mérite, ceux qui se sont fait vacciner l'ont fait pour eux, mais aussi pour les autres. Ils ont pris un certain risque pour les autres. Ils méritent donc d'être avantagés dans l'accès aux soins, par rapport à ceux qui, inversement, pouvaient se faire vacciner, mais ont choisi de ne pas le faire, en dehors d'une contre-indication médicale.
- Cependant, l'argument nécessiterait de départager les cas en fonction de la légitimité des raisons ayant motivé le choix de ne pas se faire vacciner (cf. 3,2)¹⁵. Qui en déciderait ? Selon quels critères ?
- Il est raisonnable de concevoir qu'une grande partie des personnes vaccinées l'ont fait pour leur propre santé et celle de leurs proches, ou encore pour accéder à des activités et services réservés aux personnes vaccinées. Par ailleurs, il est possible que certaines personnes non-vaccinées puissent être victimes de désinformation, de pressions des pairs et d'un manque de ressources personnelles et sociales pour s'en prémunir¹⁶. Être pénalisé parce que l'on refuse de se faire vacciner présuppose un choix libre et éclairé ainsi qu'une responsabilité individuelle entière. Prenons l'exemple d'une victime de violence conjugale sous le joug d'une personne antivaccin. Comment établir la qualité du choix effectué par la personne qui refuse la vaccination ?

¹³ Teagarden et Caplan 2021.

¹⁴ Par exemple, une étude britannique sur l'efficacité des passeports vaccinaux montre que leur mise en œuvre a contribué à convaincre une certaine partie de la population non-vaccinée à le faire, mais a aussi provoqué une polarisation des refus chez ceux qui ne l'ont pas fait (De Figueiredo, Larson & Reicher, 2021).

¹⁵ Chuan et al. 2021; Coggon 2021.

¹⁶ Appiah 2021; Renkl 2021; "There is a profound moral case against propagators of anti-vaxx movements because of the grotesquely harmful disinformation they promote. However, general targeting of those who refuse to be vaccinated serves as highly punitive victim blaming; it targets those who have been misled, rather than those who misled" (Coggon 2021).

Est-ce que les raisons évoquées pour refuser la vaccination sont toujours illégitimes ? Est-ce qu'une personne non-vaccinée est nécessairement moins responsable et précautionneuse qu'une personne vaccinée¹⁷, en particulier au regard des autres mesures de protection contre la COVID-19 ?¹⁸

- Similarité avec d'autres comportements à risque¹⁹. Par exemple, on ne limite pas les traitements contre le VIH/SIDA pour les personnes ayant des rapports sexuels non-protégés. Même chose pour les traitements à la suite d'un accident chez les personnes qui conduisent en état d'ébriété.
- Le fait que les personnes non-vaccinées risquent de tomber gravement malades et mourir est déjà une forme de rétribution. Ne pas les soigner implique peut-être une double victimisation ou encore de blâmer la victime. Il n'est donc pas clair que pénaliser les non-vaccinés favorise l'équité.
- La responsabilité en fonction de l'âge du patient non-vacciné : Serait-il acceptable de refuser des soins aux enfants de 5 à 13 ans sachant qu'ils ne sont pas entièrement responsables de décider de leurs soins ? Serait-il acceptable de refuser des soins aux mineurs de 14 à 17 ans ?
- À retenir : Limiter l'accès aux soins pour des raisons de réciprocité et de mérite pourrait ouvrir la porte à des jugements de valeur arbitraires et, par conséquent, à de la discrimination ou encore à de l'exclusion de personnes vulnérables.

3. ARGUMENTS CONTRE LA LIMITATION DE L'ACCÈS

3.1 Devoir de soigner

- Les soignants ont le devoir de porter assistance aux personnes qui en ont besoin, y compris si elles ne sont pas vaccinées²⁰. « Le Collège rappelle que les médecins doivent déployer des moyens raisonnables pour dispenser des soins à ces personnes, comme aux autres. Par mesure de précaution, le recours aux soins virtuels, lorsque cela est possible ou l'aménagement de plages horaires consacrées aux patients non-vaccinés pourrait être envisagé. »²¹.
- Selon l'article 23 du *Code de déontologie des médecins* de Québec, « Le médecin ne peut refuser d'examiner ou de traiter un patient pour des raisons reliées à la nature d'une déficience ou d'une maladie ou au contexte dans lequel cette déficience ou cette maladie présentée par ce patient est apparue (...) »²².
- Ne pas soigner les personnes infectées non-vaccinées pourrait aussi contribuer à la transmission de la COVID-19. Celles-ci pourraient être à la source d'éclotions. Il y a donc un bénéfice populationnel important et une diminution des risques collectifs dans le fait de soigner les personnes non-vaccinées. En effet, exclure les personnes non-vaccinées des soins requis pour traiter la COVID-19 peut amener celles-ci à cacher leur infection et contribuer à accroître la propagation du virus dans la population.

¹⁷ "While highly significant, vaccination is one of many choices individuals make to reduce the risk of infection, severe disease, and death. A critically ill person who has not been vaccinated due to fear of vaccination might have taken other measures to reduce her risks of Covid. How should we decide between her and a critically ill vaccinated person who has not complied with other public health measures or who might even have engaged in high-risk behaviors such as nonessential travel to a place with high community transmission?" (Chuan et al. 2021);

¹⁸ "An exclusive focus on the irresponsibility of refusing vaccination begs questions about other points where poor moral responsibility may also be in question, but which are not being given as a ground for deprioritisation. For example, it is not clear why the NHS would not instead, or as well, deny treatment for people who have breached social distancing rules. There is no obviously non-arbitrary way of answering the question 'why, in this context, single out responsibility based on non-vaccination?'" (Coggon 2021).

¹⁹ Renkl 2021.

²⁰ Wikler 2021; Smith 2021; Teagarden et Caplan 2021, Cruz-Maxwell et al., 2021, Kaplan et Fletcher 2021.

²¹ Collège des médecins du Québec 2021.

²² *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c M-9, r 17.

- Lorsque les soins sont urgents, le seul fait que les personnes sont non-vaccinées ne peut constituer une raison de limiter les soins. Mais lorsque les soins ne sont pas urgents, peut-il être raisonnable d'exiger la vaccination²³ ? Pour des soins de routine, peut-il être raisonnable de refuser de soigner un patient non-vacciné²⁴ ? Des soins qui sont planifiés d'avance permettent la mise en place d'autres mesures qui limitent la transmission.
- En situation de crise sévère, les soins non-urgents et de routine devraient être mis sur pause pour tous les patients.
- À retenir : Les soignants ont le devoir de soigner. Il ne leur appartient pas de limiter l'accès aux soins. Diverses mesures peuvent être prises pour adapter les soins afin de prévenir le risque de transmission.

3.2 Accroissement des inégalités de santé

- Le choix de ne pas se faire vacciner contre la COVID-19 est souvent associé à des facteurs socio-économiques et culturels. Or, ces facteurs sont des déterminants sociaux de la santé. La limitation de l'accès risque donc de reproduire et d'amplifier les inégalités de santé liées à ces mêmes facteurs²⁵. Certains verraient se dégrader leur état de santé déjà précaire.
- À retenir : Limiter l'accès aux soins aux personnes non-vaccinées risquerait d'accroître les vulnérabilités de certaines personnes déjà marginalisées.

3.3 Accroissement du manque de confiance envers les autorités

- Certains Québécois considèrent, après 20 mois de pandémie, que le « gouvernement et les médias exagèrent par rapport à la COVID-19 »²⁶. Des enquêtes démontrent également une diminution de la confiance envers les autorités politiques et médicales²⁷. La confiance (ou la méfiance) envers les autorités est un des éléments qui expliquent l'hésitation vaccinale²⁸ et par conséquent, le refus de la vaccination peut être relié à « une méfiance contre toute forme d'obligation imposée par l'État »²⁹. La pression à se faire vacciner risque d'augmenter cette méfiance.³⁰ Ceci pourrait avoir des effets à long terme sur l'adhésion à d'autres campagnes reliées à la santé et ultimement contribuer à la marginalisation, comme les autres facteurs mentionnés plus haut (c.f. 2.4).
- À retenir : Pour certaines personnes hésitantes à se faire vacciner, la pression augmente la méfiance envers les autorités. En retour, l'augmentation de la méfiance contribue à réduire la cohésion sociale.

²³ Wikler 2021.

²⁴ Smith 2021.

²⁵ "Such an approach, however, could well increase systemic inequities in the allocation of critical care resources. For example, members of particular communities in the U.S. face systemic disadvantages in health care access and generally lack trust in health or governmental authorities because of current and historical injustices perpetrated by these authorities. Thus, for some individuals a personal "choice" not to be vaccinated may be grounded in (...) justifiable mistrust—and these choices follow predictable patterns" (Chuan et al. 2021).

²⁶ INSPQ 2021.

²⁷ Escasain et al. 2021.

[Une comparaison de la compréhension publique de la pandémie de COVID-19 entre 2020 et 2021 | Unisanté \(unisanté.ch\)](#)

²⁸ « In the "3 Cs" model, *confidence* is defined as trust in (i) the effectiveness and safety of vaccines; (ii) the system that delivers them, including the reliability and competence of the health services and health professionals and (iii) the motivations of policy-makers who decide on the needed vaccines. » <https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-S0264410X15005009?scrollTo=%23bib0120>

²⁹ Pensons aux ressortissants des pays totalitaires ou avec expérience totalitaire dans le passé récent. Voir Anna C. Zielinska, 2018, [Le mouvement d'opposition aux vaccins : une analyse anthropologique et philosophique](#), adsp n° 105 décembre : 27-29.

³⁰ [The potential impact of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccinations in the United Kingdom: Evidence from a large cross-sectional survey and modeling study \(thelancet.com\)](#)

4. CONCLUSION

Au regard des différents arguments pour et contre la limitation de l'accès aux soins aux personnes non-vaccinées, le sous-groupe de travail estime qu'à l'heure actuelle, la balance ne penche pas en faveur de cette limitation du point de vue éthique. Les raisons invoquées (devoir de soins, accroissement des inégalités et de la méfiance) restent centrales et peuvent difficilement être contournées par les TdS. La question de la limitation de l'accès aux soins ne devrait jamais se décider de manière arbitraire au chevet du patient. Même si cette idée peut plaire en contexte de pandémie, refuser des soins à un patient non-vacciné qui les requiert au nom d'une certaine forme d'équité n'est pas un geste banal et sans conséquence. Le sous-groupe juge que dans une société démocratique, il revient aux décideurs politiques d'élaborer les règles de l'accès aux soins pour sa population de même que les mesures de limitations (sociales, professionnelles ou de santé) à certaines personnes, en prenant en compte, avec objectivité, les possibles bénéfices de ces mesures, mais aussi leurs inconvénients. Moduler l'accès aux soins en fonction de profils de risque individuels menacerait le principe d'universalité sur lequel repose notre système de santé.

RÉFÉRENCES

- Appiah KA. (2021). As a Doctor, May I Refuse to See Unvaccinated Patients? *The New-York Times Magazine*, 13 juillet.
- Chuan VT, Lowe AE, Ferdinand AO, Liang TH et Wynia M. (2021). [Should Covid Vaccination Status Be Used to Make Triage Decisions?](#) *The Hastings Center*, 31 août.
Code de déontologie des médecins, RLRQ, c M-9, r 17.
- Coggon J. (2021). [Should treatments for covid-19 be denied to people who have refused to be vaccinated?](#) *The BMJ Opinion*, 4 août.
- Collège des médecins du Québec. (2021). [Soins aux patients non vaccinés](#). *Collège des médecins du Québec*, 2 septembre.
- Cruz-Maxwell E, Wolfe ID et Stokes L. (2021). [Vaccination Discrimination Goes Against Nursing Ethics](#). *The Hastings Center*, 17 décembre.
- de Figueiredo A, Larson HJ, et Reicher SD. (2021). The potential impact of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccinations in the United Kingdom: evidence from a large cross-sectional survey and modelling study. *medRxiv*.
- Escasain L, Gilles I, Perriraz M, Bangerter A, Green EGT, Krings F, Staerklé C, Wagner-Egger P, Peytremann-Bridevaux I. (2021). *Comparaison de la compréhension publique de la pandémie de COVID-19 entre 2020 et 2021*. Lausanne : Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Raisons de Santé : Les Essentiels 34).
- Gökmen R, Cronin A, Brown W, Cass S, Ghazanfar A, Hossain MA,... et Dor FJ. (2021). Kidney transplantation and patients who decline SARS-CoV-2 vaccination: an ethical framework. *Transplant International*, 34(10) : 1770-1775.
- INSPQ. (2021). [Faits saillants du 14 décembre 2021 - Sondages sur les attitudes et comportements des adultes québécois](#). Institut national de santé publique du Québec.
- INSPQ. (2022a). [Données de vaccination contre la COVID-19 au Québec](#). Institut national de santé publique du Québec.
- INSPQ. (2022b). [Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins – Avis intérimaire](#), Institut national de santé publique du Québec, 6 janvier.
- Kaplan HM et Fletcher FE. (2021). Should Clinicians Ask Hospitalized Covid Patients Why They Aren't Vaccinated? *The Hastings Center*, 21 décembre.
<https://www.thehastingscenter.org/should-clinicians-ask-hospitalized-covid-patients-why-they-arent-vaccinated/>
- Kuczewski M, Wasson K, Hutchison PJ, et Dilling DF. (2021). Putting ethics and clinical decision making before politics: requiring COVID-19 immunization for Solid Organ Transplantation (SOT) Candidates and their Support Team. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*.
- Renkl M. (2021). [When medical ethics collide with basic fairness](#). *The New York Times*, 27 septembre.
- Rousseau C. et al. (2021). [Comprendre l'hésitation vaccinale et soutenir la prise de décision concernant la vaccination. Guide pratique à destination des intervenants et autres professionnels en contact direct avec la population dans le contexte de la COVID-19 au Québec](#). CoVivre, juillet.

Schuman O, Robertson-Preidler J, Bibler TM. (2022). COVID-19 vaccination status should not be used in triage tie-breaking, *Journal of Medical Ethics* ,Published Online First: 06 January 2022. doi: 10.1136/medethics-2021-107836

Smith TM. (2021). [No COVID-19 vaccination, no care ? Why that's the wrong path](#). *American Medical Association*, 21 septembre.

Teagarden JR et Caplan AL. (2021). [If Covid vaccine refusers are turned away at hospitals and doctor offices, is that ethical?](#) *NBC News - THINK*, 24 août.

Wikler D. (2021). [When medical care must be rationed, should vaccination status count?](#) *Washington Post*, 23 août.

Yassi A, Grant JM, Lockhart K, Barker S, Sprague S, Okpani AI,... et Sing CK. (2021). Infection control, occupational and public health measures including mRNA-based vaccination against SARS-CoV-2 infections to protect healthcare workers from variants of concern: a 14-month observational study using surveillance data. *PLOS ONE*. 16(7): e0254920.

Émission :	01-03-2022	Mise à jour	
------------	------------	-------------	--



Directive ministérielle

DGCRMAI-005

Catégorie :

- ✓ Écllosion
- ✓ Milieux de vie
- ✓ Milieux de soins
- ✓ Prévention et contrôle des infections

Directive pour la gestion d’écllosion COVID-19 à appliquer dans les milieux de soins (hors milieux de soins aigus), de réadaptation, de vie et autres

Nouvelle directive

Expéditeur :

Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles

Destinataires :

- PDG et DG des établissements du RSSS
- Directions des services professionnels
- Direction des ressources humaines
- Directions SAPA
- Directions de la qualité
- Directions déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
- Directions des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance
- Directions des programmes jeunesse
- Établissements PC et PNC
- Associations et organismes représentatifs de RI-RTF
- Répondants cadres et professionnels RI-RTF des établissements
- Direction santé publique régionale

Directive	
Objet :	Directive concernant les précautions additionnelles lorsqu’un usager/résident est suspecté ou confirmé à la COVID-19 et l’ensemble des mesures à appliquer dans les milieux de soins, de réadaptation et de vie pour la gestion d’une écllosion. Pour la définition d’une écllosion, d’un comité de gestion d’écllosion ainsi que d’autres définitions pratiques, voir : https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/3066_mesures-prevention-controle-eclosion_milieu-soin.pdf Les mesures à implanter concernent les milieux suivants : • Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD); • Résidences privées pour aînés (RPA); • 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); • Ressources à assistance continue (RAC) en DP-DI-TSA et en santé mentale;

Émission :	01-03-2022	Mise à jour	
------------	------------	-------------	--

	• Unités de réadaptation comportementale intensive (URCI); • Internats en DP-DI-TSA; • Foyers de groupe en DP-DI-TSA; • Milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou en réadaptation modérée; • Milieux de réadaptation en santé mentale; • Communautés religieuses; • CRJDA (centres jeunesse); • Maisons de répit; • Maisons de soins palliatifs.
Principe :	Cette directive vise l’harmonisation des mesures à appliquer en situation d’éclosion dans les milieux de soins (hors milieux de soins aigus), de réadaptation, de vie et autres. Elle s’applique en cohérence avec la directive DGAPA-022 qui traite de ces mêmes milieux dans un contexte hors-éclosion. Elle s’applique également en complémentarité des mesures prévues à la directive DGCRMAI-004 sur la gestion des cas et contacts dans ces milieux.
Mesure à implanter :	Lors de la gestion d’une éclosion, l’établissement a la responsabilité de : • Fournir des procédures de gestion d’éclosion COVID-19 aux milieux visés, en se basant sur ce qui est prévu dans la présente directive et des autres directives complémentaires; • Mettre en place les mesures de PCI en tenant compte de la réalité des milieux visés; • Instaurer une approche de gestion de risques afin de prendre en considération les risques de déconditionnement; • Implanter des mesures qui respectent minimalement les consignes et recommandations sanitaires demandées dans la population générale; • Appliquer les mesures de contrôle sur l’unité touchée/regroupement géographique et non à l’ensemble de l’installation; • Mettre à profit l’expertise en PCI des équipes locales (service de PCI ou DSPu selon dispositions locales).

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources	
Direction ou service ressource :	Direction de la prévention et du contrôle des infections DPCI@msss.gouv.qc.ca
Nous ne pouvons vous garantir que vous avez en main la dernière version de la présente directive. Pour consulter les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux visitez le : msss.gouv.qc.ca/directives	

Original signé par
Le sous-ministre adjoint
Daniel Desharnais

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Émission :	01-03-2022	Mise à jour	
------------	------------	-------------	--

Directive ministérielle

DGCRMAI-005

Directive

Considérants :	- La nécessité de poursuivre les efforts de prévention et de contrôle des infections (PCI) et d’éviter une transmission nosocomiale du Syndrome respiratoire aigu sévère associé au Coronavirus 2 (SRAS-CoV-2) au sein de tous les milieux; - Une grande majorité de la population est vaccinée; - Une partie de la population a acquis une immunité lors d’une infection antérieure; - Il y a un risque accru et exponentiel de déconditionnement dont un risque de déconditionnement cognitif, physique et social., en particulier chez l’aîné, associé à l’isolement strict. (exemple, impact de l’absence de contacts, bris de la routine, pertes d’acquis, d’intérêt ou de mobilité, stress, anxiété, détresse psychologique, syndrome de glissement). - L’évolution épidémiologique de la pandémie associée au variant Omicron, à une maladie moins sévère et une létalité diminuée; - Les recommandations des experts de l’Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et les directives ministérielles existantes; - Des solutions alternatives sont disponibles pour limiter l’isolement à la chambre tout en respectant les précautions additionnelles; - L’application d’un isolement à la chambre ou de précautions additionnelles n’empêchent pas de prendre les moyens pour assurer la mobilité, l’activité physique, la nutrition, l’hydratation, la stimulation cognitive et la socialisation des usagers;
Objectif :	Encadrer les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) et de gestion d’éclosion afin d’éviter la transmission nosocomiale du virus associé au Syndrome respiratoire aigu sévère associé au Coronavirus 2 (SRAS-CoV-2) au sein de tous les milieux visés.
Mise en œuvre	L’établissement a la responsabilité de fournir des procédures de gestion d’éclosion COVID-19 aux milieux visés, en se basant sur les directives ministérielles en vigueur ainsi que les recommandations de l’INSPQ et du Comité sur les infections nosocomiales du Québec. Il relève de chaque milieu visé par cette directive, en collaboration avec l’établissement de son territoire, de la direction responsable de la PCI, de l’équipe de santé et sécurité au travail (SST) et de la direction de santé publique (DSPu), de : - Mettre en place les mesures de PCI lors de la gestion d’une éclosion en tenant compte de la réalité des milieux visés et des directives en vigueur; - Instaurer une approche de gestion de risques afin de prendre en considération les risques de déconditionnement; - Implanter des mesures qui respectent minimalement les consignes et recommandations sanitaires demandées dans la population générale; Appliquer les mesures de contrôle sur l’unité touchée/regroupement géographique et non à l’ensemble de l’installation. Pour les unités/regroupements géographique non touchés, les mesures prévues à la directive ministérielle DGAPA-022 doivent s’actualiser : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003327/ L’expertise en PCI des équipes locales (service de PCI ou DSPu selon dispositions locales) doit être sollicitée pour les ajustements requis dans les mesures de PCI lors de la gestion des éclosions afin d’intégrer les éléments clés indiqués dans cette directive et celles prévues dans la Directive DGCRMAI – 004. Si la mesure n’est pas précisée dans cette

	directive, appliquer les consignes ministérielles et les recommandations de l’INSPQ en vigueur. Se référer aux documents de référence au besoin : • COVID-19 : Prévention et contrôle des infections INSPQ • Directives COVID-19 - Ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca)
Mixité des milieux et des clientèles	Si dans le même immeuble on retrouve plus d’un type de milieu (CHSLD, RPA, RI ou RTF) ou d’autres services tels que des services de réadaptation, un centre de jour, un organisme qui offre du répit avec hébergement, ce sont les directives les plus restrictives qui s’appliquent. Pour les milieux présentant une mixité de clientèles, les mesures doivent être adapter mais selon le contexte d’éclosion, celles-ci pourraient être modulées par l’équipe PCI ou DSPu.
MESURES À IMPLANTER – en éclosion	
GESTION D’ÉCLOSION	Lorsqu’une éclosion est identifiée et confirmée, identifier clairement les personnes imputables de la gestion de l’éclosion (le comité de gestion d’éclosion). Tenir des rencontres régulières et fréquentes pour suivi de la situation et ajustements/modulation des mesures. Se référer au besoin : • Section 2 - COVID-19 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins INSPQ • SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d’hébergement et de soins de longue durée – Hyperlien à insérer lorsque document en ligne • Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec – Les infections nosocomiales - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca) Précision : L’admission d’un nouvel usager/résident confirmé COVID-19 dans une unité/un milieu déjà en éclosion ne peut pas influencer la durée de l’isolement des autres usagers/résidents déjà visés par l’éclosion. En d’autres termes, l’admission/intégration d’un nouveau résident/usager ne peut pas prolonger la durée de l’isolement des autres résidents/usagers, car il n’y a pas de liens nosocomiaux entre eux. Ainsi, la durée de l’isolement pourrait être levée pour les résidents/usagers présents dans l’unité en éclosion et se poursuivre uniquement pour le résident/usager nouvellement admis/intégré. Le comité de gestion d’éclosion met en place le mode de fonctionnement pour l’hébergement le plus adapté à la situation d’éclosion. Celui-ci doit tenir compte des caractéristiques individuelles, des critères cliniques de la clientèle, de la réalité physique des lieux et de la situation épidémiologique. Dans tous les cas, des affiches avisant de l’éclosion sont installées à l’entrée de l’unité/regroupement géographique ou de l’installation. Les options de mode de fonctionnement sont : • SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins INSPQ Section 2 options d’hébergement. • En CRDJA : Prioriser l’isolement à l’unité avec la mise en place de mesures sanitaires, tel que mentionné dans la Directive DGCRMAI – 004. • En RAC, URCl, foyers de groupes, internats, RI-RTF jeunesse, milieux de réadaptation et hospitalisation en santé mentale, consulter la Directive DGPPFC-045.
GESTION D’UN CAS CONFIRMÉ, SUSPECTÉ, EXPOSÉ OU CONTACT	Gestion d’un cas suspecté, confirmé ou avec contact étroit/exposé : se référer à la Directive DGCRMAI – 004 Assurer la surveillance de l’application des précautions additionnelles et assurer leur conformité : • Contact, gouttelettes, protection oculaire et port de l’APR N95 • OU contact, aériennes, protection oculaire et port de l’APR N95 si possibilité d’intervention médicale générant des aérosols (IMGA) • Port du masque, hygiène des mains, distanciation physique en tout temps Se référer aux modalités locales établies avec l’établissement pour l’approvisionnement en équipement de protection individuelle (EPI) et l’accès aux tests de dépistage.
TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ	Selon l’INSPQ, les travailleurs de la santé sont : « toute personne qui donne des soins, qui est en contact étroit avec la clientèle ou dont les activités ont un impact direct sur les soins ou les services aux usagers ». Pour ceux-ci, se référer à :

Émission :	01-03-2022	Mise à jour	
------------	------------	-------------	--

	• SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins INSPQ • Directive sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé des établissements du réseau de la santé et des services sociaux - Directives COVID-19 du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca) Les travailleurs doivent respecter les exigences de la CNESST concernant la distanciation physique à respecter et le port des équipements de protection individuelle. Tous les travailleurs de la santé, incluant les médecins, bénévoles, les proches aidants et les prestataires de service doivent être formés sur le respect des mesures PCI (notamment sur le port et le retrait de l'ÉPI) et suivre les consignes pour avoir accès au milieu. Pour les bénévoles : - o Aviser le bénévole des mesures d'éclosion en cours dans le milieu - o Limiter le nombre de bénévoles différents par jour et par usager
HYGIENE ET SALUBRITÉ	Mettre en place la plurifréquence de nettoyage/désinfection des surfaces fréquemment touchées (High touch) dans les chambres et aires communes. • Ajuster les mesures et la fréquence de nettoyage et de désinfection selon l'évolution de l'éclosion • À la fin de l'isolement, assurer le nettoyage et la désinfection terminale des chambres et salle de toilette/bain . Voir section 2 du guide HYGIÈNE ET SALUBRITÉ dans les milieux de vie, RPA, RI ET CHSLD • À la fin de l'éclosion, coordonner le nettoyage et la désinfection terminale de l'unité/milieu pour mettre fin à l'éclosion. Se référer aux guides et fiches techniques de nettoyage et de désinfection : • Guides - Hygiène et salubrité - Professionnels de la santé - MSSS (gouv.qc.ca) • Fiches techniques - Hygiène et salubrité - Professionnels de la santé - MSSS (gouv.qc.ca) Se référer au besoin : SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention, de contrôle et de gestion des éclosions en milieux de soins INSPQ
SOINS OU SERVICES À L'USAGER/RÉSIDENT	Maintenir en tout temps les soins et services requis par la condition de santé ou la situation psychosociale de l'usager/résident et selon ses préférences afin d'assurer <u>ses soins de base</u> concernant : l'hygiène personnelle, l'assistance personnelle, la distribution des médicaments, la dispensation des services par le prestataire habituel, l'entretien ménager et de la literie, ainsi que tous les services professionnels requis par la condition de santé ou la situation psychosociale de l'usager/résident. Pour prévenir le déconditionnement en respectant les consignes de prévention et de contrôle des infections, se référer aux documents et guides (Ex. : DGAPA-010 ou le site Web : Prévenir le déconditionnement chez les aînés en contexte de pandémie Gouvernement du Québec (quebec.ca))
VISITES DE QUALITÉ ET INSPECTIONS	Sont permises en tout temps : • Les visites des équipes responsables de la certification des RPA; • Les visites ministérielles d'évaluation de la qualité du milieu de vie; • Les visites de vigie PCI, d'inspection de la CNESST ou du MAPAQ.
VISITEURS, PERSONNES PROCHES AIDANTES ET ACCOMPAGNATEURS	Selon l'ampleur de l'éclosion et la réalité du milieu, des restrictions additionnelles peuvent s'ajouter, soit à l'unité/ ou regroupement géographique en éclosion ou à tout le milieu, selon le jugement clinique du comité de gestion d'éclosion : • Les milieux concernés peuvent demander aux usagers/familles ou à leur représentant d'identifier une liste modulable d'un maximum de 4 personnes proches aidantes (PPA) formées aux mesures de PCI, connues et identifiées peut avoir accès au milieu. S'il advenait une situation exceptionnelle nécessitant des restrictions d'accès supplémentaires aux PPA, une demande de dérogation doit être acheminée au sous-ministre adjoint responsable des aînés et des proches aidants. Cette demande doit être

	formulée par le président-directeur général (PDG) ou le directeur régional de santé publique. 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 DSPu régionale. <u>Consignes pour les PPA</u> À l’exception du lieu réservé pour la visite, les PPA ne peuvent se promener dans le milieu ou fréquenter les espaces communs, hormis dans le cas d’un usager/résident requérant une aide à l’alimentation à la salle à manger (ex: situation de risque d’étouffement/d’aspiration). La personne qui ne respecte pas les consignes (incluant les mesures PCI) pourrait se voir retirer l’accès au milieu.
ACTIVITÉS SOCIALES ET THÉRAPEUTIQUES	Le comité d’éclosion peut suspendre temporairement les activités sociales et les soins ou services externes (coiffure, soins de pieds, salle de cinéma, etc.), sauf pour services essentiels, pour tout le milieu ou seulement pour les unités/regroupements géographiques en éclosion, selon ce qui sera déterminé par le comité d’éclosion (décision prise par le comité d’éclosion). Les restrictions peuvent évoluer selon l’ampleur de l’éclosion, l’évaluation du risque, la capacité du milieu à contenir la situation et les impacts sur le déconditionnement des personnes : • Pour les unités non-touchées, se référer à DGAPA-022; • Certaines activités pourraient être permises dans la cohorte chaude, avec un intervenant formé, avec approbation du comité d’éclosion.
SALLE À MANGER	Résident confirmé COVID-19 doit prendre son repas à l’unité locative ou à sa chambre : obligatoire sauf pour les usagers rétablis¹, si éclosion localisée instauration des mesures de distanciation avec autorisation de l’équipe PCI/DSPu.
DÉPLACEMENTS, SORTIES OU CONGÉS TEMPORAIRES	Appliquer les consignes de la Directive DGCRMAI – 004. La sortie du milieu est NON permise pour la personne s’inscrivant dans les catégories suivantes: cas confirmé COVID-19, personne avec une exposition à risque élevé ou contact étroit. Autrement, il pourrait être permis d’accorder une sortie du milieu/unité en éclosion à un usager/résident (évaluation cas par cas) pour préserver son intégrité et sa santé ou si jugée essentielle. Ces sorties peuvent être accordées chez une personne significative (ex. : famille, conjoint) : ○ Qui n’est pas en isolement ou n’habite pas dans un milieu en éclosion; ○ Qui respecte les mesures populationnelles liées aux personnes vulnérables (quebec.ca); ○ Qui s’engage à mettre en place des mesures de prévention adaptées aux caractéristiques de l’usager/résident; ○ Qui avisera l’établissement s’il soupçonne un contact avec de la COVID-19 au cours de la sortie. Il est de la responsabilité de l’établissement d’informer la personne qui reçoit l’usager du risque encouru, des mesures d’éclosion en vigueur, en plus de celles associées au contexte de la sortie. • RI-RTF accueillant les jeunes du programme Jeunes en difficulté (JED) : Se référer à la directive DGFPPC-017- Algorithme décisionnel concernant les contacts et visites d'un jeune hébergé • Se référer à l’arrêté ministériel 2022-009 -prolongation des contacts d’un enfant avec une personne pour éviter la propagation de la COVID-19 d’un milieu à l’autre.

Émission :	01-03-2022	Mise à jour	
------------	------------	-------------	--

INTÉGRATION, RÉINTÉGRATION, RÉPIT OU PLACEMENT D'URGENCE	Se référer à la directive DGCRMAI-004. Les placements d'urgence et les placements provisoires doivent être maintenus. L'établissement doit s'assurer que la ressource ait en sa possession les ÉPI requis. La ressource se réfère pour information sur les mesures à prendre.
ÉCLOSION NON CONTRÔLÉE	Selon l'évaluation et le jugement du comité de gestion d'éclosion, des mesures plus restrictives pourraient être appliquées. <u>Par exemple</u>, gestion des contacts élargis, etc. Lors d'une situation épidémiologique telle que (INSPQ²) : ○ Évolution soutenue et à la hausse du nombre de cas reliés au milieu de soins et liés épidémiologiquement à l'éclosion en cours Ou ○ Persistance d'apparition de nouveaux cas reliés au milieu de soins et liés épidémiologiquement à l'éclosion, 10 jours ou plus suivant l'implantation des mesures PCI Et qu'il est jugé que la sécurité des usagers/résidents, TdeS ou autres travailleurs n'est pas assurée.

² [SRAS-CoV-2 : Avis du CINQ sur la gestion du risque d'exposition aux aérosols des travailleurs de la santé en situation d'éclosion non contrôlée dans les milieux de soins \(inspq.qc.ca\)](#)

Directive ministérielle

DGGEOP-004
REV2

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'usager par un vaccinateur au sens du PIQ

Remplace la directive DGGEOP-004.REV1 émise le 14 janvier 2022

Expéditeur :	Direction générale de la gestion exécutive et opérationnelle de la pandémie (DGGEOP)	➔	Destinataire :	Tous les établissements publics du RSSS : - Présidents-directeurs généraux (PDG) et directeurs généraux (DG); - Directeurs des services professionnels (DSP); - Directeurs de santé publique; - Directeurs généraux des établissements privés conventionnés - Directeurs responsables de la vaccination COVID-19
Directive				
Objet :	Au Québec, la norme de pratique en matière d'immunisation est le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ). Celui-ci autorise cinq types de professionnels comme vaccinateur, soit les infirmières, les médecins, les pharmaciens, les inhalothérapeutes et les sage-femmes. Ces vaccinateurs sont habilités à évaluer la condition de santé de l'usager, 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'usager 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.			
Principe :	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 <i>vaccinateur</i> de faire une évaluation systématique des usagers sous certaines conditions et, uniquement pendant l'état d'urgence sanitaire.			
Mesures à implanter :	• Le gestionnaire responsable de la vaccination devra s'assurer que les injecteurs appliquant cette directive ont pris connaissance de la directive avant son implantation. • L'établissement s'assure de pouvoir identifier le personnel présent lors de l'application de la directive, en cas de besoin futur.			
Coordonnées des secteurs et des personnes ressources				
Direction ou service ressource :	Identifier le secteur protection@msss.gouv.qc.ca			
Documents annexés :	Annexe 1.REV2 : Aide à la décision pour le commis à l'accueil dans le cadre de l'application de la directive ministérielle DGGEOP-004 Annexe 2.REV2 : Aide à la décision pour l'injecteur dans le cadre de l'application de la directive ministérielle DGGEOP-004			
Nous ne pouvons vous garantir que vous avez en main la dernière version de la présente directive. Pour consulter les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux, visitez-le : msss.gouv.qc.ca/directives				

Original signé par
le directeur général
Daniel Paré

Lu et approuvé
la sous-ministre
Dominique Savoie



Directive ministérielle

DGGEOP-004
REV2

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 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.
- **Ne s'applique que pour les usagers de 18 ans et plus.**
- L'usager 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 **18 à 29 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'usager 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'usager 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'usager, 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 « *vaccinateurs* » au sens du PIQ doivent être désignés et être présents en tout temps lors de l'application de la directive.

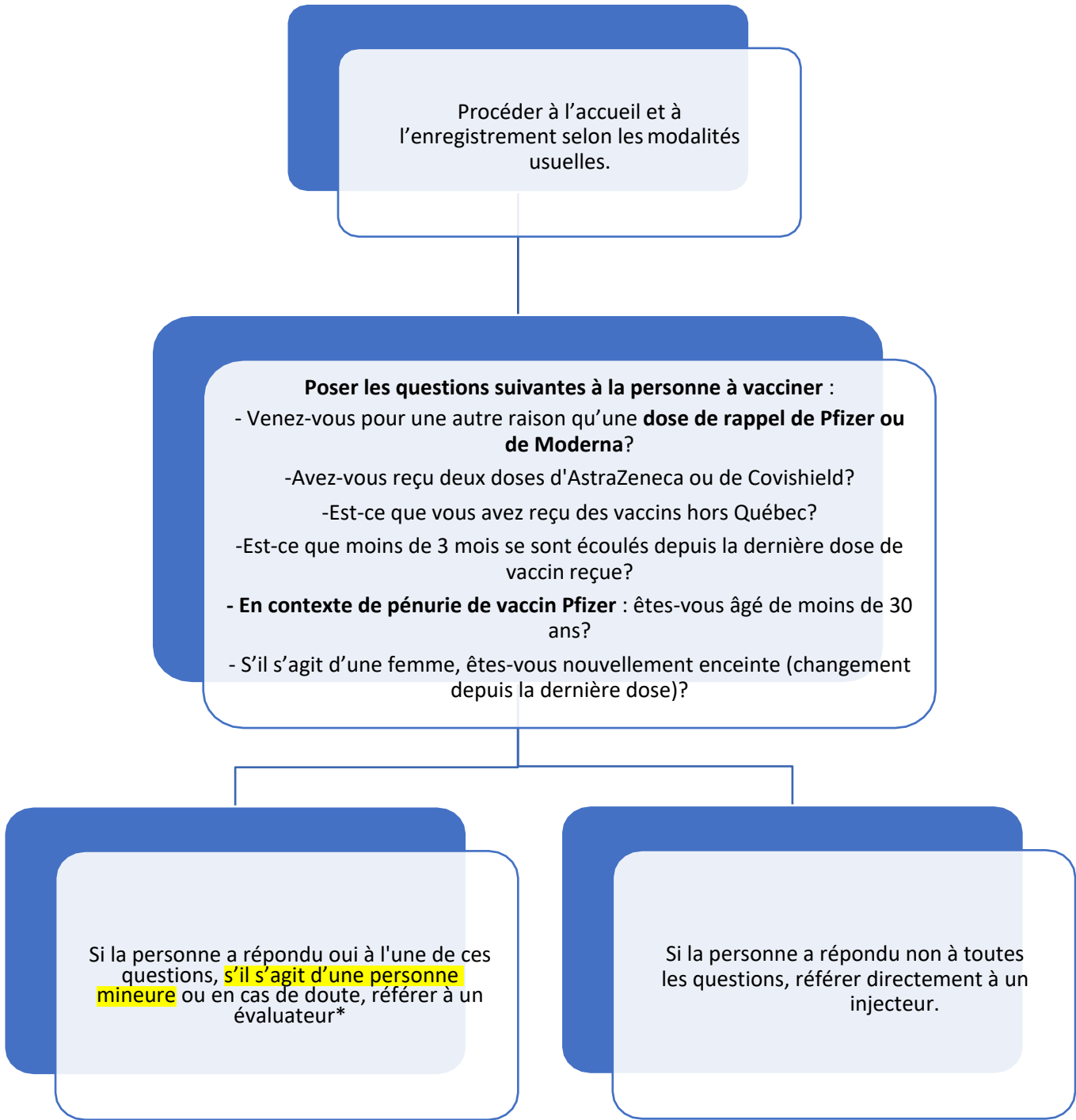
Démarche :

- 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*.**REV2** et *Aide à la décision pour l'injecteur dans le cadre de l'application de la directive ministérielle DGGEOP-004*.**REV2** pour connaître la démarche à suivre.

25 février 2022

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'usager par un vaccinateur au sens du PIQ*. Le vaccinateur est ici désigné comme étant l'« évaluateur ». Cette directive est réservée au contexte de **vaccination 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 pour les personnes âgées de 18 ans et plus**.



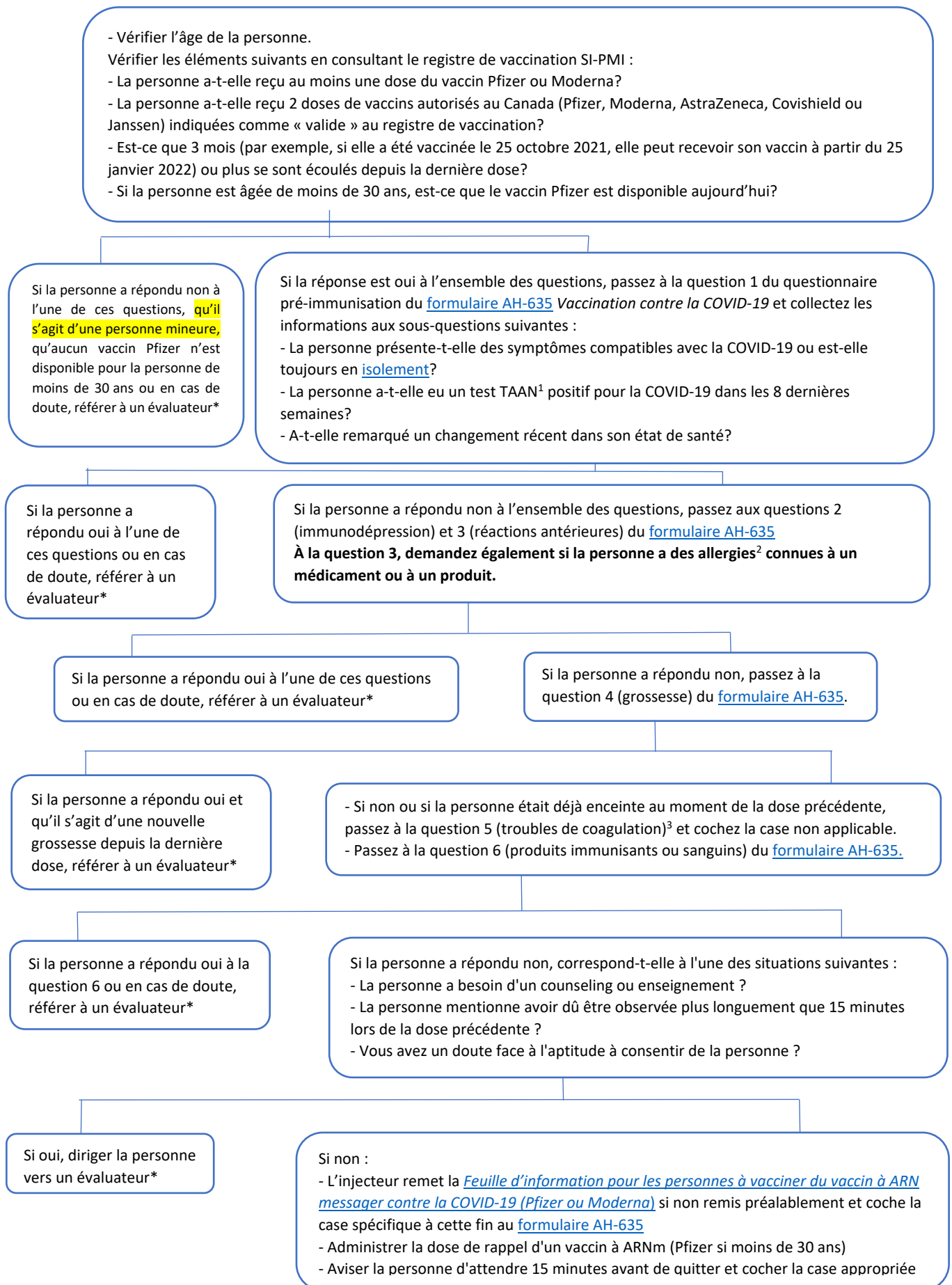
* Des évaluateurs doivent être disponibles en tout temps et en nombre suffisant pour faire l'évaluation lorsque nécessaire et pour intervenir en cas d'urgence liée à la vaccination. Un ou des superviseurs cliniques membres de l'un des cinq ordres professionnels considérés comme étant des « vaccinateurs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

25 février 2022

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'usager par un vaccinateur au sens du PIQ*. Le vaccinateur est ici désigné comme étant l'« évaluateur ». Cette directive est réservée au contexte **de vaccination 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 pour les personnes de 18 ans et plus**.



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 vaccination⁴ :
 - 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*.

¹ L’injecteur peut administrer un vaccin à ARN messager 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.

² Ne pas tenir compte des allergies alimentaires, des allergies aux animaux et des allergies saisonnières.

³ 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.

⁴ 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.



Directive ministérielle

DGAUMIP-037.REV1

Catégorie(s) :

- ✓ Stages en santé
- ✓ Vaccination
- ✓ Mobilité du personnel

Recommandations intérimaires concernant les stages en santé en contexte de pandémie de la COVID-19

Remplace la directive émise le 22 juillet 2021 (DGAUMIP-037)

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

Destinataire : Ensemble des établissements du RSSS

- Directions de l’enseignement
- Directions des ressources humaines

Directive	
Objet :	Depuis le début de la pandémie de COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux favorise le maintien des stages dans le réseau de la santé et des services sociaux et, pour ce faire, a émis des recommandations pour guider les établissements du RSSS face aux enjeux spécifiques aux stages. Ce document remplace le document <i>Recommandations intérimaires concernant les stages en santé en contexte de pandémie de la COVID-19</i> du 17 juillet 2021. Ce document a été révisé dans la perspective où la situation épidémiologique évolue et qu’il faut préparer les apprenants, dans les disciplines de la santé et des services sociaux, à œuvrer en contexte de pandémie. Il a été épuré de façon significative pour se concentrer sur les éléments spécifiques à la gestion des stages en pandémie. Les principaux changements concernent les ajustements à apporter dans la gestion des déplacements interrégionaux, les déplacements interétablissements et la vaccination.
Mesures à implanter :	✓ Ajustement des règles reliées à la mobilité des stagiaires.

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources	
Direction ou service ressource :	Direction des affaires universitaires 418-266-5823
Documents annexés :	✓ <i>Recommandations intérimaires concernant les stages en santé en contexte de pandémie de la COVID-19</i>

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

La sous-ministre adjointe

Original signé par
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Directive

1- Contexte

La Direction des affaires universitaires (DAU) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en collaboration avec la Direction générale adjointe de la protection de la santé publique (DGAPSP) et la Direction générale de la gestion de la main-d'œuvre (DGGMO), en collaboration avec des représentants des établissements de santé et des établissements d'enseignement, a élaboré dès l'automne 2020, puis mis à jour, les *Recommandations intérimaires concernant les stages en santé en contexte de pandémie de la COVID-19*. Ces recommandations ont été rédigées à l'intention des établissements du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), des établissements du réseau de l'éducation, des superviseurs de stages et des apprenants.

Cette mise à jour tient compte que la pandémie perdure depuis le printemps 2020 et qu'il est fondamental de permettre aux apprenants d'être exposés aux différents contextes cliniques pendant leur formation pratique. En effet, outre les défis reliés à la pandémie, le RSSS fait face à une pénurie chronique de main-d'œuvre d'où le caractère essentiel d'assurer la diplomation de la relève.

L'explosion des cas reliés au variant Omicron à l'hiver 2022 nous amène à faire le constat que nous devons considérer la présence à plus long terme du virus SARS-CoV-2 parmi nous, et que les apprenants engagés dans les programmes de formation de l'ensemble des disciplines de la santé et des services sociaux doivent être préparés à travailler en contexte de pandémie, que cela soit celle-ci ou une autre.

Fort des apprentissages des premières vagues de la pandémie, il a été convenu de baliser l'organisation des stages dans les milieux de soins afin d'éviter que les apprenantes et les apprenants du domaine de la santé, ci-après les apprenants (stagiaires, externes, résidents), deviennent des vecteurs supplémentaires de propagation de la COVID-19 dans les milieux de soins et dans la communauté, tout en favorisant leur maintien en stage.

PRINCIPES DIRECTEURS :

Rappelons également qu'il est possible de consulter le document suivant sur les principes directeurs *encadrant la stabilisation des étudiants-stagiaires des établissements du RSSS en contexte de pandémie à la COVID-19* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dggmo-002_annexe.pdf.

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

2- Recommandations générales

L'importance des pratiques de base en prévention et contrôle des infections

Sachant que plusieurs personnes infectées du SARS-CoV-2 peuvent transmettre le virus alors qu'elles sont asymptomatiques, présymptomatiques ou paucisymptomatiques, **leur application est critique** en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) doivent toujours être appliquées. En effet, les travailleurs de la santé et les apprenants en santé ont de nombreux contacts quotidiens avec la population générale, des personnes vulnérables à la COVID-19 et leurs collègues, que ce soit durant leur stage ou leurs activités quotidiennes.

Note : les consignes précises se rapportant aux mesures applicables dans différents milieux de soins sont disponibles sur le site web de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ):

- Mesures de prévention et contrôle des infections en milieu de soins : www.inspq.qc.ca/covid-19/prevention-et-control-des-infections
- Mesures en milieu de travail (en milieux de soins) : www.inspq.qc.ca/covid-19/sante-au-travail
- Mesures de prévention et contrôle des infections pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2910-cas-contacts-chsld-covid19>

- Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3141-gestion-travailleurs-sante-milieux-soins.pdf>
- Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2906-mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.pdf>
- Ajustement des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) COVID-19 en centre hospitalier : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgaumip-038-rev2.pdf>
- Directive concernant la gestion des cas et des contacts dans les milieux de vie, réadaptation et d'hébergement : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgcrmai-004-rev1.pdf>
- Directive pour la gestion d'éclosion de la COVID-19 à appliquer dans les milieux de soins (hors milieux de soins aigus), de réadaptation, de vie et autres : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgcrmai-005.pdf>

Surveillance des symptômes et déclaration de la maladie

L'autosurveillance des symptômes doit être promue afin d'éviter des éclosions en milieu de soins et de vie. Il importe que les directives ministérielles et celles de l'INSPQ sur le retrait des travailleurs symptomatiques ou à risque de transmettre l'infection suite à une exposition soient respectées. Les apprenants doivent pouvoir bénéficier de mesures souples de la part de leur milieu d'enseignement et du milieu de stage en cas d'absentéisme. En effet, les éclosions d'infection à la COVID-19 peuvent multiplier les motifs d'absence, d'abord, pour un isolement préventif et ensuite si l'infection est confirmée. Des politiques souples, qui protègent les banques de congés de maladie ou encore les banques de vacances en cas d'isolement préventif, devraient ainsi être prévues par les établissements d'enseignement et les établissements de santé et services sociaux. Selon cette optique, les facteurs qui pourraient dissuader les apprenants de déclarer des symptômes ou un contact à risque significatif avec un cas de COVID-19 doivent être identifiés et éliminés le plus possible (p. ex. risque d'échec du stage, convention collective des résidents, etc.). De façon générale, le retrait des apprenants et du personnel soignant des milieux cliniques lorsqu'ils présentent une pathologie infectieuse facilement transmissible devrait aussi être la norme, qu'il s'agisse de la COVID-19 ou d'autres virus respiratoires ou gastro-intestinaux.

Les futurs professionnels de la santé doivent aussi faire preuve de professionnalisme et développer une vigilance accrue au regard des mesures sanitaires dans leur vie personnelle, familiale et sociale.

La vaccination

La vaccination est devenue l'une des pierres angulaires de la lutte contre la pandémie. C'est pourquoi les apprenants doivent être considérés comme les autres travailleurs de la santé quant à l'accès à la vaccination. À cet effet, il est possible de consulter la 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 : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dggeop-001-rev2.pdf>

Il est recommandé de se référer au document suivant pour connaître les dernières mises à jour concernant le niveau de protection amenée par les vaccins : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3141-gestion-travailleurs-sante-milieux-soins.pdf> Recommandations spécifiques concernant l'organisation et le déroulement des stages

3- Recommandations spécifiques concernant l'organisation et le déroulement des stages

Recommandations à l'intention des apprenants

Formation

Suivre la formation PCI organisée par l'établissement du RSSS.

Pratiques de base en prévention et contrôle des infections

Respecter les pratiques de base ex : hygiène des mains, étiquette respiratoire, l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (ÉPI). Utiliser les ÉPI appropriés selon les règles de prévention et contrôle des infections, non seulement dans les situations cliniques, mais aussi dans des situations d'enseignement avec les collègues ou les superviseurs.

Surveillance étroite et déclaration des symptômes de la COVID-19

Dès l'apparition de symptômes compatibles avec la COVID-19 et nécessitant un isolement, aviser son superviseur et ne pas se présenter en stage. Contacter le service de santé de l'établissement où vous êtes en stage afin de connaître les consignes à suivre ex : test de dépistage, isolement. Les stagiaires doivent utiliser les outils de détection recommandés par la PCI de l'Établissement dans lequel ils sont en stage.

Exposition non protégée à la COVID-19 en stage ou en communauté

Si l'apprenant est exposé à la COVID-19 en communauté, il doit se référer au service de santé de l'établissement où il est en stage. Le document suivant précise les mesures à considérer pour gérer ce type de situation. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3141-covid-19-gestion-travailleurs-sante-milieus-soins>

En cas d'infection

En cas de diagnostic confirmé de la COVID-19, l'apprenant doit informer immédiatement son superviseur pour la journée et son responsable de stage. Il doit communiquer avec le Service de santé, sécurité et qualité de vie au travail (SSQVT) du milieu de stage. Le SSQVT de l'établissement de santé et de services sociaux devrait être responsable de la prise en charge de l'apprenant. Lorsque l'apprenant change de milieu, le résultat de son test lui appartient et c'est sa responsabilité d'en informer la direction de l'enseignement du prochain milieu. Respecter les directives ministérielles **pour les travailleurs de la santé en milieux de soins** concernant l'isolement pendant la durée de la maladie et le retour éventuel en stage. Les directives reliées aux travailleurs de la santé s'appliquent aux apprenants.

Recommandations pour les milieux de stage

Gouvernance

La mise en place d'une gouvernance interne pour la gestion des stages est fondamentale en période de crise sanitaire. Bien que certains stages relèvent de la direction des ressources humaines ou encore d'une direction clinique, il est proposé qu'une direction, par exemple la direction de l'enseignement, soit l'interlocuteur désigné pour l'ensemble des stages afin de favoriser la cohérence des directives. Ce répondant pourra donc :

- Collaborer avec les parties prenantes internes et externes;
- Assurer le suivi et la mise à jour des guides pour les stagiaires afin de s'assurer de leur compréhension et de leur adhésion aux recommandations, mais aussi de l'harmonisation des pratiques de l'établissement aux balises gouvernementales;
- Identifier les incohérences et les problématiques afin de les résoudre. Au besoin, vous pouvez contacter la Direction des affaires universitaires à l'adresse suivante : dau@msss.gouv.qc.ca.

Formation

Au début de la période de stages, offrir aux apprenants une formation sur la PCI et le port d'ÉPI et les outils mis à leur disposition pour favoriser le respect des mesures de PCI. Si la formation est offerte par l'établissement d'enseignement, il est important de s'assurer qu'elle tienne compte des particularités des établissements de santé associés aux stages.

Accompagnement

Tout au long du stage, assurer un suivi étroit, un soutien et une validation bienveillante du respect des mesures de PCI, incluant l'utilisation adéquate des ÉPI et l'hygiène des mains.

Référer les stagiaires aux mécanismes de soutien psychologique disponible dans les établissements d'enseignement pour accompagner les stagiaires.

Espaces physiques appropriés

Environnement physique qui favorise la distanciation physique. Rendre accessibles les alternatives aux activités en personne (téléconsultation, télé-stage ou rétroaction par visioconférence pour la supervision).

Organisation du travail

Équipes: regrouper les apprenants en formant des équipes maintenues dans le temps afin de réduire les risques de transmission des infections entre apprenants.

Périodes de stages: répartir les périodes de stages dans la journée et la semaine (soir et fin de semaine) afin de diminuer la taille des équipes présentes.

Modalités technologiques

Rendre disponibles les plateformes technologiques pour réaliser les activités de supervision ou de consultations à distance. Fournir un accès Internet adéquat aux apprenants.

Essais d'ajustement des masques N95

Il est de la responsabilité de l'établissement du RSSS de s'assurer que les apprenants, comme les travailleurs de la santé et des services sociaux, aient accès aux ÉPI selon les règles de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). Le cas échéant, les essais d'ajustement des ÉPI doivent être faits par l'établissement d'enseignement. L'établissement du RSSS, quant à lui, est tenu de collaborer dans la mise en place des essais d'ajustement en fournissant le matériel requis et en guidant l'établissement d'enseignement quant aux meilleures pratiques en ce domaine. Selon les différents contextes, les établissements du RSSS et les établissements d'enseignement pourraient convenir ensemble de modalités différentes pour la réalisation des essais d'ajustement.

Détection rapide

Établir une trajectoire claire et efficace pour obtenir un test diagnostique pour les apprenants en présence de symptômes, et ceux ayant eu un contact à risque ou lorsque requis par les directives de l'établissement. Les apprenants devraient être priorisés au même titre que les travailleurs de la santé. Procéder rapidement à un test diagnostique en présence de symptômes de la COVID-19. Les stagiaires doivent utiliser les outils d'autoévaluation recommandés par la PCI de l'Établissement dans lequel ils sont en stage. Ils doivent avoir accès aux services donnés aux employés de l'établissement.

Gestion des éclosions

Les apprenants doivent être inclus par l'équipe de PCI et le SSQVT dans la gestion des éclosions. Des mécanismes doivent être en place afin qu'ils soient joints en temps opportun lors des enquêtes et des dépistages de masse.

Isolement

Les apprenants en stage sont soumis aux mêmes balises pour la mise en place et la levée de l'isolement que les travailleurs de la santé. De même, dans le cas où la présence d'un apprenant en stage serait considérée comme essentielle (ex. résidents en médecine) pour le maintien d'une offre de service, la levée de son isolement pourrait être déterminée selon la directive sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé des établissements du RSSS. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003314/>

Lieux d'hébergement sécuritaires

Pour l'ensemble des apprenants : Les lieux d'hébergement doivent être sécuritaires et permettre une certaine distanciation. Les aires communes doivent être régulièrement nettoyées et désinfectées.

Particularités pour l'hébergement offert par les établissements pour certains types de stages (ex. PFMD) : les lieux d'hébergement durant la période de stage peuvent permettre une plus grande proximité, incluant le partage de salles de bain. Cette recommandation doit aussi être évaluée selon le niveau de transmission communautaire locale dans la région. Les aires communes et les surfaces fréquemment touchées doivent être régulièrement nettoyées et désinfectées et les apprenants doivent jouer un rôle dans l'application de ces mesures.

Lieux sécuritaires pour l'isolement

Permettre l'isolement sécuritaire autant pour les personnes symptomatiques que les contacts étroits (celles qui partagent le même logement). Idéalement, l'isolement devrait se faire dans un lieu d'hébergement isolé (p.ex. appartement distinct, hôtel).

Prévoir un hébergement alternatif et isolé dans les cas où l'apprenant partage son logement avec d'autres personnes, particulièrement s'il n'a pas accès à une chambre et une salle de bain réservées. Cette recommandation concerne également les apprenants qui ne résident pas dans un logement fourni par un établissement, mais qui partagent leur appartement avec d'autres personnes. Il s'agit d'une responsabilité partagée entre l'apprenant, le milieu de stage et l'établissement d'enseignement.

État de santé individuel

Prévoir des recommandations ou des accommodements pour les apprenants qui ont des conditions de santé à risque. Le retour en stage de ces apprenants devra se baser sur une évaluation médicale du médecin traitant qui tiendra compte du risque individuel engendré par l'immunosuppression (selon les recommandations de l'INESSS et de l'INSPQ).

Au besoin, veuillez vous référer à l'équipe du Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) de votre région et aux recommandations suivantes :

www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunosupprimees-covid19

www.inspq.qc.ca/publications/2967-protection-travailleurs-maladies-chroniques-covid-19

Stagiaires enceintes ou qui allaitent

Dans le cas des résidentes en médecine, l'établissement du RSSS est responsable d'autoriser leur stage compte tenu de leur statut, selon les recommandations émises par l'INSPQ.

Pour l'ensemble des autres apprenants en stage dans le RSSS, il est de la responsabilité de l'établissement d'enseignement d'assurer le suivi des recommandations de l'INSPQ. Les documents suivants émis par l'INSPQ donnent les balises pour guider cette décision. www.inspq.qc.ca/publications/2912-mesures-travailleuses-enceintes-allaitent-transmission-communautaire-covid19

Pour les établissements d'enseignement, il est recommandé de prévoir des stages alternatifs afin de permettre l'acquisition des compétences visées par les apprenantes enceintes ou qui allaitent (santé publique, téléconsultation, révision de dossier, etc.).

Présence des apprenants auprès d'usagers atteints de COVID-19

L'exposition des apprenants aux usagers ayant un diagnostic de COVID-19 confirmé ou suspecté est permise, sauf pour les stagiaires enceintes ou ceux avec un déficit de l'immunité. L'exposition devrait être permise d'abord pour les apprenants les plus expérimentés. Les apprenants qui œuvrent auprès de ces usagers doivent avoir accès aux ÉPI en quantité suffisante, et être formés adéquatement. Les situations d'exposition à la COVID-19 et aux autres pathogènes font partie de leur futur travail et les EPI protègent adéquatement. Nous considérons même important que les apprenants soient exposés à ces situations pour les préparer adéquatement à leur futur emploi. Ils doivent, comme tous les autres travailleurs de la santé, appliquer rigoureusement les mesures de PCI et avoir leur vaccination et ils seront adéquatement protégés.

Recommandations pour les superviseurs

Mesures de prévention et contrôle des infections

Validation de l'application adéquate des mesures de prévention et contrôle des infections en vigueur.

Convenir des mécanismes de communication en cas d'urgence

Le contexte de pandémie est propice à la venue d'événements imprévus comme l'absence du superviseur ou de l'apprenant, un changement à l'horaire ou la gestion d'une éclosion. Il est donc important de pouvoir communiquer efficacement lors de ces situations.

Exemplarité

S'assure de donner l'exemple en ce qui concerne l'application des pratiques de base, la distanciation physique, le port des ÉPI, la surveillance des symptômes et l'isolement (s'il y a lieu).

Normalisation de l'absentéisme

Reconnaissance de l'importance de ne pas se présenter en milieu de stage en présence de symptômes de la COVID-19 et normalisation de l'absentéisme pour lui-même, ses collègues et les apprenants.

Contribution à l'identification et à la mise en place d'innovations pédagogiques :

- Visant à réorganiser l'offre de soins par le département pour éviter le présentéisme (par exemple, instaurer une liste de « relève » disponible pour effectuer une garde lorsqu'un collègue est malade.)
- Visant à poursuivre les apprentissages à distance : Téléconsultation, téléstage, TP cas clinique.
- Visant à éviter le report des stages.

Débriefage (bilan et analyse)

Réaliser un débriefage en cas d'éclosion, d'acquisition de la maladie ou d'absentéisme.

Recommandations pour les établissements d'enseignement (en collaboration avec les milieux de stage)

Gestion de l'absentéisme

Sensibiliser les apprenants à l'importance de ne pas se présenter au milieu de stage en présence de symptômes de la COVID-19 et de respecter l'ensemble des recommandations en matière d'isolement.

Adapter les mesures de suivi des absences afin d'éviter que les apprenants dissimulent leurs symptômes. Si l'apprenant doit être retiré du milieu de stage, mais qu'il n'est pas malade (par exemple, en raison d'un isolement indiqué dû à un contact avec un cas).

- Pour l'étudiant rémunéré: les journées d'absence ne devraient pas être prises dans sa banque de maladie ou de vacances.
- Pour l'ensemble des stagiaires : Privilégier des mesures alternatives d'enseignement pour éviter le report de stage ou l'échec.

Développer des alternatives pour permettre l'apprentissage pendant un isolement. Alternativement, prévoir des moments pour la reprise des stages à l'intérieur des différents quarts de travail offrant de la supervision en assumant qu'une partie significative des apprenants pourrait vivre un isolement dans la prochaine année.

Évaluation des compétences

Assurer que l'évaluation de stage puisse être basée sur l'atteinte des objectifs du stage et des compétences visées, et pas seulement sur un critère de durée.

Soutien psychologique

Publiciser les ressources de soutien psychologique **en place dans les établissements.**

Gestion de l'information relative au contrôle de la pandémie

En contexte de pandémie, certaines informations peuvent être requises par les établissements du RSSS pour respecter les exigences liées à la santé et sécurité des usagers et des intervenants. Il est donc recommandé que les établissements d'enseignement aient un processus défini, afin d'assurer l'autodéclaration et l'autorisation de transmettre les informations requises de la part des apprenants et, le cas échéant, des superviseurs.

Directive ministérielle DGSP-001.REV7

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.REV6 émise le 8 février 2022

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



Destinataires	Tous les établissements publics du RSSS : • PDG • Directeurs laboratoires • Directeurs de santé publique • Directeurs des services professionnels • Directeurs des soins infirmiers • Directions SAPA
---------------	---

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	
Notes importantes : Les changements apportés à la présente directive sont en surbrillance jaune.	
Direction ou service ressource :	Direction générale adjointe de la protection de la santé publique Protection@msss.gouv.qc.ca
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

Original signé par
Le sous-ministre adjoint
Daniel Paré

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie



Directive ministérielle DGSP-001.REV7

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
M1	Les patient(e)s ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 ¹ en milieu de soins aigus (par exemple à l'urgence, hospitalisés, hémodialysés) ou qui subiront une procédure immunosuppressive (radiothérapie, oncologie).
M2	Les usagers ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 des milieux d'hébergement (CHSLD, RPA) et les ressources intermédiaires et de type familial ou à assistance continue (RI-RTF-RAC).
M3	Les travailleurs de la santé* (y compris les stagiaires) et des services sociaux en contact avec des patients/usagers ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19.
M4	Les personnes sans symptômes compatibles avec la COVID-19 qui subiront une greffe , dans la préadmission et à l'admission ainsi que leurs donneurs.
M5	En présence d'une éclosion, les travailleurs de la santé* sans symptômes compatibles avec la COVID-19, en contact avec les patients/usagers , sur recommandation d'un directeur de santé publique, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un officier de prévention et de contrôle des infections.
M6	En présence d'une éclosion , les contacts de personnes dans le contexte d'éclosions confirmées ou suspectées dans des milieux à haut risque (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.
M7	Les personnes ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 et faisant partie des groupes suivants : 1. Les policiers et pompiers premiers répondants, et le personnel de sécurité de l'Assemblée nationale symptomatiques ; 2. Le personnel scolaire et celui des différents milieux de garde symptomatique; 3. Les personnes bénéficiant d'une exemption temporaire pour traitement et services médicaux essentiels selon Transports Canada; 4. Les personnes sans abri ou en précarité résidentielle; 5. Les patients ambulatoires pour lesquels un traitement aux anticorps monoclonaux est envisagé avec prescription; 6. Les personnes étant visées 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; 7. Les personnes de 70 ans et plus; 8. Les personnes proches aidantes; 9. Les personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA).
M8	Les patients sans symptômes 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 ² .
M9	Les usagers sans symptômes 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) ² .
M10	Les personnes sans symptômes compatibles avec la COVID-19 (autres que greffées) qui subiront une procédure immunosuppressive (ex. : radiothérapie, chimiothérapie)
M11	Les personnes sans symptômes compatibles avec la COVID-19 qui pourraient nécessiter une intubation dans les 48 prochaines heures.
M12	Les personnes sans symptômes 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.

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

Priorités dépistage	Indications à prioriser pour un dépistage par PCR
M13	Les travailleurs de la santé* (y compris les stagiaires) sans symptômes ayant été en contact avec un cas de la COVID-19.
M14	Les personnes sans symptômes 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.
M15	Les personnes sans symptômes 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
M16	Les personnes sans symptômes 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.).
M17	Les travailleurs de la santé* (y compris les stagiaires) et les personnes proches aidantes sans symptômes 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>)
M18	Les personnes sans symptômes 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.
M19	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.
M20	Travailleur de la santé*/stagiaire/étudiant/médecin sans symptômes compatibles avec la COVID-19 qui passe d’une région à forte endémicité vers une région à faible endémicité.
M21	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.
M22	Toute autre indication non documentée, à l’exception des TAAN demandés pour confirmer un résultat positif à un test de détection des antigènes rapide.
M23	Les travailleurs de la santé* se présentant pour confirmer un résultat positif à un test de détection antigénique rapide ou à tout autre test autoadministré.
M24	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.
M25	Milieu scolaire : confirmation résultat test rapide.

1. Il est recommandé de se référer aux documents techniques pour les symptômes reconnus, qui peuvent varier selon les contextes.
2. 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;
 - une ressource intermédiaire et les ressources 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 ;
 - toute autre installation ou organisation définie dans le cadre de directives provinciales (ex. : DGGEOP-001).
-

Directive ministérielle

**DGAUMIP-
043.REV2**

Catégorie(s) : Médicaments et services pharmaceutiques

**Organisation de l'accès à l'antiviral Paxlovid^{MC}
(nirmatrelvir et ritonavir) pour le traitement de la
COVID-19**

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

Objet :	Modification de l'organisation de l'accès à l'antiviral Paxlovid ^{MC} (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).
Mesures à implanter :	✓ Contribuer à favoriser l'accès au Paxlovid^{MC} et autres traitements, en fonction des nouveaux critères de remboursement définis par l'INESSS et ce, en prenant en compte les nouvelles modalités d'accès élargies rendues possibles par la création du programme confié de gratuité universelle. ✓ Fournir une expertise aux prescripteurs de première ligne de soins pour les situations cliniques d'exception définies par l'INESSS. ✓ Donner accès au sotrovimab et au remdésivir pour les patients ne pouvant recevoir du Paxlovid^{MC}, mais dont la condition nécessite un traitement contre la COVID-19 selon les recommandations de l'INESSS. ✓ Maintenir de façon transitoire le mode d'accès actuel au Paxlovid^{MC} jusqu'au mardi 22 mars prochain inclusivement. ✓ Résilier les contrats avec les pharmacies communautaires désignées à partir du mercredi 23 mars prochain.

Coordonnées des secteurs et des personnes ressources

Direction ou service ressource :	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

La sous-ministre adjointe,
Original signé par
Lucie Opatrny

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Directive

Le nouvel antiviral Paxlovid^{MC} (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, 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.

Dans la mesure où des données cliniques ont été publiées dans le *New England Journal of Medicine* permettant de valider les premiers résultats disponibles du Paxlovid^{MC}, l'INESSS a été en mesure de produire de nouveaux critères de remboursement. Vous pouvez les consulter à la section COVID-19 du site internet de l'INESSS (<https://www.inesss.qc.ca/covid-19.html>) et les faire connaître aux cliniciens de votre établissement.

Sur cette base et dans la mesure où l'approvisionnement en Paxlovid^{MC} est maintenant plus important et soutenu, le gouvernement a annoncé la création d'un programme confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour assurer la couverture universelle et gratuite de ce médicament. Par conséquent, il est maintenant possible pour l'ensemble des prescripteurs de première ligne de soins d'émettre des ordonnances de Paxlovid^{MC}, lesquelles peuvent être exécutées dans l'ensemble des pharmacies du Québec.

Afin d'assurer une transition harmonieuse, il est demandé aux établissements de maintenir les modalités actuelles d'accès par l'intermédiaire des 65 pharmacies désignées seulement jusqu'au 22 mars prochain inclusivement. Par conséquent, les contrats conclus avec ces pharmacies désignées devront être résiliés le mercredi 23 mars prochain.

Bien que les établissements ne constituent plus la principale porte d'entrée de l'évaluation des patients pouvant nécessiter un traitement au Paxlovid^{MC}, cela relevant désormais des cliniciens de la première ligne de soins, des responsabilités doivent continuer d'être assumées pour assurer la continuité des soins pour certaines clientèles.

D'une part, pour certaines situations d'exception définies par l'INESSS (voir critères de remboursement), une expertise clinique doit être rendue disponible par les établissements en soutien aux prescripteurs de la première ligne afin de mener à une prise de décision éclairée, notamment dans le cas des adolescents et des femmes enceintes.

D'autre part, il est nécessaire de maintenir l'accès aux traitements aux anticorps monoclonaux (sotrovimab) et au remdésivir afin de répondre aux besoins des patients qui ne peuvent recevoir de Paxlovid^{MC} en raison de contre-indications. Des mécanismes de référence des patients susceptibles de requérir de tels traitements doivent être bien établis avec la collaboration des cliniques médicales et des pharmacies communautaires.



Directive ministérielle

DGAPA-022

REV.1

- Catégorie(s) :
- ✓ Milieux de vie
 - ✓ Centre d'hébergement et de soins longue durée
 - ✓ Résidences privées pour aînés
 - ✓ Ressources intermédiaires ou de type familial
 - ✓ 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-RTF, les RPA, les maisons de répit, les centres de jour et pour les autres milieux, dans un contexte de levée de la majorité des mesures sanitaires.

Remplace la directive transmise le 21 février 2022 (DGAPA-022)

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)
 - Répondants RI-RTF des établissements
 - Hôpital Sainte-Justine
 - Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
 - Associations et organismes représentatifs de RI-RTF
 - Directeurs des Maisons de soins palliatifs (MSP)

Directive

Objet : Transmission d'une mise à jour de la directive concernant les mesures en vigueur pour les milieux visés qui s'inscrivent en cohérence avec le plan de déconfinement pour la population générale.

	Pour les rassemblements privés et autres mesures, tous les milieux visés doivent suivre les mêmes consignes que pour la population générale. 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), soutien à l’autonomie des personnes âgées (SAPA), déficience intellectuelle (DI), trouble du spectre de l’autisme (TSA), santé mentale (SM) et dépendance : • Ressources à assistance continue (RAC); • Ressources intermédiaires jeunesses et de type familial (RI-RTF); • Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URCI); • Foyers de groupe et internats; • Milieux de réadaptation en santé physique, en DP ou réadaptation modérée; • Ressources d’hébergement en dépendance; • Centre de réadaptation en dépendance; • Ressources d’hébergement d’urgence en itinérance. 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 obligatoire¹, 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 jeunesses non visées par la LRR. Selon la situation épidémiologique, les présentes mesures pourraient être modifiées.
Mesures à implanter	<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> 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 présente directive et aux directives DGCRMAI-004 et DGCRMAI-005 accessibles au lien suivant : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/. Pour les usagers en soins palliatifs et de fin de vie² dans les milieux visés en éclosion ou non, ce sont les consignes de la population générale qui s’appliquent. Depuis le 12 mars 2022, il n’est plus requis de présenter un passeport vaccinal pour les PPA/visiteurs ni d’obtenir un test de dépistage négatif pour les personnes qui accèdent à un milieu de vie. 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. Le milieu doit sensibiliser les PPA/visiteur, à leur arrivée, 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. De plus, une PPA/visiteur ne doit pas se présenter dans un milieu qui accueille des personnes vulnérables s’il présente des signes ou symptômes d’une infection ou maladie (ex. gastro, rhume, etc.).

1. Des allègements en lien avec le port du masque pourraient avoir lieu quand la situation épidémiologique le permettra.

2. 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.

	Pour avoir accès au milieu, une personne proche aidante ou un visiteur ne doit pas être en isolement³, à l'exception des personnes en soins palliatifs et de fin de vie. Les personnes en contact à risque élevé et qui ne sont pas en isolement doivent aussi éviter les contacts avec les personnes vulnérables. Les personnes proches aidantes et les visiteurs peuvent accéder aux espaces communs. 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. <u>1.1 Usagers ou résidents en précautions additionnelles ou milieux visés en éclosion</u> 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/ <u>2. Congés temporaires dans la communauté et sorties pour rassemblement</u> 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. <u>3. Accueil des professionnels hors établissement et autres personnels dans les milieux visés</u> 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. <u>4. Mesures de base pour les CHSLD</u> • 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 résidents⁴. Ceux-ci peuvent être réunis en petit groupe stable⁵. 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. <u>5. Mesures additionnelles pour les RPA et maisons de répit</u>
--	---

3. 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>.

4. 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.

5. Le nombre de personnes sera déterminé par l'établissement en fonction de son contexte.

	• 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. • 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 Depuis le 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. • 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. • 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. ○ Pour autres conditions, suivre les consignes de la population générale. ○ Le port du masque demeure obligatoire en tout temps hors de l'unité locative, sauf au moment de manger ou de boire, selon les directives en vigueur; ○ Buffet⁶ : 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. 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.
--	---

6. 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.

	<u>6. Hébergement temporaire (dépannage, convalescence ou répit), peu importe le lieu de l'hébergement temporaire (par exemple, CHSLD, RPA, maison de répit)</u> L'accès au service de répit est maintenu, selon les consignes suivantes : Si l'usager/résident 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/résident. Si l'usager/résident 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. <u>7. Centre de jour dans tous types de milieux</u> L'offre d'activités en centre de jour peut être variable d'une installation à l'autre afin de tenir compte de la capacité de l'établissement (ressources humaines et disponibilité des locaux). • Depuis le 28 février 2022, reprise des activités normales selon les consignes sanitaires en vigueur. <u>8. Bénévoles</u> Permis à la condition suivante : • Formation PCI obligatoire offerte par l'établissement et surveillance pour l'application des mesures. <u>9. Autres</u> • 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 : Permis à compter du au 31 mars 2022⁷ • 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 : Permis depuis le 12 mars 2022 • Visites ministérielles d'évaluation de la qualité des milieux de vie : Permis depuis le 12 mars 2022 • 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 :
--	---

7. Par contre, si un établissement juge que sa capacité et sa situation le permettent, il pourrait poursuivre le programme d'agrément.

	- 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; - 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 vigueur⁸ 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 aînée 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 - 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 milieux 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, URCL, foyers de groupes, internats, RI-RTF jeunesse, milieux de réadaptation et hospitalisation en santé mentale
--	---

8. Selon l’évolution de la situation épidémiologique, certaines directives pourraient être mises à jour ou archivées.

	Prendre note que les directives suivantes ne sont plus en vigueur et ont été 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 - 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 - DGAUMIP-014 : Directive sur les soins palliatifs et de fin de vie
--	---

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources	
Notes importantes : Sans objet	
Direction ou service ressource :	Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)
Document annexé :	Aucun
Nous ne pouvons vous garantir que vous avez en main la dernière version de la présente directive. Pour consulter les directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux, visitez le : msss.gouv.qc.ca/directives	

La sous-ministre adjointe
Original signé par
Natalie Rosebush

La sous-ministre adjointe
Original signé par
Dominique Breton

Lue et approuvée par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Émission :	15-02-2022	Mise à jour	24-03-2022
------------	------------	-------------	------------

Directive ministérielle

DGCRMAI-004
REV.2

Catégories :

- ✓ Précautions additionnelles
- ✓ Isolement
- ✓ Dépistage
- ✓ Milieux de vie
- ✓ Milieux de soins
- ✓ Milieux de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou réadaptation modérée

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

Remplace la directive
DGCRMAI-004 REV.1
émise le
25 février 2022

Expéditeur :
Direction générale de la
coordination réseau et
ministérielle et des affaires
institutionnelles

➤

Destinataires :

- PDG et DG des établissements du RSSS
- Directions des services professionnels
- Direction des ressources humaines Directions de soins infirmiers
- Directions SAPA
- Directions de la qualité
- Directions déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l’autisme
- Directions des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance
- Directions des programmes jeunesse
- Établissements PC et PNC
- Associations et organismes représentatifs de ressources
- Directions de santé publique régionales

Principe :	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.
Objet :	Les mesures à implanter concernent les milieux suivants : • Centres d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD); • Résidences privées pour aînés (RPA);

	- 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); - Ressources à assistance continue (RAC) en DP-DI-TSA et en santé mentale; - Unités de réadaptation comportementale intensive (URCI); - Internats en DP-DI-TSA; - Foyers de groupe en DP-DI-TSA; - Milieus de réadaptation en santé physique, en déficience physique ou en réadaptation modérée; - Milieus de réadaptation en santé mentale; - Communautés religieuses; - CRJDA (centres jeunesse); - Maisons de soins palliatifs ; - Centre de réadaptation en dépendances; - Ressources d’hébergement en dépendance; - Ressources d’hébergement d’urgence. Pour les autres milieux non cités dans cette liste (incluant les milieux de 10 places ou moins), vous référer aux mesures populationnelles sur quebec.ca
Mesures à implanter :	- Maintenir la sécurité des usagers/résidents, prévenir et traiter le déconditionnement mental, cognitif et physique. - Prévenir la transmission nosocomiale du SRAS-CoV2 dans les milieux visés. - 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.

Directive	
Mesures à implanter :	Selon l’annexe 1 - Mesures d’isolement et de dépistage pour la gestion des cas et des contacts dans les CHSLD et RI-SAPA. Ou Selon l’annexe 2 - Mesures d’isolement et de dépistage pour la gestion des cas et des contacts dans les milieux de vie, de réadaptation et d’hébergement (sauf CHSLD et RI-SAPA).
Notes importantes :	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. 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. 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 RI¹ 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.

1. 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	24-03-2022
------------	------------	-------------	------------

	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. Considérant : • L’amélioration de la situation sanitaire et des assouplissements consentis dans les mesures populationnelles et en milieu de travail • Les assouplissements de la gestion des cas et des contacts depuis le début janvier • Qu’à compter du 12 mars, il y a consigne de cesser l’isolement des contacts domiciliaires, mais poursuivre la surveillance des symptômes (TDAR au besoin) et le port du masque pour 10 jours • La recommandation de continuer l’isolement des contacts domiciliaires qui n’ont jamais été vaccinés et n’ont jamais eu l’infection. Les consignes de l’annexe 2, pour la gestion des cas et des contacts ont été ajustées en conséquence pour les milieux de vie, de réadaptation et d’hébergement.
--	--

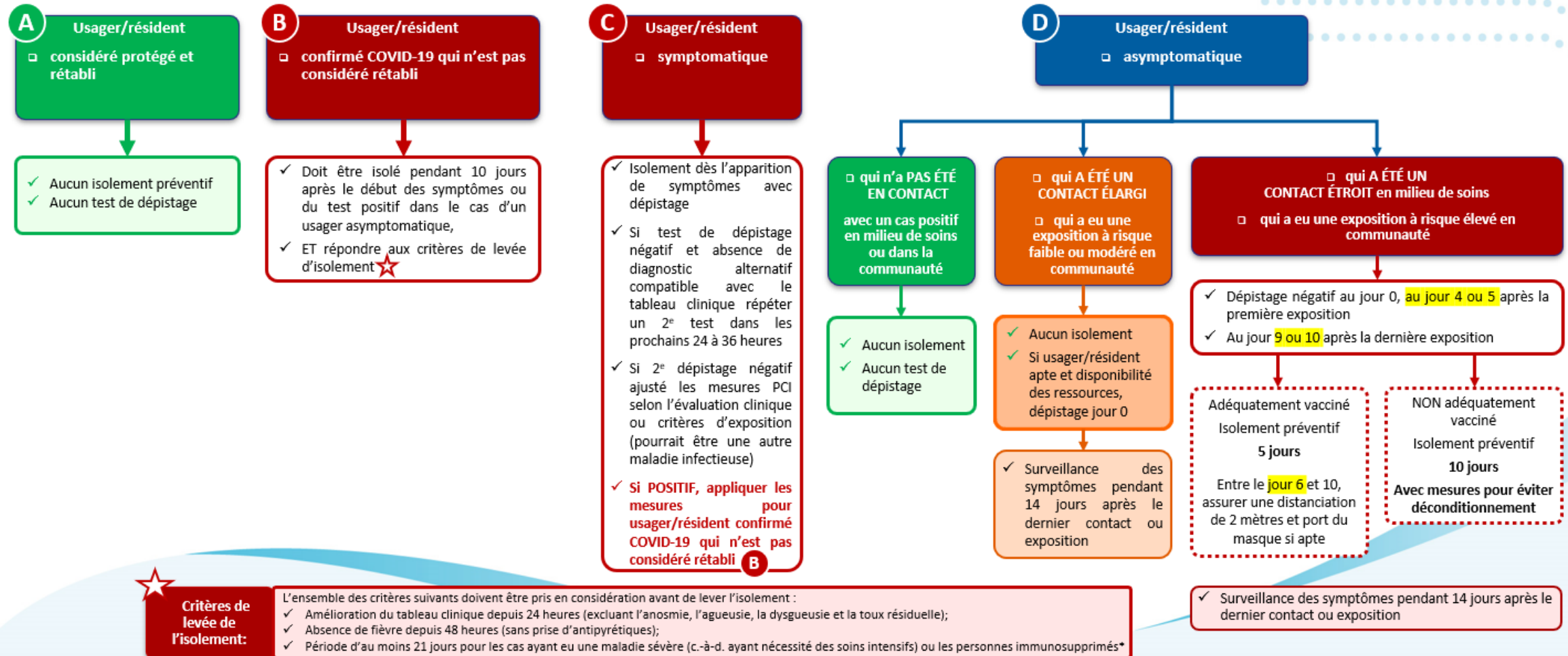
Directive	
	Pour les services dispensés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation ou pour les clientèles en santé mentale et en DI-DP-TSA : <u>l’isolement s’effectue dans l’unité de vie, lorsqu’applicable.</u> Pour tous les usagers mettre en application toutes les mesures possibles afin d’éviter le déconditionnement, tel que précisé dans la directive DGAPA-010 « Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne aînée 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 ». L’établissement doit effectuer un rappel aux exploitants et responsables de RPA, CHSLD, RI-RTF que dans un contexte d’éclosion de la maladie infectieuse dans le milieu (gastro-entérite, grippe, autre infection respiratoire, etc.), ces derniers doivent signaler la situation à l’instance désignée 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).

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources	
Direction ou service ressource :	Direction de la prévention et du contrôle des infections DPCI@msss.gouv.qc.ca
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	

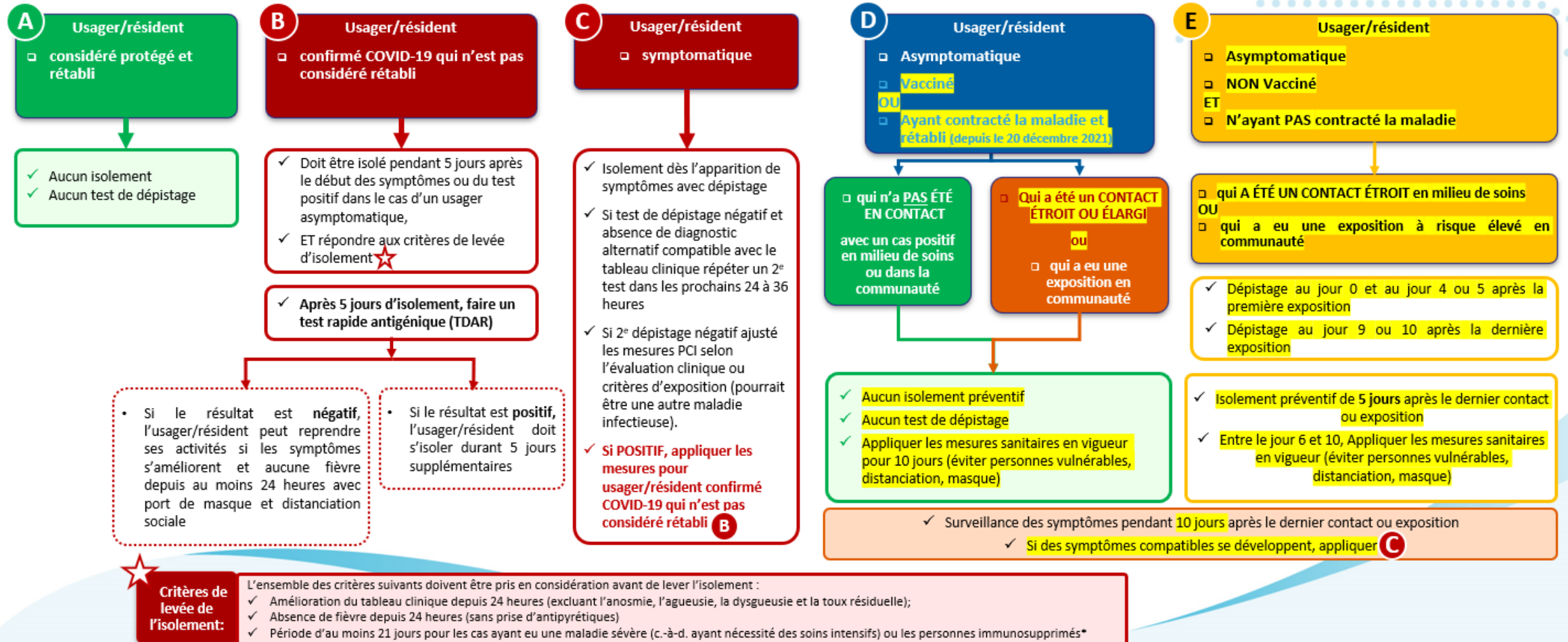
Original signé par
Le sous-ministre adjoint
Daniel Desharnais

Lu et approuvé par
Pierre-Albert Coubat pour
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



Émission :	15-02-2022	Mise à jour	24-03-2022
------------	------------	-------------	------------

Définitions²

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 travailleur de la santé (TdeS) confirmé de COVID-19 <u>qui ne portait pas</u> 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 <u>contact étroit</u>.
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	24-03-2022
------------	------------	-------------	------------

Exposition à **risque élevé** :

- Personne qui vit sous le même toit 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 TAAAN 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 .REV3

DGGEOP-001

- Catégorie(s) :
- ✓ Travailleurs de la santé
 - ✓ Vaccination
 - ✓ Vaccination et immunisation
 - ✓ Dépistage
 - ✓ Milieux de vie
 - ✓ Milieux de soins
 - ✓ Centres d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
 - ✓ Résidences privées pour aînés (RPA)
 - ✓ Ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)
 - ✓ Personnes proches aidantes
 - ✓ Centres hospitaliers
 - ✓ Communauté religieuse

Directive sur les modalités du décret concernant la vaccination et le dépistage obligatoire des intervenants de la santé et des services sociaux

Remplace la directive DGGEOP-001.REV2 émise le 23 décembre 2021

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



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

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

--	--

	– Associations et organismes représentatifs de RI-RTF – Exploitants des CHSLD PC et PNC – Association des établissements privés conventionnés – Association des établissements de longue durée privés du Québec – Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA) – Regroupement québécois des – OBNL d’habitation (RQOH) – Réseau de coopération des EESAD – Alliance des Maisons de soins palliatifs
--	--

Directive	
Objet :	Application de l’arrêté 2022-021 du 11 mars 2022 qui abroge certaines dispositions du décret 1276-2021 du 24 septembre 2021, modifié par les arrêtés ministériels numéro 2021-070 du 15 octobre 2021, 2021-072 du 16 octobre 2021, 2021-080 et 2021- 081 du 14 novembre 2021 et 2021-092 du 22 décembre 2021 concernant la vaccination et le dépistage obligatoire des intervenants de la santé et des services sociaux ainsi que les modalités d’accès aux milieux visés pour toute autre personne.
Principe :	Considérant la nouvelle mesure qui implique la vaccination et le dépistage obligatoire des intervenants de la santé et des services sociaux ainsi que les mesures applicables pour les autres personnes désirant accéder aux milieux visés.
Mesures à implanter :	✓ Informer les différents établissements et tous leurs partenaires qu’il est essentiel de se conformer aux règles définies par l’arrêté 2022-021 du 11 mars 2022 abrogeant certaines dispositions du décret 1276-2021, ainsi qu’aux ajustements apportés par les arrêtés ministériels 2021-070, 2021-072, 2021-080, 2021-081 et 2021-092.
Document annexé	✓ Annexe : Précisions supplémentaires sur les modalités de l’arrêté 2022-021 modifiant certaines dispositions du décret 1276-2021 concernant l’ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de la COVID-19 et des arrêtés ministériels 2021-070, 2021-072, 2021-080, 2021-081 et 2021-92 qui le modifient – 24 mars 2022

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources	
Direction ou service ressource :	Direction générale de la gestion exécutive et opérationnelle de la pandémie (DGGEOP) dggeop@msss.gouv.qc.ca

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

Original signé par
Le sous-ministre associé
Daniel Paré

Lu et approuvé par
La sous-ministre
Dominique Savoie

Directive ministérielle

DGGEOP-001.
REV3

Directive

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

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

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

Le 11 mars dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux a signé l'arrêté 2022-021 abrogeant certaines dispositions du décret 1276-2021 et des arrêtés le modifiant.

Les décrets et les arrêtés les modifiant peuvent être consultés aux liens suivants :

[Décret 1276-2021](#), [Arrêté 2021-070](#), [Arrêté 2021-072](#), [Arrêté 2021-080](#), [Arrêté 2021-081](#), [Arrêté 2021-092](#) et [Arrêté 2022-021](#).

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

1.1. Personnes visées par la vaccination obligatoire

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

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

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

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

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

- avoir reçu deux doses de l'un ou l'autre d'un vaccin à ARNm de Moderna ou de Pfizer BioNTech, ou du vaccin AstraZeneca/COVIDSHIELD ou du vaccin à particules pseudo-virales de Medicago inc., avec un intervalle minimal de 21 jours entre les doses, et dont la dernière dose a été reçue depuis sept jours ou plus;
- avoir contracté la COVID-19 et a reçu, depuis sept jours ou plus, une dose de l'un ou l'autre des vaccins visés au point 1 avec un intervalle minimal de 21 jours après la maladie;
- avoir reçu une dose du vaccin Janssen depuis au moins 14 jours;

- 4) avoir reçu deux doses d'un vaccin contre la COVID-19, dont l'un est un vaccin reçu à l'extérieur du Canada, autre que ceux visés aux points 1 et 3, et l'autre un vaccin à ARNm de Moderna ou de Pfizer BioNTech, avec un intervalle minimal de 21 jours entre les doses et dont la dernière dose a été reçue depuis sept jours ou plus.
- 5) présenter une contre-indication à la vaccination contre cette maladie attestée par un professionnel de la santé habilité à poser un diagnostic et qui est inscrite au registre de vaccination maintenu par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
- 6) avoir participé à l'étude clinique menée par Medicago inc. visant à valider la sécurité ou l'efficacité d'un candidat-vaccin contre la COVID-19.

1.2. Milieux visés

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

1.3 Modalités d'application

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

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

2.1. Personnes et milieux visés par le dépistage obligatoire

- Entendu par « intervenant de la santé et des services sociaux » une personne travaillant ou exerçant sa profession ou un sous-contractant fournissant des soins aux usagers ou aux résidents pour:
 1. un établissement de santé et de services sociaux;
 2. un CHSLD privé conventionné ou non conventionné;
 3. une ressource intermédiaire non visée par la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2);

4. une résidence privée pour aînés à l'exception de celles de neuf places et moins;
 5. une maison de soins palliatifs au sens du paragraphe 2° de l'article 3 de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001);
 6. une institution religieuse qui maintient une installation d'hébergement et de soins de longue durée pour y recevoir ses membres ou ses adhérents;
 7. un centre médical spécialisé au sens de l'article 333.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2);
 8. un laboratoire d'imagerie médicale au sens 30.1 de la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus (chapitre L-0.2);
- De plus, les intervenants des organisations suivantes ayant des contacts physiques directs avec des personnes à qui sont offerts des services de santé et des services sociaux sont assujettis au dépistage obligatoire :
1. la Corporation d'Urgences-santé;
 2. les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers;
 3. Héma-Québec;
 4. l'Institut national de santé publique du Québec;
 5. le ministère des Transports, mais uniquement pour le Service aérien gouvernemental.

2.2 Modalités d'application

- Les intervenants visés par le dépistage obligatoire devront passer des tests de dépistage sauf :
1. s'ils ont reçu deux doses de l'un ou l'autre d'un vaccin à ARNm de Moderna ou de Pfizer-BioNTech ou du vaccin AstraZeneca/ COVIDSHIELD ou du vaccin à particules pseudo-virales de Medicago inc., avec un intervalle minimal de 21 jours entre les doses et dont la dernière dose a été reçue depuis au moins sept jours;
 2. s'ils ont contracté la COVID-19 et a reçu, depuis sept jours ou plus, une dose de l'un ou l'autre des vaccins visés au point 1 avec un intervalle minimal de 21 jours après la maladie;
 3. s'ils ont reçu une dose du vaccin Janssen depuis au moins 14 jours;
 4. s'ils ont reçu une dose d'un vaccin mentionné au point 1 depuis au moins 7 jours et depuis moins de 60 jours;
 5. s'ils présentent une contre-indication à la vaccination contre cette maladie attestée par un professionnel de la santé habilité à poser un diagnostic et qui est inscrite au registre de vaccination maintenu par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
 6. s'ils ont participé à l'étude clinique menée par Medicago inc. visant à valider la sécurité ou l'efficacité d'un candidat-vaccin contre la COVID-19;
 7. s'ils ont contracté la COVID-19 depuis moins de 90 jours;
 8. s'ils ont reçu deux doses d'un vaccin contre la COVID-19, dont l'un est un vaccin reçu à l'extérieur du Canada, autre que ceux visés aux points 1 et 3, et l'autre un vaccin à ARNm de Moderna ou de Pfizer BioNTech, avec un intervalle minimal de 21 jours entre les doses et dont la dernière dose a été reçue depuis 7 jours ou plus.
- Les intervenants visés par le dépistage obligatoire sont tenus de fournir à l'exploitant du milieu ou au responsable de leur organisation la preuve, selon le cas :
- qu'ils ont reçu le ou les vaccins mentionnés dans les conditions 1, 2, 3 ou 8 de la section 2.2;
 - qu'ils répondent aux conditions 5, 6 ou 7 de la section 2.2.

- Les intervenants visés par le dépistage obligatoire qui refusent ou omettent de remplir les conditions suivantes, selon le cas, ne pourront être réaffectés ni être en télétravail et leur absence constitue une absence non autorisée sans perte d'ancienneté :
 - fournir la preuve qu'ils ont reçu le ou les vaccins mentionnés aux points 1, 2, 3 ou 8 de la section 2.2 ou qu'ils répondent aux conditions 5, 6 ou 7 de cette section;
 - passer un test de dépistage;
- fournir les résultats d'un test. Les intervenants de la santé et des services sociaux qui sont tenus de passer les tests de dépistage pourraient ne plus bénéficier des différentes primes et montants forfaitaires COVID et catégorie 1 octroyées.
- Les intervenants visés par la mesure de dépistage sont tenus d'être dépistés un minimum de trois fois par semaine, par un professionnel autorisé, et en fournir les résultats à l'exploitant du milieu ou au responsable de son organisation. Pour les intervenants qui travaillent moins de trois jours par semaine, un nombre minimum de dépistages équivalent au nombre de jours de présence au travail sera exigé.
- Les tests de dépistage devront être effectués en dehors des heures de travail. Aucune rémunération ni remboursement de frais en lien avec de tels tests n'est prévu pour les intervenants visés par le dépistage obligatoire.
- Le MSSS se réserve le droit de déterminer le type de test utilisé.
- À la demande du ministre, un établissement de santé et de services sociaux peut transmettre une liste d'intervenants de la santé et des services sociaux travaillant ou exerçant dans les installations qu'il maintient pour lesquels celui-ci souhaite vérifier que ces derniers sont adéquatement protégés.

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

- La personne qui fournit des services dans le cadre de la modalité de soutien à domicile allocation directe – chèque emploi-service (CES) ou en provenance d'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) est tenue de transmettre à l'exploitant ou responsable du milieu visé l'une des preuves suivantes :
 1. Elle a reçu le ou les vaccins mentionnés ci-haut (section 2.2);
 2. Elle présente une contre-indication à la vaccination contre cette maladie attestée par un professionnel de la santé habilité à poser un diagnostic et qui est inscrite au registre de vaccination maintenu par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
 3. Elle a participé à l'étude clinique menée par Medicago inc. visant à valider la sécurité ou l'efficacité d'un candidat-vaccin contre la COVID-19;
 4. Elle a contracté la COVID-19 depuis moins de 90 jours;
 5. Elle démontre un résultat négatif d'un test de dépistage de la COVID-19 effectué depuis moins de 72 heures.

Elle pourra également transmettre l'une des preuves précédentes, sur demande, à la personne à qui elle fournit les services dans les milieux visés.

Précisions supplémentaires sur les modalités de l'arrêté 2022-021 modifiant certaines dispositions du décret 1276-2021 concernant l'ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de la COVID-19 et des arrêtés ministériels 2021-070, 2021-072, 2021-080, 2021-081 et 2021-92 qui le modifient – 24 mars 2022

*Ce document pourrait faire l'objet de mise(s) à jour subséquente(s)

Table des matières

CONDITIONS D'APPLICATION DE LA VACCINATION OBLIGATOIRE	2
Conditions	2
Intervenants du secteur de la santé et des services sociaux visés	3
Milieux visés	3
MODALITÉS D'APPLICATION DU DÉPISTAGE OBLIGATOIRE	4
Intervenants de la santé et des services sociaux et milieux visés	4
Modalités des dépistages	7
MODALITÉS D'APPLICATION POUR LES VISITEURS	9
MODALITÉS D'APPLICATION GÉNÉRALES	10

Le 24 septembre 2021, le Conseil des ministres a approuvé le [décret 1276-2021](#) rendant la vaccination des intervenants de la santé et des services sociaux obligatoire. Cependant, à la suite de la publication des [Arrêté 2021-070](#), [Arrêté 2021-072](#), [Arrêté 2021-080](#), [Arrêté 2021-081](#), [Arrêté 2021-092](#) et [de l'Arrêté 2022-021](#) certaines mesures ont été modifiées.

Le présent document apporte des précisions sur les modalités et mesures prévues pour les différents intervenants et milieux visés.

CONDITIONS D'APPLICATION DE LA VACCINATION OBLIGATOIRE

Vaccination obligatoire

1. Quelles sont les conditions à respecter pour un intervenant du secteur de la santé et des services sociaux ?

Aux fins des décrets et des arrêtés qui le modifient, afin de s'y conformer, les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux doivent répondre à l'un des critères suivants:

- avoir reçu 2 doses de l'un ou l'autre d'un vaccin à ARNm de Moderna ou de Pfizer BioNTech ou du vaccin AstraZeneca/COVIDSHIELD ou du vaccin à particules pseudo-virales de Medicago inc., avec un intervalle minimal de 21 jours entre les doses et dont la dernière dose a été reçue depuis 7 jours ou plus;
- avoir contracté la COVID-19 et a reçu, depuis 7 jours ou plus, une dose de l'un ou l'autre des vaccins visés au point 1 avec un intervalle minimal de 21 jours après la maladie;
- avoir reçu une dose du vaccin Janssen depuis au moins 14 jours;
- avoir reçu 2 doses d'un vaccin contre la COVID-19, dont l'un est un vaccin reçu à l'extérieur du Canada, autre que ceux visés aux points 1 et 3, et l'autre un vaccin à ARNm de Moderna ou de Pfizer BioNTech, avec un intervalle minimal de 21 jours entre les doses et dont la dernière dose a été reçue depuis 7 jours ou plus.
- présenter une contre-indication à la vaccination contre cette maladie attestée par un professionnel de la santé habilité à poser un diagnostic et qui est inscrite au registre de vaccination maintenu par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
- avoir participé à l'étude clinique menée par Medicago inc. visant à valider la sécurité ou l'efficacité d'un candidat-vaccin contre la COVID-19.

Intervenants du secteur de la santé et des services sociaux visés

2. Qui est désigné par les termes « intervenants du secteur de la santé et des services sociaux »?

Les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux visés par la vaccination obligatoire sont :

- 1° les personnes qui sont nouvellement embauchées ou qui commencent à exercer leur profession pour un établissement de santé et de services sociaux;
- 2° les personnes suivantes qui ont des contacts physiques directs avec des personnes à qui sont offerts des services de santé et des services sociaux ou qui ont des contacts physiques directs avec des personnes qui offrent de tels services notamment en raison du partage d'espaces communs :
 - a) des élèves, des étudiants et des stagiaires;
 - b) des bénévoles;
 - c) des sous-contractants ne fournissant pas de soins aux usagers ou aux résidents des milieux visés, à l'exception de ceux agissant dans un contexte d'urgence.

Milieux visés

3. Quels sont les milieux visés par la vaccination obligatoire?

Les milieux visés sont :

- 1. une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux;
- 2. une ressource intermédiaire non visée par la LRR;
- 3. une résidence privée pour aînés, à l'exception de celles de 9 places et moins;
- 4. tout lieu autre qu'une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux où sont offerts des services par un tel établissement soit assimilée à une telle installation, mais uniquement en ce qui concerne les intervenants qui fournissent les services de santé ou les services sociaux.

Ceci inclut notamment, mais non exhaustivement:

- Les centres locaux de services communautaires (CLSC), incluant les lieux, où sont dispensés les soins et services;
- Les centres hospitaliers (CH);
- Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) :
 - CHSLD publics;
 - CHSLD privés non conventionnés;
 - CHSLD privés conventionnés;
- Les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse;
- Les maisons de naissance;
- Les centres de réadaptation.

4. Quelle est la portée du libellé « *Tout lieu autre qu'une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux où sont offerts des services par un tel établissement soit assimilée à une telle installation, mais uniquement en ce qui concerne les intervenants qui fournissent les services de santé ou les services sociaux* » ?

Ce cas s'applique notamment pour les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux qui relèvent d'une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux, mais qui exerceraient à l'extérieur de ce lieu.

Par exemple, dans le cas d'un stagiaire accompagnant une infirmière d'un établissement du RSSS dans ses activités de soutien à domicile, ce dernier serait visé par la vaccination obligatoire.

MODALITÉS D'APPLICATION DU DÉPISTAGE OBLIGATOIRE

Intervenants de la santé et des services sociaux et milieux visés

5. Quels sont les personnes et les milieux visés par le dépistage obligatoire si les intervenants ciblés ne sont pas adéquatement protégés?

Entendu par « intervenant de la santé et des services sociaux » une personne travaillant ou exerçant sa profession ou un sous-contractant fournissant des soins aux usagers ou aux résidents pour:

1. un établissement de santé et de services sociaux;
2. une ressource intermédiaire non visée par la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2);
3. une résidence privée pour aînés à l'exception de celle de neuf places et moins;
4. une maison de soins palliatifs au sens du paragraphe 2° de l'article 3 de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001);
5. une institution religieuse qui maintient une installation d'hébergement et de soins de longue durée pour y recevoir ses membres ou ses adhérents;
6. un centre médical spécialisé au sens de l'article 333.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2);
7. un laboratoire d'imagerie médicale au sens 30.1 de la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus (chapitre L-0.2).

De plus, les intervenants des organisations suivantes ayant des **contacts physiques directs** avec des personnes à qui sont offerts des services de santé et des services sociaux sont assujettis au dépistage obligatoire:

1. la Corporation d'Urgences-santé;
2. les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers;
3. Héma-Québec;
4. l'Institut national de santé publique du Québec;
5. le ministère des Transports, mais uniquement pour le Service aérien gouvernemental.

6. Quelles sont les conditions qui justifient le dépistage pour les intervenants visés ?

Les intervenants visés par le dépistage obligatoire devront passer des tests de dépistage sauf :

1. s'ils ont reçu 2 doses de l'un ou l'autre d'un vaccin à ARNm de Moderna ou de Pfizer-BioNTech ou du vaccin AstraZeneca/ COVIDSHIELD ou **du vaccin à particules pseudo-virales de Medicago inc.**, avec un intervalle minimal de 21 jours entre les doses et dont la dernière dose a été reçue depuis au moins 7 jours;
2. s'ils ont contracté la COVID-19 et ont reçu, depuis 7 jours ou plus, une dose de l'un ou l'autre des vaccins visés au point 1 avec un intervalle minimal de 21 jours après la maladie;
3. s'ils ont reçu 2 doses d'un vaccin contre la COVID-19, dont l'un est un vaccin reçu à l'extérieur du Canada, autre que ceux visés aux points 1 et 3, et l'autre un vaccin à ARNm de Moderna ou de Pfizer BioNTech, avec un intervalle minimal de 21 jours entre les doses et dont la dernière dose a été reçue depuis 7 jours ou plus.
4. s'ils ont reçu une dose du vaccin Janssen depuis au moins 14 jours;
5. s'ils ont reçu une dose d'un vaccin mentionné au point 1 depuis au moins 7 jours et depuis moins de 60 jours;
6. s'ils présentent une contre-indication à la vaccination contre cette maladie attestée par un professionnel de la santé habilité à poser un diagnostic et qui est inscrite au registre de vaccination maintenu par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
7. s'ils ont participé à l'étude clinique menée par Medicago inc. visant à valider la sécurité ou l'efficacité d'un candidat-vaccin contre la COVID-19;
8. s'ils ont contracté la COVID-19 depuis moins de **90 jours**;

7. Est-ce que la main-d'œuvre indépendante (MOI) est visée par le dépistage obligatoire?

La MOI fournissant des soins aux usagers ou aux résidents des milieux visés est visée par le dépistage obligatoire.

Étant considérée comme sous-contractante, la MOI ne fournissant pas de soins aux usagers ou aux résidents des milieux visés est, quant à elle, visée par la vaccination obligatoire.

8. Les personnes proches aidantes sont-elles visées par le dépistage obligatoire?

Non.

9. Est-ce que les travailleurs chèque emploi-service (CES) ou dans le cadre d'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) sont visés par le dépistage obligatoire?

La personne qui fournit des services dans le cadre de la modalité de soutien à domicile allocation directe – chèque emploi-service (CES) ou en provenance d'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) est tenue de transmettre à l'exploitant ou responsable du milieu visé **l'une des preuves suivantes** :

- Elle a reçu le ou les vaccins mentionnés à la question 6;
- Elle présente une contre-indication à la vaccination contre cette maladie attestée par un professionnel de la santé habilité à poser un diagnostic et qui est inscrite au registre de vaccination maintenu par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
- Elle a participé à l'étude clinique menée par Medicago inc. visant à valider la sécurité ou l'efficacité d'un candidat-vaccin contre la COVID-19;
- Elle a contracté la COVID-19 depuis moins de **90 jours**;
- Elle démontre un résultat négatif d'un test de dépistage de la COVID-19 effectué depuis moins de 72 heures.

Elle pourra également transmettre l'une des preuves précédentes, sur demande, à la personne à qui elle fournit les services dans les milieux visés.

<u>Modalités des dépistages</u>	
10. Quels sont les tests de dépistage acceptés?	
	Les tests PCR et les tests antigéniques rapides sont acceptés. Ces derniers doivent être utilisés sous la supervision d'un professionnel autorisé et doivent être autorisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
11. Par qui les tests de dépistage doivent être supervisés?	
	Les tests de dépistage (PCR ou tests rapides) doivent être supervisés par un professionnel autorisé. Celui-ci doit avoir reçu la formation sur l'utilisation des tests antigéniques rapides et sur la biosécurité dispensée sous l'autorité du MSSS ou doit avoir été autorisé à effectuer les prélèvements nécessaires au test de dépistage de la COVID-19 en vertu des arrêtés 2020-030, 2020-034, 2020-037, 2020-039, 2020-087.
12. Qui va fournir les tests de dépistage pour les milieux visés ?	
	Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont responsables d'établir les modalités de dépistage et de fournir les tests aux milieux visés, le cas échéant. Les milieux de vie devront se référer à leur CISSS ou CIUSSS pour les procédures et les modalités de dépistage.
13. Qui est responsable de s'assurer que les employés d'une RI non visée par la LRR, d'une RPA ou d'un CHSLD privé non conventionné ont été dépistés?	
	Il s'agit d'une responsabilité de l'exploitant/responsable du milieu de vie visé. Le suivi du dépistage des employés non adéquatement protégés est requis. Pour ce faire, des accès à la plateforme Akinox (requête Web) ont été créés. Une lettre contenant les étapes à réaliser a été transmise à cet effet aux milieux visés.
14. Est-ce que les promoteurs RI pourront effectuer les tests rapides auprès de leur personnel ?	
	Les promoteurs de RI (ou un/des professionnels désignés de leur installation) pourront effectuer des tests rapides à condition que ceux-ci aient reçu la formation sur l'utilisation des tests antigéniques rapides et sur la biosécurité dispensée sous l'autorité du MSSS. À défaut, leurs employés devront se rendre en CDD pour effectuer leurs tests de dépistage. À noter que les établissements (ainsi que le MSSS) se réservent le droit d'établir les modalités de dépistage.

15. Est-ce que la vaccination obligatoire et le dépistage obligatoire visent les RI-RTF et à qui incombera la responsabilité de vérifier le statut vaccinal ?

Seulement les ressources intermédiaires non visées par la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2) sont visées par la vaccination obligatoire et le dépistage obligatoire.

Un stagiaire, un étudiant ou un bénévole œuvrant dans ce milieu est visé par la vaccination obligatoire dès qu'ils exercent des activités telles que décrites à la question 2.

De plus, concernant le dépistage obligatoire, tout intervenant de la santé et des services sociaux qui œuvre dans une RI visée et qui ne rencontre pas les conditions énumérées à la question 6 devra subir 3 tests de dépistage par semaine.

L'exploitant d'une RI doit transmettre à l'établissement de santé et de services sociaux avec lequel il a conclu une entente, une attestation indiquant que les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux qui sont tenus d'être adéquatement protégés le sont.

Tout exploitant d'une RI qui ne transmet pas l'attestation prévue précédemment pourrait cesser d'être rétribué par l'établissement de santé et de services sociaux avec lequel cette ressource a conclu une entente et pourrait voir les usagers qui y sont pris en charge déplacés vers un autre milieu de vie.

16. Est-ce qu'un employé qui vient de recevoir sa 1^{re} dose doit respecter le délai avant de recevoir la seconde?

Oui, le protocole d'immunisation du Québec recommande un délai optimal de 8 semaines entre les 2 doses pour assurer la meilleure protection. Cependant, le délai minimal est toujours de 21 jours.

17. Est-ce qu'un employé n'ayant reçu qu'une seule dose depuis plus de 60 jours doit être dépisté?

Oui.

18. Si un employé non vacciné prévoit se faire vacciner, est-ce qu'il devra être dépisté les 7 sept premiers jours? Pourra-t-il cesser le dépistage jusqu'au moment de recevoir sa seconde dose?

Oui, il ne sera pas dépisté s'il a reçu une dose d'un des vaccins mentionnés à la question 6 depuis au moins 7 jours et moins de 60 jours (période recommandée entre les 2 doses).

Toutefois, l'immunité procurée par le vaccin n'est considérée qu'après les 7 jours suivant la dernière dose administrée. Par conséquent, l'employé qui souhaite éviter le dépistage devra recevoir sa 2^e dose au plus tard la 53^e journée suivant sa 1^{re} dose. Si ces conditions ne sont pas respectées, il devra se faire dépister de nouveau à raison de 3 fois par semaine.

19. Quelles sont les modalités de dépistage pour les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers ?

Ces titulaires ont la responsabilité de s'assurer de la gestion et de l'opérationnalisation de la mesure de dépistage en fonction de leurs particularités et horaires de travail. Rappelons toutefois que les dépistages devront avoir lieu à raison de 3 fois par semaine pour les intervenants visés.

20. Les organismes ayant une entente en vertu de l'article 108 de la LSSSS qui occupent des locaux au sein d'une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux sont-ils visés? Les services offerts à domicile par l'organisme sont-ils visés ?

Les signataires et les utilisateurs de locaux exploités par un signataire ayant une entente 108 ne sont plus visés. Rappelons qu'un stagiaire, un étudiant ou un bénévole œuvrant dans une installation maintenue par un établissement du RSSS est visé par la vaccination obligatoire dès qu'il exerce des activités assimilées à un intervenant du secteur de la santé et des services sociaux.

Les services de soutien à domicile ne sont pas spécifiquement visés pour les organismes ayant de telles ententes.

21. Est-ce que les règles pour le dépistage obligatoire s'appliquent aux salariés, bénévoles, étudiants ou stagiaires s'ils agissent dans un des lieux visés ?

Non, les stagiaires, étudiants, bénévoles, sont visés par la vaccination obligatoire dès qu'ils ont des activités dans les milieux mentionnés à la question 3.

Les salariés qui travaillent ou exercent pour les milieux mentionnés à la question 5 sont soumis, pour leur part, au dépistage obligatoire.

MODALITÉS D'APPLICATION POUR LES VISITEURS

Modalités générales

22. Est-ce que les visiteurs, les personnes proches aidantes ou les accompagnateurs sont visés?

Non. Les visiteurs, les personnes proches aidantes ou les accompagnateurs n'ont plus à démontrer leur statut vaccinal pour accéder aux milieux de vie ou de soins depuis le 12 mars 2022.

MODALITÉS D'APPLICATION GÉNÉRALE

23. Quelles sont les sanctions possibles pour un milieu de vie qui ne se conforme pas aux exigences du décret et arrêtés?

La rétribution des exploitants des ressources intermédiaires visés pourrait être cessée.

Par ailleurs, rappelons que l'article 139 de la Loi sur la santé publique prévoit qu'est passible d'une amende de 1 000 \$ à 6 000 \$ quiconque commet une infraction dans le cadre de l'application du chapitre XI.

Les intervenants ainsi que les exploitants/responsables des milieux visés contrevenants s'exposent donc à de telles sanctions.

24. Est-ce qu'un établissement public doit dénoncer un milieu qui ne respecte pas les exigences? Si oui, à qui?

Un établissement public peut dénoncer un milieu ou un intervenant qui ne respecte pas les exigences des présentes mesures à un agent de la paix.

25. Quelle sera la modalité de transmission des listes d'intervenants de la santé non adéquatement protégés demandé par le ministre?

À la demande du ministre, les milieux visés pourraient devoir transmettre la liste des intervenants non adéquatement protégés de leur installation à leur établissement régional. Une fois ces listes reçues par les établissements, ceux-ci les transmettront à leurs directions répondantes respectives du MSSS.

26. Est-ce que les milieux de vie doivent vérifier les preuves des employés du RSSS?

Non, les employeurs des installations visées ont la responsabilité de s'assurer que les employés provenant de leur installation sont adéquatement protégés.

Émission :	31-03-2021	Mise à jour	29-03-2022
------------	------------	-------------	------------



Directive ministérielle		DGSP-018.REV8
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.REV7
émise le
4 février 2022

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

Directive	
Objet :	Directive concernant la levée de l’isolement des travailleurs de la santé en contexte de prestation de services compromise.
Principe :	Cette révision de la directive vise la diffusion des nouvelles mesures concernant l’isolement des travailleurs de la santé.
Mesures à implanter :	✓ Informer les directeurs des établissements du réseau de la santé et des services sociaux des nouvelles modalités d’isolement des travailleurs de la santé exposés ou infectés par la COVID-19. Ces dernières sont modulées par priorité en fonction du statut de protection, du type d’exposition, des conditions de retour au travail ainsi que du risque de compromission de l’accès aux services.

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 : Tableau résumé des mesures d’isolement des travailleurs de la santé en situation de matérialisation du risque de compromission de l’accès aux 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, veuillez SVP visiter le :

msss.gouv.qc.ca/directives

La sous-ministre,
Original signé par
Dominique Savoie

Directive ministérielle DGSP-018.REV8

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. Celle-ci apporte des ajustements concernant les délais d'isolement des travailleurs de la santé (TdeS) exposés ou infectés par la COVID-19 en fonction des conditions de retour au travail et précise les modalités d'utilisation des tests de détection antigénique rapides (TDAR) en contexte de retour anticipé des TdeS confirmés positifs à la COVID-19.

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, et ce, en fonction du statut de protection, du type d'exposition et des conditions de retour au travail avant la fin de l'isolement prévu, le cas échéant. Ce tableau devrait guider les décisions de levée de l'isolement des TdeS.

Application de la directive

Aux fins d'application de la présente directive, le risque de compromission de l'accès aux services se matérialise, notamment, lorsque le recours récurrent au temps supplémentaire est nécessaire pour garantir l'accès aux services.

Compromission persistante

En cas de compromission persistante de l'accès aux services malgré la mise en place des mesures telles que présentées dans la gradation du tableau en annexe, un établissement peut nécessiter la réintégration précoce d'un employé qui présente un test rapide positif. Ces situations doivent être analysées avec les équipes locales de prévention et contrôle des infections, en fonction des conséquences de la compromission de l'accessibilité aux services et du bénéfice de réintégrer un employé encore contagieux. Par exemple, dans la mesure du possible, le TdeS pourrait être assigné à des zones chaudes ou à des situations où la sécurité des usagers serait maintenue en tout temps. Advenant cette réintégration, l'établissement devra également limiter le risque de contamination représenté par ce TdeS, 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. 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 d'amplification des acides nucléiques (TAAN)) depuis moins de 3 mois (vacciné ou non).

Travailleur de la santé considéré partiellement protégé (excluant le TdeS immunosupprimé) :

- Primovaccination complète, avec ou sans dose de rappel ;
- Au moins 2 doses de vaccin à ARNm ou vecteur viral depuis ≥ 7 jours après la 2^e dose (primovaccination);
- 1 dose de vaccin COVID-19 Johnson & Johnson suivie d'une dose de vaccin COVID-19 ARNm ET ≥ 7 jours après la 2^e dose ;

Émission :	31-03-2021	Mise à jour	29-03-2022
------------	------------	-------------	------------

- Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo avant le 20 décembre 2021 et depuis ≤ 6 mois (vacciné ou non);
- Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo depuis > 6 mois, mais ≤ 12 mois ET vacciné depuis ≥ 7 jours, primovaccination incomplète.

Travailleur de la santé considéré non protégé :

- Primovaccination incomplète;
- Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo depuis > 6 mois, mais ≤ 12 mois ET non vacciné;
- Épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo depuis > 12 mois ET non vacciné ou primovaccination incomplète;
- Aucun épisode de COVID-19 confirmé par TAAN-labo ou non vacciné;
- Immunosupprimé vacciné ou non, épisode de COVID-19 confirmé ou non.

Ordre de retour

L’ordonnancement du retour au travail précoce des TdeS en isolement tient compte d’une gradation du risque que représentent différentes situations allant d’un moindre risque jusqu’aux situations dont le risque pour les autres TdeS et usagers semble plus important. L’ordre de retour au travail suivant est proposé :

Séquence	Scénario de retour précoce
1	TdeS partiellement protégé et contact domiciliaire en continu avec le cas
2	TdeS non protégé et contact en milieu de soins ou en communauté (sauf contact continu à domicile)
3	TdeS non protégé et contact domiciliaire en continu avec le cas
4	TdeS cas confirmé de COVID-19 (retrait de 7 jours)
5	TdeS cas confirmé de COVID-19 (retrait de 5 jours)

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 d’un contact :**
 - * **un test de dépistage TAAN négatif est fortement recommandé**
 - absence de fièvre depuis 48 heures, amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)
- **Avant un retour au travail précoce d’un cas :**
 - **Deux tests rapides antigéniques négatifs sont nécessaires**
 - absence de fièvre depuis 48 heures, amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles)
- **Le TdeS doit travailler idéalement dans une seule installation selon les modalités locales de l’employeur.**

Tableau résumé des mesures d’isolement des travailleurs de la santé en situation de matérialisation du risque de compromission de l’accès aux services (milieux de soins et de vie)

Ce tableau 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 directive¹.

Contexte	Mesures sans accès aux services compromis – Conditions requises pour un maintien/ retour au travail			Mesures avec accès aux services compromis - Conditions requises pour un retour au travail précoce
1. Travailleurs de la santé <u>ayant des symptômes compatibles à la COVID-19</u>	<u>Considéré protégés</u>	<u>Partiellement protégés</u>	<u>Non protégés</u>	IDEM
	Aucun retrait du travail et aucun dépistage lié à la COVID-19	Retrait du travail en attente de la confirmation d'un test TAAN • Si test <u>positif</u>, voir les consignes d'un cas confirmé. • Si test <u>négatif</u> 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 heures suivant la détérioration des symptômes.		

1. Le lecteur doit se référer à l’avis de l’INSPQ pour la liste complète des mesures à prendre en cas de levée de l’isolement d’un travailleur de la santé.

Contexte	Mesures sans accès aux services compromis – Conditions requises pour un maintien/ retour au travail			Mesures avec accès aux services compromis - Conditions requises pour un retour au travail précoce
2. Travailleurs de la santé <u>exposés en milieu de soins ou milieu de vie ne portant pas adéquatement l’EPI recommandé</u> OU Travailleurs de la santé <u>avec contact ponctuel dans la communauté</u>	<u>Considéré protégés</u>	<u>Partiellement protégés</u>	<u>Non protégés</u>	Retrait des TdeS non protégés jusqu’au 1er test TAAN-labo négatif Conditions : • TdeS asymptomatiques • 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
	Aucun retrait du travail et aucun dépistage lié à la COVID-19	Aucun retrait du travail • 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.	Retrait 10 jours • Dépistage : Dès que possible ET répéter à chaque 2-3 jours jusqu’à 10 jours après la dernière exposition	

Contexte	Mesures sans accès aux services compromis – Conditions requises pour un maintien/ retour au travail			Mesures avec accès aux services compromis – Conditions requises pour un retour au travail précoce
3. Travailleurs de la santé <u>avec contact domiciliaire limité (le cas s’isole)</u>	<u>Considéré protégés</u> Aucun retrait du travail et aucun dépistage lié à la COVID-19	<u>Partiellement protégés</u> Retrait du travail jusqu’au premier test TAAN négatif • 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.	<u>Non protégés</u> Retrait 10 jours • Dépistage : Dès que possible ET répéter à chaque 2-3 jours jusqu’à 10 jours après la dernière exposition	Retrait des TdeS non protégés jusqu’au 1^{er} test TAAN- labo négatif Conditions : • TdeS asymptomatiques • 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

Contexte	Mesures sans accès aux services compromis – Conditions requises pour un maintien/ retour au travail			Mesures avec accès aux services compromis - Conditions requises pour un retour au travail précoce
4. Travailleurs de la santé <u>avec contact domiciliaire continu avec le cas (le cas ne s'isole pas)</u>	<u>Considéré protégés</u>	<u>Partiellement protégés</u>	<u>Non protégés</u>	Ordre de priorisation du retour au travail : 1. TdeS partiellement protégés : Retrait jusqu'au 1^{er} TAAN-labo négatif 2. TdeS non protégés : Retrait jusqu'au 1^{er} TAAN-labo négatif Conditions : • TdeS asymptomatiques • 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
	Aucun retrait du travail et aucun dépistage lié à la COVID-19	Retrait 7 jours • Dépistage : Dès que possible ET répéter à chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition	Retrait 10 jours • Dépistage : Dès que possible ET répéter à chaque 2-3 jours jusqu'à 10 jours après la dernière exposition	

Contexte	Mesures sans accès aux services compromis – Conditions requises pour un maintien/ retour au travail			Mesures avec accès aux services compromis - Conditions requises pour un retour au travail précoce
5. Travailleur de la santé <u>ayant un test positif confirmé de COVID-19</u>	<u>Considéré protégés</u>	<u>Partiellement protégés</u>	<u>Non protégés</u>	Ordre de priorisation du retour au travail : 1. TdeS partiellement protégés et non protégés : Retrait 7 jours ET doit avoir 2 TDAR négatifs (jours 6 et 7) 2. <u>TdeS partiellement protégés et non protégés</u>: Retrait 5 jours ET à partir du 5^e jour : effectuer un TDAR quotidien jusqu'à obtention de 2 TDAR négatifs (intervalle de 24 heures) 3. Dans un contexte exceptionnel d'accès compromis aux services ayant un impact sur la sécurité des usagers : veuillez vous référer à la section <i>Compromission persistante</i> de la directive. Conditions : • TdeS au moment du retour : absence de fièvre (sans prise de médication) et amélioration des symptômes • TDAR : 1^{er} test peut être un autotest; 2^e doit être <u>supervisé</u> • Auto-isolement strict lorsqu'au travail • Respect strict des mesures de PCI
	Aucun retrait du travail • Respect strict des mesures PCI • Autosurveillance des symptômes pendant 14 jours; • Auto-isolement strict lorsqu'au travail;	Retrait 10 jours	Retrait 10 jours	

V2022-03-29

Directive ministérielle

DGSP-021.REV3

Catégorie(s) :

- ✓ Gestion des éclosions COVID-19
- ✓ Gestion des cas et contacts
- ✓ Isolement

Directive sur l’application des recommandations concernant la gestion des cas et des contacts dans la communauté, dans le contexte de la circulation du variant Omicron

Révision de la directive DGSP-021.REV2 émise le 6 janvier 2022

Expéditeur :

Direction générale de la santé publique (DGSP)

Destinataires :

- Aux PDG et DG des établissements publics du RSSS
- Directeurs de santé publique
- Directeurs des services professionnels
- Directeurs des soins infirmiers des établissements publics
- Directeurs des programmes de soutien à l’autonomie des personnes âgées
- Directeurs généraux des établissements privés conventionnés

Directive	
Objet :	Gestion des cas et des contacts en milieu communautaire.
Principe :	Cette directive vise l’implantation des recommandations formulées par le directeur national de santé publique à l’égard de la circulation du variant Omicron et tient compte des dernières recommandations formulées par les <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (CDC) et d’autres provinces canadiennes, de l’évolution des connaissances sur le variant OMICRON ainsi que des contraintes ayant mené à l’accès aux résultats de tests TAAN pour la population générale. La gestion des cas et des contacts, dans le contexte de la circulation du variant Omicron, se réalise dans une approche populationnelle pour l’ensemble des régions du Québec. La nouvelle version de cette directive présente les mesures de gestion recommandées, dans un contexte de désescalade des mesures et en fonction de l’évolution d’une stratégie de suppression de la transmission communautaire à une stratégie de mitigation, en présence d’un cas suspecté de COVID-19 ou d’une personne exposée (un contact) à un tel cas dans la communauté. Ces recommandations intérimaires tiennent compte de l’évolution de la situation épidémiologique, de la couverture vaccinale et du maintien de consignes sanitaires notamment le port du masque dans les lieux publics et de mesures préventives dans les écoles et les milieux de travail et de l’utilisation de tests rapides par la population.
Mesures à implanter :	Modifier la gestion des cas et des contacts dans la communauté en cessant l’isolement des contacts à risque élevé qui sont vaccinés ou ont déjà contracté la COVID-19.

Coordonnées des secteurs et des personnes-ressources	
Direction ou service ressource :	Direction générale de la santé publique SantéPubliqueQuebec@msss.gouv.qc.ca

Émission :	01-04-2021
------------	------------

Mise à jour	31-03-2022
-------------	------------

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, SVP veuillez visiter le :

msss.gouv.qc.ca/directives

Original signé par

Le sous-ministre associé
Daniel Paré

Lu et approuvé par

La sous-ministre
Dominique Savoie

Directive ministérielle DGSP-021.REV3

Directive

Priorisation des tests PCR

Les consignes de priorisation des tests de dépistage sont disponibles dans la directive [DGSP-001 et ses révisions](#).

Stratégie de gestion des cas et de leurs contacts

Détermination du niveau de protection

Le niveau de protection réfère à la réduction du risque de transmission à autrui à la suite d'une vaccination ou d'une infection antérieure. Dans le contexte actuel, considérant les données disponibles et limitées sur l'efficacité du vaccin contre le variant Omicron, la vaccination permet de moduler la période d'isolement des cas et des contacts.

Les personnes immunodéprimées ne sont pas visées par la modification de GCC mais feront l'objet de recommandations ultérieures.

Toutefois, il importe de préciser qu'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.

Lorsqu'elles présentent des symptômes, les personnes adéquatement protégées n'ont pas à s'isoler ni à réaliser de test rapide. Il est cependant recommandé à toutes les personnes symptomatiques de limiter les contacts, de porter un masque dans les interactions sociales et d'éviter de visiter des personnes vulnérables.

Gestion des cas

La durée recommandée de l'isolement en présence de symptômes compatibles avec la COVID-19 varie selon l'âge et la notion d'adéquatement vacciné (avoir reçu au moins 2 doses de vaccins). Sous certaines conditions et avec l'application de mesures additionnelles, il est possible de lever l'isolement strict après 5 jours.

Ces mesures additionnelles doivent être appliquées pour 5 jours supplémentaires :

- porter le masque en tout temps lors d'interactions sociales;
- éviter les contacts avec les personnes vulnérables;
- respecter une distanciation de deux mètres (si possible).

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

Pour plus d'information, consulter les [Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#).

Gestion des contacts

Il n'est plus requis d'isoler les contacts à risque élevé, asymptomatiques, qui ont reçu au moins une dose de vaccin ou qui ont fait la COVID-19. Néanmoins, celles-ci doivent s'astreindre au port du masque en continu pour une période de 10 jours, à éviter de visiter les personnes vulnérables durant cette période et à garder une distance de 2 mètres autant que possible et à surveiller l'apparition des symptômes.

Les consignes qui s'appliquent aux personnes identifiées comme contact d'un cas de COVID-19 peuvent être consultées à la page suivante : [Consignes à suivre pour la personne identifiée comme contact d'un cas de COVID-19 | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#).

Émission :	01-04-2021
------------	------------

Mise à jour	31-03-2022
-------------	------------

Consignes spécifiques pour les travailleurs des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)

Les travailleurs de la santé **du RSSS** doivent suivre les consignes présentées à la directive [DGSP-018 et ses révisions](#).

Les autres travailleurs des établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui ne sont pas en contact avec les patients (par ex. : secteur de l’informatique, personnel à la cuisine) peuvent suivre les consignes qui s’appliquent à la gestion des cas et des contacts en milieu communautaire.

