

	Niveau d'alerte 1 – Mesures de base	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4
LE DÉCLENCHEMENT DES NIVEAUX D'ALERTE EST DÉCIDÉ PAR LE MSSS en collaboration avec les établissements ET SE FAIT RÉGIONALEMENT/LOCALEMENT ET PAR CLIENTÈLE ADULTE OU PÉDIATRIQUE				
ACTIVATION selon: • Utilisation des lits d'hospitalisation et de soins intensifs COVID (sauf pédiatrie)	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des lits d'hospitalisation < cible de lits COVID-19 vague 5 Phase 1 Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI < cible de lit COVID-19 vague 5 Phase 1 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des lits d'hospitalisation entre phase 1 et 2 des lits ciblés COVID vague 5 Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI entre phase 1 et 2 des lits ciblés COVID vague 5 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des lits d'hospitalisation entre phase 2 et 3 des lits ciblés COVID vague 5 Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI entre la phase 2 et 3 des lits ciblés COVID vague 5 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des lits d'hospitalisation > phase 3 des lits ciblés COVID vague 5 Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI > phase 3 des lits ciblés COVID vague 5
Cibles de lits COVID Répartition régionale et interrégionale décidée par COOLSI/CCPPQ par région	<ul style="list-style-type: none"> Mesure de base (situation courante) Usager COVID + hospitalisé dans unités chaudes : cibles/établissements déterminées par le MSSS Planification : chaque installation identifiée pour recevoir des patients COVID doit avoir un plan pour déployer le nombre de lits COVID identifié – répartition régionale Répartition naturelle selon les lieux de consultation. Conserver un nombre minimal de lits réservés COVID selon la demande Enfant hospitalisé : <ul style="list-style-type: none"> COVID + AVEC BESOIN D'HOSPITALISATION POUR SYMPTÔMES COVID : Centres de référence COVID + ASYMPTOMATIQUE OU AUTRE DIAGNOSTIC PRINCIPAL : Centre hospitalier local ou régional 	<ul style="list-style-type: none"> Montée progressive des cas avec répartition selon les cibles COVID Selon discussion entre les PDG et DSP pour passer au niveau d'alerte 3 <p>Montréal : Dès l'atteinte de 40 % des lits ciblés phase 2 par établissement déclencher la répartition régionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> Répartition équitable entre les établissements par COOLSI par région <p>Montréal : De 40 à 80 % des lits ciblés par établissement, déclencher la répartition régionale</p>	Tous les CH. Mise en place de la surcapacité au-delà des cibles.
Évaluation capacité RH (MSSS et Établissement)	Indicateurs RH : Taux de présence infirmière requise ; Taux de temps supplémentaire ; Taux de main-d'œuvre indépendante ; Taux absence dû à la COVID chez le personnel ; Taux d'absentéisme global ; Taux de vaccination du personnel Analyse, discussion et contextualisation entre le MSSS et l'établissement : évaluer la contribution de l'enjeu RH à la problématique et aux actions potentielles			
Actions RH Principes directeurs : Stabilisation RH, Utilisation optimale des compétences, Révision de l'organisation des soins et du travail	<ol style="list-style-type: none"> Exercice de pertinence des activités cliniques Embauche des bassins de main-d'œuvre disponible Révision de la composition des équipes de soins et de l'organisation du travail en priorisant l'utilisation des titres d'emploi à la nomenclature qui ne sont pas en pénurie et complémentaires aux professionnels (ex : assistant technique aux soins de la santé, aide de service, etc.) Assurer la disponibilité de la main-d'œuvre (mesures) Diminuer le délestage du personnel et favoriser la stabilisation 	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer de l'accueil, de la formation, du suivi et de la stabilisation du personnel venant d'autres secteurs d'activité. Révision des schémas d'horaire du personnel ; idem pour autres phases Révision de l'offre de service et du mode de dispensation des soins et services 	En fonction de l'analyse RH et de l'offre de services cliniques révisés, déployer les mesures locales visant à augmenter la disponibilité de la main-d'œuvre et les déplacements en respect des dispositions locales en vigueur.	Idem au niveau 3
ACTIONS sur l'organisation des soins et services Tous les établissements Toutes les régions Centre de référence (CRef) : installation COVID avec lits de soins intensifs COVID	<ul style="list-style-type: none"> Établir un mécanisme de suivi des communications et directives ministérielles Poursuivre les activités de dépistage Poursuivre la téléconsultation Planifier l'équipement/matériel nécessaire (ÉPI et autres) Mise en place d'un mécanisme structuré de planification des transferts de patients COVID Poursuivre le regroupement d'usagers COVID+, lorsque pertinent Tous les patients COVID+ dont les besoins peuvent être traités dans leur installation doivent y être pris en charge jusqu'à l'atteinte de la capacité de l'installation. Par la suite, les transferts seront coordonnés par le COOLSI ou en pédiatrie, néonatalogie et obstétrique par le CCPPQ. Des centres de référence (CRef) COVID seront identifiés pour recevoir les cas complexes (liés aux centres qui ont des lits de SI COVID). Pour ces cas, transferts en CRef coordonné par le COOLSI ou en pédiatrie, néonatalogie et obstétrique par le CCPPQ. Aucun délestage additionnel des activités : poursuite des activités selon le niveau de reprise maximal planifié par établissement Identifier les lits protégés de chirurgie au besoin et éviter le délestage de ces ressources Comité de coordination en place et Comité de coordination des lits d'hospitalisation de l'hébergement et de la réadaptation pour favoriser la sortie et la fluidité Préparation selon le guide de prévention et de gestion des éclosions et l'ajustement des mesures de PCI en centre hospitalier Tous les établissements se préparent pour contingence : <ul style="list-style-type: none"> Planification de l'éventuelle surcapacité <p>En cas d'éclosion nosocomiale : prise en charge par l'installation et assurée toutes les mesures pour contrôler l'éclosion selon le guide de prévention et de gestion des éclosions. Déclaration obligatoire au MSSS.</p> <ul style="list-style-type: none"> NSA : Cible d'usagers NSA 8 % des lits disponibles. Une cible maximale en deçà de 40 % des usagers hors délais est attendue et 0 hors délais en variable évaluation orientation. 	<ul style="list-style-type: none"> Se préparer pour un éventuel niveau d'alerte 3 Rapatriement dans l'installation d'appartenance des usagers rétablis des centres de référence, si un transfert d'installation a été nécessaire et retour des usagers rétablis vers centre d'origine Conserver les lits protégés de chirurgie au besoin et éviter le délestage de ces ressources Éviter le délestage des ressources du SAD et de la première ligne (IPS et infirmières cliniciennes) Délestage sélectif des activités via le comité de coordination local décisionnel en place et en fonction des directives en vigueur Tous les établissements accèdent à la contingence : Regroupement des usagers COVID + s'il y a lieu Surcapacité : poursuivre selon la progression établie Augmenter graduellement le nombre de lits réservés COVID selon le nombre de patients COVID admis et selon les cibles Usagers NSA : Cible de 8 % des lits disponibles sont occupés par des usagers en NSA. Une cible maximale de 30 % des usagers hors délais est attendue ainsi que 0 hors délais en variables 8. <ul style="list-style-type: none"> Il est attendu de prioriser l'ouverture des lits fermés en priorité pour soutenir l'accès. En appliquant la mise à jour de la « Directive DGAPA-015 : Directive sur les zones tampons » pour éviter la multiplication des sites à couvrir. Regrouper les usagers NSA en attente d'une place en milieu de vie (CHSLD, RI, RPA) afin d'être en mesure d'adapter la composition de l'équipe de soins ainsi que les suivis cliniques en conséquence des balises de longue durée ou selon des besoins spécifiques à leur condition de suivis après autorisation des experts en PCI. En cas d'éclosion nosocomiale : prise en charge par l'installation et assurée toutes les mesures pour contrôler l'éclosion selon le guide de prévention et de gestion des éclosions. 	<ul style="list-style-type: none"> Mise sous tension de surcapacité : Se préparer pour un éventuel niveau d'alerte 4 : préparer le délestage d'activité pour pouvoir atteindre une surcapacité de la cible de lits COVID par établissement selon les phases 2 et 3 du plan de délestage. Soumettre le plan de délestage pour atteindre la surcapacité au MSSS pour approbation. Montée progressive des cibles par région. Réévaluer les lits de chirurgie protégés Augmentation du délestage des activités : Chirurgie : rationaliser au maximum les activités non urgentes Ambulatoire et consultations externes : augmentation des soins virtuels ; Imagerie : maintien des services urgents et semi-urgents Cancérologie : maintien et délestage sélectif selon consignes Activités chronodépendantes et essentielles (Ex. : hémodialyse...) : maintien des activités Traiter les cas semi-urgents à la pièce. Tout délestage est coordonné par le comité de coordination local décisionnel en place - autorisation ministérielle requise Réorientation systématique et sécuritaire à l'urgence. Coordination par la DCM 514-450 pour la région 06 Usagers NSA : Cible max de 8 % des lits disponibles sont occupés par des usagers en NSA. Une cible maximale en deçà de 25 % des usagers hors délais est attendue ainsi que 0 hors délais en variables 8. Regrouper les usagers NSA en attente d'une place en milieu de vie (CHSLD, RI, RPA) afin d'être en mesure d'adapter la composition de l'équipe de soins ainsi que les suivis cliniques en conséquence des balises de longue 	<ul style="list-style-type: none"> Transferts uniquement selon le niveau de spécialisation/mission nécessaire pour la prise en charge. Délestage important de toutes activités non urgentes selon le comité de comité de coordination local décisionnel et suivant le plan de délestage phase 2 et 3 autorisée par le MSSS Corridor interétablissement pour des activités cliniques, au besoin Phase 3 des cibles de lits COVID à la demande du MSSS Implication de la coordination réseau pour la coordination interétablissement et des débordements Usagers NSA : Cible max de 5 % des lits disponibles occupés par des usagers en NSA. Une cible maximale de 25 % des usagers hors délais est attendue ainsi que 0 hors délais en variables 8. Regrouper les usagers NSA en attente d'une place en milieu de vie (CHSLD, RI, RPA) afin d'être en mesure d'adapter la composition de l'équipe de soins ainsi que les suivis cliniques en conséquence des balises de longue durée ou selon des besoins spécifiques à leur condition de suivis et regrouper en SNT si la surcapacité n'est plus possible en milieu de vie après autorisation des experts en PCI. Adapter le nombre et l'emplacement des lits à réserver pour constituer les différentes zones tampons (ST et SNT) selon les volumes d'éclosions et la situation épidémiologique. En

	<ul style="list-style-type: none"> Si requis et avantageux considérant le volume, considérer le regroupement des usagers NSA en attente d'une place en milieu de vie (CHSLD, RI, RPA) afin d'être en mesure d'adapter la composition de l'équipe de soins ainsi que les suivis cliniques en conséquence des balises de longue durée ou selon des besoins spécifiques à leur condition de suivis après autorisation des experts en PCI. Adapter le nombre et l'emplacement des lits à réserver pour constituer les différentes zones tampons [Sites traditionnels (ST) et sites non traditionnels (SNT)]. En appliquant la mise à jour de la « Directive DGAPA-015 : Directive sur les zones tampons ». Il est attendu de prioriser l'ouverture des lits fermés en priorité pour soutenir l'accès. 	<ul style="list-style-type: none"> Chaque établissement doit fournir au MSSS la liste des installations avec lits COVID pour la coordination des lits 	<p>durée ou selon des besoins spécifiques à leur condition de suivis après autorisation des experts en PCI.</p> <ul style="list-style-type: none"> Adapter en fonction de la capacité en RH et pour éviter le nombre de transitions des usagers le nombre et l'emplacement des lits à réserver pour constituer les différentes zones tampons (ST et SNT) selon les volumes d'éclotions et la situation épidémiologique, en appliquant la mise à jour de la « Directive DGAPA-015 : Directive sur les zones tampons ». En cas d'éclotion nosocomiale : prise en charge par l'installation et assurée toutes les mesures pour contrôler l'éclotion selon le guide de prévention et de gestion des éclotions. Chaque établissement doit fournir au MSSS la liste des installations avec lits COVID pour la coordination des lits 	<p>appliquant la mise à jour de la « Directive DGAPA-015 : Directive sur les zones tampons ».</p>
--	---	--	---	---

Des consignes spécifiques à certains secteurs complètent ce tableau (cancéro, endoscopie, etc.) Actions NSA : Se référer au plan spécifique pour soutenir la gestion des trajectoires pour les sorties NSA.

<p>Actions nationales MSSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tenir un registre des cas dépistés et confirmés. Suivi du tableau de bord des capacités réelles et de l'utilisation des lits. Coordination des ÉPI. Débuter les mesures de gestion de la main-d'œuvre en tenant compte des secteurs dont le personnel doit être protégé de manière prioritaire selon les consignes émises (ex. soins intensifs, oncologie, chirurgie, hémodialyse, etc.). Coordination des orientations avec la santé publique. Rationalisation et diffusion des communications des directives au réseau. Gestion 5^e vague par sous-comité du comité directeur clinique. Communiquer la disponibilité des services hospitaliers à la population en contexte de pandémie. 	<ul style="list-style-type: none"> Point de suivi hebdomadaire avec les établissements dont la situation est non contrôlée ou en augmentation. Coordination de la fluidité NSA avec les responsables désignés des établissements (voir le plan d'action national pour la coordination locale) Comité de coordination clinique de délestage. Vigie de la capacité de dépistage selon les besoins. Partage des priorités et des cibles de délestage selon les activités. Vigie des situations épidémiologiques populationnelles et des capacités hospitalières régionales. Simplifier les modes de transmission et alléger la granularité des suivis statistiques 	<ul style="list-style-type: none"> Point de suivi hebdomadaire avec les établissements dont la situation est non contrôlée ou en augmentation. Évolution des priorités et des cibles de délestage. Collaborer avec les établissements concernés aux mesures de convergence des ressources. Coordination de la fluidité NSA avec les responsables désignés des établissements. (Voir le plan d'action national pour la coordination locale) 	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre les points de suivi hebdomadaire avec les établissements et plus fréquemment si nécessaire. Application du plan de surcapacité provincial Coordination de la fluidité NSA avec les responsables désignés des établissements. (Voir le plan d'action national pour la coordination locale)
---	--	---	---	---

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