

	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-19 (sauf pédiatrie)	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des lits d'hospitalisation < 20 % des lits ciblés COVID-19. Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI < 20 % des lits ciblés COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des lits d'hospitalisation entre 20 % et 40 % des lits ciblés COVID-19. Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI entre 20 à 40 % à des lits ciblés COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des lits d'hospitalisation entre 40 % - 80% des lits ciblés COVID-19. Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI entre 40-80 % des lits ciblés COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des lits d'hospitalisation > 80 % des lits ciblés COVID-19. Utilisation des lits d'hospitalisation aux USI > 80 % des lits ciblés COVID-19.
Cibles de lits COVID-19 Répartition régionale et interrégionale décidée par COOLSI/CCPQ par région	<ul style="list-style-type: none"> Mesure de base (situation courante). Usager COVID-19 + hospitalisés dans unités chaudes : cibles/établissements déterminées par le MSSS. Planification : chaque installation identifiée pour recevoir des patients COVID-19 doit avoir un plan pour déployer le nombre de lits COVID-19 identifiés – répartition régionale. Répartition naturelle selon les lieux de consultation. Conserver un nombre minimal de lits réservés COVID-19 selon la demande. Enfant hospitalisé : COVID-19 + SYMPTOMATIQUE; Centres désignés COVID-19 + ASYMPTOMATIQUE (autre diagnostic principal) : Centre régional non désigné 	<ul style="list-style-type: none"> Montée progressive des cas avec répartition selon les cibles COVID-19. Selon discussion entre les PDG et DSP pour passer à la phase 3. 	<ul style="list-style-type: none"> Répartition équitable entre les installation/établissement par COOLSI par région. 	Tous les centres hospitaliers (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 Absence due au COVID-19 chez le personnel; Taux d'absence global : 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. 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, 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 du mode de dispensation des soins et services. 	En fonction de l'analyse et de la demande de l'établissement, déployer la convergence des ressources venant d'un autre établissement en cohérence avec l'augmentation du délestage des activités cliniques selon le comité de coordination de l'établissement.	Convergence des ressources s'il y a lieu.
ACTIONS sur l'organisation des soins et services Tous les établissements Toutes les régions Centre de référence (CRef) : installation COVID-19 avec lits de soins intensifs COVID-19	<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-19. Poursuivre le zonage, lorsque pertinent. Pour les installations avec zones chaudes : Tous les patients COVID-19+ 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 CCPQ. Des centres de référence (CRef) COVID-19 seront identifiés pour recevoir les cas complexes (liés aux centres qui ont des lits de SI COVID-19). Pour ces cas, transferts en CRef coordonnés par le COOLSI ou en pédiatrie, néonatalogie et obstétrique par le CCPQ. Aucun délestage additionnel des activités : poursuite des activités selon le niveau de reprise maximal planifié par établissement. Conserver les lits protégés de chirurgie 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. Tous les établissements se préparent pour contingence : <ul style="list-style-type: none"> Planification de l'éventuelle surcapacité Modulaire : préparation des installations temporaires <p>En cas d'éclosion nosocomiale : prise en charge par l'installation, et assurer 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 maximum d'usagers NSA entre 9 à 10 % des lits dressés. Une cible maximale de 25 % 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. Conserver les lits protégés de chirurgie et éviter le délestage de ces ressources. Éviter le délestage des ressources du SAD. Délestage sélectif des activités via le comité de coordination local décisionnel en place et en fonction des directives en vigueur. Tous les établissements accélèrent la contingence. Poursuivre le zonage – cohortage et sectorisation. Surcapacité : poursuivre selon la progression établie. Retour des usagers rétablis vers centre d'origine. Augmenter graduellement le nombre de lits réservés COVID-19 selon le nombre de patients COVID-19 admis et selon les cibles. Usagers NSA : Cible max de 10 % des lits disponibles sont 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. Adapter le nombre et l'emplacement des lits à réserver pour constituer les différentes zones tampons (ST et SNT). <ul style="list-style-type: none"> En appliquant la mise à jour de « la Directive DGAPA 0015 : Directive sur les zones tampons ». Il est attendu de conserver seulement quelques zones dans des sites désignés en cas d'impossibilité d'un confinement à la chambre et voir à les regrouper lorsque possible pour éviter la multiplication des sites à couvrir. En cas d'éclosion nosocomiale : prise en charge par l'installation, et assurer toutes les mesures pour contrôler l'éclosion selon le guide de prévention et de gestion des éclosions. Chaque établissement doit fournir au MSSS la liste des installations avec lits COVID-19 pour la coordination des lits. 	<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-19 par établissement selon les phases 2 et 3. Soumettre le plan de délestage pour atteindre la surcapacité au MSSS pour approbation. Montée progressive des cibles par région. Recevoir les usagers non COVID-19 détournés des urgences, s'il y a lieu. Réévaluer les lits de chirurgie protégés. Augmentation du délestage des activités : <ul style="list-style-type: none"> Chirurgie : rationaliser au maximum les activités non urgentes Ambulatoire et cliniques 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, etc.) : 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 de 25 % des usagers hors délais est attendue ainsi que 0 hors délais en variables 8. 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 appliquant la mise à jour de la « la Directive DGAPA 0015 : Directive sur les zones tampons ». En cas d'éclosion nosocomiale : prise en charge par l'installation, et assurer toutes les mesures pour contrôler l'éclosion selon le guide de prévention et de gestion des éclosions. 	<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 autorisé par le MSSS. Corridor inter établissements pour des activités cliniques, au besoin. Phase 2 et 3 des cibles de lits COVID-19 à la demande du MSSS. Implication de la coordination réseau pour la coordination inter établissements 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. 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 appliquant la mise à jour de « la Directive DGAPA 0015 : Directive sur les zones tampons ».

	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 « la Directive DGAPA 0015 : Directive sur les zones tampons ». Il est attendu de conserver seulement quelques zones dans des sites désignés au cas de l'impossibilité d'un confinement à la chambre et voir à les regrouper lorsque possible pour éviter la multiplication des sites à couvrir.		▪ Chaque établissement doit fournir au MSSS la liste des installations avec lits COVID-19 pour la coordination des lits.	
Urgence : Se référer au plan de contingence spécifique à l'urgence. 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.				
Actions nationales MSSS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi de COVID-19 : PLAN D'ACTION POUR UNE 3^e VAGUE. ▪ 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. ▪ Commencer 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 de la 3^e vague par sous-comité du comité directeur clinique. ▪ Communiquer la disponibilité des services hospitaliers à la population en contexte de pandémie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Point de suivi hebdomadaire avec les établissements, dont la situation est non contrôlée ou en augmentation. ▪ Coordination de la fluidité NSA avec les responsables désignés des établissements (voir le plan d'action national pour la coordination locale). ▪ Comité de coordination clinique de délestage. ▪ Vigie de la capacité de dépistage selon les besoins. ▪ Partage des priorités et des cibles de délestage selon les activités. ▪ Vigie des situations épidémiologiques populationnelles et des capacités hospitalières régionales. ▪ Simplifier les modes de transmission et alléger la granularité des suivis statistiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Point de suivi hebdomadaire avec les établissements, dont la situation est non contrôlée ou en augmentation. ▪ Évolution des priorités et des cibles de délestage. ▪ Collaborer avec les établissements concernés aux mesures de convergence des ressources. ▪ Coordination de la fluidité NSA avec les responsables désignés des établissements. (Voir le plan d'action national pour la coordination locale). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre les points de suivi hebdomadaire avec les établissements et plus fréquent si nécessaire. ▪ Application du plan de surcapacité provincial. ▪ Coordination de la fluidité NSA avec les responsables désignés des établissements (Voir le plan d'action national pour la coordination locale).

Centres de référence : Installations avec Soins intensifs COVID-19	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							
Régions	Clientèle adulte							Pédiatrie
Montréal	Hôp. général juif *	Hop. Sacré-Cœur et Fleury	HMR + Santa Cabrini	CHUM*	Notre-Dame et Verdun	LaSalle, St-Mary's et Lakeshore	CUSM*	CHU Ste Justine*
M0000ontérégie et 3L	H. Charles-Lemoyne	H. Pierre-Boucher* H Honoré-Mercier	H. Anna Laberge	H. de la Cité-de-la-Santé*	H. Saint-Jérôme* Hôpital de St-Eustache Hôpital Ste-Agathe	H. Pierre-Legardeur* H. Régional du Nord de Lanaudière		CUSM (clientèle connue)
Autres régions	H. Rimouski *	H. Chicoutimi*	IUCPQ CHU de Québec - UL	H. Trois-Rivières (CHAUR)* Hôpital Sainte-Croix	Hôtel-Dieu de Lévis HDSherbrooke et H. Fleurimont*	H. Rouyn-Noranda*	H. Hull (H. Gatineau*obstétrique seulement)	CMES-CHU de Québec-UL* CHUS-Fleurimont*