

2020-11-27

Plan de contingence et de désencombrement des urgences - COVID-19

Prémisse

La pandémie de la COVID-19 a forcé les gestionnaires des services d'urgence à utiliser divers moyens pour diminuer le risque de transmission nosocomiale. Ainsi, un plan de contingence a été élaboré lors de la première vague en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) afin de diminuer les risques de contamination des usagers et du personnel. À ce moment, l'ensemble des urgences du Québec a été subdivisé en zones de traitement distinctes (zone chaude, tiède et froide) et plusieurs mesures de prévention et de contrôle des infections ont été instaurées ce qui a entraîné une perte significative de civières dans plusieurs installations. Néanmoins, toutes les urgences doivent continuer à assurer la prise en charge de la clientèle qu'elle soit porteuse ou non de la COVID-19.

Ce document présente les divers éléments à mettre en place dans les services d'urgences afin d'assurer une offre de soins sécuritaire et efficiente dans le contexte actuel. Il comprend une mise à jour du plan de contingence détaillant les mesures à appliquer en fonction de l'évolution de la pandémie au niveau local et régional ainsi qu'une révision du plan de désencombrement adapté à la diminution de la capacité d'accueil des urgences.

Plan de contingence des urgences COVID-19

L'adaptation de l'offre de services dans une urgence se fait de façon graduée, et ce, en fonction du niveau d'alerte de l'installation. Ce dernier est déterminé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en collaboration avec les établissements. On retrouve ainsi des niveaux d'alerte propres à la situation qui évolue progressivement selon la situation épidémiologique régionale et locale, le contrôle de la transmission et la capacité du système de soins. Notons cependant que l'application des interventions peut varier selon la situation de l'urgence et de l'installation.

PLAN DE CONTINGENCE – INTERVENTIONS					
LES NIVEAUX D'ALERTE SONT DÉTERMINÉS SELON LE PLAN DE CONTINGENCE PROVINCIAL – CENTRE HOSPITALIER					
Pour chacun des niveaux, poursuivre les interventions des niveaux précédents					
	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4	
Organisation physique des urgences	<ul style="list-style-type: none"> ○ Guichet unique à l'entrée de l'urgence ○ Implanter les zones de traitement chaudes, tièdes et froides ○ Aucun usager au corridor en zone chaude/tiède 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Instaurer un filtrage et prétriage idéalement dans une aire dédiée de l'hôpital (garage, roulotte, tente, salle de décontamination, etc.) ○ Instaurer 2 zones de triage distinctes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Triage sans la COVID-19 ▪ Triage de la COVID-19 suspectée ou confirmée 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Limiter les risques de contamination et propagation : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucun séjour de plus de 24h pour les usagers non hospitalisés ▪ Aucun séjour de plus de 36h pour les usagers hospitalisés ○ Taux d'occupation de la zone chaude-tiède inférieur à 85 % (calculé selon le nombre maximal de civières disponibles dans ces 2 zones) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aucun séjour de plus de 24h pour tous les usagers 	
Triage et réorientation	<ul style="list-style-type: none"> ○ Effectuer un filtrage et prétriage ○ S'assurer d'avoir la dernière mise à jour de l'outil d'évaluation pour les infirmières au triage de l'urgence ○ Effectuer prioritairement le triage des usagers arrivant en ambulance (ou autres transports) afin de libérer les TAP et les transporteurs le plus rapidement possible ○ Réorientation de la clientèle réorientable 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Offrir à toute la clientèle réorientable un rendez-vous vers les CDÉ ou les cliniques froides 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Réorientation systématique de la clientèle réorientable vers les CDÉ et cliniques froides avec rendez-vous ○ Mettre en place une procédure de prise en charge graduelle par les médecins spécialistes directement à l'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en place une procédure de prise en charge systématique par les médecins spécialistes directement à l'urgence 	
Normes de prévention et contrôle des infections	<ul style="list-style-type: none"> ○ S'assurer du respect de l'étiquette respiratoire ○ Port d'un couvre-visage pour les usagers et accompagnateurs âgés de 10 ans et plus sans contre-indications (voir directives de la santé publique) ○ Dépistage des usagers selon les recommandations de la santé publique ○ Utilisation des ordonnances collectives de dépistage ○ Autoriser la présence d'accompagnateurs en fonction des directives émises par le MSSS ○ Éviter lorsque possible que le personnel passe de la zone chaude-tiède à la zone froide dans un même quart de travail ○ Port d'EPI en fonction du palier d'alerte régional : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Région verte ou jaune : masque de procédure lorsqu'à moins de 2 m. d'un usager (le changer lorsque mouillé, souillé ou à la fin du quart de travail) ▪ Région orange ou rouge : masque de procédure et protection oculaire lorsqu'à moins de 2 m d'un usager et port du masque de procédure recommandé pour tous les usagers¹ ○ Faire des audits réguliers sur le respect des normes de PCI ○ Supervision de la mise en place et du retrait des EPI 		<ul style="list-style-type: none"> ○ Se munir d'un mécanisme permettant l'obtention rapide des résultats de dépistage de la COVID-19 (en < 8h) ○ Interdiction pour le personnel passer de la zone chaude/tiède à la zone froide 		
Trajectoire de soins	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre à la disposition des TAP une aire de décontamination et une station de désinfection (voir Transfert des patients entre les SPU et les salles d'urgence) ○ Réviser les trajectoires de soins de la clientèle (voir Plan de gestion des NSA) et de transferts interétablissements ○ Favoriser le transport alternatif pour les transferts interétablissements et les retours à domicile ○ Adapter les processus en lien avec le plan de contingence des services préhospitaliers 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Une personne doit assurer la coordination de la trajectoire de soins des usagers ○ Favoriser les alternatives à l'hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Réviser tous les usagers à l'urgence pour lesquels aucune décision n'a été prise y compris les usagers admis en attente d'un lit ○ Voir à l'élargissement de l'offre de service du transport alternatif ○ Bonifier la coordination intrahospitalière dans un mode 24/7 (système de garde, gestion des cas particuliers) 		
Volet maintien des activités: Ressources humaines (RH)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Remettre à jour les listes de rappel des RH supplémentaires et des bénévoles ○ Prévoir du personnel de soutien afin de répondre à la demande de soins (hygiène et salubrité, agente administrative, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en place les mesures d'accueil et d'intégration pour ce personnel supplémentaire 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Déployer les effectifs supplémentaires nécessaires suivant les besoins et le plan de l'établissement (ex. : adaptation des horaires et charge de travail) ○ Révision des congés octroyés et des quarts de travail pour optimiser le nombre de ressources disponibles (ex. : quart de 12 heures) 		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ S'assurer que l'équipe soignante a reçu la formation requise sur les procédures d'utilisation des EPI ○ Maintenir une distance minimale de deux mètres avec les autres travailleurs de la santé (sur l'unité, au poste de garde, à la cafétéria, lors des repas, lors des réunions, à l'extérieur, lors des pauses, etc.). Si impossible, le port du masque de procédure est nécessaire ○ Suivre les mises à jour du MSSS en lien avec la prévention et contrôle des infections ○ Mécanisme de suivi pour le personnel avec une exposition accidentelle ○ Prévoir un mécanisme de dépistage efficace pour le personnel ○ Suivre régulièrement les directives de la santé publique pour la prise en charge et la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé 		<ul style="list-style-type: none"> ○ Surveiller les cas de détresse liée à la surcharge de travail ou autre : intervention psychosociale 		
Ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ○ S'assurer de disposer d'une réserve du matériel critique pour une durée de 7 jours ○ Appliquer les procédures d'obtention du matériel (voir la section Matériel et approvisionnement) 				

¹ <https://www.inspq.qc.ca/publications/2968-port-masque-procedure-milieux-soins-transmission-communautaire-soutenue-covid-19>

Plan de désencombrement COVID-19

En raison de la restructuration et des exigences en prévention et contrôle des infections liées à la pandémie de la COVID-19, la capacité d'accueil des urgences a diminué. Dans le contexte actuel, il est également essentiel de limiter l'utilisation des lits de débordement afin de minimiser les risques de transmission nosocomiale. Le plan de désencombrement publié à l'automne dernier a donc été révisé afin de prendre en compte cette nouvelle réalité. Ainsi, les taux d'occupation utilisés pour l'activation des différents niveaux ont été revus à la baisse. Les installations devront donc appliquer ce dernier lorsque leur taux d'occupation, qui correspond au nombre d'usagers présents sur civières à l'urgence sur le nombre de civières fonctionnelles (au permis), sera supérieur à 100%, et ce, indépendamment du niveau d'alerte de leur installation. Les taux déterminés pour l'activation des différents niveaux pourraient également être revus à la baisse dans certaines installations ayant une capacité maximale inférieure à 140%.

PLAN DE DÉSENCOMBREMENT – INTERVENTIONS

LES MESURES S'APPLIQUENT INDÉPENDAMMENT DU NIVEAU D'ALERTE

Pour chacun des niveaux, poursuivre les interventions des niveaux précédents

Taux d'occupation de 100 % à 120 %	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en place un coordonnateur médical ○ Réorientation systématique de la clientèle réorientable vers les CDÉ et les cliniques froides ○ Prolonger la présence des médecins consultants de 8h à 20h ○ Prolonger les plages horaires des plateaux techniques de 8h à 20h ○ Planifier le départ de l'utilisateur dès son arrivée ○ Évaluer la pertinence d'admettre des usagers « hors secteur »
Taux d'occupation de 121 % à 140 %	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aucun séjour de plus de 24h à l'urgence ○ Suivi de la situation avec le coordonnateur de la gestion des lits ○ Admettre les usagers « hors secteur » ○ Alternatives à l'observation ou l'hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> ▪ UHB ▪ Hospitalisation à domicile ▪ Accueil clinique ▪ Consultation et/ou imagerie en externe (retourner l'utilisateur à domicile pour la nuit, lorsque possible) ○ Majorer la présence des médecins (quart « casino ») ○ Prolonger la présence des médecins consultants de 8h à 22h ○ Prolonger les plages horaires des plateaux techniques de 8h à 22h ○ Augmenter la présence des professionnels des équipes multidisciplinaires (TS, physio, ergo, inf. de liaison, etc.) ○ Se munir d'une équipe d'hygiène et salubrité spécifique à l'urgence pour la désinfection des civières ○ Suivi ministériel et détermination d'actions concrètes
Taux d'occupation de 141 % et plus	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rétablir rapidement un taux d'occupation de la zone tiède - chaude < 85 % (calculé selon le nombre maximal de civières disponibles dans ces 2 zones) ○ Instaurer une surcapacité hospitalière ○ Prise en charge directe par les médecins spécialistes à l'urgence ○ Suivi ministériel et détermination d'actions concrètes